

IGS II (généralités)

IGS (Indice de Gravité Simplifié) ou SAPS II est dérivé de l'APACHE.

Il comprend pour chaque item les valeurs les pires dans les 24 heures suivant l'admission dans le service de réanimation.

- Certaines données peuvent dépasser les limites hautes et basses dans la même journée : prendre **la valeur qui donne le plus de points.**

- Il n'est pas nécessaire que les valeurs recueillies soient **synchrones** (sauf en ce qui concerne le rapport PaO₂/FIO₂).

- Pour la diurèse, il ne faut pas tenir compte du volume d'urine obtenu initialement lors du sondage vésical. Si le séjour est inférieur à 24 heures, il faut comptabiliser la diurèse et extrapoler à 24 heures. En cas d'urines perdues, il faut considérer par défaut que la diurèse est > 1L/j.

Les données physiologiques recueillies avant l'entrée dans le service sont considérées comme non fiables et non opposables. Elles ne sont **donc pas prises en compte**, sauf si établies personnellement par le réanimateur juste avant l'admission, lors de la prise en charge (aux urgences ou dans le service hospitalier). Ainsi, si le médecin réanimateur constate un arrêt cardio-respiratoire et que les manoeuvres de réanimations sont efficaces avec normalisation hémodynamique lors de l'admission dans le service de réanimation, il est possible de coter FC < 40 (11 pts) TA < 70 mmHg (13pts) mais le score de Glasgow doit être évalué à l'entrée dans l'unité.

Le SAMU étant considéré comme un service à part entière, les données recueillies par le SAMU ne s'appliquent qu'à celui-ci, et ne sont pas prises en compte dans le service de réanimation.

Les données biologiques recueillies juste avant l'entrée dans le service de réanimation peuvent être prises en compte, à plusieurs conditions:

- Le prélèvement a été réalisé dans l'heure précédant l'admission
- Le patient est admis à partir du service des urgences
- L'existence de ce premier bilan conduit à ne pas le refaire dès l'admission
- Les résultats sont consignés dans le dossier pour vérification ultérieure.

Il est habituel de se rapporter à **la pancarte de surveillance** journalière pour relever les mini/max. Parfois certaines anomalies (trouble du rythme, arrêt respiratoire) ont été fugaces et ne figurent pas explicitement sur la pancarte. Elles ne peuvent être prises en compte que si elles sont documentées dans l'observation médicale ou infirmière. Il est préférable de les reporter alors sur la pancarte.

Rappel : en cas d'arrêt circulatoire Le maximum de points est affecté aux items fréquence cardiaque, PA systolique, Glasgow et respiration.

IGS II (données biologiques)

Les valeurs non recueillies sont présumées normales

Attention à **deux erreurs communes**:

- non prise en considération de valeurs pourtant recueillies dans les 24 premières heures.
- erreur de borne entre > et ≥

PaO₂/FiO₂ : a ne calculer que chez les patients ventilés (ventilation invasive ou non). E, n l'absence de gaz du sang, il faut coter un rapport > 200 (6 pts)

Urée : si le malade est insuffisant rénal chronique, les valeurs d'urée (et de diurèse) sont intégrées dans le calcul de l'IGS II.

Globules blancs : il ne s'agit pas que des polynucléaires

Kaliémie : ne pas prendre en considération un prélèvement hémolysé.

Bicarbonates : utiliser les bicarbonates veineux mesurés sur le ionogramme et non ceux calculés à partir des gaz du sang.

Bilirubine: la mesure systématique de la bilirubine n'est pas obligatoire, car elle ne modifie le codage qu'en cas d'ictère clinique.

IGS II : Score de Glasgow (GCS)

Si le patient est sédaté, le score est celui précédent la sédation. Cette évaluation est réalisée en interrogeant le médecin qui a prescrit la sédation ou en se référant au dossier.

Si l'information n'est pas disponible, coter 15.

Un coma toxique est évalué avec l'échelle de Glasgow sans considérer qu'il s'agit d'une sédation. Le GCS peut donc être très bas.

Un patient initialement parfaitement conscient et transféré du bloc opératoire ou sédaté par le SAMU et se réveillant par la suite a un GCS de 15.

Calcul du GCS :

Ouverture des yeux

Spontanément	4
A la commande verbale	3
A la douleur	2
Jamais	1

Réponse motrice

Obéi à l'ordre oral	6
Orientée	5
Evitement (flexion)	4
Décortication (fléxion anormale)	3
Décérébration (extension)	2
Pas de réponse	1

Réponse verbale

Pas de ventilation	Ventilation	points
Orientée	semble capable de parler	5
confuse		
inappropriée	ne semble pas capable de parler	3
incompréhensible		
Rien	aucune réponse	1

IGS II : type de malade, pathologie sous-jacente.

Type de malade

chirurgical : patient opéré dans les 7 jours qui précèdent ou suivent l'admission en réanimation.

Chirurgie programmée : patient inscrit sur le programme opératoire au moins 24 h avant la réalisation de l'acte chirurgical.

Un patient opéré après le 7^e jour de réanimation est un patient médical. La trachéotomie, quel que soit son lieu de réalisation n'est pas considérée comme un acte chirurgical.

Pathologie sous-jacente

Définition d'un patient SIDA :

Patient VIH positif ayant eu ou étant hospitalisé pour pneumocystose, syndrome de Kaposi, lymphome, tuberculose ou toxoplasmose.

La découverte de la séropositivité au cours de l'hospitalisation, si celle-ci est motivée par des infections citées fait classer le patient dans la catégorie SIDA.

Définition d'un patient hématologique

Patient ayant un lymphome, une leucémie aiguë, un myélome, ou une allogreffe de moëlle.

La pathologie est prise en compte même si elle est découverte en cours d'hospitalisation et quel que soit son degré d'antériorité. Par convention on considérera un patient ayant subi une allogreffe comme hématologique quelle que soit la pathologie sous-jacente (par exemple LMC greffée en phase chronique ou aplasie idiopathique). A l'inverse, aucune autre pathologie que celles mentionnées ci-dessus n'est prise en considération.

Définition d'un patient atteint de cancer métastatique

Les métastases doivent être prouvées soit par la chirurgie, soit par l'imagerie ou par des marqueurs tumoraux.

Un syndrome paranéoplasique n'est pas considéré comme métastase.

Etat de santé antérieur

Description de l'état du malade avant l'épisode le conduisant en réanimation.

Echelle Mac Cabe

attention : les items sont appelés 0, 1, 2 dans le guide 1, 2, 3 dans le logiciel Fusion. Tenir compte des dénominations.

Le pronostic doit avoir été défini dans les trois mois précédant l'entrée dans le service de réanimation.

1 - Maladie mortelle = 0

2 - Maladie mortelle à 5 ans

Insuffisant cardiaque stade III NYHA, insuffisant respiratoire sous O2 à domicile, cancer non métastasé, hypertension portale.

3 - Maladie mortelle à 1 an

Insuffisant cardiaque stade IV NYHA, insuffisant respiratoire déjà ventilé, cancer métastasé, décompensation hémorragique de cirrhose.

Etat fonctionnel (Knaus)

Activité et suivi médical dans les six mois précédant l'admission.

A : santé normale

B : limitation modérée

Présence d'un traitement chronique

C : limitation importante

Handicap à l'effort, traitement anticancéreux, hémodialyse

D : patient grabataire, restriction majeure

Hospitalisation long séjour, visite hebdomadaire d'un médecin, incapacité à 100 %