

FASCICULE DE CODAGE POUR LE PMSI

Maladies infectieuses

Mise à jour 2023



Table des matières

FASCICULE DE CODAGE POUR LE PMSI	1
1. Codage des infections : généralités	3
1.1. Utilisation des catégories de la CIM-10	3
1.2. Hiérarchisation des codes	3
1.3. Codage des résistances antimicrobiennes	3
1.3.1. Règles générales.....	3
1.3.2. Multirésistance	4
1.3.3. Bactéries hautement résistantes émergentes	4
2. Codage de la sévérité des infections : sepsis et choc septique	5
2.1. Diagnostic de sepsis et de choc septique.....	5
2.2. Codes de sepsis et de choc septique en CIM-10	5
2.3. Consignes de codage du sepsis et du choc septique	6
2.3.1. Cas général du sepsis et du choc septique	6
2.3.2. Utilisation du code A41.8 "Autres sepsis précisés"	7
2.3.3. Codage du sepsis chez le nouveau-né	8
2.3.4. Codage du sepsis sans étiologie et/ou sans germe retrouvés	8
3. Codage de situations infectieuses particulières	9
3.1. Place du syndrome de réponse inflammatoire systémique (SRIS)	9
3.2. Bactériémie	9
3.3. Infections compliquant des actes	10
3.4. Infection urinaire	11
3.5. Syndrome infectieux sans germe ni organe source retrouvé	11
Annexe : Scores SOFA	12

1. Codage des infections : généralités

1.1. Utilisation des catégories de la CIM-10

Le codage des infections peut recourir à plusieurs catégories de la CIM-10 selon la situation clinique :

- localisation à l'origine des symptômes infectieux, c'est-à-dire infection d'organe causale ;
- agent infectieux lorsqu'il est connu ;
- résistance aux médicaments anti-infectieux ;
- complication infectieuse de soins ;
- sévérité de l'infection : sepsis et choc septique.

Pour les infections localisées, classables dans les chapitres « systèmes, appareils et organes », des codes du Chapitre I peuvent être ajoutés pour identifier l'organisme infectieux, lorsque cette information n'apparaît pas dans le titre de la catégorie. Le groupe de catégories, B95-B98 à la fin du Chapitre I est prévu à cet usage¹.

Lorsque le libellé du code de pathologie d'organe précise le germe en cause, il n'est pas recommandé de coder celui-ci en plus.

- Exemple : Le codage de la pneumopathie à mycoplasme J15.7 (*pneumopathie due à Mycoplasma pneumoniae*) n'autorise pas l'utilisation du code supplémentaire B96.0 *Mycoplasma pneumoniae*.

1.2. Hiérarchisation des codes

Lorsque l'infection est le motif d'hospitalisation dans l'unité médicale, l'infection d'organe est le diagnostic principal. Les informations concernant l'agent infectieux, la résistance aux antibiotiques, les complications de l'infection sont codées en diagnostics associés.

- Exemple : hospitalisation pour une pyélonéphrite à *Escherichia coli*
 - Diagnostic principal : N10 *Néphrite tubulo-interstitielle aiguë*
 - Diagnostic associé : B96.2 *Escherichia coli, cause de maladies classées dans d'autres chapitres*

1.3. Codage des résistances antimicrobiennes

1.3.1. Règles générales

La description des résistances aux traitements antibiotiques repose sur trois catégories :

- U82 *Résistance aux antibiotiques bêtalactamines [bêtalactames]* ;
- U83 *Résistance aux autres antibiotiques* ;
- U84 *Résistance aux autres antimicrobiens*.

Les codes de résistance aux antibiotiques ont été enrichis en 2015 par l'ATIH avec notamment l'ajout d'un caractère supplémentaire en 6^e position² pour indiquer si la situation de résistance concerne un germe responsable d'une infection en cours ou une situation de portage sain.

Dans le cadre du recueil PMSI, l'emploi des codes de ces catégories doit respecter deux conditions :

¹ CIM-10 Volume 2 ; 3.1.3 *Deux codes pour certaines affections*

² Pour les codes qui ne comportent que 4 caractères, le signe « + » doit être noté en 5^e position

- la résistance doit être mentionnée dans le compte rendu du laboratoire de bactériologie : résistance à un antibiotique ou résistances multiples ;
- la résistance doit entraîner une adaptation du schéma thérapeutique à cette situation de résistance et/ou la mise en œuvre de mesures d'isolement spécifiques³.

En conséquence :

- les situations de résistance naturelle, c'est-à-dire les situations au cours desquelles la résistance est inhérente à la nature du micro-organisme, ne se codent pas ;
- les situations de portage sain de germe présentant une résistance et faisant l'objet, du fait de cette résistance, de mesures telles que l'isolement, l'utilisation de matériels ou d'un chariot de soins spécifiques autorisent le codage des codes de ces catégories.

La mention de la résistance est indispensable : résistance à un antibiotique, ou multirésistance.

Exemple : *Pneumonie à pneumocoque résistant à la pénicilline* : J13, U82.0+0.

1.3.2. Multirésistance

Le code U83.71– *Bactérie multirésistante [BMR]* doit être employé pour coder la présence d'une bactérie multirésistante, c'est-à-dire une bactérie caractérisée comme telle par le laboratoire de bactériologie ou selon les critères du CLIN de l'établissement, sauf dans les cas où cette situation de multirésistance de type BMR est spécifiquement décrite par un autre code. Ainsi, une résistance par bêtalactamases à spectre étendu se code U82.2– *Résistance par bêtalactamases à spectre étendu [BLSE]* et non U83.71–.

La seule présence de plusieurs résistances sans mention de BMR n'autorise pas le code U83.71–.

Dans les situations où un germe présente plusieurs résistances qui répondent aux conditions de codage mais qui ne correspondent pas à une situation de BMR telle que définie ci-dessus, on recommande de coder chaque résistance individuellement.

Exemples : *Endocardite à Pseudomonas aeruginosa multirésistant* : I33.0, B96.5, U83.710 ;

Colonisation nasale par Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline [SARM] ayant entraîné des mesures d'isolement et de décontamination : U82.101, Z22.3, Z29.0.

1.3.3. Bactéries hautement résistantes émergentes

La présence de bactérie hautement résistante émergente [BHRe], comme les entérobactéries productrices de carbapénémases (EPC) et les entérocoques résistants aux glycopeptides (ERG), se code U83.70–. Il s'agit là d'un codage d'exception pour les situations qui relèvent de [l'instruction N°DGOS/PF2/DGS/RI1/2014/08 du 14 janvier 2014 relative aux recommandations pour la prévention de la transmission croisée des bactéries hautement résistantes aux antibiotiques émergentes.](#)

³ Par mesure d'isolement spécifique on entend les mesures d'hygiène de « précautions complémentaires » qui sont mises en place selon le mode de transmission (air, gouttelettes, contact) de l'agent infectieux : port de vêtement spécifique, matériel dédié, port de masque, limitation des contacts ou déplacements. Ces mesures se distinguent des précautions d'hygiène standard.

2. Codage de la sévérité des infections : sepsis et choc septique

2.1. Diagnostic de sepsis et de choc septique

Le sepsis est défini par le consensus international « sepsis 3 », (cf. Annexes de ce fascicule), publié en 2016, comme une défaillance d'organe(s) menaçant le pronostic vital, causée par une réponse dérégulée de l'hôte à une infection bactérienne, virale, fongique ou parasitaire avec un risque de mortalité à un mois évalué à 10% à 15%.

Le diagnostic des défaillances d'organe peut reposer sur le score SOFA (≥ 2 points, ou augmenté de 2 points par rapport à un état basal). L'utilisation des codes de sepsis est conditionnée par la mention du diagnostic de sepsis établi par le clinicien dans le dossier médical du patient. La référence aux scores SOFA est recommandée mais n'est pas nécessaire dans le cadre du codage de l'information médicale pour le PMSI.

D'autres scores SOFA ont été publiés pour l'enfant et pour les séjours en dehors d'une unité de soins critiques. Ces scores sont présentés en Annexe.

Depuis l'élaboration du consensus Sepsis-3, le SRIS, avec ou sans défaillance d'organe, n'est plus utilisé pour établir le diagnostic de sepsis dans un contexte infectieux.

Le choc septique est défini selon le consensus international « sepsis 3 » par l'association d'une défaillance circulatoire caractérisée chez l'adulte⁴ par le besoin d'un traitement vasopresseur par catécholamines en continu pour maintenir une pression artérielle moyenne ≥ 65 mm Hg et d'une souffrance cellulaire majeure documentée par une augmentation des lactates sériques > 2 mM (ou 18 mg/dl), malgré un remplissage vasculaire adéquat.

Le sepsis peut être accompagné, ou non, du passage de germes dans la circulation sanguine, avec hémoculture(s) positive(s). En accord avec cette nouvelle définition, le terme de septicémie ne doit plus être utilisé.

2.2. Codes de sepsis et de choc septique en CIM-10

A02.1 Sepsis à Salmonella

A22.7 Sepsis charbonneux

A26.7 Sepsis à Erysipelothrix

A32.7 Sepsis à Listeria

A40.0 Sepsis à streptocoques, groupe A

A40.1 Sepsis à streptocoques, groupe B

A40.2 Sepsis à streptocoques groupe D et entérocoques

A40.3 Sepsis à Streptococcus pneumoniae

A40.8 Autres sepsis à streptocoques

A40.9 Sepsis à streptocoques, sans précision

A41.0 Sepsis à staphylocoques dorés

A41.1 Sepsis à d'autres staphylocoques précisés

A41.2 Sepsis à staphylocoques non précisés

A41.3 Sepsis à Haemophilus influenzae

A41.4 Sepsis à microorganismes anaérobies

A41.5 Sepsis à d'autres microorganismes Gram négatif

A41.8 Autres sepsis précisés

A41.9 Sepsis, sans précision

A42.7 Sepsis actinomycosique

⁴ Chez l'enfant, la mise à jour de la définition des entités « sepsis » et « choc septique » est annoncée par les experts, et un addendum à ce fascicule sera dès lors publié par l'ATIH. Une note de cadrage de la HAS annonce un travail de recommandations concernant la prise en charge du sepsis du nouveau-né, de l'enfant et de l'adulte

B37.7 Sepsis à *Candida*
O85 Sepsis puerpéral
P36.-0 Sepsis du nouveau-né
R57.2 Choc septique

2.3. Consignes de codage du sepsis et du choc septique

2.3.1. Cas général du sepsis et du choc septique

2.3.1.1. Principes généraux

Le sepsis est codé lorsque le diagnostic est clairement mentionné dans le dossier du patient.

À partir du 1er mars 2021 et à la suite de l'application de la définition du sepsis de 2016, le codage de celui-ci n'utilise plus les codes R65.0 (*Syndrome de réponse inflammatoire systémique d'origine infectieuse sans défaillance d'organe*) ni R65.1 (*Syndrome de réponse inflammatoire systémique d'origine infectieuse avec défaillance d'organe*), mais les codes CIM-10 de sepsis cités ci-dessous.

Le code R65.1 n'est plus accessible au codage, le code R65.0 n'est pas compatible avec le codage des entités « sepsis » et « choc septique ». L'usage du code R65.0 est précisé au chapitre 3 de ce fascicule.

Les consignes de codage du sepsis et du choc septique, énoncées ci-dessous dans le cas général, sont illustrées par un arbre décisionnel d'aide au codage (Figure 1 : arbre décisionnel d'aide au codage du sepsis et du choc septique).

2.3.1.2. Codage du sepsis sans choc septique

Le sepsis est codé en diagnostic associé significatif, le diagnostic principal est l'infection étiologique, sauf dans deux situations :

- En l'absence de foyer infectieux causal, le sepsis est codé en diagnostic principal de façon dérogatoire.
- En cas d'admission⁵ en soins critiques, le sepsis est codé en diagnostic principal du séjour de soins critiques, s'il s'agit du motif d'admission⁶.

On associe au codage du sepsis celui des diagnostics de défaillances d'organes en codes CIM-10 lorsqu'ils existent et des actes CCAM de suppléances vitales réalisés (ex. remplissage vasculaire, épuration extra-rénale...etc.).

Lorsque le libellé des codes de sepsis ou d'organe ne précise pas l'agent infectieux en cause celui-ci doit être codé en sus.

Exemples :

- Exemple 1 : Hospitalisation pour pyélonéphrite à *Proteus mirabilis* avec sepsis et insuffisance cardiaque globale :
 - Diagnostic principal : N10 Néphrite tubulo-interstitielle aiguë
 - Diagnostics associés : A41.5 Sepsis à d'autres micro-organismes gram négatif, B96.4 *Proteus (P. mirabilis) (P. morganii)*, cause de maladies classées dans d'autres chapitres, I50.0- Insuffisance cardiaque congestive.
- Exemple 2 : Admission du patient en réanimation pour prise en charge du sepsis avec insuffisance cardiaque globale :
 - Diagnostic principal : A41.5 Sepsis à d'autres micro-organismes gram

⁵ Admission au sens du guide méthodologique : « L'admission dans une unité médicale d'hospitalisation de MCO est le facteur déclenchant de la production d'un résumé d'unité médicale (RUM) ».

⁶ Admissions directes, transferts et mutations.

- Diagnostics associés : N10 *Néphrite tubulo-interstitielle aiguë*, B96.4 *Proteus P. mirabilis (P. morganii)*, cause de maladies classées dans d'autres chapitres, I50.0 *Insuffisance cardiaque congestive*.

2.3.1.3. Sepsis avec choc septique

Lorsque l'infection s'accompagne d'un sepsis avec choc septique comme défini ci-dessus, le code R57.2 *Choc septique* devra être associé au code du sepsis.

Le choc septique est codé en diagnostic associé significatif, le diagnostic principal est l'infection étiologique.

En cas d'admission⁷ en soins critiques, le choc septique est codé en diagnostic principal du séjour de soins critiques s'il s'agit du motif d'admission.

On associe le codage de la ou des défaillance(s) d'organe présente(s) au codage du choc septique.

Lorsque le libellé des codes de sepsis ou d'organe ne précise pas l'agent infectieux en cause celui-ci doit être codé en sus.

Les actes CCAM de suppléance vitale réalisés, par exemple remplissage vasculaire, épuration extra-rénale, etc. sont codés.

Exemples :

- Exemple 1 : Hospitalisation pour diverticulite sigmoïdienne avec perforation et abcès, péritonite, insuffisance cardiaque gauche et choc septique, sepsis à *Escherichia Coli* :
 - Diagnostic principal : K57.2 *Diverticulose du gros intestin, avec perforation et abcès*
 - Diagnostic associé : A41.5 *Sepsis à d'autres micro-organismes Gram Négatif*, R57.2 *Choc septique*, B96.2 *Escherichia coli, cause de maladies classées dans d'autres chapitres*, I50.1 *Insuffisance ventriculaire gauche*.
- Exemple 2 : Mutation du patient de l'unité médicale d'hospitalisation de la situation précédente en soins critiques pour la prise en charge d'un choc septique
 - Diagnostic principal : R57.2 *Choc septique* Diagnostic associé : A41.5 *Sepsis à d'autres micro-organismes Gram négatif*.

2.3.2. Utilisation du code A41.8 "Autres sepsis précisés"

Les codes de sepsis ne sont pas exhaustifs dans la CIM-10 quant à l'expression de l'agent infectieux causal. Il est recommandé d'utiliser le code A41.8 « *Autres sepsis précisés* » en diagnostic associé dès lors que l'information la plus précise concernant l'agent infectieux en cause est portée par le libellé de l'infection causale.

Exemples :

- Exemple 1 : Sepsis au cours d'une méningite à méningocoque
 - Diagnostic principal : A39.0† *Méningite à méningocoques*
 - Diagnostics associés : G01* *Méningite au cours d'affections bactérienne classées ailleurs*, A41.8 *Autres sepsis précisés*
- Exemple 2 : Sepsis au cours d'une infection à *clostridium*
 - Diagnostic principal : A48.0 *Gangrène gazeuse*
 - Diagnostic associé : A41.8 *Autres sepsis précisés*
- Exemple 3 : Sepsis au cours d'une infection virale
 - Diagnostic principal : A97.2 *Dengue sévère*
 - Diagnostic associé : A41.8 *Autres sepsis précisés*

⁷ Admission au sens du guide méthodologique : « L'admission dans une unité médicale d'hospitalisation de MCO est le facteur déclenchant de la production d'un résumé d'unité médicale (RUM) »

2.3.3. Codage du sepsis chez le nouveau-né

Les codes à cinq caractères à usage PMSI, décrits ci-dessous, permettent de coder le sepsis chez le nouveau-né :

- P36.00 Sepsis du nouveau-né à streptocoques, groupe B
- P36.10 Sepsis du nouveau-né à streptocoques, autres et sans précision
- P36.20 Sepsis du nouveau-né à staphylocoques dorés
- P36.30 Sepsis du nouveau-né à staphylocoques, autres et sans précision
- P36.40 Sepsis du nouveau-né à *Escherichia coli*
- P36.50 Sepsis du nouveau-né à anaérobies
- P36.80 Sepsis du nouveau-né à autres bactéries
- P36.90 Sepsis du nouveau-né, bactérie non précisée

2.3.4. Codage du sepsis sans étiologie et/ou sans germe retrouvés

Dans certains cas plus rares, une infection accompagnée d'un sepsis est diagnostiquée sans que l'infection d'organe causale ne soit déterminée. Dans ce cas le code de sepsis peut être codé en diagnostic principal.

- Exemple : hospitalisation pour syndrome infectieux avec hémoculture positive à staphylocoque aureus sans foyer infectieux causal documenté, avec insuffisance cardiaque globale. Le diagnostic de sepsis est porté par le clinicien :
 - Diagnostic principal : A41.0 Sepsis à staphylocoques dorés
 - Diagnostic associé : I50.0 Insuffisance cardiaque congestive

Dans le cas d'un sepsis avéré sans que le germe en cause ait pu être retrouvé, le code A41.9 sera utilisé.

- Exemple : pneumopathie, germe non identifié, accompagnée d'un sepsis sans hémoculture positive, avec choc septique :
 - Diagnostic principal : J18.8 Autres pneumopathies, microorganisme non précisé
 - Diagnostic associé : A41.9 Sepsis, sans précision, R57.2 Choc septique

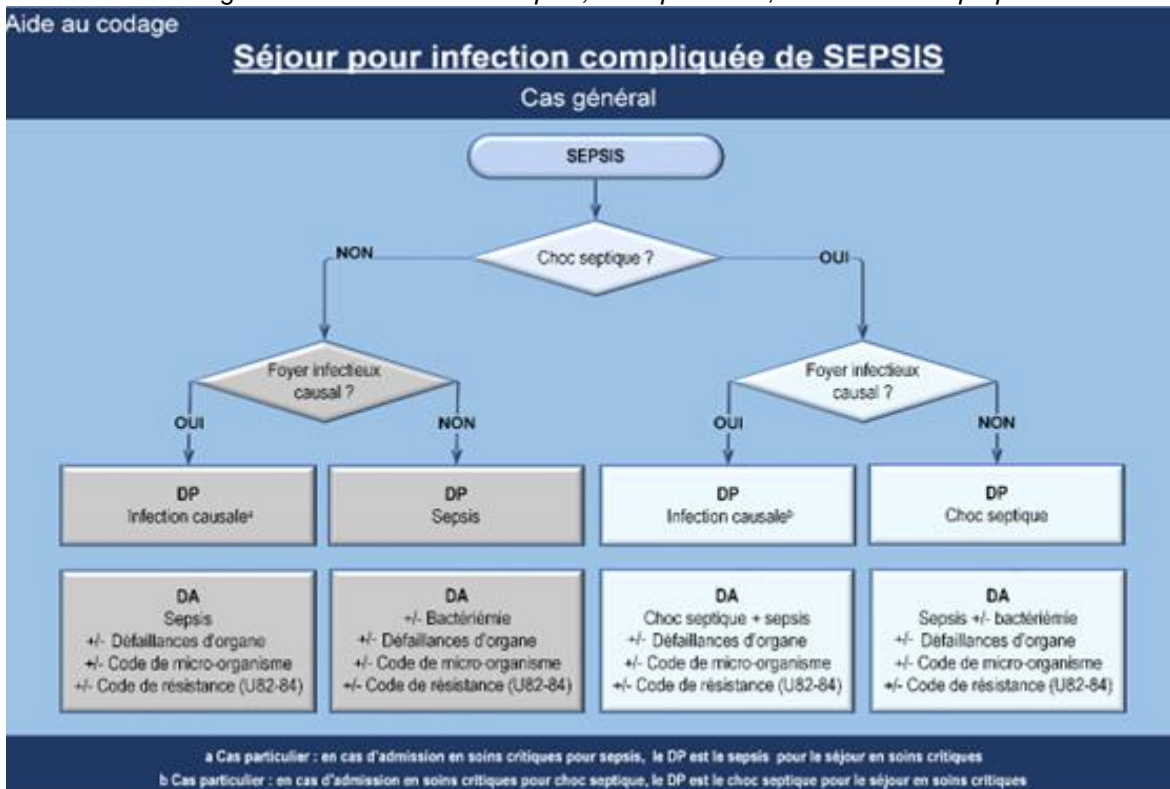


Figure 1 : arbre décisionnel d'aide au codage du sepsis et du choc septique

3. Codage de situations infectieuses particulières

3.1. Place du syndrome de réponse inflammatoire systémique (SRIS)

Depuis l'élaboration du consensus Sepsis-3, le SRIS, avec ou sans défaillance d'organe, ne permet plus au clinicien d'établir le diagnostic de sepsis dans un contexte infectieux. Le codage du SRIS peut cependant toujours être utilisé dans le cas de syndromes inflammatoires non infectieux (pancréatite aiguë, syndrome de lyse tumorale, pathologies tumorales, polytraumatismes, brûlures étendues, etc.)

Ce syndrome est caractérisé par l'association de signes cliniques et biologiques peu spécifiques (fièvre ou hypothermie, tachycardie, ...) pouvant être la conséquence de différentes agressions cliniques graves (pancréatite aiguë, ischémie, polytraumatisme, infection...). Il n'est donc pas spécifique d'une atteinte infectieuse.

On parle de SRIS lorsqu'au moins deux signes parmi les suivants sont présents :

- température corporelle supérieure à 38°C ou inférieure à 36°C ;
- rythme cardiaque supérieur à 90 battements par minute chez l'adulte ou supérieur à 2 déviations standards selon l'âge chez l'enfant ;
- rythme respiratoire supérieur à 20 par minute (ou une hyperventilation se traduisant par une baisse de la PaCO₂ en-deçà de 32 mm Hg) chez l'adulte, ou supérieur à 2 déviations standards selon l'âge chez l'enfant ;
- taux de leucocytes dans le sang supérieur à 12 000/mm³ ou inférieur à 4000/mm³ ou taux de cellules immatures supérieur à 10%.

Il importe également de vérifier qu'un critère du SRIS ne soit pas expliqué par un mécanisme ne témoignant pas d'une réponse à une agression (ex : une tachycardie sur trouble du rythme).

En cas d'infection hors sepsis, le syndrome de réponse inflammatoire systémique d'origine infectieuse sans défaillance d'organe (R65.0) reste accessible au codage lorsqu'il apporte une information supplémentaire sur la sévérité de l'infection.

3.2. Bactériémie

Le terme de bactériémie définit le passage de bactéries dans la circulation sanguine. On utilise les termes de virémie, de fongémie et de parasitémie pour les autres microorganismes.

Une bactériémie isolée, sans infection d'organe ou porte d'entrée précisée ni critères de sepsis et en dehors d'une complication suivant la pose de prothèses, d'implants et greffes internes ou cardiaques et vasculaires, ne permet pas de coder l'infection ou le sepsis. Dans ce cas un code de la catégorie A49 sera utilisé en DP.

Il est recommandé d'associer si besoin un code supplémentaire (B95-B98) pour identifier l'agent infectieux.

Lorsque la bactériémie survient pendant ou au décours d'une infection d'organe identifiée (ou d'un sepsis), alors le codage de l'infection l'emporte sur celle-ci. La bactériémie (A49.-) ne doit dans ce cas pas être codée en plus.

En revanche, si la bactériémie survient suite à une complication d'acte à visée diagnostique ou thérapeutique, ou sans qu'aucune étiologie précise ne soit identifiée, alors il faut la coder, ainsi que l'agent infectieux retrouvé à l'hémoculture si besoin.

Exemples :

- Exemple 1 : Bactériémie avec une porte d'entrée jugée très probable mais sans foyer infectieux causal précis, comme une effraction cutanée non identifiée, une translocation digestive sans colite identifiée etc. :
 - Diagnostic principal : A49.- *Infection bactérienne à ..., siège non précisé*
 - Diagnostic associé : microorganisme codé en B95-B96.

- Exemple 2 : Fongémie à *Candida Albicans* isolée et traitée
 - Diagnostic principal : B37.8 *Autres localisations de candidose*.

La situation des bactériémies liées aux soins est abordée au chapitre 3.3

3.3. Infections compliquant des actes

Le codage des complications infectieuses des actes et des dispositifs médicaux suit les règles habituelles préconisées par l'OMS (cf. CIM-10, volume 2) : c'est le code de la nature de cette infection qui est l'affection principale.

On y associe, en DAS, certains codes des catégories T80 à T88 du chapitre XIX de la CIM 10 et un code des catégories Y83 ou Y84 du chapitre XX de la CIM 10 « Actes chirurgicaux et autres actes médicaux à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'accident au cours de l'intervention », complété si besoin par un code des catégories B95-B98 pour identifier le germe.

En application de la règle générale rappelée ci-dessus, un code T peut être placé en DP (exemple : T87.4 Infection d'un moignon d'amputation).

Le caractère nosocomial d'une infection autorise l'utilisation du code Y95 *facteurs nosocomiaux*.

La situation particulière du codage des infections du site opératoire (ISO) après prothèse de genou ou prothèse de hanche a été précisée par l'ATIH dans la note de codage de 2018.

Pour une bactériémie iatrogène, on codera d'abord la complication dans T80-T88 lorsqu'elle est précisée et Y95 *facteurs nosocomiaux* lorsqu'ils sont présents.

En l'absence de tout signe infectieux local ou général, un examen microbiologique positif isolé sur cathéter intraveineux de longue durée ne se code pas. Ainsi, les résultats positifs consécutifs aux analyses effectuées de manière systématique après le retrait du matériel ne sont pas à coder, en l'absence de symptomatologie et de traitement.

Exemples

- Exemple 1 : Séjour pour infection d'un stimulateur cardiaque :
 - Diagnostic principal : T82.7 *Infection et réaction inflammatoire dues à d'autres prothèses, implants et greffes cardiaques et vasculaires*
 - Diagnostic associé : A49.- lorsque l'hémoculture est positive, agent infectieux codé en B95-B98
- Exemple 2 : *Ostéite à staphylocoque doré sur prothèse de hanche* : M86.-, T84.5, B95.6, Y83.1.
 - Diagnostic principal : M86.- Ostéomyélite
 - Diagnostics associés : T84.5 Infection et réaction inflammatoire dues à une prothèse articulaire ; B95.6 *Staphylococcus aureus*, cause de maladies classées dans d'autres chapitres ; Y83.1 Intervention chirurgicale avec implantation d'une prothèse interne
- Exemple 3 : Infection sur matériel d'ostéosynthèse : ;
 - Diagnostic principal : codes de l'ostéite ou de l'ostéoarthrite
 - Diagnostic associé : T84.6 Infection et réaction inflammatoire dues à un appareil de fixation interne [toute localisation]
- Exemple 4 : Bactériémie à point de départ d'un cathéter à chambre implantable :
 - Diagnostic principal : T82.7 Infection et réaction inflammatoire dues à d'autres prothèses, implants et greffes cardiaques et vasculaires

- Diagnostic associé : codes A49 ; agent infectieux codé en B95-B98
- Exemple 5 : Sepsis à point de départ d'un cathéter à chambre implantable :
 - Diagnostic principal : T82.7 Infection et réaction inflammatoire dues à d'autres prothèses, implants et greffes cardiaques et vasculaires
 - Diagnostic associé : codes A40-A41 ; agent infectieux codé en B95-B98

3.4. Infection urinaire⁸

Le diagnostic de cystite aiguë est posé devant l'association de signes fonctionnels de type pollakiurie, douleurs mictionnelles et d'une pyurie sur bandelette urinaire ou d'une pyurie avec bactériurie en cas d'étude cyto bactériologique urinaire. La mention de cystite (aigüe), d'infection vésicale (aigüe) ou d'infection urinaire basse dans le dossier, appuyée sur ces arguments, permet d'utiliser le code N30.0 *Cystite aiguë* pour mentionner cette affection. Quand ces éléments manquent ou devant la présence isolée de germes dans l'uroculture (bactériurie), on code N39.0 *Infection des voies urinaires, siège non précisé*.

3.5. Syndrome infectieux sans germe ni organe source retrouvé

Au décours d'un séjour pour syndrome infectieux sans foyer ni agent causal documenté, le code B99+1 *Syndrome infectieux sans cause retrouvée* peut être utilisé.

Exemples :

- Exemple 1 : hospitalisation pour douleurs de l'hypochondre droit avec syndrome infectieux, prélèvements bactériologiques négatifs, le diagnostic de cholécystite n'a pas pu être affirmé, apyrexie obtenue en 48h sous traitement antibiotique.
 - Diagnostic principal : B99.+1 *Syndrome infectieux sans cause retrouvée*
 - Diagnostic associé : R10.1 *Douleur localisée à la partie supérieure de l'abdomen*.
- Exemple 2 : patient en aplasie fébrile à la suite d'une chimiothérapie, hospitalisé en urgence pour syndrome infectieux sans agent infectieux identifié, ni foyer infectieux causal retrouvé :
 - Diagnostic principal : D70 *Agranulocytose* ou D61.1 *Aplasia médullaire médicamenteuse*
 - Diagnostic associé : B99+1 *Syndrome infectieux sans cause retrouvée*

⁸ La mise à jour de ce chapitre est inscrite au programme de travail de l'ATIH. Dans l'attente de cette mise à jour, les consignes énoncées dans le fascicule publié en 2021 restent en vigueur.

Annexe : Scores SOFA

A. Calcul du score SOFA (*Sequential Organ Failure Assessment Score*)

Pour les patients adultes (≥ 18 ans), le score SOFA peut être évalué en additionnant les points (somme) pour chaque critère du tableau ci-dessous⁹ :

Calcul du score SOFA	0 point	1 point	2 points	3 points	4 points
PaO ₂ /FiO ₂ mm Hg	>400	301-400	201-300	101-200 et VA	≤ 100 et VA
Plaquettes x10 ³ /mm ³	>150	101-150	51-100	21-50	≤ 20
Bilirubine totale mg/L ($\mu\text{mol/L}$)	<12 (<20)	12-19 (20-32)	20-59 (33-101)	60-119 (102-204)	≥ 120 (>204)
Hypotension	PAM ≥ 70 mmHG	PAM<70mmHG	Dopamine ≤ 5 ou dobutamine (toute dose)	Dopamine>5 ou adrénaline $\leq 0,1$ ou noradrénaline $\leq 0,1$	Dopamine>15 ou adrénaline>0,1 ou noradrénaline >0,1
Score de Glasgow	15	13-14	10-12	6-9	<6
Créatinine mg/l ($\mu\text{mol/l}$) ou diurèse ml/j	<12 (<110)	12-19 (110-170)	20-34 (171-299)	35-49 (300-440) ou <500	≥ 50 (>440) ou <200

VA : Ventilation assistée, PAM : pression artérielle moyenne [estimée par (PAS+2xPAD)/3]. Amines : dose en $\mu\text{g/kg/mn}$

Le score SOFA de base est nul ou est supposé être nul chez les patients dont on sait qu'ils ne présentent pas de dysfonctionnement d'organe préexistant.

Le sepsis est défini par une variation aiguë du SOFA ≥ 2 points dans un contexte de maladie infectieuse¹.

Un score SOFA ≥ 2 points, ou augmenté de 2 points par rapport à un état basal en cas de défaillance chronique d'organe, permet d'affirmer le sepsis.

B. Calcul du score pSOFA (*pediatric Sequential Organ Failure Assessment Score*)

Pour les patients mineurs (< 18 ans), les critères SOFA sont ajustés à l'âge dans le score pSOFA. Ce score peut être évalué en additionnant les points (somme) pour chaque critère du tableau ci-dessous¹⁰ :

⁹ Tableau extrait de « Info-antibio n°68 » de la SPILF – Juin 2016

¹⁰ <https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/fullarticle/2646857>

Système/Variables	Scores				
	0 point	1 point	2 points	3 point	4 points
Respiratoire					
PaO ² /FiO ² mmHg	≥400	300-399	200-299	100-199 et VA	< 100 et VA
Ou SpO ₂ -FiO ₂	≥292	264-291	221-264	148-220 et VA	< 148 et VA
Coagulation					
Plaquettes x10 ³ /mm ³	≥150	100-149	50-99	20-49	<20
Hépatique					
Bilirubine totale mg/L (μmol/L)	<12 (<20)	12-19 (20-32)	20-59 (33-101)	60-119 (102-204)	≥120 (>204)
Cardiovasculaire					
PAM par groupe d'âges ou perfusion de vasoactifs, mmHg ou μg /kg/mn					
< 1 M	≥46	<46	Dopamines ≤5 ou dobutamine (toute dose)	Dopamine >5 ou adrénaline ≤0,1 ou noradrénaline ≤0,1	Dopamine >15 ou adrénaline >0,1 ou noradrénaline >0,1
1-11 M	≥55	<55			
12-23 M	≥60	<60			
24-59 M	≥62	<62			
60-143 M	≥65	<65			
144-216 M	≥67	<67			
>216 M	≥70	<70			
Neurologique					
Score de Glasgow	15	13-14	10-12	6-9	<6
Rénal					
Créatinine mg/dl					
< 1 M	<0,8	0,8-0,9	1,0-1,1	1,2-1,5	≥1,6
1-11 M	<0,3	0,3-0,4	0,5-0,7	0,8-1,1	≥1,2
12-23 M	<0,4	0,4-0,5	0,6-1,0	1,1-1,4	≥1,5
24-59 M	<0,6	0,6-0,8	0,9-1,5	1,6-2,2	≥2,3
60-143 M	<0,7	0,7-1,0	1,1-1,7	1,8-2,5	≥2,6
144-216 M	<1,0	1,0-1,6	1,7-2,8	2,9-4,1	≥4,2
>216 M	<1,2	1,2-1,9	2,0-3,4	3,5-4,9	≥5
VA : Ventilation assistée, PAM : pression artérielle moyenne [estimée par (PAS+2xPAD)/3]. Amines : dose en μg /kg/mn					
Le score de Glasgow a été calculé en utilisant l'échelle pédiatrique					

C. Calcul du qSOFA (Quick Sequential Organ Failure Assessment Score)

Le test du quick SOFA (qSOFA) proposé par la conférence de consensus « Sepsis 3 » avait une finalité de prédiction du sepsis dans un contexte infectieux et en dehors d'une unité de soins critiques, lorsqu'au moins 2 des 3 critères suivants étaient présents chez un patient :

- pression artérielle systolique ≤ 100 mm Hg
- fréquence respiratoire ≥ 22 cycles/min
- trouble des fonctions supérieures (confusion, désorientation, GCS<15)

La mise à jour des recommandations internationale "[Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock 2021](#)" plaide finalement en défaveur de l'usage du qSOFA jugé trop peu sensible.