

# UNIVERSITÉ DE LIMOGES

## Faculté de Médecine

ANNÉE 2015

THÈSE N°

### **Etude descriptive et analytique des patients adressés aux urgences pour altération de l'état général**

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Le 16 décembre 2015

Par

**DELAGE Marion**

Née le 07/05/1987, à Brive-la-Gaillarde

#### EXAMINATEURS DE LA THÈSE

Mme le Professeur FAUCHAIS Anne-Laure.....Présidente  
Mr le Professeur BUCHON Daniel.....Juge  
Mr le Dr TCHALLA Achille.....Juge  
Mr le Dr LY Kim Heang .....Directeur de thèse  
Mme le Dr VALLEJO Christine.....Membre invité



# UNIVERSITÉ DE LIMOGES

## Faculté de Médecine

ANNÉE 2015

THÈSE N°

### **Etude descriptive et analytique des patients adressés aux urgences pour altération de l'état général**

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Le 16 décembre 2015

Par

**DELAGE Marion**

Née le 07/05/1987, à Brive-la-Gaillarde

#### EXAMINATEURS DE LA THÈSE

Mme le Professeur FAUCHAIS Anne-Laure.....Président

Mr le Professeur BUCHON Daniel.....Juge

Mr TCHALLA Achille..... Juge

Mr LY Kim Heang .....Directeur de thèse

Mme VALLEJO Christine.....Membre invité

**UNIVERSITE de LIMOGES**  
**FACULTE de MEDECINE**

## Liste du corps enseignant de la faculté

DOYEN DE LA FACULTE : Monsieur le Professeur Denis VALLEIX

ASSESEURS : Monsieur le Professeur Jean-Jacques MOREAU  
Monsieur le Professeur Pierre-Marie PREUX

### PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS :

<b>ABOYANS</b> Victor	CARDIOLOGIE		
<b>ACHARD</b> Jean-Michel	HYSIOLOGIE		
<b>ALAIN</b> Sophie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE		
<b>ALDIGIER</b> Jean-Claude	NEPHROLOGIE		
<b>ARCHAMBEAUD</b> Françoise	MEDECINE INTERNE		
<b>ARNAUD</b> Jean-Paul TRAUMATOLOGIQUE	CHIRURGIE	ORTHOPEDIQUE	ET
<b>AUBARD</b> Yves	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE		
<b>AUBRY</b> Karine	O.R.L.		
<b>BEDANE</b> Christophe	DERMATOLOGIE-VENEREOLOGIE		
<b>BERTIN</b> Philippe	THERAPEUTIQUE		
<b>BESSEDE</b> Jean-Pierre	O.R.L.		
<b>BORDESSOULE</b> Dominique	HEMATOLOGIE		
<b>CAIRE</b> François	NEUROCHIRURGIE		
<b>CHARISSOUX</b> Jean-Louis TRAUMATOLOGIQUE	CHIRURGIE	ORTHOPEDIQUE	ET

<b>CLAVERE</b> Pierre	RADIOTHERAPIE
<b>CLEMENT</b> Jean-Pierre	PSYCHIATRIE D'ADULTES
<b>COGNE</b> Michel	IMMUNOLOGIE
<b>CORNU</b> Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
<b>COURATIER</b> Philippe	NEUROLOGIE
<b>DANTOINE</b> Thierry	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT
<b>DARDE</b> Marie-Laure	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
<b>DAVIET</b> Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
<b>DESCAZEAUD</b> Aurélien	UROLOGIE
<b>DES GUETZ</b> Gaëtan	CANCEROLOGIE
<b>DESSPORT</b> Jean-Claude	NUTRITION
<b>DRUET-CABANAC</b> Michel	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL
<b>DUMAS</b> Jean-Philippe	UROLOGIE
<b>DURAND-FONTANIER</b> Sylvaine	ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE)
<b>ESSIG</b> Marie	NEPHROLOGIE
<b>FAUCHAIS</b> Anne-Laure	MEDECINE INTERNE
<b>FEUILLARD</b> Jean	HEMATOLOGIE
<b>FOURCADE</b> Laurent	CHIRURGIE INFANTILE
<b>GAINANT</b> Alain	CHIRURGIE DIGESTIVE
<b>GUIGONIS</b> Vincent	PEDIATRIE
<b>JACCARD</b> Arnaud	HEMATOLOGIE

<b>JAUBERTEAU-MARCHAN M.</b> Odile	IMMUNOLOGIE
<b>LABROUSSE</b> François	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
<b>LACROIX</b> Philippe	MEDECINE VASCULAIRE
<b>LAROCHE</b> Marie-Laure	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
<b>LIENHARDT-ROUSSIE</b> Anne	PEDIATRIE
<b>LOUSTAUD-RATTI</b> Véronique	HEPATOLOGIE
<b>MABIT</b> Christian	ANATOMIE
<b>MAGY</b> Laurent	NEUROLOGIE
<b>MARQUET</b> Pierre	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
<b>MATHONNET</b> Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE
<b>MELLONI</b> Boris	PNEUMOLOGIE
<b>MOHTY</b> Dania	CARDIOLOGIE
<b>MONTEIL</b> Jacques	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
<b>MOREAU</b> Jean-Jacques	NEUROCHIRURGIE
<b>MOUNAYER</b> Charbel	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
<b>NATHAN-DENIZOT</b> Nathalie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
<b>NUBUKPO</b> Philippe	ADDICTOLOGIE
<b>PARAF</b> François	MEDECINE LEGALE et DROIT de la SANTE
<b>PLOY</b> Marie-Cécile	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
<b>PREUX</b> Pierre-Marie	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
<b>ROBERT</b> Pierre-Yves	OPHTALMOLOGIE
<b>SALLE</b> Jean-Yves	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION

<b>SAUTEREAU</b> Denis	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
<b>STURTZ</b> Franck	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
<b>TEISSIER-CLEMENT</b> Marie-Pierre	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES
<b>TREVES</b> Richard	RHUMATOLOGIE
<b>TUBIANA-MATHIEU</b> Nicole	CANCEROLOGIE
<b>VALLEIX</b> Denis	ANATOMIE CHIRURGIE GENERALE
<b>VERGNENEGRE</b> Alain	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE et PREVENTION
<b>VERGNE-SALLE</b> Pascale	THERAPEUTIQUE
<b>VIGNON</b> Philippe	REANIMATION
<b>VINCENT</b> François	PHYSIOLOGIE
<b>VIROT</b> Patrice ( <b>SUR. 31.08.2016</b> )	CARDIOLOGIE
<b>WEINBRECK</b> Pierre	MALADIES INFECTIEUSES
<b>YARDIN</b> Catherine	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE

**PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES à MI-TEMPS DES DISCIPLINES MEDICALES**

<b>BRIE</b> Joël	CHIRURGIE	MAXILLO-FACIALE	et
STOMATOLOGIE			

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS**

<b>AJZENBERG</b> Daniel	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
-------------------------	----------------------------

<b>BARRAUD</b> Olivier	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
<b>BOURTHOUMIEU</b> Sylvie	CYTOLOGIE et HISTOLOGIE
<b>BOUTEILLE</b> Bernard	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
<b>CHABLE</b> Hélène	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
<b>DURAND</b> Karine	BIOLOGIE CELLULAIRE
<b>ESCLAIRE</b> Françoise	BIOLOGIE CELLULAIRE
<b>HANTZ</b> Sébastien	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
<b>JESUS</b> Pierre	NUTRITION
<b>LE GUYADER</b> Alexandre VASCULAIRE	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-
<b>LIA</b> Anne-Sophie	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
<b>MARIN</b> Benoît	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
<b>MURAT</b> Jean-Benjamin	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
<b>QUELVEN-BERTIN</b> Isabelle	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
<b>TCHALLA</b> Achille	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
<b>RIZZO</b> David	HEMATOLOGIE
<b>TERRO</b> Faraj	BIOLOGIE CELLULAIRE
<b>WOILLARD</b> Jean-Baptiste	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

### **P.R.A.G**

<b>GAUTIER</b> Sylvie	ANGLAIS
-----------------------	---------



## **PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE**

**BUCHON Daniel**

## **PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS DES MEDECINE GENERALE**

**DUMOITIER Nathalie**    **MEDECINE GENERALE**

**PREVOST Martine**    **MEDECINE GENERALE**

## **MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS**

**MENARD Dominique**    **MEDECINE GENERALE**

**PAUTOUT-GUILLAUME Marie-Paule**    **MEDECINE GENERALE**

## **PROFESSEURS EMERITES**

**ADENIS Jean-Paul**

**MERLE Louis**

**MOULIES Dominique**

**VALLAT Jean-Michel**

## **ASSISTANTS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES**

**BLANC Philippe**    **BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE**

**CHAUZEIX Jasmine**    **HEMATOLOGIE**

<b>COUVÉ-DEACON</b> Elodie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE (Centre d'Investigation Clinique)
<b>DONISANU</b> Adriana	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
<b>FILLOUX</b> Matthieu	IMMUNOLOGIE
<b>FRUIT</b> Dorothée	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE (Centre d'Investigation Clinique)
<b>FREDON</b> Fabien	ANATOMIE
<b>GAGNOUD</b> Rémi	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
<b>GALY</b> Antoine	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
<b>GENIAUX</b> Hélène CLINIQUE ; ADDICTOLOGIE	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE ; PHARMACOLOGIE
<b>MANCIA</b> Claire	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
<b>MATHIEU</b> Pierre-Alain	ANATOMIE (Service d'Orthopédie-Traumatologie)
<b>MESTUROUX</b> Laura	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
<b>OLOMBEL</b> Guillaume	IMMUNOLOGIE
<b>ROGER</b> Lucie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
<b>ROULET-COUDRIER</b> Fanny	CYTOLOGIE et HISTOLOGIE
<b>SERENA</b> Claire	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
<b>THOLANCE</b> Yannick	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE

### **CHEFS DE CLINIQUE - ASSISTANTS DES HOPITAUX**

<b>ABDEH</b> Ali	CHIRURGIE DIGESTIVE
<b>ARDOUIN</b> Elodie	RHUMATOLOGIE

<b>ASLOUM</b> Youcef TRAUMATOLOGIQUE	CHIRURGIE	ORTHOPEDIQUE	et
<b>AUBOUR</b> Marine	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE		
<b>BORDAS</b> Mathieu	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE		
<b>BORDES</b> Jérémie	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION		
<b>BOULOGNE</b> Cyrille	CARDIOLOGIE		
<b>BOURMAULT</b> Loïc	OPHTALMOLOGIE		
<b>BUISSON</b> Géraldine	PEDOPSYCHIATRIE		
<b>CAZAVET</b> Alexandre	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE		
<b>CENTI</b> Joachim	UROLOGIE		
<b>CHAPELLAS</b> Catherine	REANIMATION		
<b>COSTE-MAZEAU</b> Perrine	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE		
<b>CYPIERRE</b> Anne	MEDECINE INTERNE A		
<b>DAIX</b> Thomas	REANIMATION		
<b>DIJOUX</b> Pierrick	CHIRURGIE INFANTILE		
<b>DONADEL</b> Lorène	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE		
<b>DOST</b> Laura	OPHTALMOLOGIE		
<b>DURAND</b> Lise-Marie	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE		
<b>EGENOD</b> Thomas	PNEUMOLOGIE		
<b>ENESCU-FLORICA</b> Eléna-Cécilia	DERMATOLOGIE-VENEREOLOGIE		
<b>ENSERGUEIX</b> Gaël	NEPHROLOGIE		
<b>ESPAGNE-DUBREUILH</b> Gaëlle	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT		
<b>EVENO</b> Claire	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE		

<b>GANTOIS</b> Clément	NEUROCHIRURGIE		
<b>GIMENEZ</b> Laetitia	NEUROLOGIE		
<b>GSCHWIND</b> Marion	MEDECINE INTERNE B		
<b>HUMMEL</b> Vincent	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE		
<b>IOSIF</b> Christina	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE		
<b>JACQUES</b> Jérémie	GASTRO-ENTEROLOGIE		
<b>KENNEL</b> Céline	HEMATOLOGIE		
<b>LACORRE</b> Aymeline	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE		
<b>LAPÉBIE</b> François-Xavier	MEDECINE INTERNE A		
<b>LE COUSTUMIER</b> Eve	MALADIES INFECTIEUSES		
<b>LEGROS</b> Emilie	PSYCHIATRIE d'ADULTES		
<b>LERAT</b> Justine	O.R.L.		
<b>MAILLOCHON</b> Edouard	CHIRURGIE DIGESTIVE		
<b>MARTIN</b> Sylvain	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE		
<b>MASSON</b> Alexandra	PEDIATRIE		
<b>MESNARD</b> Chrystelle	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE		
<b>MONTCUQUET</b> Alexis	NEUROLOGIE		
<b>PETITALOT</b> Vincent	CARDIOLOGIE		
<b>PONTHIER</b> Laure	PEDIATRIE		
<b>ROGER</b> Thomas TRAUMATOLOGIQUE	CHIRURGIE	ORTHOPEDIQUE	et
<b>SALERNO</b> Baptiste	CARDIOLOGIE		

**SCOMPARIN** Aurélie

O.R.L.

**TABOURET** Tessa

GASTRO-ENTEROLOGIE

**TALLON** Elizabeth

PSYCHIATRIE d'ADULTES

**TRIGOLET** Marine

PEDIATRIE

**CHEF DE CLINIQUE – MEDECINE GENERALE**

**RUDELLE** Karen

**CHEF DE CLINIQUE ASSOCIE – MEDECINE GENERALE**

**LAUCHET** Nadège

**PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE**

**CROS** Jérôme

ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION

## Remerciements

Au Docteur LY Kim Heang qui a dirigé cette thèse et que je remercie pour son aide précieuse, ses conseils et de l'intérêt qu'il a su porté à ce travail,

A Madame le Professeur FAUCHAIS Anne-Laure pour m'avoir fait l'honneur de présider le jury de cette thèse,

A Monsieur le Professeur BUCHON Daniel pour m'avoir fait l'honneur de juger cette thèse et pour m'avoir enseigné la médecine générale tout au long de mon DES,

A Monsieur le Dr TCHALLA Achille pour avoir accepté de participer à ce jury,

Au Madame le Docteur VALLEJO Christine pour avoir accepté sans hésiter d'être membre invité de ce jury,

A mes maîtres de stage pour m'avoir fait découvrir et apprécier la médecine générale (Dr BODE Emeric, Dr CISSOU Yves, Dr DAL COL Michel, Dr HOUDARD Gaëtan, Dr LAGRAFEUIL Jules, Dr MILLAN Stéphanie),

A mon tuteur, le Dr BELCOUR Jacques pour m'avoir accompagné dans le DES de médecine générale,

A Mr DALMAY pour avoir contribué à l'analyse statistique,

A mes amis pour leur soutien,

A mes parents, mon frère et toute ma famille pour m'avoir toujours épaulée et encouragée tout au long de mes études,

A toi, JB pour ton soutien sans faille et pour avoir toujours cru en moi.

# Table des matières

Introduction.....	19
1. Matériel et méthodes.....	21
1.1. Population étudiée.....	21
1.2. Recueil de données.....	21
1.3. Critère d'exclusion.....	22
1.4. Critère principal retenu.....	22
1.5. Objectif principal.....	23
1.6. Objectifs secondaires.....	23
1.7. Analyse statistique.....	23
2. Résultats.....	24
2.1. Etude descriptive des patients adressés aux urgences pour « AEG ».....	24
2.1.1. Les différentes catégories étiologiques.....	25
2.1.2. Détail des diagnostics.....	27
2.1.3. Devenir des patients.....	28
2.2. Etude des patients avec un diagnostic d'AEG à la sortie des urgences.....	29
2.2.1. Etude descriptive.....	29
2.2.1.1. Etude de la population.....	29
2.2.1.2. Etiologies.....	39
2.2.1.3. Devenir des patients.....	47
2.2.2. Etude analytique.....	54
2.2.2.1. Analyse uni-variée.....	54
2.2.2.2. Analyse multi-variée.....	55
3. Discussion.....	58
Conclusion.....	71
4. Références bibliographiques.....	73
5. Annexes.....	73

## Table des figures

Figure 1 : Répartition des catégories étiologiques

Figure 2 : Répartition des patients en fonction des tranches d'âge

Figure 3 : Répartition des patients en fonction de la présence ou non de la triade

Figure 4 : Répartition des patients en fonction des symptômes fonctionnels

Figure 5 : Répartition des catégories étiologiques

Figure 6 : Diagnostics de sortie des patients ayant initialement la triade (AAA)

Figure 7 : Courbe de Kaplan-Meier : courbe de survie

Figure 8 : Pourcentage des patients décédés au cours de l'étude

Figure 9 : Répartition des patients en fonction de la survenue du décès pendant/après l'hospitalisation

Figure 10 : Répartition des patients en fonction du délai de survenue du décès

Figure 11 : Répartition des étiologies des décès



## Table des tableaux

Tableau 1 : Etiologies infectieuses n = 159 (17%) :

Tableau 2 : Etiologies hépato-gastro-entérologiques n = 93 (10%) :

Tableau 3 : Autres étiologies n = 72 (8%) :

Tableau 4 : Etiologies neurologiques n = 67 (7%) :

Tableau 5 : Etiologies cardio-vasculaires n = 43 (5%) :

Tableau 6 : Etiologies pulmonaires n = 35 (4%) :

Tableau 7 : Etiologies uro-néphrologiques n = 33 (4%) :

Tableau 8 : Douleur n = 31 (3%) :

Tableau 9 : Etiologies métaboliques n = 26 (3%) :

Tableau 10 : Etiologies psychiatriques n = 23 (3%) :

Tableau 11 : Etiologies endocrinologiques n = 11 (1%) :

Tableau 12 : Etiologies onco-hématologiques n = 4 (0.4%) :

Tableau 13 : Mode de vie et statut médico-social des patients

Tableau 14 : Caractéristiques cliniques

Tableau 15 : Détails des plaintes fonctionnelles initiales

Tableau 16 : Caractéristiques biologiques

Tableau 17 : Caractéristiques microbiologiques et morphologiques

Tableau 18 : Autres examens complémentaires

Tableau 19 : Autres étiologies n = 53 (38.7%) :

Tableau 20 : Etiologies onco-hématologiques n = 52 (38%) :

Tableau 21 : Etiologies infectieuses n = 45 (32.8%) :

Tableau 22 : Etiologies hépato-gastro-entérologiques (HGE) n = 25 (18.2%) :

Tableau 23 : Etiologies neurologiques n = 23 (16.8%) :

Tableau 24 : Etiologies cardio-vasculaires n = 21 (15.3%) :

Tableau 25 : Etiologies psychiatriques n = 14 (10.2%) :

Tableau 26 : Etiologies iatrogènes n = 13 (9.5%)

Tableau 27 : Etiologies uro-néphrologiques n = 10 (7.3%) :

Tableau 28 : Etiologies endocrinologiques n = 8 (5.8%) :

Tableau 29 : Etiologies rhumato-orthopédiques n = 7 (5.1%) :

Tableau 30 : Etiologies pneumologiques n = 1 (0.7%) :

Tableau 31 : Diagnostics des patients ayant comme plainte initiale l'AEG sans symptôme associé

Tableau 32 : Délai de survenue des décès

Tableau 33 : Etiologies des décès

Tableau 34 : Facteurs (dépendants) de risque de décès

Tableau 35 : Facteurs indépendants de risque de décès

Tableau 36 : Antécédents de cancers solides et /ou d'hémopathies

Tableau 37 : Diagnostics à la sortie d'hospitalisation

Tableau 38 : Corrélation entre antécédents de cancers solides-hémopathies et diagnostics de pathologies onco-hématologiques

## Liste des abréviations

AEG : Altération de l'Etat Général

CIM : Classification Internationale des Maladies

PAO : Poste d'Accueil et d'Orientation

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

HGE : Hépatogastro-Entérologie

RGO : Reflux Gastro-Œsophagien

OH : Alcoolisation

SDF : Sans Domicile Fixe

AVP : Accident de la Voie Publique

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

AIT : Accident Ischémique Transitoire

HSD : Hématome Sous-Dural

FA : Fibrillation Auriculaire

AOMI : Artériopathie Oblitérante des Membres Inférieurs

HTA : HyperTension Artérielle

NFS : Numération Formule Sanguine

ASAT : Aspartate-Amino-Transférase

ALAT : Alanine-Amino-Transférase

Gamma GT : Gamma-glutamyl-transférases

CRP : Protéine C Réactive

TSH : Thyroid-Stimulating Hormone

BU : Bandelette Urinaire

ECBU : Examen Cyto-Bactériologique des Urines

TAP : Thoraco-Abdomino-Pelvien

FOGD : Fibroscopie Oeso-Gastro-Duodénale

RSS : Recto-Sigmoidoscopie

ECG : ElectroCardioGramme

HbA1c : Hémoglobine glyquée

BNP : Peptide Natriurétique de type B

MMS : Mini Mental State

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

EEG : Electro-EncéphaloGramme

AVK : Anti-vitamines K

IRS : Inhibiteur de la Recapture de la Sérotonine

RAo : Rétrécissement Aortique

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ALD : Affection de Longue Durée

HAS : Haute Autorité de Santé

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

## Introduction

Le terme d'altération de l'état général (ou AEG) est devenu un motif fréquent de recours aux urgences, selon plusieurs travaux portant sur ce sujet (1), (2), (3). Cette entité est imprécise, ce qui est plutôt contradictoire avec la médecine d'aujourd'hui basée sur la précision. La classification internationale des maladies (CIM-10) l'évoque brièvement (4) au R53 : malaise et fatigue (cf annexe 1). Certains auteurs considèrent que l'altération de l'état général n'est pas un symptôme mais plutôt une diminution des capacités fonctionnelles des individus (5). Certains ouvrages ne l'abordent même pas, comme le dictionnaire médical Masson (6). Cependant, elle permet de témoigner d'une détérioration de l'état de santé global d'un individu. Cette entité sémiologique floue reste couramment employée dans le milieu médical français (7).

Il existe peu de littérature sur ce terme. Il n'est retrouvé dans aucun article anglo-saxon en tant que tel. Pour les anglo-saxons, l'altération de l'état général correspond au terme « constitutional syndrome » (8) mais il est très peu utilisé. On peut aussi trouver le terme « the solitary constitutional syndrome » (9). La plupart des articles anglo-saxons associent le terme « constitutional syndrome » à une pathologie oncologique, un syndrome fébrile ou un autre symptôme. L'altération de l'état général est un concept que l'on trouve associé à la cancérologie (10) (11) (12) où des scores et classifications ont été élaborés comme le score de Karnosky (cf annexe 2) ou le performans status (cf annexe 3). Ces scores permettent d'appréhender l'état de santé des patients cancéreux. Dans le contexte de l'oncologie, la précision de l'état général du patient a un impact sur le projet thérapeutique que l'on peut lui proposer et rentre en compte dans le suivi et la surveillance des patients. En dehors de l'oncologie, seuls quelques rares articles sont consacrés à ce thème, notamment en gériatrie (7) (13).

La définition de l'altération de l'état général englobe, en routine clinique, un certain nombre de syndromes ou d'entités totalement disparates. La définition communément admise en France (que l'on retrouve dans certains ouvrages (14)) est la triade des trois « A » qui associe trois symptômes distincts: Asthénie, Anorexie, Amaigrissement. Il est nécessaire de définir ces trois symptômes. L'asthénie (15) (16) correspond à un état de faiblesse générale durable, qui persiste en marge de tout effort, insensible ou peu sensible au repos, contrairement à la « fatigue » qui désigne une

sensation réversible, physiologique de lassitude physique et/ou psychique éprouvée après un effort ou un manque de sommeil.

L'anorexie est définie par une perte ou une diminution de l'appétit, le plus souvent globale. L'amaigrissement involontaire (16) (17) est une perte de poids non intentionnelle d'au moins 5% du poids du corps sur une période de 6 mois à 1 an. Les anglo-saxons parlent de perte de poids involontaire (« involuntary weight loss) (18) .

Dans les études portant sur les patients adressés pour AEG aux urgences, les diagnostics les plus fréquemment retrouvés étaient les étiologies psychiatriques, les étiologies neurologiques, les étiologies broncho-pulmonaires puis les étiologies digestives. Dans les études (2) (3) (19), les patients présentant la triade représentaient 19 à 23% des patients.

La particularité française de cette entité (3) (20) limite le nombre d'études sur ce sujet alors que bien des questions restent à résoudre. Aussi, les études déjà réalisées sur ce sujet portent sur des patients adressés pour AEG aux urgences mais n'étudient pas les patients présentant vraiment une AEG, c'est-à-dire pour lesquels aucun diagnostic n'a été posé à la sortie des urgences. C'est pourquoi nous avons souhaité étudier une population de patients adressés aux urgences pour ce motif d'altération de l'état général, connaître les diagnostics posés à la sortie du service des urgences mais aussi étudier les patients sortant des urgences avec comme seul diagnostic : l'AEG.

L'objectif de cette étude est d'essayer de déterminer ce que recouvre le terme AEG, c'est-à-dire quelles sont les caractéristiques des patients adressés aux urgences pour AEG (dont le diagnostic de sortie et le devenir) et de mettre en évidence des facteurs de risque de décès (dépendants et indépendants) chez les patients ayant le diagnostic d'AEG à la sortie du service des urgences.

# 1. Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective, observationnelle, descriptive et analytique.

## 1.1. Population étudiée

Nous avons obtenu, auprès du service des urgences du CHU de Limoges, la file active de tous les patients adressés aux urgences au cours de l'année 2011 (du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2011) pour le motif « altération de l'état général ». Ce motif était enregistré dans le logiciel informatique utilisé aux urgences (URQUAL) par l'infirmier(e) au PAO (Poste d'Accueil et d'Orientation) à l'arrivée du patient.

## 1.2. Recueil de données

La file active a été obtenue grâce au logiciel URQUAL où pour chaque patient admis aux urgences, le dossier médical comportait un code correspondant au motif d'admission. Ce code était un code interne au logiciel (les codes sont homogénéisés par région par l'observatoire régional des urgences). Le motif d'admission « altération de l'état général (ou AEG) » correspondait au code : MA100020. Le motif d'admission était enregistré, à l'arrivée du patient, dans le logiciel URQUAL, par l'infirmier(e) au PAO, après la lecture du courrier du médecin adressant le patient.

Puis, à la sortie du service des urgences, un code (dans le logiciel URQUAL) correspondant au diagnostic de sortie du service était noté, en lien avec la CIM-10 (cf annexe 1). Tous les diagnostics sont codés (exemple : le code R53 correspond à altération de l'état général).

Nous avons étudié les dossiers de tous les patients adressés pour AEG en 2011. Dans un premier temps, nous avons étudié et regroupé sous forme de catégories diagnostiques, le diagnostic final posé à la sortie des urgences. Dans un deuxième temps, nous avons retenu les dossiers des patients pour lesquels le diagnostic de sortie était « AEG ». Nous avons ensuite recueilli les données concernant les caractéristiques et les diagnostics de sortie d'hospitalisation de tous ces patients, peu

importe leur orientation à la sortie du service des urgences (domicile, hospitalisation au CHU ou transfert). Les données étaient recueillies sous forme d'un fichier Excel. C'est sur ces patients que porte l'analyse statistique finale. Pour cette analyse, nous avons eu accès aux dossiers médicaux informatiques de ces patients grâce au logiciel Crossway. Le recueil des données a eu lieu au CHU, sur plusieurs mois (fin 2014 - début 2015).

Pour chaque patient, nous avons recueilli les données concernant le mode de vie, les antécédents, les signes cliniques initiaux, les paramètres de l'hémogramme, du syndrome inflammatoire, l'albuminémie, les examens microbiologiques réalisés, les données de la radiographie pulmonaire, de l'échographie abdominale et des examens endoscopiques réalisés. Enfin, nous avons enregistré les données concernant le devenir des patients.

Les données recueillies ont été anonymisées dans le logiciel Excel. La base de données a été supprimée après traitement des données, en accord avec les obligations énoncées par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

### **1.3. Critère d'exclusion**

Nous avons exclu, pour la première partie des résultats, les patients n'ayant aucun diagnostic à la sortie du service des urgences. Pour la deuxième partie de l'étude, nous n'avons pas retenu les dossiers pour lesquels nous n'avions aucun diagnostic, dans le dossier médical, à la sortie d'hospitalisation (sortie contre avis médical, fugue, retour à domicile sans diagnostic, ...).

### **1.4. Critère principal retenu**

Nous avons considéré, comme critère principal, la présence du terme « altération de l'état général » dans le motif d'admission (correspondant au code interne MA100020 dans le logiciel URQUAL) puis pour la deuxième partie de l'étude, la présence du terme « altération de l'état général » dans le diagnostic principal de sortie du service des urgences (correspondant au code R-53 dans le logiciel URQUAL).



## **1.5. Objectif principal**

L'objectif principal de cette étude était de connaître les particularités des patients adressés aux urgences pour AEG et qui sortaient des urgences avec, entre autre, ce diagnostic d'AEG.

## **1.6. Objectifs secondaires**

Cette étude avait pour objectifs secondaires de :

- lister les diagnostics de sortie d'hospitalisation pour ces mêmes patients,
- étudier le devenir de ces patients,
- mettre en évidence les facteurs de risque de décès (dépendants puis indépendants).

## **1.7. Analyse statistique**

Nous avons réalisé des statistiques descriptives, concernant les variables qualitatives et quantitatives, à l'aide du logiciel Excel avec présentation sous forme d'histogrammes ou de diagrammes. Les résultats des variables qualitatives sont exprimés en nombre de cas et en pourcentage. Les valeurs quantitatives sont exprimées en moyenne et en écart type.

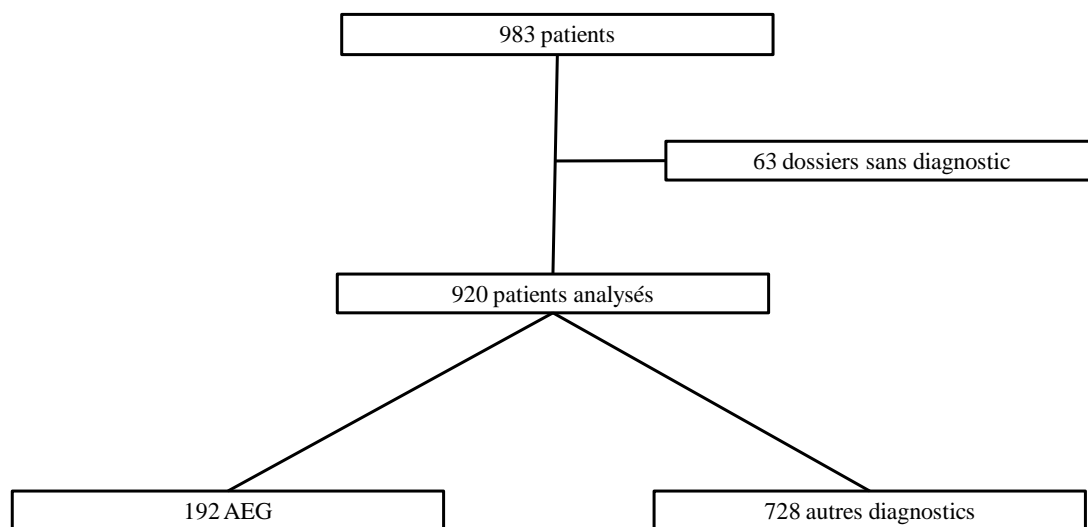
Les statistiques uni-variées ont été réalisées à l'aide du test du chi<sup>2</sup> pour les variables quantitatives et du test T de Student pour les variables qualitatives. L'analyse multi-variée a été réalisée à l'aide d'un test de régression logistique. L'analyse de la survie a été effectuée avec la méthode de Kaplan Meier.

## 2. Résultats

### 2.1. Etude descriptive des patients adressés aux urgences pour « AEG »

L'étude comportait 983 patients. Après avoir exclu 63 patients pour lesquels nous n'avions pas de diagnostic, nous avons étudié 920 patients, adressés aux urgences, au cours de l'année 2011, pour le motif : altération de l'état général (AEG) (cf diagramme de flux ci-dessous).

#### Diagramme de flux : Patients adressés aux urgences du CHU de Limoges pour AEG



Sur les 920 patients, nous avons, tout d'abord, regroupé les différents diagnostics (126 diagnostics différents au total) en 13 grandes catégories étiologiques, dont une catégorie « autres étiologies » comprenant des diagnostics divers ne correspondant à aucune pathologie d'organe en particulier.

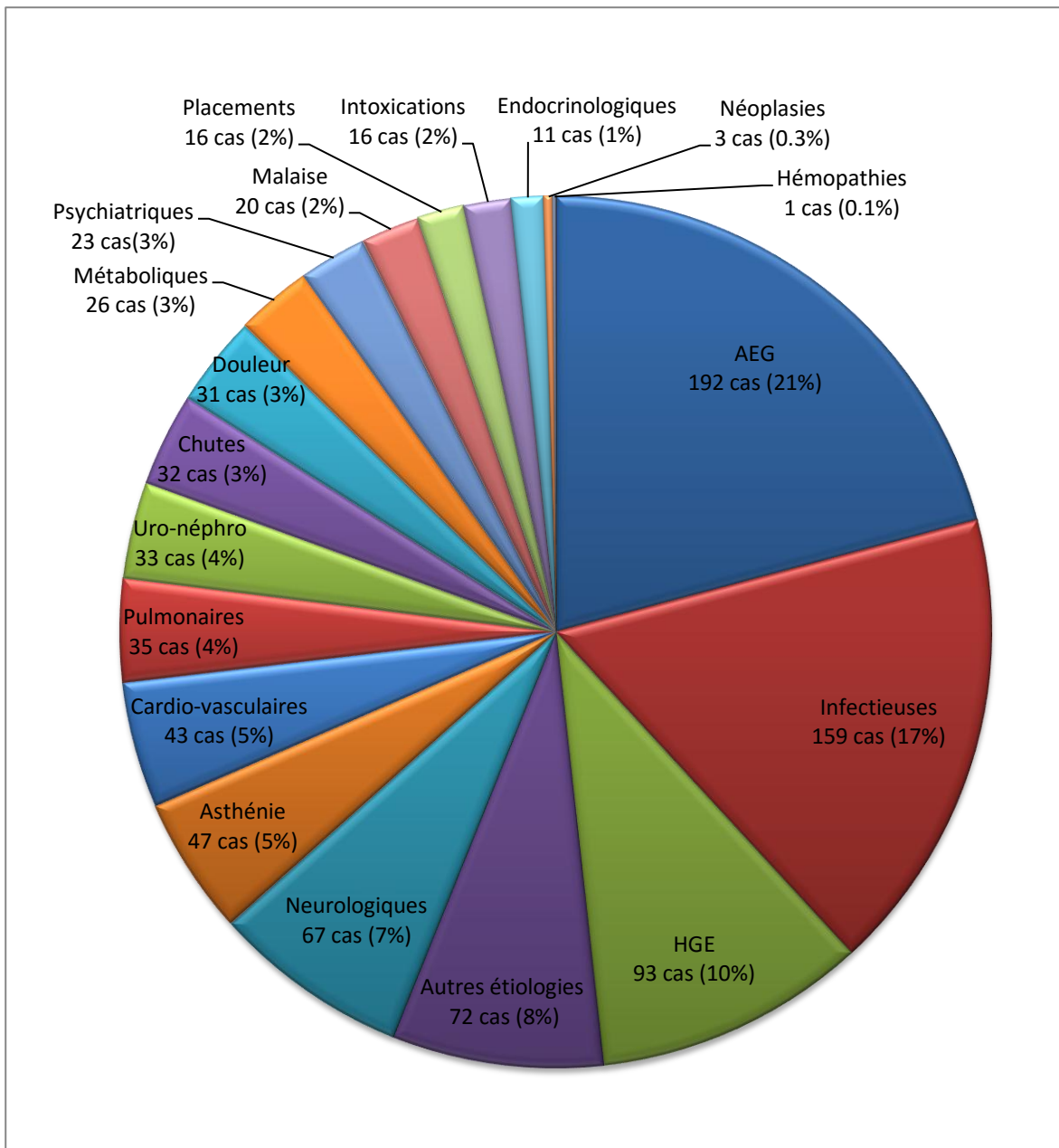
Nous avons rajouté, aux 13 catégories étiologiques, certains syndromes ou symptômes qui ne correspondaient pas à une catégorie étiologique mais qui représentaient un nombre conséquent de diagnostics posés à la sortie des urgences : asthénie, malaises (sans perte de connaissance), chutes,

placements (dont le maintien à domicile difficile), intoxications (alcooliques, médicamenteuses, autres).

L'anorexie représentait seulement 3 patients, elle a donc été classée dans « autres étiologies ». Il n'y avait aucun diagnostic posé d'amaigrissement isolé. Au total, nous avons 19 catégories de diagnostics.

### **2.1.1. Les différentes catégories étiologiques**

**Figure 1 : Répartition des catégories étiologiques**



Ce graphique ci-dessus (figure 1) permet d'appréhender la répartition des différentes catégories de diagnostics posés à la sortie du service des urgences, dans l'ordre décroissant, avec le nombre de cas dans chaque catégorie et le pourcentage.

Nous remarquons que les catégories étiologiques les plus représentées étaient : l'altération de l'état général (AEG) avec 192 cas (21%), les étiologies infectieuses avec 159 cas (17%), les étiologies hépato-gastro-entérologiques (HGE) avec 93 cas (10%) ainsi que les étiologies neurologiques au troisième rang des catégories étiologiques (en ne tenant pas compte de l'AEG qui est un symptôme

et de la catégorie « autres ») avec 67 cas (7%). Les étiologies néoplasiques et hématologiques étaient très peu représentées (respectivement 0.3% et 0.1%). L'asthénie correspondait à 5% des diagnostics. Les pathologies cardio-vasculaires et pulmonaires représentaient respectivement 5% et 4% des diagnostics, à la quatrième et cinquième positions. Le reste des catégories était représenté par de plus faibles pourcentages (de 0 à 4%). Les deux pathologies d'organe les plus importantes (infectieuses et hépato-gastro-entérologiques) représentaient à elles deux 27% de la totalité des diagnostics.

### **2.1.2. Détail des diagnostics**

Chaque catégorie étiologique comprenait des diagnostics plus précis, les tableaux 1 à 12 (en annexe) détaillent les différents diagnostics, par catégorie étiologique. L'étude faisait ressortir 126 diagnostics différents qui composent les 19 catégories diagnostiques.

Concernant les diagnostics qui composent les différentes catégories, certains prédominaient.

Pour les étiologies infectieuses, les diagnostics les plus retrouvés étaient : les infections pulmonaires (49.7%, comprenant les pneumopathies et les bronchites), les infections urinaires (20.1%, comprenant : les cystites, les prostatites, les pyélonéphrites et les infections urinaires sans précision) et la gastro-entérite aiguë (6.9%).

Concernant les pathologies hépato-gastro-entérologiques, les diagnostics les plus représentés étaient : la diarrhée (22.6%), les douleurs abdominales (18.3%) et les nausées/vomissements (10.8%).

Dans la catégorie « autres étiologies », deux diagnostics ressortaient : la déshydratation (15.3%) et l'anémie (13.9%).

Concernant les pathologies neurologiques, les diagnostics les plus représentés étaient: les troubles du comportement (17.9%) et la confusion (14.9%).

Concernant les pathologies cardio-vasculaires, l'insuffisance cardiaque arrivait au premier rang de cette catégorie avec 60.5% des cas.

Pour les pathologies pulmonaires, la dyspnée était prédominante (37.1%).

### **2.1.3. Devenir des patients**

Concernant le devenir de ces 983 patients, 199 patients (20.2%) étaient rentrés à domicile, 770 patients (78.3%) avaient été hospitalisés (dans les différents services du CHU ou dans d'autres structures hospitalières ou cliniques), 7 patients (0.7%) étaient décédés aux urgences et 7 dossiers étaient incomplets (0.7%).

## 2.2. Etude des patients avec un diagnostic d'AEG à la sortie des urgences

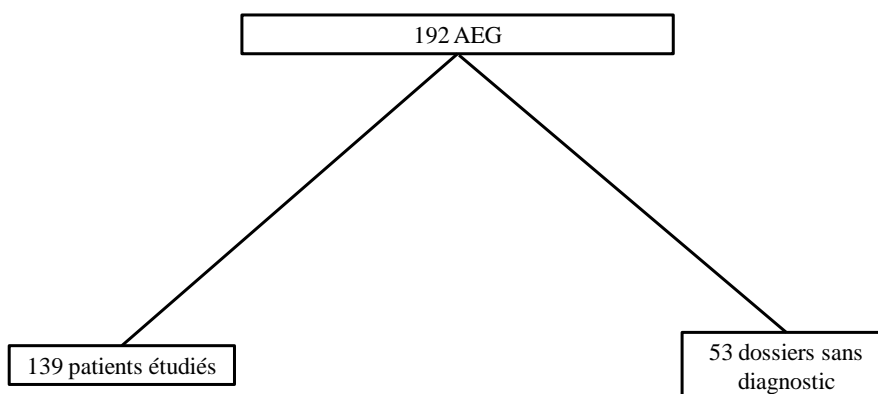
### 2.2.1. Etude descriptive

#### 2.2.1.1. Etude de la population

##### 2.2.1.1.1. Nombre de patients

L'étude a porté sur 192 patients ayant comme diagnostic à la sortie du service des urgences : AEG. Nous avons exclu 53 dossiers pour lesquels nous n'avions pas de données de suivi ou de diagnostic final relié à cette AEG et ceci pour plusieurs raisons : 1 sortie contre avis médical, 1 fugue, 34 retours à domicile, 6 dossiers en double ou impossibilité d'accès au dossier, 11 transferts dans d'autres centres hospitaliers. Au total, 139 patients ont été inclus et analysés (cf diagramme de flux ci-dessous).

#### Diagramme de flux : Patients ayant comme diagnostic de sortie du service des urgences : « AEG »



### 2.2.1.1.2. Mode de vie et statut médico-social de la population étudiée

Ces caractéristiques correspondaient aux caractéristiques des patients au cours de l'hospitalisation.

Le tableau 13 résume le mode de vie et le statut médico-social de ces patients.

**Tableau 13 : Mode de vie et statut médico-social des patients**

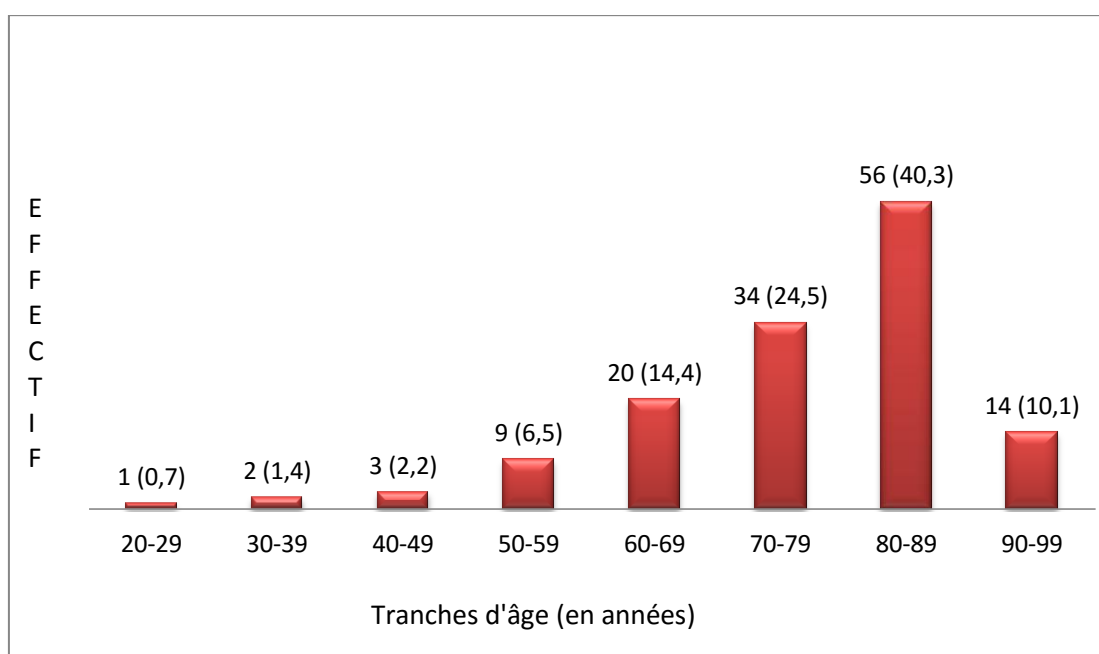
<b>Caractéristiques des patients</b>	<b>n = (%)</b>	<b>n total =</b>
<b>Plus de 75 ans</b>	88 (63,31)	139
<b>Sexe masculin</b>	82 (58,99)	139
<b>Sexe féminin</b>	57 (41,01)	139
<b>Précarité</b>	14 (13,46)	104
<b>Isolement social</b>	26 (26)	100
<b>Dépendance</b>	47 (37,3)	126
<b>Maintien à domicile difficile</b>	43 (30,94)	139
<b>Provenance: domicile</b>	132 (94,96)	139
<b>Provenance: institution</b>	7 (5,04)	139
<b>Troubles cognitifs</b>	33 (24,09)	137
<b>Déficits sensoriels</b>	20 (14,39)	139
<b>Dénutrition</b>	105 (92,92)	113
<b>Chutes à répétition</b>	27 (19,57)	138
<b>Polymédication</b>	77 (57,89)	133
<b>Polypathologie</b>	69 (49,64)	139
<b>Hospitalisation récente</b>	53 (38,13)	139
<b>Pathologie aiguë</b>	56 (54,37)	103
<b>Pathologie subaigüe</b>	41 (39,81)	103
<b>Pathologie chronique</b>	6 (5,83)	103
<b>Alitement</b>	23 (16,55)	139



## 1) Age

Parmi les 139 patients étudiés, 88 d'entre eux (63%) avaient plus de 75 ans. L'âge moyen des patients était de 76.16 ans (+/- 13.36) avec une médiane à 80 ans et des extrêmes entre 28 et 98 ans. La tranche d'âge la plus représentée était la tranche d'âge 80-89 ans (cf figure 2) et la majorité des patients se situaient entre 70 et 89 ans, soit 64.8% des patients avaient entre 70 et 89 ans.

**Figure 2 : Répartition des patients en fonction des tranches d'âge**



## 2) Mode de vie

Cent-trente deux patients (95%) venaient du domicile. On notait près de 40% de patients dépendants avec un maintien difficile à domicile pour un tiers d'entre eux. Ces patients sont fragiles avec un patient sur deux polypathologique et 93% de patients dénutris. Cinquante-trois patients (38%) avaient été hospitalisés récemment (moins de 3 mois avant l'admission aux urgences) et près de 60% d'entre eux avaient une polymédication.

### 3) Antécédents

Concernant les antécédents des 139 patients :

- Antécédents cardio-vasculaires : 61 patients (44%),
- Antécédents d'HTA : 61 patients (44%),
- Antécédents d'insuffisance cardiaque : 27 patients (19,4%)
- Antécédents de diabète : 26 patients (19%),
- Antécédents de dyslipidémie : 23 patients (16,6%),
- Antécédents digestifs : 50 patients (36%),
- Antécédents de pathologies neurologiques : 43 patients (31%),
- Antécédents de pathologies pulmonaires : 34 patients (24,5%),
- Antécédents d'insuffisance rénale : 28 patients (20,1%),
- Antécédents de cancers solides : 54 patients (39%),
- et enfin, antécédents d'hémopathies : 9 patients (6.5%).

### 4) Délai d'apparition des symptômes

Les pathologies ont été classées en 3 catégories en fonction du délai d'apparition des symptômes :

- pathologies aiguës (apparition des symptômes depuis moins de 7 jours),
- pathologies subaiguës (apparition des symptômes entre 7 et 90 jours),
- pathologies chroniques (apparition des symptômes depuis plus de 90 jours).

Dans plus de 90% des cas les patients ont présenté une pathologie aiguë ou subaiguë qui a motivé leur hospitalisation. Les pathologies aiguës représentaient 54% des patients (n = 56), les pathologies subaiguës représentaient 40% des patients (n = 41) et les pathologies chroniques seulement 6% des patients (n = 6).

### 2.2.1.1.3. Caractéristiques cliniques de la population étudiée

Le tableau 14 résume les particularités de l'examen clinique chez ces patients

**Tableau 14 : Caractéristiques cliniques**

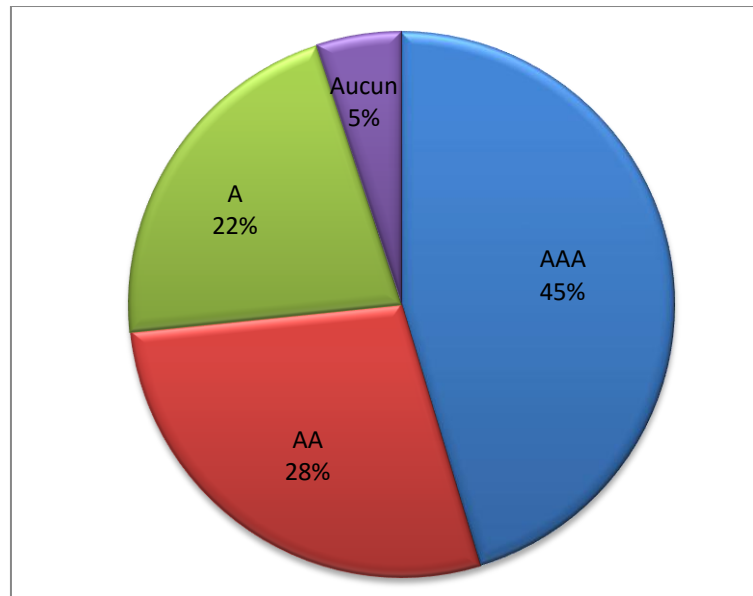
Caractéristiques des patients	N =	Moyenne (écart-type)
Poids	38	61,88 (+/- 14,46)
Perte de poids	52	8,37 (+/- 16)
Asthénie	127 (91,37)	139
Anorexie	88 (69,29)	127
Amaigrissement	51 (69,86)	73
Douleur	48 (34,78)	138
Humeur dépressive	57 (41,30)	138
Hyperthermie	13 (9,42)	138
Escarre	5 (3,62)	138
Symptômes ORL	10 (7,25)	138
Symptômes cutanés	32 (23,19)	138
Symptômes digestifs	48 (34,78)	138
Symptômes pulmonaires	45 (32,61)	138
Symptômes cardio-vasculaires	26 (18,84)	138
Symptômes hématologiques	3 (2,17)	138
Symptômes neurologiques	59 (42,75)	138
Symptômes urologiques	20 (14,49)	138

#### 1) Triade « Asthénie – Anorexie – Amaigrissement »

Cent vingt sept patients (91,4% des patients) présentaient une asthénie, 88 patients (69.3% des patients) présentaient une anorexie et 51 patients (69.9% des patients) présentaient un amaigrissement.

La triade Asthénie – Anorexie – Amaigrissement était présente chez 63 patients (45% des patients) (cf figure 3). Dans 5% des cas (7 patients), il n’y avait aucun des trois symptômes. Chez les patients présentant la triade, 54% d’entre eux avaient plus de 75 ans.

**Figure 3 : Répartition des patients en fonction de la présence ou non de la triade**



Légende :

Aucun : aucun des trois symptômes (asthénie, amaigrissement, anorexie),

A : présence d’un seul des trois symptômes,

AA : présence de deux des trois symptômes,

AAA : présence des trois symptômes

## 2) Plainte fonctionnelle

Seuls 37 patients (26.6%) présentaient comme seul et unique symptôme l’altération de l’état général. Pour les 102 patients restant, l’altération de l’état général était associée à une plainte fonctionnelle, à un autre symptôme. Sur les 37 patients ayant comme motif d’admission : l’AEG seul, 20 patients (54%) avaient plus de 75 ans.

On a pu mettre en évidence 134 symptômes différents classés en 11 catégories (cf figure 4).

Les plaintes neurologiques étaient présentes chez 27 patients (20%) avec principalement la confusion (32.1%) et les troubles de la conscience (25%). Concernant les plaintes digestives, il y avait 23 plaintes (17% des plaintes), représentées en majorité par les douleurs abdominales et les nausées/vomissements (21.7%), puis par la diarrhée (17.4%).

Onze patients se plaignaient de fièvre ou de frissons (8%).

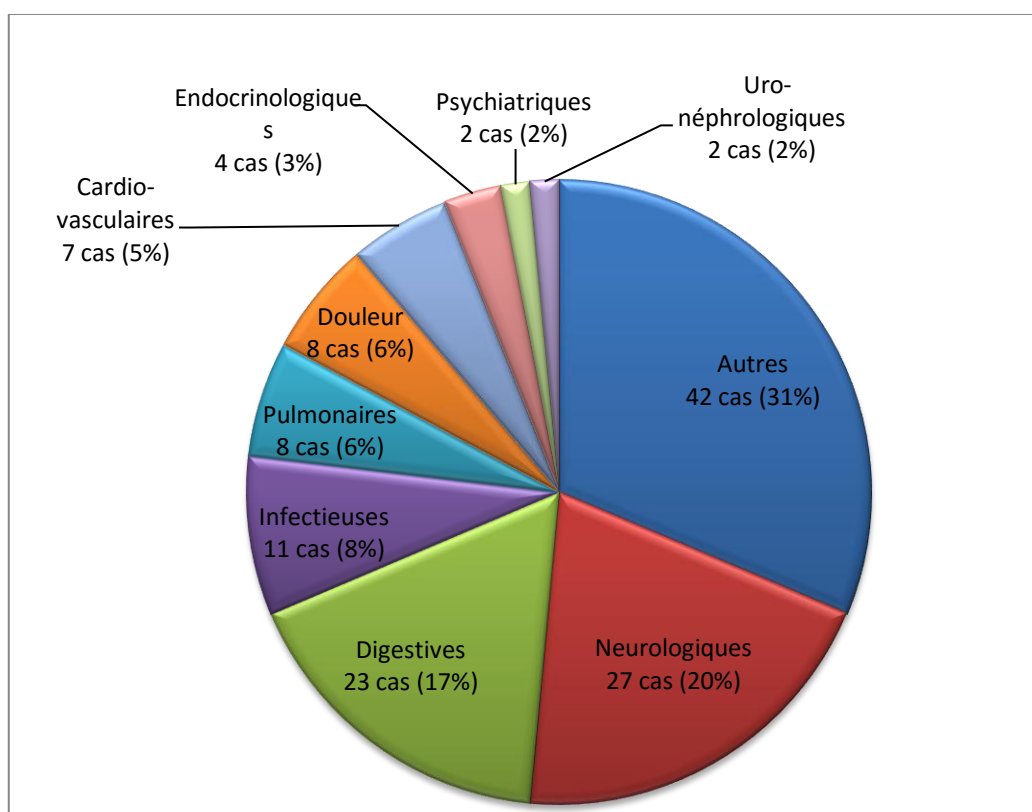
Les plaintes pulmonaires (représentant 6%) étaient majoritairement des dyspnées (87.5%).

Les douleurs représentaient 6% des plaintes.

Les symptômes cardio-vasculaires représentaient 5% des plaintes avec principalement la douleur thoracique (57.1% de cette catégorie).

Les plaintes les plus représentées de la catégorie « autres » (cf figure 4) étaient les chutes (31.7%) et le maintien à domicile difficile (26.8%).

**Figure 4 : Répartition des patients en fonction des symptômes fonctionnels**



Les plaintes fonctionnelles étaient variées comme le montre le tableau 15 (en annexe).

### 3) Examen physique

Concernant l'examen physique, le tableau 14 résume les particularités cliniques chez ces patients : 48 patients (35%) avaient été douloureux pendant l'hospitalisation. Cinquante sept patients (41%) présentaient une humeur dépressive. Une fièvre était retrouvée chez 13 patients (9,4% des patients). Cinq patients présentaient des escarres (3,6%). Les signes cliniques les plus retrouvés étaient les signes neurologiques, digestifs et pulmonaires, avec respectivement 59 patients (42,8%) ayant des signes neurologiques, 48 patients (35%) ayant des signes digestifs et 45 patients (32,6%) ayant des signes pulmonaires. Les signes cardio-vasculaires étaient présents chez 26 patients (18,8%).

#### 2.2.1.1.4. Caractéristiques biologiques et morphologiques de la population étudiée

Ces examens complémentaires ont été réalisés dans le service des urgences.

Au niveau biologique, nous n'avons aucune donnée biologique pour 2 patients (98,6% des patients avaient eu un bilan biologique). Au total, 137 patients avaient eu un bilan biologique dans le service des urgences (98,6 % des patients). Le bilan biologique comprenait : hémogramme, ionogramme sanguin, calcémie, urémie, créatininémie, bilan hépatique (ASAT, ALAT, gamma GT, phosphatases alcalines, bilirubine totale et directe), CRP et albumine. Les valeurs des principales données biologiques sont résumées dans le tableau 16.

**Tableau 16 : Caractéristiques biologiques**

Paramètres biologiques	n = (%)	Moyenne (écart-type)
Albuminémie	97 (79,8)	27,44 (+/- 5,11)

<b>Calcémie</b>	113 (81,3)	2,29 (+/- 0,2)
<b>Créatininémie</b>	137 (98,6)	112,93 (+/- 101,42)
<b>CRP</b>	132 (95)	56,36 (+/- 71,17)
<b>Glycémie</b>	115 (82,7)	6,61 (+/- 3,3)
<b>Hémoglobine</b>	137 (98,6)	12,06 (+/- 2,13)
<b>Kaliémie</b>	137 (98,6)	4,28 (+/- 0,82)
<b>Leucocytes</b>	137 (98,6)	9,33 (+/- 4,35)
<b>Natrémie</b>	137 (98,6)	135,69 (+/- 5,71)
<b>Urémie</b>	137 (98,6)	11,36 (+/- 10,79)

La CRP était considérée comme anormale si supérieure à 5 mg/l, la créatininémie : anormale si supérieure à 90  $\mu\text{mol/l}$ , l'hémoglobine : anormale si inférieure à 12 g/dl et l'albuminémie anormale si inférieure à 35 g/l.

La CRP était anormale chez 110 patients (83.3%) avec une moyenne à 56 mg/L. On notait une insuffisance rénale chez 58 patients (42.3%) avec une créatininémie moyenne à 113  $\mu\text{mol/L}$  et une anémie chez 66 patients (48.2%). La dénutrition clinique était confirmée biologiquement avec une albuminémie moyenne à 27,44 g/l.

La bandelette urinaire (BU) a été réalisée chez 33 patients (23,7% des patients) avec 21 BU positives (63,6% des BU réalisées) (cf tableau 17).

La radiographie pulmonaire a été réalisée chez 47 patients (33,8% des patients) et 24 radiographies étaient anormales (51% des radiographies réalisées).

L'échographie abdominale a été réalisée chez 36 patients (25.9% des patients) et 19 échographies étaient anormales (52,8% des échographies abdominales).

**Tableau 17 : Caractéristiques microbiologiques et morphologiques**

<b>Examens complémentaires</b>	<b>Résultats normaux n= (%)</b>	<b>Résultats anormaux n= (%)</b>	<b>Total n= (%)</b>
<b>Bandelette urinaire</b>	12 (36,36)	21 (63,64)	33 (23,7)
<b>Radiographie pulmonaire</b>	23 (48,94)	24 (51,06)	47 (33,8)

<b>Echographie abdominale</b>	17 (47,22)	19 (52,78)	36 (25,9)
-------------------------------	------------	------------	-----------

Le tableau ci-dessous (18) récapitule les examens complémentaires (microbiologiques et morphologiques) les plus retrouvés : hémocultures, ECBU, scanners thoraco-abdomino-pelviens (TAP) et cérébraux, endoscopies digestives (FOGD et RSS). Les patients avaient tous eu un ECG à l'entrée des urgences.

**Tableau 18 : Autres examens complémentaires**

<b>AUTRES EXAMENS</b>		<b>Nombre</b>	<b>Normaux</b>	<b>Anormaux</b>
Microbiologie	Hémocultures	6	4	2
	ECBU	11	3	8
Scanner	TAP	15	5	10
	Cérébral	23	10	13
Endoscopie digestive	FOGD	16	11	5
	RSS	3	3	0

Seulement 4.3% des patients avaient eu des hémocultures. Sur les 21 patients ayant eu une BU positive, seulement 11 patients ont eu un ECBU (52.4% des patients).

Les imageries les plus fréquemment réalisées étaient :

- le scanner thoraco-abdomino-pelvien (10.8% des patients) retrouvant principalement des lésions secondaires pulmonaires, hépatiques, osseuses, ganglionnaires, ainsi que des lésions de carcinose,



- le scanner cérébral (16.5% des patients), retrouvant principalement des atrophies cortico-sous-corticales, des lésions de leucoaraiose et des lésions secondaires.

Concernant les résultats de ces examens, 66.7% des scanners thoraco-abdomino-pelviens (TAP) réalisés étaient anormaux et 56.5% des scanners cérébraux étaient anormaux.

Concernant l'endoscopie digestive, elle a été réalisée chez 11.5% des patients (les patients ayant eu une RSS avaient eu dans le même temps une FOGD). Les fibroscopies oeso-gastroduodénales (FOGD) retrouvaient principalement des varices œsophagiennes, des sténoses œsophagiennes, des lésions de gastrite, des ulcères, des lésions d'endo-brachio-oesophage et des syndromes de masse.

Les hémocultures réalisées étaient en majorité normales (66.7%). Les scanners TAP étaient anormaux dans deux tiers des cas (66.7%) et les scanners cérébraux montraient une anomalie dans la moitié des cas environ (56.5%). Cinq FOGD (31.3%) étaient anormales et les 3 RSS réalisées étaient normales.

D'autres examens avaient été réalisés mais de façon marginale : pré-albumine, HbA1c, marqueurs tumoraux, bilans d'anémie, BNP, enzymes cardiaques, gaz du sang (au niveau biologique), MMS, écho-dopplers des membres inférieurs, IRM, EEG,...

### **2.2.1.2. Etiologies**

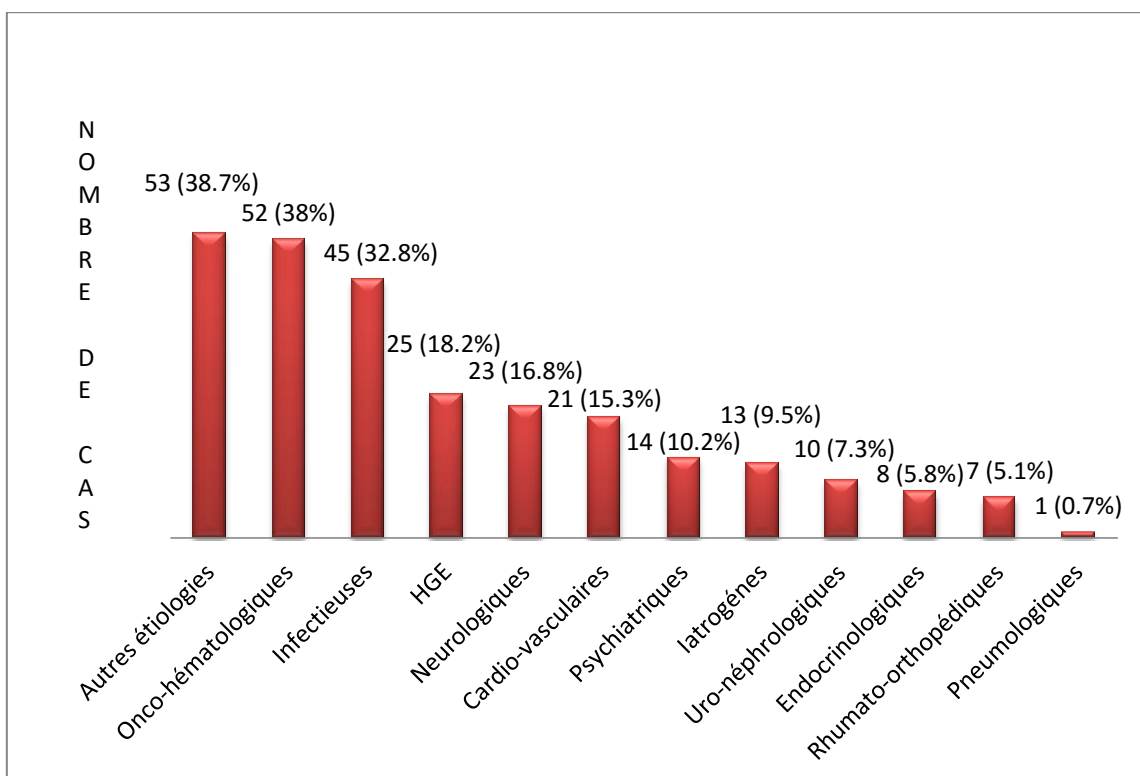
#### **2.2.1.2.1. Les différentes catégories étiologiques**

Nous avons, tout d'abord, regroupé les différents diagnostics (272 diagnostics différents au total) en 12 grandes catégories étiologiques, dont une catégorie « autres étiologies » comprenant des diagnostics divers ne correspondant à aucune pathologie d'organe en particulier.

Sur les 139 patients étudiés, un patient était sorti contre avis médical et un patient n'avait pas de diagnostic principal à la sortie d'hospitalisation. Nous avons pu récupérer les données (paramètres cliniques et biologiques) pour ces deux patients mais n'avons pas de diagnostic de sortie

d'hospitalisation. Nous avons donc étudié les diagnostics de sortie de 137 patients, un certain nombre d'entre ayant plusieurs diagnostics associés à la sortie d'hospitalisation.

**Figure 5 : Répartition des catégories étiologiques**



Cet histogramme (figure 5) permet d'appréhender les différentes catégories de diagnostics à la sortie de l'hospitalisation. Douze catégories ont été identifiées.

Nous pouvons remarquer que les pathologies les plus représentées étaient les pathologies onco-hématologiques avec 52 patients (38%) (cancers solides n = 47, hémopathies n = 4), les pathologies infectieuses avec 45 patients (32.8%) et les pathologies hépato-gastro-entérologiques avec 25 patients (18.2%), outre la catégorie « autres étiologies » avec 53 patients (38.7%). Les pathologies neurologiques et cardio-vasculaires étaient représentées par respectivement 16.8% et 15.3% des patients. Le reste des étiologies (psychiatriques, iatrogènes, uro-néphrologiques, endocrinologiques et rhumato-orthopédiques) se répartissait entre 14 à 7 patients (les pathologies psychiatriques et celles d'origine iatrogène : environ 10%, les pathologies uro-néphrologiques : 7.3% et les pathologies endocrinologiques et rhumato-orthopédiques : respectivement 5.8% et 5.1%, la pathologie la moins représentée est la pneumologie : 0.7%).

Les diagnostics de pneumopathie infectieuse ont été inclus dans les pathologies infectieuses. De même, les troubles cognitifs ont été inclus dans les étiologies neurologiques et non psychiatriques.

#### **2.2.1.2.2. Détail des diagnostics**

Chaque catégorie étiologique comprend des diagnostics plus précis, les tableaux 19 à 30 (en annexe) détaillent les différents diagnostics, par catégorie étiologique. L'étude fait ressortir 272 diagnostics différents qui composent les 12 catégories diagnostiques.

Il y avait, au total, 323 diagnostics posés car les patients présentaient plusieurs pathologies à la fois, voire même plusieurs pathologies dans la même catégorie diagnostique.

Concernant les diagnostics qui composent les différentes catégories, certains prédominaient.

Pour les étiologies onco-hématologiques, il y avait 47 tumeurs solides (46 cancers et un méningiome) et 4 lymphomes. Parmi les néoplasies, les cancers pulmonaires (19.2 %) et colorectaux (13.5 %) étaient prédominants. Il faut noter que 30 patients (63.8%) étaient atteints de cancers métastatiques.

Dans la catégorie « autres étiologies », deux diagnostics ressortaient : le maintien à domicile difficile (17%) et la dénutrition (13.2%).

Pour les étiologies infectieuses, les diagnostics les plus souvent retrouvés étaient : les pneumopathies (33.3%) et les infections urinaires (40% : infections urinaires sans précision, cystites, prostatites, pyélonéphrites).

Concernant les pathologies hépato-gastro-entérologiques, les diagnostics les plus représentés étaient : la constipation (20%), les pathologies gastriques (gastrite, ulcère gastrique, duodénite) (16%) et les syndromes occlusifs (16%).

Sur le plan neurologie, on trouvait surtout les troubles cognitifs (39.1%) et l'encéphalopathie alcoolique (13%). Concernant les pathologies cardio-vasculaires, la décompensation cardiaque arrivait au premier rang de cette catégorie (38.1%), suivie par l'HTA et la fibrillation auriculaire avec chacune 19% des diagnostics.

#### **2.2.1.2.3. Diagnostics de sortie des patients ne présentant, à l'entrée, aucun signe d'AEG**

- Chute (panaris)
- Décompensation d'une démence type Alzheimer
- Chutes à répétition sur vertiges indéterminés + HTA
- Insuffisance rénale aigue sur insuffisance rénale chronique + décompensation cardiaque + rétention aigue d'urines + déséquilibre de diabète
- Ralentissement psycho-moteur iatrogène (morphiniques) + syndrome dépressif sévère + syndrome extra-pyramidal iatrogène (neuroleptiques)
- Cirrhose biliaire primitive et épisode de cholécystite aigue lithiasique
- Perte d'autonomie

#### **2.2.1.2.4. Diagnostics de sortie des patients présentant, à l'entrée, la triade de l'AEG**

Nous avons mis à part les diagnostics de sortie des patients ayant réellement une altération de l'état général (63 patients), c'est-à-dire présentant la triade asthénie + anorexie + amaigrissement.

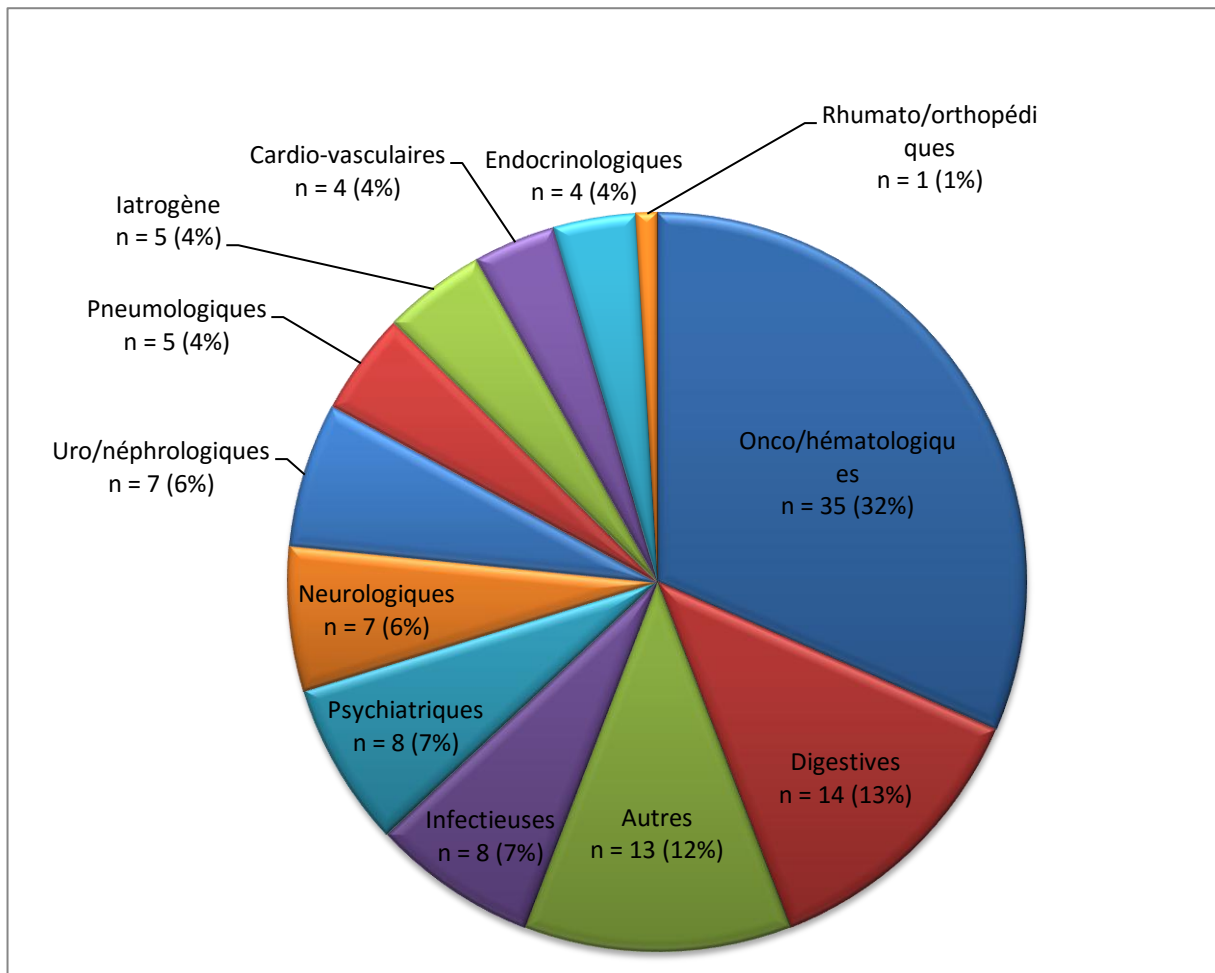
La répartition des diagnostics (cf figure 6) était un peu différente de celle des 139 patients puisque les pathologies digestives arrivaient au deuxième rang (au lieu du quatrième).

Les pathologies onco-hématologiques arrivaient, par contre, toujours en tête des étiologies.

Les pathologies cardio-vasculaires arrivaient elles au dixième rang (au lieu du sixième).

Les pathologies pulmonaires étaient moins représentées étant au douzième rang (au lieu du huitième). Les autres étiologies étaient représentées de façon assez similaire.

**Figure 6 : Diagnostics de sortie des patients ayant initialement la triade (AAA)**



### 2.2.1.2.5. Concordance entre plainte fonctionnelle initiale et diagnostic de sortie

Sur les 102 patients ayant une plainte initiale associée à l'AEG, chez 64 patients (62.7%) les symptômes initiaux correspondaient au diagnostic final et chez 38 patients (37.3%) il n'y avait pas de correspondance entre la plainte initiale et le diagnostic final.

Le tableau ci-dessous résume les diagnostics des patients ayant comme seule plainte initiale l'AEG.

**Tableau 31 : Diagnostics des patients ayant comme plainte initiale l'AEG sans symptôme associé**

## **Diagnostiques de sortie des patients avec la plainte initiale : AEG**

**AVC récent avec paralysie faciale + déshydratation + découverte de diabète + pneumopathie + infection urinaire + ischémie aiguë du membre inférieur**  
**Choc septique**

**Cirrhose éthylique avec ascite réfractaire + découverte de lésions secondaires hépatiques + carcinose d'un primitif ovarien ou colique + syndrome occlusif**  
**Décompensation cardiaque et défaillance multi-viscérale**

**Décompensation cardiaque sévère sur RAo serré**

**Dénutrition sévère dans le cadre d'un carcinome épidermoïde de l'épiglotte + otite externe droite**

**Déshydratation + décompensation cardiaque sévère + infection urinaire (E. Coli)**

**Déshydratation + eczéma lichenifié + infection urinaire + condylome de la verge + difficultés sociales**

**FA rapide + cystite simple + ischémie critique du membre inférieur (plaie du pied)**

**Infection de PICC (alimentation parentérale) + thrombose veineuse + dénutrition sévère sur syndrome dépressif**

**Lymphome évolué (sous chimiothérapie et radiothérapie) avec syndrome tumoral + déshydratation**

**Néoplasie biliaire**

**Néoplasie bronchique avec métastases hépatiques, osseuses et cérébrales**

**Néoplasie broncho-pulmonaire avec métastases hépatiques, osseuses, surrenaliennes**

**Néoplasie colo-rectal métastatique (hépatique + carcinose péritonéale) sous chimiothérapie**

**Néoplasie de l'endomètre + carcinose péritonéale + hyperkaliémie + syndrome sub-occlusif + infection du site (klebsielle pneumoniae)**

**Néoplasie du pancréas avec métastases hépatiques et pulmonaires + carcinose péritonéale**

**Néoplasie du rectum avec métastases osseuses, pulmonaires et cérébrales**

**Néoplasie gastrique + carcinome pulmonaire + constipation**

**Néoplasie gastrique évoluée + cancer de la prostate + carcinose péritonéale**

**Néoplasie mammaire gauche + métastases osseuses, hépatiques et cutanées évolutives + hypercalcémie**

**Néoplasie pulmonaire (sous radio-chimiothérapie) avec métastases pleurales, hépatiques, costales + syndrome cave sup**

**Néoplasie pulmonaire avec métastases cérébrales et osseuses (sous chimiothérapie) + syndrome dépressif réactionnel**

**Néoplasie pulmonaire avec métastases cérébrales sous chimiothérapie**

**Néoplasie pulmonaire avec métastases hépatiques sous chimiothérapie**

**Néoplasie pulmonaire avec métastases osseuses + sténose oesophagienne**

**Néoplasie pulmonaire métastatique (cérébral + hépatique)**

**Pas de diagnostic**

**Perte d'autonomie**

**Sepsis sur néoplasie pulmonaire sous chimiothérapie**

**Surdosage en digoxine + déshydratation + pyélonéphrite aigue**

**Syndrome cérébelleux sur OH chronique + syndrome dépressif + néoplasie colique avec pleurésie droite**

**Syndrome dépressif avec régression psychomotrice + déshydratation**

**Syndrome dépressif majeur**

**Syndrome dépressif majeur + suspicion de purpura thrombopénique idiopathique**

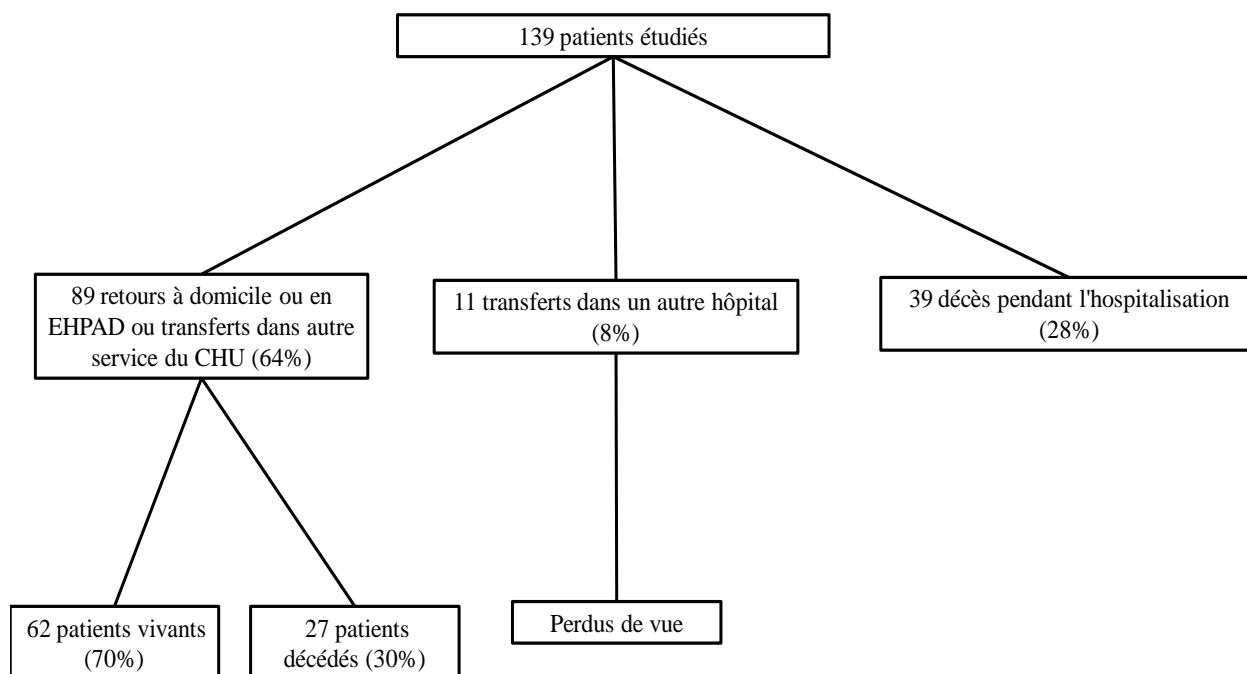
**Tuberculose pulmonaire/hépatite C**

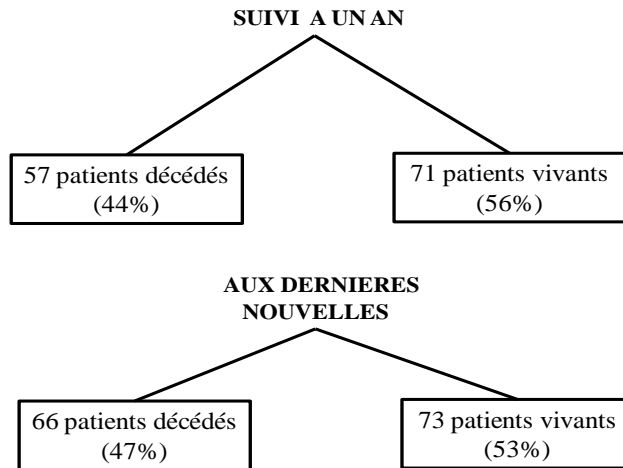
**Tumeur neuro-endocrine du pancréas (à petites cellules) avec métastases hépatiques et ganglionnaires + purpura thrombopénique**



### 2.2.1.3. Devenir des patients

**Diagramme de flux : Devenir des patients à la sortie d'hospitalisation puis suivi à 1 an et aux dernières nouvelles**





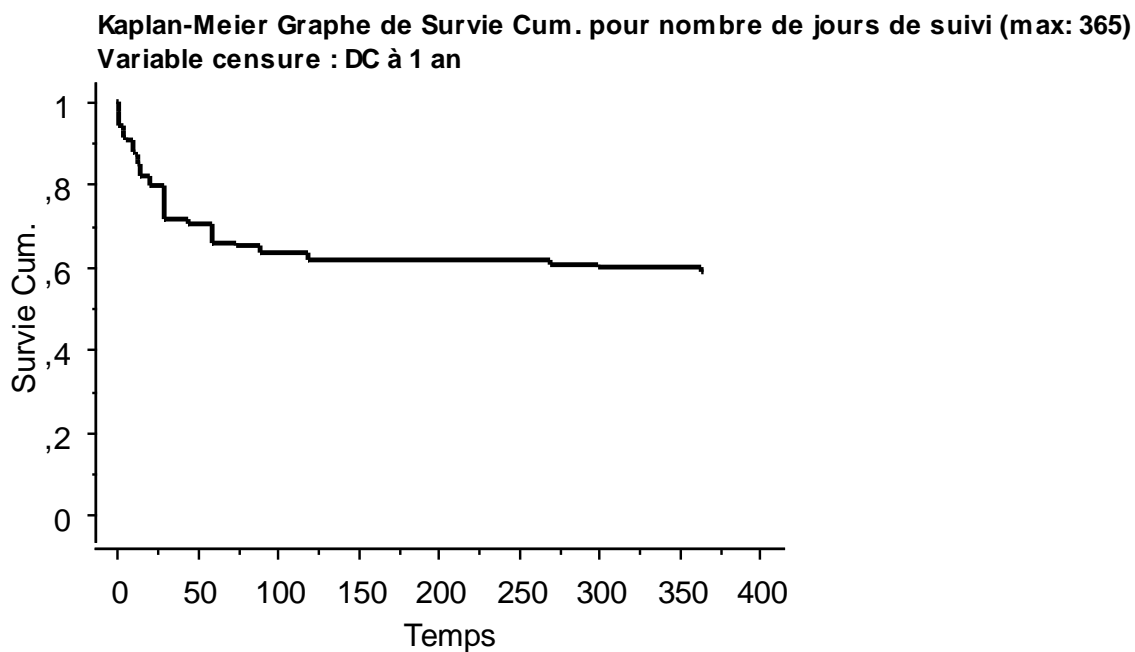
A la sortie de l'hospitalisation, certains patients sont rentrés à domicile, d'autres ont été admis en EHPAD, d'autres ont été transférés dans un autre service du CHU pour poursuite de la prise en charge. Ces patients représentaient 89 patients (64% de la totalité des patients analysés). Onze patients (8%) ont été transférés vers d'autres centres hospitaliers. Trente neuf patients (28%) sont décédés au cours de l'hospitalisation.

Concernant les 89 patients rentrés à domicile ou en EHPAD ou transférés dans un autre service du CHU, 27 patients étaient décédés par la suite (30% des 89 patients).

### 2.2.1.3.1. Suivi à un an

A un an de suivi, 57 patients (sur les 139 patients inclus) étaient décédés (44% des patients). La courbe de survie (cf figure 7) montre un nombre important de décès dans les cinquante premiers jours après l'admission puis une stagnation des décès au centième jour avec à 365 jours un peu moins de la moitié des patients (44%) décédés.

**Figure 7 : Courbe de Kaplan-Meier : courbe de survie**

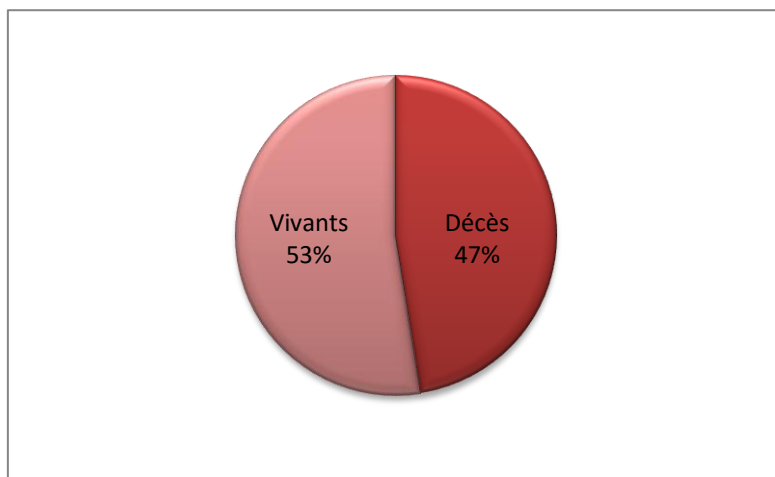


### 2.2.1.3.2. Décès au total

Au total (sur les 139 patients inclus), 66 patients sont décédés (47.48%) au cours de l'étude (de l'admission des patients aux urgences jusqu'à la fin du recueil de données) (cf figure 8). Le délai de suivi était, pour la totalité des patients, de 803 jours en moyenne alors que pour les 66 patients décédés, elle était de 147 jours.

Sur les 66 patients décédés, 52 patients (86.4%) avaient plus de 75 ans.

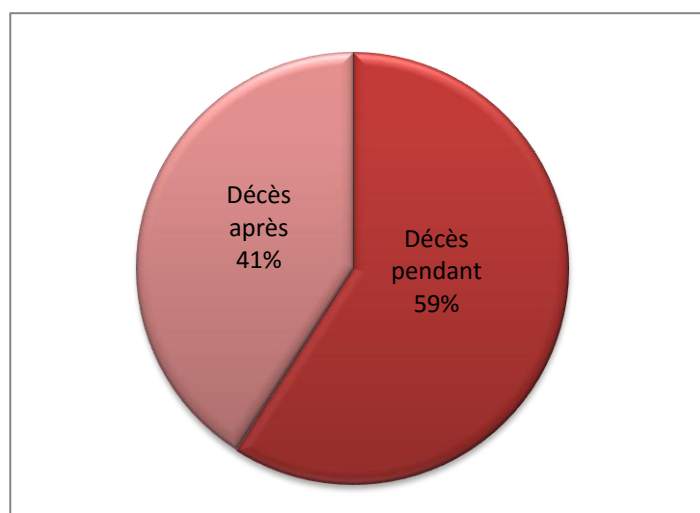
**Figure 8 : Pourcentage des patients décédés au cours de l'étude**



### 2.2.1.3.3. Délai de survenue des décès

Sur les 66 patients décédés, 39 patients (59% des patients décédés) étaient décédés pendant l'hospitalisation (cf figure 9) et 27 patients (41% des patients décédés) étaient décédés à distance de l'hospitalisation (délai variant de 1 mois à 4 ans).

**Figure 9 : Répartition des patients en fonction de la survenue du décès pendant/après l'hospitalisation**



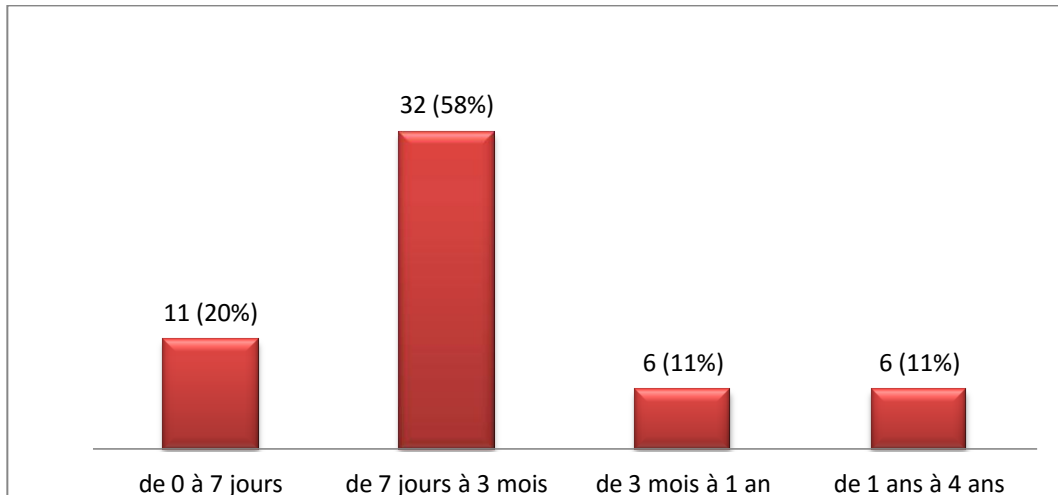
Nous avons étudié le délai de survenue du décès. Sur les 66 patients décédés, nous avons pu connaître ce délai chez 55 patients (83% des patients), pour 11 patients nous n'avions pas l'information. Nous avons pu récupérer cette donnée pour 38 patients décédés au cours de l'hospitalisation et pour 17 patients décédés après l'hospitalisation.

**Tableau 32 : Délai de survenue des décès**

	Nombre	Pourcentage (%)	Moyenne du délai de survenue du décès (en jours)
<b>Décès survenus pendant l'hospitalisation</b>	38	57,7	23
<b>Décès survenus à distance de l'hospitalisation</b>	17	25,7	426
<b>Données manquantes</b>	11	16,6	
<b>Total</b>	66	100	147,4

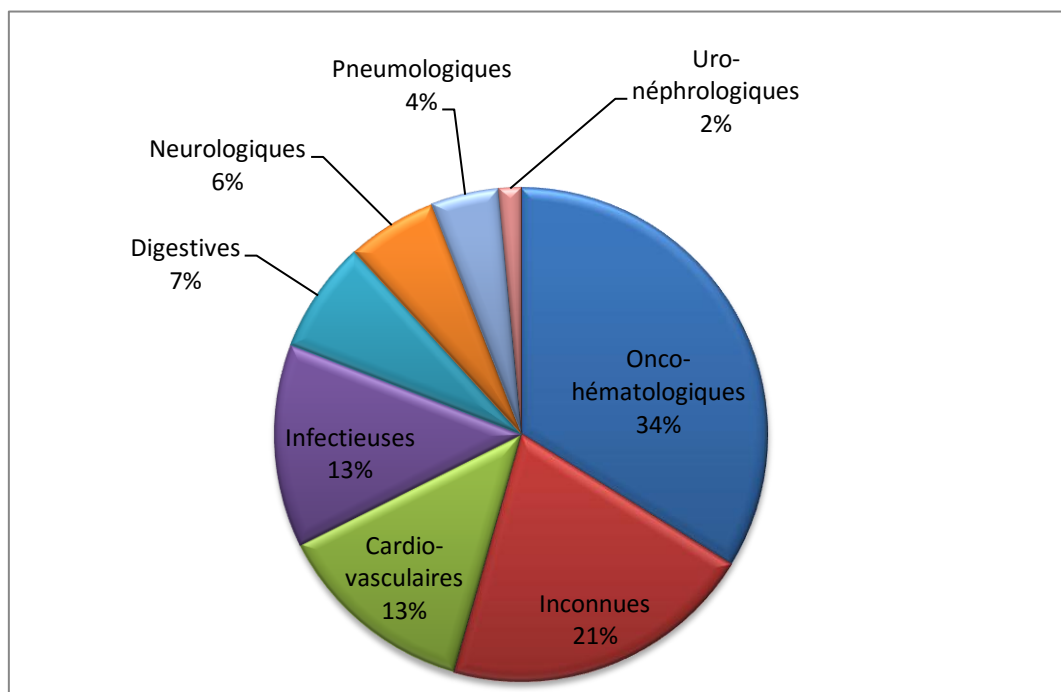
La moyenne était de 147 jours (5 mois). La majorité des patients (58%) étaient décédés entre le septième jour et le troisième mois à compter du jour de l'admission (cf figure 10). Si on séparait les décès survenus au cours de l'hospitalisation et ceux survenus après, la moyenne du délai de survenue du décès était de 23 jours pour les patients décédés pendant l'hospitalisation et de 426 jours (14 mois) pour les patients décédés à distance de l'hospitalisation.

**Figure 10 : Répartition des patients en fonction du délai de survenue du décès**



#### 2.2.1.3.4. Etiologies des décès

**Figure 11 : Répartition des étiologies des décès**



Nous avons des données manquantes pour 14 patients. La répartition des causes de décès (cf figure 11) mettait en évidence une prédominance des étiologies onco-hématologiques avec 34% des causes

de décès puis des étiologies infectieuses et cardio-vasculaires avec 13% chacune puis se répartissent par de faibles pourcentages les étiologies digestives (7%), neurologiques (6%), pneumologiques (4%) et uro-néphrologiques (2%).

Pour 21% des patients décédés, le diagnostic de décès n'était pas connu.

**Tableau 33 : Etiologies des décès**

<b>ETIOLOGIES DES DECES</b>	<b>Nombre</b>
<b>Diagnostic inconnu</b>	14
<b>Néoplasie digestive</b>	12
<b>Choc septique</b>	4
<b>Néoplasie pulmonaire</b>	4
<b>Décompensation cardiaque</b>	3
<b>Néoplasie ORL</b>	3
<b>Sepsis sévère</b>	3
<b>Arrêt cardiaque</b>	2
<b>Décompensation oedémato-ascitique et encéphalopathie hépatique</b>	2
<b>Détresse respiratoire</b>	2
<b>Ischémie aiguë d'un membre inférieur</b>	2
<b>Néoplasie mammaire</b>	2
<b>Pneumopathie d'inhalation</b>	2
<b>Syndrome occlusif</b>	2
<b>Anévrisme de l'aorte</b>	1
<b>Coma sur métastases cérébrales</b>	1
<b>Embolie pulmonaire sur néoplasie</b>	1
<b>Hémorragie extériorisée digestive sous anticoagulant</b>	1
<b>Insuffisance rénale terminale avec syndrome cardio-rénal</b>	1
<b>Lymphome B</b>	1
<b>Méningiome frontal</b>	1
<b>Régression psychomotrice avec troubles de la déglutition</b>	1
<b>Troubles du rythme</b>	1

Ce tableau (n°33) montre les différentes pathologies ayant entraîné le décès, après les « diagnostics inconnus » (14 dossiers), arrivait en tête des étiologies : les néoplasies digestives avec 12 cas puis les autres diagnostics, très variés, se répartissaient entre 4 et 1 cas.

## 2.2.2. Etude analytique

### 2.2.2.1. Analyse uni-variée

Le tableau ci-dessous (n°34) présente les différents paramètres corrélés au décès de façon significative (p inférieur à 0.05) :

**Tableau 34 : Facteurs (dépendants) de risque de décès**

<b>FACTEURS DE RISQUE DE DECES</b>	<b>Patients vivants n= (%) ou moyenne (écart- type)</b>	<b>Patients décédés n= (%) ou moyenne (écart- type)</b>	<b>Valeurs de p</b>
<b>Antécédents neurologiques</b>	28 (38,36)	15 (22,73)	0,0465
<b>Antécédents d'hypertension artérielle</b>	25 (34,25)	36 (54,55)	0,016
<b>Antécédents de cancers solides</b>	18 (24,66)	36 (54,55)	0,0003
<b>Hospitalisation récente</b>	22 (30,14)	31 (46,97)	0,0413
<b>Asthénie</b>	62 (84,93)	65 (98,48)	0,0045
<b>Anorexie</b>	41 (58,57)	47 (82,46)	0,0037
<b>Amaigrissement</b>	25 (59,52)	26 (83,87)	0,025
<b>Troubles cognitifs</b>	24 (33,33)	9 (13,85)	0,0077
<b>Albuminémie</b>	28,72 (+/- 5,35)	26,13 (+/- 4,54)	0,0118
<b>Glycémie</b>	6,10 (+/- 2,03)	7,30 (+/- 4,41)	0,0537
<b>CRP</b>	38,99 (+/- 48,23)	77,22 (+/- 87,39)	0,0019
<b>Bilan hépatique perturbé</b>	12 (17,14)	25 (39,68)	0,0038
<b>Anémie</b>	27 (36,99)	39 (60,94)	0,0051
<b>Radiographie pulmonaire anormale</b>	6 (26,09)	18 (75)	0,0008
<b>Echographie abdominale anormale</b>	7 (36,84)	12 (70,59)	0,0429
<b>Diagnostics de sortie: étiologie neurologique</b>	15 (20,83)	4 (6,15)	0,013
<b>Diagnostics de sortie: étiologie psychiatrique</b>	11 (15,28)	3 (4,62)	0,0396
<b>Diagnostics de sortie: étiologie onco-hématologique</b>	14 (19,44)	38 (58,46)	inf à 0,0001

Concernant les antécédents des patients, les deux antécédents étant des facteurs prédictifs (dépendants) de décès étaient les antécédents de cancers solides (p = 0.0003) et l'HTA (p = 0.016).



Les autres antécédents (cardio-vasculaires, pneumologiques, digestifs et les autres facteurs de risque cardio-vasculaires) ne ressortaient pas de façon significative. Les antécédents neurologiques sont au contraire protecteurs ( $p = 0.0465$ ).

L'hospitalisation récente (moins de 3 mois) était un facteur de risque de décès ( $p = 0.0413$ ).

Les trois symptômes définissant l'AEG (asthénie, anorexie et amaigrissement) étaient des facteurs de risque de décès ( $p = 0.0045$  pour l'asthénie,  $p = 0.0037$  pour l'anorexie et  $p = 0.025$  pour l'amaigrissement) et les troubles cognitifs étaient, au contraire, protecteurs ( $p = 0.0077$ ).

Au niveau biologique, les facteurs de risque étaient : l'albumine diminuée ( $p = 0.0118$ ), la CRP élevée ( $p = 0.0019$ ), l'anémie ( $p = 0.0051$ ) et le bilan hépatique perturbé ( $p = 0.0038$ ). La présence d'un syndrome inflammatoire est donc un facteur prédictif de décès.

Concernant les examens complémentaires, la radiographie pulmonaire anormale ( $p = 0.0008$ ) et l'échographie abdominale anormale ( $p = 0.0429$ ) étaient des facteurs prédictifs de décès.

En terme de diagnostics de sortie, de façon attendue, les diagnostics onco-hématologiques étaient des facteurs de risque de décès ( $p$  inférieur à 0.0001). Au contraire, les diagnostics de pathologies neurologiques et psychiatriques étaient des facteurs protecteurs (avec respectivement  $p = 0.013$  et  $p = 0.0396$ ).

Certains paramètres n'étaient pas significatifs comme l'âge, le poids, la dénutrition.

### **2.2.2.2. Analyse multi-variée**

Cette étude avait comme objectif secondaire de mettre en évidence les facteurs de risque de décès indépendants.

**Tableau 35 : Facteurs indépendants de risque de décès**

Facteurs de risque de décès	Valeur de p	Odds ratio	Intervalle de confiance
<b>CRP</b>	0,0521	1,02	1-1,03
<b>HTA</b>	0,0213	6,16	1,31-28,99
<b>Anorexie</b>	0,0085	27,58	2,33-326,60
<b>Diagnostics onco-hématologiques</b>	0,0003	33,71	5,01-226,87

Quatre facteurs prédictifs de décès, indépendants, ont été retrouvés (cf tableau 35), grâce à l'analyse multi-variée : la CRP anormale ( $p = 0.0521$ ), l'HTA ( $p = 0.0213$ ) c'est à dire qu'un patient avait 6 fois plus de risque de décéder s'il avait un antécédent d'HTA, de même que l'anorexie ( $p = 0.0085$ ) avec un odds ratio à 27. Enfin, les diagnostics onco-hématologiques étaient des facteurs de risque de décès ( $p = 0.0003$ ) avec un odds ratio à 33.

Ensuite, nous avons voulu savoir s'il y avait un lien entre antécédents onco-hématologiques et diagnostics d'origine onco-hématologique à la sortie d'hospitalisation.

**Tableau 36 : Antécédents de cancers solides et /ou d'hémopathies**

Antécédents	n = (%)
<b>Cancers solides</b>	54 (38,85)
<b>Hémopathies</b>	9 (6,47)
<b>Cancers solides ou hémopathie</b>	58 (41,73)

**Tableau 37 : Diagnostics à la sortie d'hospitalisation**

Diagnostics à la sortie	n = (%)
<b>Diagnostics onco-hématologiques</b>	52 (37,41)

**Tableau 38 : Corrélation entre antécédents de cancers solides-hémopathies et diagnostics de pathologies onco-hématologiques**

<b>n = (%)</b>	<b>Aucun antécédent de cancer solide ou hémopathie</b>	<b>Antécédents de cancer solide ou hémopathie</b>
<b>Autres diagnostics</b>	71 (87,65)	16 (27,59)
<b>Diagnostics de pathologies onco-hématologiques</b>	10 (12,35)	42 (72,41)

Dans le tableau ci-dessus (n°36), nous pouvions observer que 58 patients avaient des antécédents de cancers solides ou hémopathies. Quarante deux d'entre eux (72%) avaient, comme diagnostic de sortie, un diagnostic de pathologie onco-hématologiques (p inférieur 0.0001 puisque les patients ayant des antécédents de cancers avaient plus de risque d'avoir une pathologie onco-hématologique comme diagnostic de sortie).

Nous observons (cf tableau 38) que chez les patients n'ayant aucun antécédent onco-hématologique, 10 patients (12%) avaient une pathologie onco-hématologique diagnostiquée à la sortie d'hospitalisation. Chez ces 10 patients, 6 d'entre eux avaient un scanner thoraco-abdomino-pelvien révélant des processus tumoraux ou des lésions secondaires.

### 3. Discussion

Le but de ce travail était d'étudier les caractéristiques et le devenir des patients adressés aux urgences pour AEG.

L'étude des étiologies, portant sur les 920 patients analysables adressés en 2011 pour AEG, a révélé que seul 21% (n=192) de ces patients présentaient une réelle AEG comme motif d'admission. Les 728 autres patients (79%) présentaient des caractéristiques cliniques et biologiques permettant une orientation diagnostique rapide, ce qui rendait invalide le motif d'admission d'AEG. Pour ces 728 patients, les pathologies infectieuses arrivaient en tête des pathologies diagnostiquées à la sortie du service des urgences. Cette catégorie comprenait majoritairement les infections pulmonaires (49.7%, comprenant les pneumopathies et les bronchites), les infections urinaires et la gastro-entérite aigue.

Concernant le devenir de ces patients, 20.2% des patients étaient rentrés à domicile, 78.3% avaient été hospitalisés (dans les différents services du CHU ou dans d'autres structures), 0.7% des patients étaient décédés aux urgences. Le taux d'hospitalisation dans notre étude était assez élevé (78.3%).

Dans la deuxième partie des résultats, nous avons étudié les 192 patients adressés pour une réelle AEG avec seulement 139 dossiers analysables.

La population était âgée avec une moyenne d'âge de 76 ans, une médiane à 80 ans et 63% des patients avaient plus de 75 ans. La répartition homme/femme était inégale avec une prédominance masculine (59% d'hommes et 41% de femmes). On notait environ 40% de patients dépendants dont un tiers d'entre eux présentant un maintien à domicile difficile. Dans notre étude, il existait une polymédication chez 58% des patients et 49,6% des patients étaient polypathologiques.

Concernant les antécédents, 44% des patients avaient des antécédents cardio-vasculaires et dans la même proportion des antécédents d'HTA. Trente neuf pour cent avaient des antécédents de cancers solides, 36% avaient des antécédents digestifs et 31% avaient des antécédents de pathologies neurologiques.

Les pathologies aiguës représentaient 54% des cas, les pathologies subaiguës 40% et les pathologies chroniques seulement 6% des cas.

Parmi les patients que nous avons étudiés, 91,4% d'entre eux présentaient une asthénie, 69,3% une anorexie et 70% un amaigrissement. La triade asthénie-anorexie-amaigrissement était présente chez 45% de nos patients avec seulement 5% des patients ne présentant aucun des trois symptômes.

Le motif d'admission était, pour tous les patients, l'altération de l'état général. Cependant, on remarquait que chez seulement 26,6% des patients, l'AEG était le seul et unique symptôme. Pour 73,4% des patients, l'altération de l'état général était associée à un autre symptôme, les plaintes fonctionnelles associées étaient très variées. Les plaintes neurologiques arrivaient en tête (20%) puis suivaient les plaintes digestives (17%), la fièvre (8%), les plaintes pulmonaires (6%), les douleurs (6%) puis les symptômes cardio-vasculaires (5%).

Sur le plan clinique, une hyperthermie a été retrouvée chez 9,4% des patients, les signes cliniques les plus souvent retrouvés étaient les signes neurologiques, digestifs et pulmonaires.

Sur le plan biologique, un bilan biologique avait été réalisé chez 98,6% des patients. La CRP était anormale dans 83,3% des cas avec une moyenne à 56,36 mg/l.

La bandelette urinaire avait été réalisée chez 23,7% de nos patients et elle était anormale dans 63,6% des cas. Chez les patients ayant eu une BU, seulement 52,4% de ces patients avaient eu un ECBU. Dans notre étude, la radiographie pulmonaire avait été réalisée chez 33,8% des patients et était anormale dans 51% des cas. L'échographie abdominale avait été réalisée chez 25,9% des patients et était anormale dans 52,8% des cas.

Ces 139 patients ont tous été hospitalisés. Les diagnostics de sortie d'hospitalisation de ces patients relevaient principalement de pathologies onco-hématologiques (38%), de pathologies infectieuses (32,8%) et de pathologies hépato-gastro-entérologiques (18,2%). Les pathologies neurologiques et cardio-vasculaires concernaient respectivement 16,8% et 15,3% des patients.

Nous avons ensuite analysé les diagnostics de sortie des patients ayant réellement une altération de l'état général (c'est-à-dire les 63 patients présentant la triade), la répartition des diagnostics était alors un peu différente de celle des 139 patients. Les pathologies onco-hématologiques arrivaient toujours en tête des étiologies (32%). Les pathologies digestives arrivaient au deuxième rang (au

lieu du quatrième). Les pathologies cardio-vasculaires arrivaient elles au dixième rang (au lieu du sixième). Les pathologies pulmonaires étaient moins représentées, au douzième rang (au lieu du huitième). Les autres étiologies étaient représentées de façon assez similaire.

Concernant les 102 patients ayant comme plainte initiale une AEG associée à un autre symptôme, 62.7% d'entre eux présentaient des symptômes associés correspondant au diagnostic final.

Soixante douze pour cent des patients ayant des antécédents onco-hématologiques avaient un diagnostic de pathologie onco-hématologique à la sortie d'hospitalisation. Chez les patients n'ayant aucun antécédent onco-hématologique, 12% avaient une pathologie onco-hématologique diagnostiquée à la sortie d'hospitalisation. Chez ces derniers, 60% d'entre eux avaient eu un scanner révélant un processus tumoral ou des lésions secondaires.

Concernant le devenir de ces patients, 28% d'entre eux étaient décédés et 72% des patients étaient rentrés à domicile ou adressés en EHPAD ou transférés dans d'autres services du CHU ou dans d'autres centres hospitaliers. Concernant ces derniers, 30% d'entre eux étaient décédés par la suite. A un an de suivi, 44% des patients étaient décédés. Au total, 47.48% des patients étaient décédés au cours de l'étude. Sur les 66 patients décédés au total, 59% l'avaient été pendant l'hospitalisation et 41% à distance de l'hospitalisation. La moyenne du délai de survenue du décès était de 23 jours pour les patients décédés pendant l'hospitalisation. La moyenne, au total, du délai de décès était de 147 jours (5 mois).

La répartition des causes de décès mettait en évidence une prédominance des étiologies onco-hématologiques (34%) suivies des étiologies infectieuses et cardio-vasculaires (avec 13% chacune). Douze patients (18% des patients décédés) sont décédés d'un cancer d'origine digestive, quatre d'un cancer pulmonaire (6%) et deux patientes (3%) d'une néoplasie mammaire.

Concernant les facteurs de risque de décès, les deux antécédents étant des facteurs prédictifs (dépendants) de décès étaient les antécédents de cancers solides et l'HTA. Les antécédents neurologiques étaient quant à eux un facteur protecteur. L'hospitalisation récente (moins de 3 mois) était un facteur de risque de décès ainsi que les trois symptômes définissant l'AEG. Les troubles cognitifs étaient, au contraire, protecteurs. Au niveau biologique, les facteurs de risque étaient : l'hypoalbuminémie, la CRP élevée, l'anémie et le bilan hépatique perturbé. Concernant les examens

complémentaires, la radiographie pulmonaire anormale et l'échographie abdominale anormale étaient également des facteurs prédictifs de décès. En terme de diagnostics de sortie, de façon attendue, les diagnostics onco-hématologiques étaient des facteurs de risque de décès contrairement aux diagnostics de pathologies neurologiques et psychiatriques qui étaient des facteurs protecteurs.

L'analyse multi-variée de ces facteurs prédictifs de décès montrait quatre facteurs de risque indépendants. Il s'agissait de l'antécédent d'HTA, la présence d'une anorexie, une CRP anormale et un diagnostic de sortie de pathologie onco-hématologique.

Ce travail a permis de préciser les caractéristiques et le devenir des patients adressés aux urgences pour une altération de l'état général.

Nous constatons que chez les patients adressés pour une altération de l'état général, les signes cliniques correspondant à la définition de l'AEG (la triade) n'étaient pas souvent présents puisqu'on les trouvait chez seulement 45% des patients n'ayant pas de diagnostic défini à la sortie des urgences. Nous pouvons envisager que sur les 920 patients étudiés dans la première partie de l'étude, si pour la plupart un diagnostic a été fait rapidement aux urgences, la triade ne devait pas être présente chez ces patients ou s'accompagner de symptômes permettant de mieux définir le motif d'admission.

Certains auteurs estiment que ce terme flou serait à éviter, qu'il serait nécessaire de revenir à des bases sémiologiques plus précises et que l'utilisation de ce terme serait même une facilité de langage voire une paresse clinique (2) (19) (22) (23). Par ailleurs, il faut différencier les patients de plus de 75 ans des patients plus jeunes. En effet, pour ces premiers patients, le terme d'AEG se rapproche du concept de fragilité (7). Ce dernier est un syndrome clinique qui s'applique aux patients âgés. Il est défini par une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress. Son expression clinique est modulée par les co-morbidités et des facteurs psychologiques, sociaux, économiques et comportementaux. Le syndrome de fragilité est un marqueur de risque de mortalité et d'évènements péjoratifs, notamment d'incapacités, de chutes, d'hospitalisation (24) chez ces patients âgés. En fait, le terme d'AEG peut avoir sa place dans la sémiologie médicale mais seulement lorsqu'il est employé de façon appropriée, c'est-à-dire devant un patient se plaignant d'une AEG sans autre symptôme associé et présentant à la fois une asthénie,

une anorexie et un amaigrissement. Ceci réduit drastiquement le nombre de patients adressés réellement aux urgences pour ce motif (1 patient sur 5 dans notre étude).

L'effectif initial de notre étude est conséquent (920 patients analysables) par rapport aux autres travaux (1), (2), (23), (20), (19) où il y avait entre 53 à 265 patients inclus, en dehors d'une étude (25) où 1700 patients avaient été inclus sur 4 ans. Cela permet d'avoir un échantillon représentatif des patients adressés aux urgences pour altération de l'état général. Les autres données de notre étude concernaient seulement 139 patients mais cela reste un effectif correct puisque dans la moyenne des travaux déjà réalisés. Il est difficile de comparer les données concernant ces 139 patients aux autres travaux réalisés sur le même sujet car nous n'avons pas trouvé de travail similaire au notre, c'est à dire une analyse plus précise des patients ayant un motif d'admission valide d'AEG à la sortie des urgences.

Cependant les données concernant l'âge de la population étaient similaires aux autres travaux avec deux travaux (1) (2) retrouvant une moyenne d'âge équivalente (76 ans) et une autre étude prospective (19) retrouvant une moyenne d'âge de 73 ans (avec une médiane à 79 ans et 63.5% des patients ayant plus de 75 ans). Une étude portant sur l'ensemble des patients admis aux urgences (26), montrait que les patients de plus de 75 ans représentaient 27,8 % de l'ensemble des patients admis. Une autre étude portant sur les services d'urgence (27) rapporte que les personnes âgées de plus de 75 ans constituaient les premiers utilisateurs des services d'urgence. La population en Limousin étant la plus âgée de France (28), il est donc cohérent que l'âge des patients soit élevé de notre étude.

La répartition homme/femme, dans notre étude, était différente des autres travaux réalisés puisque dans plusieurs travaux on retrouvait une répartition homme/femme équitable ou avec une légère prédominance féminine (1) (2) (3) (25), dont une étude (19) où on notait une légère prédominance féminine à 51%. Seule une étude prospective (29) retrouvait une prédominance masculine, comme dans notre étude, avec 56% des patients.

Concernant la provenance des patients, dans notre étude, 95% des patients venaient du domicile ce qui correspondait aux résultats d'une étude (19) où 90% des patients vivaient à domicile. Dans les autres études, la part des patients vivant à domicile était moins importante (entre 73% et 85%) (1) (2) (3) (29) (25).



On notait 40% de patients dépendants dans notre étude dont un tiers d'entre eux présentaient un maintien à domicile difficile. Certains auteurs ont rapporté 55% de patients avec une perte d'autonomie ce qui est un peu plus important que dans notre étude (19). Pour d'autres auteurs (1) (2) (3) (25) (29), les patients dépendants représentaient de 20 à 35%.

Concernant la polymédication et la polypathologie, il n'y a pas de définition consensuelle. L'HAS propose une première définition (30) de la polymédication qui est « la prise régulière d'au moins cinq médicaments » et une deuxième définition, plus adaptée, qui prend en compte la polypathologie : « la polymédication est définie comme la prise régulière de plusieurs médicaments nécessaires au traitement de plusieurs maladies chroniques ». La polymédication est définie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme « l'administration de nombreux médicaments de façon simultanée ou l'administration d'un nombre excessif de médicaments » (31).

La définition de la polypathologie n'est pas consensuelle non plus, il est courant de définir la polypathologie comme « la présence d'au moins 3 pathologies chroniques ». Selon l'HAS (30), la polypathologie est définie par « la présence simultanée de plusieurs maladies chroniques ». Selon Fortin (32), la définition la plus acceptée est « la coexistence de plusieurs maladies chroniques (au moins 2) chez le même individu sur la même période ». Selon l'OMS : « Par maladies chroniques, on entend des problèmes de santé qui nécessitent des soins sur le long terme retentissant systématiquement sur les dimensions sociale, psychologique et économique de la vie du malade. » (33). Dans un article du Code de la sécurité sociale (34), le terme « polypathologie » est employé lorsqu'un patient est atteint de « plusieurs affections caractérisées, entraînant un état pathologique invalidant et nécessitant des soins continus d'une durée prévisible supérieure à 6 mois » (ALD 32). Une enquête de l'INSEE sur la santé et les soins médicaux (35) avait montré que la polypathologie était la règle chez les personnes âgées avec 85 % des patients de plus de 70 ans ayant au moins 3 maladies dont les affections cardiovasculaires étaient l'une des pathologies les plus fréquentes. Dans une des études portant sur les patients adressés aux urgences pour AEG (19), les patients polypathologiques représentaient 82% des patients, donc bien plus que dans notre étude (49.6%). Cette différence pourrait s'expliquer par les critères de définition de la polypathologie puisque dans notre étude nous avons considéré comme polypathologique les patients ayant au moins 3 pathologies chroniques alors que certains auteurs retiennent seulement la présence de 2 pathologies chroniques.

Concernant les antécédents, une étude (19) retrouvait elle-aussi les antécédents de maladies cardiovasculaires comme antécédent le plus représenté avec 59.2% des patients.

Dans notre étude, les pathologies aiguës représentaient 54% des cas, les pathologies subaiguës 40% et les pathologies chroniques seulement 6% des cas. Ceci diffère d'une étude prospective (2) où les pathologies aiguës représentaient 51% des patients, les pathologies subaiguës 23% et les pathologies chroniques 26% des patients. Cette différence peut être liée aux particularités des relations entre la médecine libérale et les centres hospitaliers des autres études.

Concernant les symptômes de l'AEG, certains auteurs rapportaient (2) (19) (23) un pourcentage plus faible d'asthénie (17 à 58% des patients), d'anorexie (6 à 52.8% des patients) et d'amaigrissement (13 à 27% des patients). Cette discordance pose encore le problème de la définition du concept d'AEG qui peut différer d'une étude à l'autre et qui rend difficile les comparaisons.

Concernant la triade complète « asthénie-anorexie-amaigrissement », le recrutement dans notre étude semble plus fiable à la définition d'AEG par rapport aux études antérieures (2) (3) (19) où les patients présentant la triade ne représentaient que 19 à 23% des patients contre 45% dans notre étude et où 28.3% des patients ne présentaient aucun symptôme de la triade (2) contre 5% dans notre étude.

Sur le plan biologique, dans les études (1) (3) (19), le bilan biologique était réalisé chez 92 à 97% ce qui est comparable à notre étude. Une seule étude (2) retrouvait un pourcentage plus faible (64%).

Dans une des études (19), 46% des patients avaient eu soit une BU soit un ECBU, ce qui est bien plus important que dans notre étude. Dans les études (3) (1) (19) (2), la BU avait été réalisée dans 63% à 90% des cas, ce qui est bien plus élevé que dans notre étude (23.7%). Cette discordance pourrait être liée à l'analyse rétrospective de nos données qui souffre probablement de données manquantes. Nous avons montré que les anomalies des trois examens (BU, RP et échographie abdominale) étaient fréquentes (de 51% à 64%), ces derniers semblent donc indispensables à réaliser en première intention devant un patient présentant une AEG.

Concernant les autres examens complémentaires réalisés, la fibroscopie oeso-gastroduodénale a été réalisée chez seulement 16 patients (11.5%) et sur les 11 FOGD réalisées, 5 étaient anormales (31.3%). Cet examen est pourtant recommandé dans le bilan de première intention d'une AEG et une étude de 2001, portant sur des patients âgés ayant une AEG inexplicée (36), a démontré l'intérêt diagnostique évident de la FOGD et ce d'autant qu'aucun patient ne présentait de symptômes digestifs typiques. La FOGD semblait donc être un examen intéressant puisqu'elle avait apporté un diagnostic dans 59 % des cas. Dans cette même étude, la réalisation des 3 examens (RP, échographie abdominale et FOGD) avait permis d'établir un diagnostic chez 95 % des patients.

Dans notre étude, les imageries les plus fréquemment réalisées étaient le scanner thoraco-abdomino-pelvien (TAP) (10.8% des patients) et le scanner cérébral (16.5% des patients). Ces examens étaient anormaux pour 66.7% des patients ayant eu un scanner TAP et pour 56.5% des patients ayant bénéficié d'un scanner cérébral. Ils montraient, pour le scanner TAP, principalement des lésions secondaires (pulmonaires, hépatiques, osseuses, ganglionnaires, carcinose) et pour le scanner cérébral, des atrophies cortico-sous-corticales, des lésions de leucoaraiose et des lésions secondaires. Ces données n'ont pu être comparées avec la littérature par manque de données.

Concernant l'intérêt de la réalisation d'un scanner TAP, nous constatons d'après nos résultats que pour les patients n'ayant aucun antécédent de cancer et pour lesquels un diagnostic de pathologie onco-hématologique avait été posé, 60% d'entre eux avaient eu un scanner révélant un processus tumoral ou des lésions secondaires. Cela confirme donc l'intérêt de réaliser cet examen chez un patient présentant une AEG.

En partant de la cohorte initiale des 983 patients et en les comparant aux études comparables en terme de méthodologie, concernant les diagnostics que présentaient les patients adressés pour le motif « AEG » sans discrimination de la pertinence de ce motif, on observe que pour certains auteurs (1), (29), (25), (37), les diagnostics les plus fréquemment retrouvés étaient en premier les étiologies psychiatriques et neurologiques puis les étiologies broncho-pulmonaires et digestives.

Dans notre étude, les étiologies psychiatriques étaient peu représentées (seulement en huitième position), les pathologies pulmonaires arrivaient seulement en cinquième position, en revanche les pathologies digestives étaient la deuxième étiologie la plus importante et les pathologies neurologiques arrivaient en troisième position, ce qui était similaire aux autres études.

La prépondérance des pathologies infectieuses était observée dans seulement trois des études sus-citées. La fréquence des pathologies infectieuses variait de 30 à 38% (2) (19) (3), ce qui est

supérieur à notre étude. Les autres étiologies les plus représentées étaient les pathologies neurologiques, digestives et néoplasiques, ce qui correspond approximativement à ce que l'on trouvait dans notre étude.

Nous observons donc, entre les différentes études portant sur les patients adressés aux urgences pour AEG, quelques variations concernant la répartition des étiologies à la sortie des urgences. Malgré cela, certaines pathologies sont prépondérantes dans toutes les études: les étiologies infectieuses, digestives, neurologiques et pulmonaires.

Les différences observées peuvent être expliquées par le bassin de population, l'organisation de la médecine libérale et sa relation avec l'hôpital public, en fonction des différentes villes où les études ont été effectuées.

Nous pouvons nous attendre à ce que le diagnostic de placement (ou maintien à domicile difficile), soit représenté de façon importante car le terme d'altération de l'état général est souvent assimilé, par les professionnels de santé, à un maintien à domicile difficile ou à un placement déguisé. Contre toute attente, nous avons constaté, dans notre étude, que les placements représentaient seulement 2% des diagnostics, ce qui va à l'encontre de l'idée reçue. Cela est similaire à une étude (19) où le maintien à domicile difficile (comme diagnostic de sortie des urgences) représentait 2.6% des diagnostics.

Il existait un grand nombre de patients (21% des patients, dans la première partie de l'étude) pour lequel le diagnostic de sortie des urgences était : altération de l'état général, sans précision. Nous les avons donc étudiés dans la deuxième partie de l'étude.

Concernant les diagnostics de ces patients sortant des urgences avec le diagnostic d'AEG, les pathologies les plus représentées étaient les pathologies onco-hématologiques (38%), les pathologies infectieuses (32.8%) et les pathologies hépato-gastro-entérologiques (18.2%). Les pathologies neurologiques et cardio-vasculaires étaient représentées par respectivement 16.8% et 15.3% des patients. On note une discordance de fréquence de ces catégories d'étiologies si l'on compare ces résultats avec ceux de la littérature. Nous observons que les étiologies neurologiques, arrivant en tête des étiologies dans certaines études (1) (25) (29) (37) n'arrivaient, dans notre étude, qu'en cinquième position. Les étiologies pulmonaires étaient très peu représentées dans notre étude alors qu'elles l'étaient de façon importante dans les autres études. Les étiologies psychiatriques sont encore très peu représentées, contrairement aux autres études. Les pathologies digestives sont quant à elles représentées de façon importante comme dans les autres études. Dans une des études (19), la

deuxième catégorie la plus représentée était celle des pathologies néoplasiques mais avec seulement 11% des diagnostics contrairement à notre étude (38%). Les pathologies infectieuses arrivaient, dans cette étude, en première position (38% des diagnostics), ce qui était proche de nos résultats (32.8%).

Dans une autre (2), les pathologies néoplasiques arrivaient seulement en sixième position avec 15% des diagnostics, bien moins que dans notre étude, par contre les pathologies infectieuses arrivaient en première position (35.8%) donc en proportion similaire à notre étude (32.8%). Dans cette même étude, les étiologies digestives arrivaient en troisième position avec 15% des diagnostics donc là aussi de façon assez proche de notre étude (18.2%). Par contre les étiologies neurologiques étaient représentées par 26.4% des diagnostics contrairement à notre étude (16.8%).

Comme nous l'avons déjà précisé ci-dessus, ces différences de résultats entre ceux de notre étude et ceux de la littérature s'expliquent principalement par le fait que nous avons étudié les patients sortant des urgences avec le diagnostic d'AEG, contrairement aux autres études où les patients étudiés étaient tous les patients adressés aux urgences pour AEG. Le sous-groupe de patients, que nous avons ainsi analysé, présentait plus fréquemment une étiologie néoplasique et infectieuse (plus de deux tiers des patients). Ce constat nous informe de la gravité des étiologies qui sous-tendent le terme « AEG » quand ce dernier est utilisé à bon escient. Ceci est vérifié dans notre étude par une autre analyse du sous-groupe de patients ayant réellement un AEG (c'est-à-dire la triade). Les néoplasies touchaient un tiers de ces patients (32%), comme ce qui a été rapporté dans la littérature (40% d'étiologies néoplasiques chez ce sous-groupe de patients).

Dans notre étude, en dehors du cancer de la prostate qui était peu représenté (1.9%), on trouvait la même répartition des cancers que celle rapportée par l'institut du cancer (38). En effet, les cancers pulmonaires étaient les plus représentés (19.2%), suivis des cancers colo-rectaux (13.5%) et des cancers mammaires (7.7%).

Concernant le devenir des 920 patients, le taux d'hospitalisation dans notre étude était assez élevé (78.3%) mais restait dans la moyenne des travaux réalisés portant sur le taux d'hospitalisation des patients admis aux urgences pour « AEG ». Ce dernier variait de 67 à 98% en fonction des études (3) (19) (2) (1). Le motif d'admission « AEG » et l'âge moyen de 75 ans de ces patients expliquent en grande partie ce taux important d'hospitalisation. En effet, selon une enquête nationale de la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques) en 2003 (39), le taux d'hospitalisation des patients adressés aux urgences était de 19% tout motif d'admission aux urgences confondu. Néanmoins, ce taux augmentait à 60% chez les patients âgés de plus de 70 ans.

Concernant le devenir des 139 patients analysables et sortant des urgences avec le diagnostic « AEG », 28% d'entre eux sont décédés au cours de l'hospitalisation, ce qui est légèrement plus élevé que dans les autres études où les décès survenant au cours de l'hospitalisation représentaient 15 à 20% des patients (19) (3) (2) (1). Le délai moyen de survenue du décès en hospitalisation est en général assez court, inférieur à un mois. Il varie de 8 à 21 jours selon les études (2) (19) (1) (29) ce qui est concordant avec notre étude (23 jours). Le pronostic de ces patients altérés était très sombre si l'on considère l'ensemble des décès survenu que ce soit pendant ou après l'hospitalisation. En effet, on notait pratiquement un patient décédé sur deux dans notre étude (47.48%) comme ce qui a déjà été décrit dans des conditions similaires (47.5% de décès) (19). Il faut noter que sur les 66 patients décédés, 52 patients (86.4%) avaient plus de 75 ans.

Concernant les causes de décès, on retient principalement les origines infectieuses et néoplasiques, ce qui est concordant avec une autre étude (19).

Concernant les facteurs prédictifs (dépendants) de décès des patients adressés aux urgences pour AEG, aucune étude n'a été réalisée à ce jour. Nous avons noté que les signes cliniques de l'AEG étaient corrélés avec un sur-risque de décès, de même que la présence d'un syndrome inflammatoire biologique ou d'anomalies de la radiographie pulmonaire et de l'échographie abdominale. En toute logique, les antécédents et le diagnostic final de pathologies néoplasiques étaient également corrélés avec le décès. A contrario, les antécédents ou l'existence de troubles neuropsychiatriques étaient inversement corrélés avec ce risque.

L'analyse multi-variée des facteurs de risque de décès a permis d'isoler des facteurs indépendants de ce risque. Il s'agissait des antécédents d'HTA, de la présence d'une anorexie, de la CRP anormalement élevée et d'un diagnostic de maladies néoplasiques.

Les marqueurs de l'inflammation, dont la CRP, font partie des paramètres considérés comme des facteurs de risque de mortalité chez les sujets âgés. En effet, plusieurs études ont montré qu'une augmentation, entre autre, de la CRP, était associée à un risque élevé de mortalité (21). Le taux de CRP est un facteur prédictif indépendant de mortalité par cardiopathie ischémique. Chaque mg/dl d'augmentation majore le risque de mortalité de 26% (40). Deux des causes d'élévation de la CRP sont les infections et les pathologies néoplasiques qui sont les deux étiologies les plus représentées

dans notre étude donc ce paramètre est indispensable à rechercher devant un patient présentant une AEG (41).

L'HTA est un facteur de risque cardio-vasculaire et les patients porteurs de pathologies cardio-vasculaires cumulent souvent des co-morbidités, entraînant une mortalité élevée (30).

Les limites de notre étude étaient multiples. Sur le plan de la méthodologie, notre travail présentait des biais dont celui de la sélection car elle a été faite à partir du code dans le logiciel URQUAL que l'infirmier(e) du poste d'accueil et d'orientation (PAO) a enregistré, à l'arrivée du patient, suite à la lecture du courrier du médecin adressant le patient. Contrairement à certains auteurs (2), dont une étude où 49 dossiers (sur 53) comprenaient un courrier du médecin traitant, nous n'avons pas pu accéder au courrier original du médecin donc des erreurs de codage ou des abus de langage ont pu avoir lieu.

Dans notre étude, nous n'avons pas recueilli de données concernant les examens réalisés en amont de l'admission des patients aux urgences. Cela aurait pu être intéressant de connaître quels examens avaient été réalisés en ville et les résultats obtenus.

Concernant le diagnostic à la sortie des urgences, il était enregistré en fonction de la CIM-10 contenue dans logiciel URQUAL mais il pouvait correspondre parfois à un symptôme et non à une étiologie précise. Dans certains cas, le diagnostic à la sortie des urgences a pu nécessiter une confirmation par des examens complémentaires (qui ont été faits dans les services où le patient a été transféré). Les diagnostics étaient alors seulement des hypothèses diagnostiques pouvant être infirmées par la suite ou nécessitant des précisions diagnostiques.

Nous avons étudié les 192 patients adressés aux urgences pour AEG et sortant de ce service avec le diagnostic d'AEG. Nous avons comparé ces patients avec les études réalisées sur les patients adressés aux urgences pour AEG mais nous n'avons pu comparer nos données avec des études portant sur des patients adressés pour AEG aux urgences et ayant comme diagnostic de sortie des urgences aussi « AEG » car aucune étude n'a été réalisée sur ces patients. Cela explique que, dans notre étude, la triade soit présente de façon plus importante car les patients ayant un diagnostic évident (sur les 920 patients) n'ont pas été analysés dans la deuxième partie de l'étude.

Dans le recueil de données, les données concernant le devenir des patients transférés dans d'autres centres et ceux rentrés à domicile n'ont pas pu être récupérées. Il aurait pu être intéressant pour ces patients d'obtenir ces données concernant le décès à distance de l'hospitalisation. Les décès ont donc pu être sous-estimés dans notre étude car les patients sortis à domicile ou transférés ont été considérés comme vivants à la fin de notre étude.

Nous ne pouvons comparer nos données à celles des patients pris en charge en ville, par les médecins généralistes, pour le même motif. Le patient adressé aux urgences semble, de facto, plus altéré et donc plus éligible à une hospitalisation, ce qui peut fausser la répartition des diagnostics. Aussi, certains diagnostics posés en ville peuvent manquer dans notre répartition diagnostique.

Ainsi le concept d'« AEG » comprend une multitude de diagnostics (ou d'hypothèses diagnostiques). Cet état des lieux permet de connaître les particularités des patients adressés pour AEG, sans toute fois apporter de précision sur la définition du terme « altération de l'état général ». Il permet cependant d'identifier des étiologies pour lesquelles l'altération de l'état général semble être le principal symptôme. Ainsi dans notre étude un patient adressé pour AEG doit faire rechercher une étiologie néoplasique, infectieuse, hépato-gastro-entérologique et neurologique.



## Conclusion

Le but de ce travail était de déterminer les caractéristiques (dont le diagnostic de sortie et le devenir) des patients adressés aux urgences pour « altération de l'état général ».

Dans la première partie de ce travail, l'analyse étiologique de tous les patients admis aux urgences pour « AEG » a montré que seule une partie des patients (21%) présentait une réelle altération de l'état général comme motif d'admission. Pour les autres patients, les pathologies infectieuses arrivaient en tête des pathologies diagnostiquées à la sortie du service des urgences. Le taux d'hospitalisation dans notre étude était assez élevé (78.3%).

Dans la deuxième partie de l'étude, portant sur les patients sortis des urgences avec le diagnostic d'AEG, plusieurs informations sont notables :

- La population était âgée avec une moyenne d'âge de 76 ans et deux tiers des patients avaient plus de 75 ans
- Quarante pour cent des patients étaient dépendants
- Les signes cliniques correspondant à la définition de l'AEG (c'est-à-dire la triade) n'étaient présents que dans 45% des cas
- Il semble important de réaliser en premier lieu, chez ces patients, une bandelette urinaire, une radiographie thoracique et une échographie abdominale. Dans un deuxième temps, la réalisation d'une FOGD et d'un scanner thoraco-abdominal peut se discuter devant une AEG inexplicée.

Les principaux diagnostics retrouvés étaient principalement des pathologies néoplasiques, infectieuses et hépato-gastro-entérologiques.

Le pronostic de ces patients était sombre avec un taux de mortalité élevé (47,5%). Les décès sont principalement d'origine infectieuse et néoplasique, ils surviennent le plus souvent durant l'hospitalisation (dont 60% au cours du premier mois).

Quatre facteurs de risque indépendants de décès ont été mis en évidence. Il s'agissait de l'antécédent d'HTA, de l'anorexie, d'une CRP anormale et d'un diagnostic de pathologie onco-hématologique.

Ainsi, dans notre étude, les patients présentant un diagnostic d'AEG à la sortie des urgences correspondent à une population âgée, altérée et dépendante, dont le pronostic semble réservé du fait de la prépondérance des pathologies néoplasiques. L'identification sémiologique précise de ces patients, en amont et à leur arrivée aux urgences, pourrait permettre une prise en charge spécifique dans le but d'améliorer ce pronostic sombre.

## 4. Références bibliographiques

1. DURAND S. Altération de l'état général au SAU de l'hôpital de Mont-de-Marsan. 2001.
2. L. BRUNACHE. Altération de l'état général: un terme à abolir? Clermont-ferrand; 2006.
3. JOLLY C. Le syndrome d'altération de l'état général au SAU de Nice: pertinence des admissions et pathologies causales. Nice; 2009.
4. DUROUX B. Altération de Etat Général du Sujet Agé [Internet]. [cité 6 nov 2015]. Disponible sur:  
[http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:XKnjQ5cGGv0J:www.colru.com/wp-content/uploads/2011/04/9-Dr-DUROUX-BRU.ppt+&cd=1&hl=fr&ct=clnk&gl=fr%20\(page%20consult%C3%A9e%20le%2013/02/2014\)](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:XKnjQ5cGGv0J:www.colru.com/wp-content/uploads/2011/04/9-Dr-DUROUX-BRU.ppt+&cd=1&hl=fr&ct=clnk&gl=fr%20(page%20consult%C3%A9e%20le%2013/02/2014))
5. BELMIN J. ; CHASSAGNE P. ; GONTHIER R. et al. Gériatrie. Masson. Paris; 2003.
6. Quevauvilliers J. Dictionnaire médical. cinquième édition. Masson; 2007.
7. Aouaneche M, Pepersack T. [Deterioration of general condition: a « geriatric syndrome »?]. Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Vieil. mars 2012;10(1):33-8.
8. Suárez-Ortega S, Puente-Fernández A, Santana-Baez S, Godoy-Díaz D, Serrano-Fuentes M, Sanz-Peláez O. [Constitutional syndrome: clinical entity or a mixed bag]. Rev Médica Inst Mex Seguro Soc. oct 2013;51(5):532-5.
9. Hernández Hernández JL, Matorras Galán P, Riancho Moral JA, González-Macías J. [Etiologic spectrum of solitary constitutional syndrome]. Rev Clínica Esp. juill 2002;202(7):367-74.
10. Peel T. Anorexia, cachexia and fatigue. Clin Med Lond Engl. oct 2010;10(5):476.
11. MacDonald N, Alexander HR, Bruera E. Cachexia-anorexia-asthenia. J Pain Symptom Manage. févr 1995;10(2):151-5.
12. Nelson KA, Walsh D, Sheehan FA. The cancer anorexia-cachexia syndrome. J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol. janv 1994;12(1):213-25.
13. Altération de l'état général ou altération de la pertinence clinique [Internet]. [cité 6 nov 2015]. Disponible sur: [http://www.jle.com/download/--gpn-292006-alteration\\_de\\_letat\\_general\\_ou\\_alteration\\_de\\_la\\_pertinence\\_clinique\\_-VeMASH8AAQEAAABgIY@8AAAAF.pdf](http://www.jle.com/download/--gpn-292006-alteration_de_letat_general_ou_alteration_de_la_pertinence_clinique_-VeMASH8AAQEAAABgIY@8AAAAF.pdf)
14. BLETRY O. ; COSSERAT J. ; LARAKI R. Redécouvrir l'examen clinique, clé du diagnostic. Paris; 1995.
15. CATHEBRAS P., ROUSSET H. Asthénie. Diagnostics difficiles en médecine interne. 2ème éd. 1999. 86-95 p.
16. H.ROUSSET | D.VITAL DURAND | J-L.DUPOND. Diagnostics difficiles en médecine interne. 2008.

17. C. BOSSU-ESTOUR, D. LEDUC, C. MASSOT. Amaigrissements involontaires isolés. Diagnostics difficiles en médecine interne. 2ème éd. 1999. 65-73 p.
18. Reife CM. Involuntary weight loss. Med Clin North Am. mars 1995;79(2):299-313.
19. BACHELET J. Parcours de soins des patients consultant au Service d'accueil des Urgences du Centre hospitalier d'Arras pour altération de l'état général et leur devenir à un an. Lille; 2014.
20. MOREAU S. Impact de l'altération de l'état général sur la durée d'hospitalisation. Etude à partir de 86 patients de plus de 75 ans admis dans le service d'accueil des urgences. Tours; 2011.
21. Berrut G. [Alteration of the state general or alteration of the clinical relevance?]. Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Vieil. mars 2012;10(1):4.
22. Andrès E. [Change in general condition: a non-medical terminology, but a useful terminology for the general public]. Presse Médicale Paris Fr 1983. août 2009;38(7-8):1035-6.
23. doi:10.1684/pnv.2011.0311 - --gpn-290654-la\_fragilite\_de\_la\_personne\_agee\_un\_consensus\_bref\_de\_la\_societe\_francaise\_de\_geriatrie\_et\_gerontologie-VkX4Z38AAQEAAEL-nm4AAAAD.pdf [Internet]. [cité 13 nov 2015]. Disponible sur: [http://www.jle.com/download/--gpn-290654-la\\_fragilite\\_de\\_la\\_personne\\_agee\\_un\\_consensus\\_bref\\_de\\_la\\_societe\\_francaise\\_de\\_geriatrie\\_et\\_gerontologie-VkX4Z38AAQEAAEL-nm4AAAAD.pdf](http://www.jle.com/download/--gpn-290654-la_fragilite_de_la_personne_agee_un_consensus_bref_de_la_societe_francaise_de_geriatrie_et_gerontologie-VkX4Z38AAQEAAEL-nm4AAAAD.pdf)
24. AUBRY J.J. Le syndrome d'altération de l'état général au CHU de Nice. Etude rétrospective sur quatre années d'hospitalisation au service de Porte. 1999.
25. Fanello S, Moutel L, Houssin L, Durand-Stocco C, Roy PM. [Analysis of the management of patients aged 75 and older in an admitting and emergency service of a large hospital]. Santé Publique Vandoeuvre-Lès-Nancy Fr. déc 1999;11(4):465-82.
26. Carron PN, Hugli OW, Schreyer N, Yersin B. [Access of elderly patients in the emergency department: demographic evolution and ethical perspectives]. Rev Médicale Suisse. 9 août 2006;2(75):1840-3.
27. Insee - Population - La population âgée en Limousin [Internet]. [cité 19 nov 2015]. Disponible sur: [http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref\\_id=8884](http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=8884)
28. PERROUX D. « le syndrome AEG - altération de l'état général » à propos de 108 admissions consécutives pour ce motif dans le service d'urgence du CHRU d'Angers.
29. Note méthodologique polypathologie de la personne âgée - note\_methodologique\_polypathologie\_de\_la\_personne\_agee.pdf [Internet]. [cité 8 nov 2015]. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-04/note\\_methodologique\\_polypathologie\\_de\\_la\\_personne\\_agee.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-04/note_methodologique_polypathologie_de_la_personne_agee.pdf)
30. La polymédication: définitions, mesures et enjeux - 204-la-polymedication-definitions-mesures-et-enjeux.pdf [Internet]. [cité 19 nov 2015]. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/204-la-polymedication-definitions-mesures-et-enjeux.pdf>
31. 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.

32. \_271 Insides FR 12jun.indd - workforce\_report\_fre.pdf [Internet]. [cité 19 nov 2015]. Disponible sur: [http://www.who.int/chp/knowledge/publications/workforce\\_report\\_fre.pdf](http://www.who.int/chp/knowledge/publications/workforce_report_fre.pdf)
33. ameli.fr - Qu'est-ce qu'une affection de longue durée ? [Internet]. [cité 8 nov 2015]. Disponible sur: <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/exercer-au-quotidien/les-affections-de-longue-duree/qu-est-ce-qu-une-affection-de-longue-duree/les-ald-exonerantes.php>
34. ADISP-CMH (diffuseur), Institut National de la Statistique et des Études Économiques (producteur), Centre de Recherche d'Études et de D en E de la S (producteur), SESI - Ministère de la Santé (producteur). Santé et soins médicaux - 1991-1992 [Internet]. ADISP-CMH. 1991 [cité 8 nov 2015]. Disponible sur: <http://www.cmh.greco.ens.fr/enquetes/XML/lil.php?lil=lil-0083>
35. Fauchais AL, Puisieux F, Bulckaen H, Salomez-Garnier F, Dewailly P. [Unexplained weight loss in the elderly: role of gastric fibroscopy, study of a cohort of 77 patients with a 13-month follow-up]. Rev Médecine Interne Fondée Par Société Natl Francaise Médecine Interne. janv 2001;22(1):11-9.
36. DENAUD POQUET V. Hospitalisation pour altération de l'état général aux urgences de Nantes en 1995. 1997.
37. Les cancers en France - Edition 2014 - Ref: ETKFRANCE15 | Institut National Du Cancer [Internet]. [cité 11 nov 2015]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Les-cancers-en-France-Edition-2014>
38. Les usagers des urgences: premiers résultats d'une enquête nationale - usagers\_urgences.pdf [Internet]. [cité 8 nov 2015]. Disponible sur: [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/usagers\\_urgences.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/usagers_urgences.pdf)
39. Henry OF, Blacher J, Verdavaine J, Duviquet M, Safar ME. Alpha 1-acid glycoprotein is an independent predictor of in-hospital death in the elderly. Age Ageing. janv 2003;32(1):37-42.
40. Chirinos JA, Zambrano JP, Chakko S, Schob A, Veerani A, Perez GO, et al. Usefulness of C-reactive protein as an independent predictor of death in patients with ischemic cardiomyopathy. Am J Cardiol. 1 janv 2005;95(1):88-90.
41. Bonnotte B, Olsson N-O, Lorcerie B. Le syndrome inflammatoire: Inflammation et anti-inflammatoires. Rev Prat. 2003;53(5):489-94.

## Table des annexes

Annexe 1. CIM-10.....	77
Annexe 2. Performans status.....	78
Annexe 3. Echelle de Karnofsky .....	79
Annexe 4. Détail des diagnostics des patients adressés aux urgences pour AEG .....	80
Annexe 5. Détails des plaintes fonctionnelles initiales .....	86
Annexe 6. Détail des diagnostics des patients avec un diagnostic d’AEG à la sortie des urgences.....	88

## Annexe 1. CIM-10

**R53** Malaise et fatigue / Malaises et fatigues :

Asthénie SAI

Asthénie chronique

Asthénie nerveuse

Fatigabilité

Léthargie

Altération état général (R53-2)

Asthénie

Baisse (de) état général

Débilité (asthénique) (générale) (secondaire à une infection)

Diminution d'activité (fonctionnelle)

Epuisement (physique)

Faiblesse (générale) (de)

Fatigue (anormale) (exagérée) (générale) (de)

Lassitude

Malaise (état de) (non pris dans le sens d'étourdissement)

Manque (de) vitalité

Prostration

Syndrome (de) post-viral NCA

## **Annexe 2. Performans status**

- 0 Capable d'une activité identique à celle précédant la maladie sans aucune restriction
- 1 Activité physique diminuée mais malade ambulatoire et capable de mener un travail. Toute activité physique pénible est exclue
- 2 Malade ambulatoire et capable de prendre soin de lui même mais incapable de travailler. Alité ou en chaise moins de 50 % de son temps de veille
- 3 Capable seulement de quelques soins, alité ou en chaise de plus de 50 % de son temps de veille
- 4 Incapable de prendre soin de lui-même, alité ou en chaise en permanence



### **Annexe 3. Echelle de Karnofsky**

100 - normal, asymptomatique

90 - activités normales, symptômes mineurs

80 - capable d'exécuter une activité normale avec effort, légèrement limité

70 - assure ses soins personnels mais incapable de mener une activité normale ou de travailler

60 - besoin d'assistance ponctuelle, nécessite une assistance occasionnelle mais est capable d'assurer la plupart de ses soins personnels

50 - dépendance totale, besoin d'assistance constante, soins médicaux fréquents

40 - exige des soins spécifiques et une assistance médicale constante, semi-autonome, statut de handicap, au lit plus de 50% du temps de veille

30 - hospitalisation indiquée, bien que le décès ne soit pas imminent, sévèrement handicapé

20 - hospitalisation permanente nécessaire, besoin d'un traitement de soutien intensif, très handicapé

10 - processus fatal progressant rapidement, moribond

0 - décès

## Annexe 4. Détail des diagnostics des patients adressés aux urgences pour AEG

Tableau 1 : Etiologies infectieuses n = 159 (17%)

Etiologies infectieuses	Nombre de patients	Pourcentage (%)
Pneumopathie	66	41.5
Fièvre sans précision	18	11.3
Pyélonéphrite	14	8.8
Bronchite	13	8.2
Gastro-entérite aiguë	11	6.9
Infection urinaire sans précision	9	5.7
Prostatite aiguë	8	5
Erysipèle	6	3.8
Angine	3	1.9
Choc septique	3	1.9
Septicémie	3	1.9
Arthrite	1	0.6
Cystite	1	0,6
Méningite	1	0,6
Sinusite	1	0,6
Zona	1	0,6

Tableau 2 : Etiologies hépato-gastro-entérologiques n = 93 (10%)

Etiologies hépato-gastro-entérologiques	Nombre de patients	Pourcentage (%)
Diarrhée	21	22.6
Douleurs abdominales	17	18.3
Nausées/vomissements	10	10.8
Dysphagie	8	8.6
Fécalome	5	5.4
Angiocholite	4	4.3
Occlusion	4	4.3
Constipation	3	3.2

<b>Douleur épigastrique</b>	3	3.2
<b>Ictère</b>	3	3.2
<b>RGO</b>	3	3.2
<b>Ascite</b>	2	2.2
<b>Cholécystite</b>	2	2.2
<b>Colopathie fonctionnelle</b>	2	2.2
<b>Hépatite</b>	2	2.2
<b>Hémorragie</b>	1	1.1
<b>Hémorroïde</b>	1	1.1
<b>Méléna</b>	1	1.1
<b>Œsophagite</b>	1	1.1

**Tableau 3 : Autres étiologies n = 72 (8%)**

<b>Autres étiologies</b>	<b>Nombre de patients</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Déshydratation</b>	11	15.3
<b>Anémie</b>	10	13.9
<b>Troubles de la marche</b>	6	8.3
<b>Aplasie</b>	4	5.6
<b>Rhabdomyolyse</b>	4	5.6
<b>Syndrome de sevrage</b>	4	5.6
<b>Agitation</b>	3	4.2
<b>Anorexie</b>	3	4.2
<b>Contusion</b>	3	4.2
<b>Vertiges périphériques</b>	3	4.2
<b>Hypotension orthostatique</b>	2	2.8
<b>OH chronique</b>	2	2.8
<b>SDF</b>	2	2.8
<b>Tassements vertébraux</b>	2	2.8
<b>Adénopathie</b>	1	1.4
<b>AVP</b>	1	1.4
<b>Candidose buccale</b>	1	1.4
<b>Coxarthrose</b>	1	1.4

<b>Eruption</b>	1	1.4
<b>Fracture</b>	1	1.4
<b>Goutte</b>	1	1.4
<b>Ischémie musculaire</b>	1	1.4
<b>Œdème localisé</b>	1	1.4
<b>Plaie</b>	1	1.4
<b>Prurit</b>	1	1.4
<b>Rhino-pharyngite</b>	1	1.4
<b>Syncope/lipothymie</b>	1	1.4

**Tableau 4 : Etiologies neurologiques n = 67 (7%)**

<b>Etiologies neurologiques</b>	<b>Nombre de patients</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Troubles du comportement</b>	12	17.9
<b>Confusion</b>	10	14.9
<b>Encéphalopathie</b>	8	11.9
<b>AVC</b>	7	10.4
<b>Démence</b>	6	9
<b>Vertige d'origine central</b>	6	9
<b>Céphalées</b>	4	6
<b>Convulsion</b>	3	4.5
<b>AIT</b>	2	3
<b>Aphasie</b>	1	1.5
<b>Coma</b>	1	1.5
<b>Epilepsie</b>	1	1.5
<b>HSD</b>	1	1.5
<b>Ictus amnésique</b>	1	1.5
<b>Œdème cérébral</b>	1	1.5
<b>Paralysie faciale à frigore</b>	1	1.5
<b>Parkinson</b>	1	1.5
<b>Somnolence</b>	1	1.5

**Tableau 5 : Etiologies cardio-vasculaires n = 43 (5%)**

<b>Etiologies cardio-vasculaires</b>	<b>Nombre de patients</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Insuffisance cardiaque</b>	26	60.5
<b>Arythmie sans précision</b>	4	9.3
<b>FA</b>	3	7
<b>Infarctus du myocarde</b>	3	7
<b>AOMI</b>	2	4.7
<b>Douleur thoracique</b>	2	4.7
<b>Arrêt cardio-respiratoire</b>	1	2.3
<b>Choc hypovolémique</b>	1	2.3
<b>Palpitations</b>	1	2.3

**Tableau 6 : Etiologies pulmonaires n = 35 (4%)**

<b>Etiologies pulmonaires</b>	<b>Nombre de patients</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Dyspnée</b>	13	37.1
<b>Embolie pulmonaire</b>	5	14.3
<b>Toux</b>	5	14.3
<b>Insuffisance respiratoire chronique</b>	4	11.4
<b>Pleurésie</b>	4	11.4
<b>Détresse respiratoire</b>	2	5.7
<b>Asthme</b>	1	2.9
<b>Corps étranger dans les voies aériennes</b>	1	2.9

**Tableau 7 : Etiologies uro-néphrologiques n = 33 (4%)**

<b>Etiologies uro-néphrologiques</b>	<b>Nombre de patients</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Insuffisance rénale aiguë</b>	18	54.5

<b>Insuffisance rénale chronique</b>	11	33.3
<b>Rétention aiguë d'urines</b>	3	9.1
<b>Hématurie</b>	1	3

**Tableau 8 : Douleur n = 31 (3%)**

<b>Douleur</b>	<b>Nombre de patients</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Douleurs multiples</b>	11	35.5
<b>Lombalgie</b>	8	25.8
<b>Douleur de membre</b>	7	22.6
<b>Douleur musculaire</b>	2	6.5
<b>Cervicalgie</b>	1	3.2
<b>Douleur dentaire</b>	1	3.2
<b>Névralgie inter-costale</b>	1	3.2

**Tableau 9 : Etiologies métaboliques n = 26 (3%)**

<b>Etiologies métaboliques</b>	<b>Nombre de patients</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Hyponatrémie</b>	10	38.5
<b>Hypokaliémie</b>	8	30.8
<b>Hypernatrémie</b>	3	11.5
<b>Hypercalcémie</b>	2	7.7
<b>Hyperkaliémie</b>	2	7.7
<b>Hypoglycémie</b>	1	3.8

**Tableau 10 : Etiologies psychiatriques n = 23 (3%)**

<b>Etiologies psychiatriques</b>	<b>Nombre de patients</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Syndrome dépressif</b>	12	52.2
<b>Anxiété/trouble panique</b>	11	47.8

**Tableau 11 : Etiologies endocrinologiques n = 11 (1%)**

<b>Etiologies endocrinologiques</b>	<b>Nombre de patients</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Découverte de diabète</b>	8	72.7
<b>Acido-cétose</b>	3	27.3

**Tableau 12 : Etiologies onco-hématologiques n = 4 (0.4%)**

<b>Néoplasies</b>	<b>Nombre de patients</b>
<b>Leucémie aiguë</b>	1
<b>Métastases cérébrales</b>	3

## Annexe 5. Détails des plaintes fonctionnelles initiales

Tableau 15

PLAINTES INITIALES		Nombre	Pourcentage
Autres n = 41 (31%)	Chute	13	31,7
	Maintien à domicile difficile	11	26,8
	Malaise	4	9,8
	Perte d'autonomie	3	7,3
	Déshydratation	2	4,9
	Alcoolisation aiguë	2	4,9
	Anémie	1	2,4
	Dysphonie	1	2,4
	Hypoglycémie	1	2,4
	Hyponatrémie	1	2,4
	Refus alimentaire	1	2,4
	Vertiges	1	2,4
Neurologiques n = 28 (20%)	Confusion	9	32,1
	Trouble de la conscience	7	25
	Trouble du comportement	3	12
	Céphalées	2	10,7
	Trouble de l'équilibre	2	10,7
	Trouble de la déglutition	2	10,7
	Hallucinations	1	3,6
	Hémiplégie gauche	1	3,6
	Paresthésies	1	3,6
Digestives n = 23 (17%)	Douleurs abdominales	5	21,7
	Nausées/vomissements	5	21,7
	Diarrhée	4	17,4
	Dysphagie	3	13
	Ictère	2	8,7
	Méléna	1	4,3
	Rectorragies	1	4,3
	Syndrome occlusif	1	4,3
	Troubles digestifs	1	4,3
Infectieuses n = 11 (8%)	Fièvre/frissons	9	81,8
	Bronchite	1	9,1
	Gastro-entérite	1	9,1
Pulmonaires n = 8 (6%)	Dyspnée	7	87,5



		Hémoptysie	1	12,5
Douleurs n = 8 (6%)		Douleurs diffuses	5	62,5
		Lombalgies	1	12,5
		Douleurs osseuses	1	12,5
		Gonalgie	1	12,5
Cardio-vasculaires n = 7 (5%)		Douleur thoracique	4	57,1
		HTA	2	28,6
		Tachycardie	1	14,3
Endocrinologiques n = 4 (3%)		Déséquilibre de diabète	4	
Psychiatriques n = 2 (2%)		Angoisse	2	
Uro-néphrologiques n = 2 (2%)		Anurie	1	50
		Brûlures urinaires	1	50

## Annexe 6. Détail des diagnostics des patients avec un diagnostic d'AEG à la sortie des urgences

Tableau 19 : Autres étiologies n = 53 (38.7%)

AUTRES ETIOLOGIES	nombre	pourcentage (%)
Maintien à domicile difficile	9	17
Dénutrition	7	13.2
Régression psycho-motrice/perte d'autonomie	6	11.3
Alcoolisme chronique	5	9.4
Anémie	5	9.4
Escarres	3	5.7
Carences vitaminiques	2	3.8
Douleurs	2	3.8
Hypotension orthostatique	2	3.8
Hypoglycémie	2	3.8
Hyponatrémie	2	3.8
Purpura thrombopénique	2	3.8
Rhabdomyolyse post-chute	2	3.8
Syndrome post-chute	2	3.8
Vertiges périphériques	2	3.8
Asthénie post-opératoire	1	1.9
Chutes à répétition	1	1.9
Cryoglobulinémie	1	1.9
Difficultés sociales	1	1.9
Eczéma lichenifié	1	1.9
Hypercalcémie	1	1.9
Hyperkaliémie	1	1.9
Intoxication alcoolique aiguë	1	1.9
Mal perforant plantaire	1	1.9
Masse pelvienne d'étiologie inconnue	1	1.9
Syndrome d'apnée du sommeil	1	1.9
Ulcères	1	1.9

**Tableau 20 : Etiologies onco-hématologiques n = 52 (38%)**

<b>ETIOLOGIES ONCO-HEMATOLOGIQUES</b>	<b>nombre</b>	<b>pourcentage (%)</b>
Néoplasie pulmonaire	10	19.2
Néoplasie colo-rectale	7	13.5
Néoplasie des voies biliaires	4	7.7
Néoplasie pancréatique	4	7.7
Néoplasie gastrique	4	7.7
Néoplasie mammaire	4	7.7
Néoplasie ORL	4	7.7
Néoplasie rénale	3	5.8
Néoplasie de l'endomètre	2	3.8
Néoplasie cutanée	1	1.9
Néoplasie prostatique	1	1.9
Néoplasie vésicale	1	1.9
Lymphome	4	7.7
Méningiome frontal	1	1.9
Primitif inconnu	5	9.6
Néoplasie métastatique	30	

**Tableau 21 : Etiologies infectieuses n = 45 (32.8%)**

<b>ETIOLOGIES INFECTIEUSES</b>	<b>nombre</b>	<b>pourcentage (%)</b>
Pneumopathie	15	33.3
Infection urinaire sans précision	12	26.7
Sepsis	6	13.3
Cystite	3	6.7
Hépatites	3	6.7
Bronchite	2	4.4
Choc septique	2	4.4
Gastro-entérite aiguë	2	4.4
Infection de site	2	4.4
Pyélonéphrite aiguë	2	4.4
Infection digestive autre	2	4.4
Arthrite	1	2.2
Infection à Clostridium difficile	1	2.2
Infection du liquide d'ascite	1	2.2
Infection sexuellement transmissible	1	2.2
Otite	1	2.2
Prostatite aiguë	1	2.2
Panaris	1	2.2

Tuberculose pulmonaire	1	2.2
------------------------	---	-----

Tableau 22 : Etiologies hépto-gastro-entérologiques (HGE) n = 25 (18.2%)

ETIOLOGIES HGE	nombre	pourcentage (%)
Constipation	5	20
Gastrite/ulcère gastrique/duodénite	4	16
Syndrome occlusif	4	16
Cirrhose alcoolique	3	12
Colique hépatique/cholécystite aiguë/angiocholite	3	12
Œsophagite	2	8
Ascite	2	8
Cirrhose biliaire primitive	1	4
Fistule colo-vaginale	1	4
Hémorragie digestive	1	4
Hernie hiatale	1	4
Ictère	1	4
Maladie cœliaque	1	4
Sigmoïdite	1	4
Sténose œsophagienne	1	4
Vomissements	1	4

Tableau 23 : Etiologies neurologiques n = 23 (16.8%)

ETIOLOGIES NEUROLOGIQUES	nombre	pourcentage (%)
Troubles cognitifs	9	39.1
Encéphalopathie alcoolique	3	13
Syndrome cérébelleux sur alcoolisme chronique	2	8.7
Troubles de la conscience	2	8.7
Douleurs neuropathiques	1	4.3
Hydrocéphalie à pression normale	1	4.3
Majoration d'une encéphalopathie néonatale	1	4.3
Malaise d'origine comitiale	1	4.3
Paralysie faciale centrale	1	4.3
Syndrome confusionnel	1	4.3
Troubles de la déglutition secondaire à maladie de Parkinson	1	4.3

**Tableau 24 : Etiologies cardio-vasculaires n = 21 (15.3%)**

<b>ETIOLOGIES CARDIO-VASCULAIRES</b>	<b>nombre</b>	<b>pourcentage (%)</b>
Décompensation cardiaque	8	38.1
HTA	4	19
Fibrillation auriculaire	4	19
Thrombose veineuse	2	9.5
Ischémie critique des membres inférieurs	2	9.5
Douleur thoracique	1	4.8
Syndrome coronarien aigu	1	4.8
Tachycardie jonctionnelle	1	4.8
Syndrome cave supérieur	1	4.8

**Tableau 25 : Etiologies psychiatriques n = 14 (10.2%)**

<b>ETIOLOGIES PSYCHIATRIQUES</b>	<b>nombre</b>	<b>pourcentage (%)</b>
Syndrome dépressif	12	85.7
Anxiété	3	21.4

**Tableau 26 : Etiologies iatrogènes n = 13 (9.5%)**

<b>ETIOLOGIES IATROGENES</b>	<b>nombre</b>	<b>pourcentage (%)</b>
Aplasia sous chimiothérapie	2	15.4
Choc hémorragique sous AVK	2	15.4
Syndrome confusionnel sous morphiniques	2	15.4
Surdosage en AVK	2	15.4
Surdosage en digoxine	2	15.4
Diarrhée post-radique	1	7.7
Hallucinations sous IRS	1	7.7
Œsophagite post-radique	1	7.7
Surdosage médicamenteux autres	1	7.7
Syndrome extra-pyramidal sous neuroleptiques	1	7.7
Vomissements sous morphiniques	1	7.7

**Tableau 27 : Etiologies uro-néphrologiques n = 10 (7.3%)**

<b>ETIOLOGIES URO-NEPHROLOGIQUES</b>	<b>nombre</b>	<b>pourcentage (%)</b>
Rétention aiguë d'urines	5	50
Insuffisance rénale aiguë	4	40
Insuffisance rénale terminale	2	20
Trouble lié à une sonde vésicale	1	10

**Tableau 28 : Etiologies endocrinologiques n = 8 (5.8%)**

<b>ETIOLOGIES ENDOCRINOLOGIQUES</b>	<b>nombre</b>	<b>pourcentage (%)</b>
Déséquilibre de diabète	5	62.5
Goitre multi-hétéro-nodulaire	2	25
Découverte de diabète	1	12.5
Hyperthyroïdie	1	12.5

**Tableau 29 : Etiologies rhumato-orthopédiques n = 7 (5.1%)**

<b>ETIOLOGIES RHUMATO-ORTHOPEDIQUES</b>	<b>nombre</b>	<b>pourcentage (%)</b>
Lombalgies	3	42.9
Poussée de chondrocalcinose	2	28.6
Gonarthrose	1	14.3
Traumatisme bénin	1	14.3

**Tableau 30 : Etiologies pneumologiques n = 1 (0.7%)**

<b>ETIOLOGIES PNEUMOLOGIQUES</b>	<b>nombre</b>
Epanchement pleural	1



## Etude descriptive et analytique des patients adressés aux urgences pour altération de l'état général

### Résumé :

L'altération de l'état général est un motif fréquent de recours aux urgences. Cette entité bien qu'imprécise permet de témoigner d'une détérioration de l'état de santé global d'un individu. Ce terme reste couramment employé dans le milieu médical français. Il existe peu de littérature sur ce sujet. La définition communément admise en France est la présence de la triade : asthénie, anorexie, amaigrissement.

Nous avons étudié tous les patients adressés aux urgences pour AEG au cours de l'année 2011. L'objectif de cette étude était de connaître les caractéristiques et le devenir des patients adressés aux urgences du CHU de Limoges pour le motif : AEG.

Nous avons étudié 920 patients. Les étiologies infectieuses étaient les plus représentées (17%) puis les étiologies hépato-gastro-entérologiques (10%) et enfin les étiologies neurologiques (7%). Sur les 139 patients sortant des urgences avec le diagnostic d'AEG, les diagnostics les plus représentés étaient les pathologies néoplasiques (38%) puis les pathologies infectieuses (32.8%). La population était âgée. La triade était présente chez 45% des patients. A un an, 44% des patients étaient décédés. Au total, 47.48% des patients étaient décédés au cours de l'étude. Quatre facteurs de risque indépendants ont été trouvés : antécédents d'HTA, présence d'une anorexie, CRP anormale et diagnostic de pathologie néoplasique.

Le terme d'altération de l'état général souvent ne correspond pas à la définition mais il peut avoir sa place dans la sémiologie médicale lorsqu'il est utilisé de façon approprié. Les étiologies qui sous-tendent ce terme sont graves et le pronostic est sombre. La vigilance est la règle en présence de facteurs prédictifs indépendants de décès (antécédents d'HTA, anorexie, CRP anormale et diagnostic de sortie de pathologie néoplasiques).

**Mots-clés :** altération de l'état général, urgences, mortalité, cancers

### Abstract :

Constitutional syndrome (CS) is a common reason for emergency room visits. This not well defined entity could correspond to a patient's progressive health deterioration. This term is still commonly used in the French medical community. Only few articles were published about this condition. The usual definition in France is the presence of the triad: asthenia, anorexia and involuntary weight loss.

We studied all patients referred to the emergency unit for CS in 2011. The objective of this study was to know characteristics and outcomes of these patients referred to the University Hospital of Limoges emergency unit for CS.

We studied 920 patients. Causes of CS were distributed as followed: infectious (17%) liver and gastroenterological (10%) and neurological diseases (7%). Among the 139 patients discharged from the emergency unit with the diagnosis of CS, the most common cause was neoplastic diseases (38%) and infectious diseases (32.8%). Mean age was 76 years-old. The triad was present in 45% of patients. One year after admission, 44% of patients had deceased. The overall mortality was 47.5%. Four independent risk factors of death have been found: a history of hypertension, the presence of anorexia, abnormal elevated CRP and diagnosis of neoplastic disease.

The term of CS often do not meet the definition but it really means when it is used in a medical semiology appropriate way. The causes of real CS are severe and lead to a poor prognosis. Vigilance is the rule in the presence of independent risk factors of death (history of hypertension, anorexia, abnormal elevated CRP and diagnosis of neoplastic disease).

**Keywords :** Constitutional syndrome, emergency unit, cancer, mortality