



ICD-10-BE

Manuel de codage

Service Public Fédéral Santé Publique,
Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement

© Service Public Fédéral Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement (SPF SPSCAE). Tous droits réservés. Sauf mention contraire, l'ensemble du contenu, y compris les images et les représentations graphiques, est soumis aux droits d'auteur du SPF SPSCAE; les photographies sont cédées sous licence. Une autorisation doit être obtenue pour la reproduction de toute information, représentation graphique ou image. Une autorisation n'est pas nécessaire pour mentionner, indiquer en référence ou citer brièvement ce matériel si vous citez de manière appropriée la source de l'information. Veuillez contacter le SPF pour obtenir une autorisation. Veuillez indiquer dans votre demande la leçon et le numéro de page du contenu que vous souhaitez reproduire.

Table des matières

1	Fondements de la classification ICD-10-CM et ICD-10-PCS	1
2	Introduction à la classification ICD-10-CM	10
3	Conventions de l'ICD-10-CM	19
4	Enregistrement des diagnostics et procédures dans le DM-RHM	29
5	Le dossier patient comme document de référence	40
6	Etapes de base du codage ICD-10-CM	44
7	Règles de base du codage ICD-10-CM	50
8	Introduction à la classification ICD-10-PCS	63
9	Etapes de base du codage avec ICD-10-PCS	81
10	ICD-10-PCS Interventions de base dans la section médico-chirurgicale	87
11	Procédures ICD-10-PCS des sections médico-chirurgicales apparentées et des sections auxiliaires	106
12	Codes Z et codes de causes externes de morbidité	130
13	Symptômes, signes et maladies mal définies	143
14	Certaines maladies infectieuses et parasitaires	153
15	Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	169
16	Maladies mentales	183
17	Maladies du sang et organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	204
18	Maladies du système nerveux et des organes des sens	215
19	Maladies du système respiratoire	234
20	Maladies du système gastro-intestinal	259
21	Maladies du système urogénital	279
22	Maladies de la peau et du tissu sous-cutané	310
23	Maladies du système musculo-squelettique et du tissu conjonctif	321
24	Complications de grossesse, accouchement et post-partum	341
25	Avortement et grossesse ectopique	383
26	Anomalies congénitales	395
27	Pathologies périnatales	402
28	Maladies du système circulatoire	415
29	Néoplasmes	509
30	Traumatismes	541
31	Brûlures	577
32	Empoisonnements, effets toxiques, effets secondaires et sous-dosages de médicaments	585
33	Complications de soins médicaux et chirurgicaux	598
	Addenda	
1	Directives de codage pour le COVID-19	621

Chapitre 1:

Fondements de la classification ICD-10-CM et ICD-10-PCS

1. INTRODUCTION

La Classification Internationale des Maladies, 10^{ème} révision, Modification Clinique (ICD-10-CM) et la Classification Internationale des Maladies, 10^{ème} révision, Système de Classification des Procédures (ICD-10-PCS) ont été développées pour remplacer l'ICD-9-CM. L'ICD-10-CM est la modification clinique de la classification ICD-10 de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). L'ICD-10-CM comprend les codes des diagnostics tandis que l'ICD-10-PCS reprend ceux des procédures. La Modification Clinique étend les codes ICD-10 afin de permettre un codage plus précis des diagnostics cliniques. L'ICD-10-PCS est une classification des procédures et des opérations développée pour les USA; elle ne fait pas partie de la classification de l'OMS.

Une classification est un agencement d'éléments par groupes selon des critères établis. Dans l'ICD-10-CM et l'ICD-10-PCS, ces éléments sont les maladies, les traumatismes, les opérations chirurgicales et les procédures qui sont regroupés de manière appropriée en chapitres et sections. Dans l'ICD-10-CM, on utilise des catégories à 3 caractères et dans l'ICD-10-PCS des codes à 7 caractères.

ICD-10-CM et ICD-10-PCS sont des systèmes de classification fermés qui fournissent une et une seule place pour classer chaque affection et chaque procédure. Malgré le grand nombre d'affections différentes à classer, le système doit être de taille limitée afin de rester utilisable. C'est ainsi que certaines affections rares ou de moindre importance sont souvent regroupées dans des codes résiduels intitulés "autres" (other) ou "non classés ailleurs" (not elsewhere classified). En outre, une catégorie résiduelle finale est prévue pour coder les diagnostics qui ne sont pas mentionnés de façon suffisamment spécifique pour permettre de les classer plus précisément. Parfois ces 2 groupes résiduels sont combinés en un seul code.

2. DEVELOPPEMENT DE L'ICD-10-CM

L'ICD-10 a été publié par l'OMS en 1993. En 1994, le NCHS, une agence fédérale américaine dépendant du "Centers for Disease Control and Prevention", a déterminé qu'une modification clinique de l'ICD-10 devait apporter une plus-value pour les USA. Il était nécessaire d'inclure les pathologies émergentes et les connaissances médicales plus récentes, ainsi que des nouveaux concepts et d'étendre la distinction entre soins ambulatoires et soins planifiés. En réponse, l'OMS a autorisé le développement de l'adaptation de l'ICD-10 pour son utilisation aux USA. Toutes les modifications apportées à l'ICD-10 doivent cependant être conformes aux conventions de l'OMS pour l'ICD. L'ICD-10 contient uniquement des codes de diagnostics. L'ICD-10-CM a été développé sous la direction du NCHS en remplacement des volumes 1 et 2 de l'ICD-9-CM (codes diagnostiques).

L'ICD-10-CM fait partie du domaine public. Cependant, ni les codes, ni leurs intitulés ne peuvent être modifiés excepté au travers du "Processus de Coordination et de Maintenance" qui est supervisé conjointement par le CDC et le CMS. L'ICD-10-CM comporte 21 chapitres recouvrant environ 71.000 codes. La classification des causes externes de traumatisme et d'empoisonnement ainsi que la classification des facteurs influençant l'état de santé et les contacts avec les services de santé sont incorporés dans l'ICD-10-CM.

3. DEVELOPPEMENT DE L'ICD-10-PCS

En 1992, l'US "Health Care Financing Administration (HCFA, maintenant CMS)" a financé un projet préliminaire de remplacement du volume 3 de l'ICD-9-CM. En 1995, l'HCFA a adjugé un contrat de 3 ans à "3M Health Information Systems (3M HIS)" pour développer un système alternatif de classification des procédures. Ce nouveau système a été appelé ICD-10 Procedure Coding System (ICD-10-PCS). Le premier brouillon du système a été finalisé lors de la première année du contrat conclu avec 3M. La seconde année était dévolue à la révision externe et à des tests informels limités, tandis que les évaluations et tests indépendants et formels ont été réalisés au cours de la troisième année. L'ICD-10-PCS a été achevé en 1998 et a été mis à jour annuellement depuis lors. L'objectif de ces révisions est de rester à jour par rapport aux nouvelles technologies médicales et aux besoins du codage. Les 4 objectifs principaux du développement de l'ICD-10-PCS étaient:

- Le caractère complet : toutes les interventions substantiellement différentes doivent avoir un code unique ;
- Le caractère extensible : la structure d'ICD-10-PCS doit permettre l'ajout aisé de codes uniques quand de nouvelles interventions sont développées ;
- La structure multiaxiale: la structure d'ICD-10-PCS doit être multiaxiale; chaque caractère d'un code doit avoir la même signification au sein d'une section spécifique de procédures, et d'une section de procédures à l'autre, si possible ;
- Une méthodologie standardisée : ICD-10-PCS doit comprendre des définitions uniques des termes utilisés, et chaque terme doit avoir une signification spécifique.

Les principes qui ont guidé le développement de l'ICD-10-PCS sont les suivants:

- L'information diagnostique n'est pas incluse dans la description de l'intervention.
- Les options explicites " not otherwise specified (NOS)" (non spécifié autrement) ne sont pas fournies.
- L'option " Not elsewhere classified (NEC)" (non classé ailleurs) est proposée de manière limitée.
- Toutes les procédures possibles sont définies, sans tenir compte de leur fréquence d'apparition. Si une procédure peut potentiellement être réalisée, un code sera créé.

Les **17 sections d'ICD-10-PCS** comptent quasiment 80.000 codes. L'ICD-10-PCS utilise une structure tabulaire qui permet la spécification d'un grand nombre de codes visible dans un tableau sur une seule page.

4. DATE D'APPLICATION

POUR L'ENREGISTREMENT DU RHM DE L'ANNEE 2020, EN CE COMPRIS LE CODAGE DES SEJOURS CONCERNES PAR LE FINANCEMENT DE LA BASSE VARIABILITE, LA VERSION 2019 DES CODES ICD-10-CM ET ICD-10-PCS SERA UTILISEE.

Exercice 1.1

Sans vous référer au manuel ni aux livres ICD-10-CM ou ICD-10-PCS, indiquez si les affirmations suivantes sont vraies ou fausses.

1. L'ICD-10-CM comprend les codes des diagnostics et des procédures.	F
2. Des catégories à 3 caractères sont utilisées en ICD-10-CM et des codes à 7 caractères dans l'ICD-10-PCS.	V
3. ICD-10-CM et ICD-10-PCS ont toutes deux été développées par l'OMS.	F

5. COMPARAISON ENTRE L'ICD-9-CM ET L'ICD-10-CM

L'ICD-10-CM présente beaucoup de similitudes avec l'ICD-9-CM, particulièrement en ce qui concerne le format et les conventions de la classification. La structure des codes a légèrement changé pour s'adapter à l'expansion des codes et aux améliorations de la classification.

5.1. Structure des codes

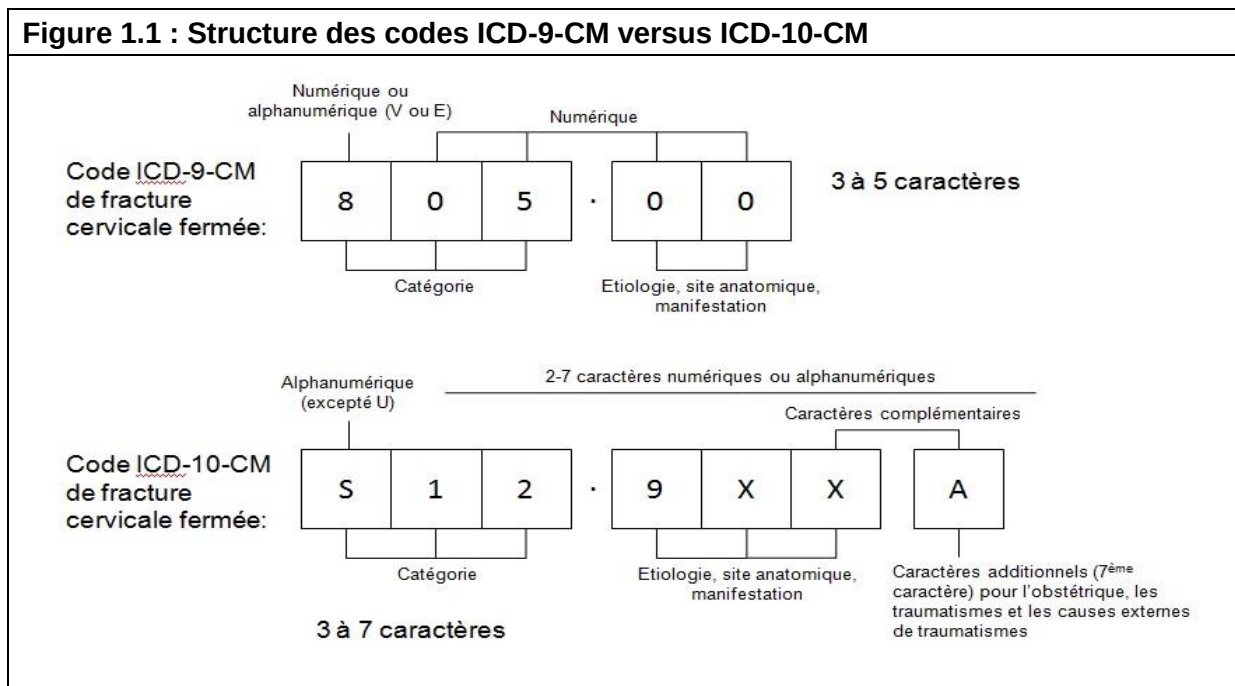
Le tableau 1.1 montre les différences principales entre la structure des codes des systèmes ICD-9-CM et ICD-10-CM. La figure 1.1 montre la différence de structure des codes entre ICD-9-CM et ICD-10-CM pour un même diagnostic : une fracture cervicale fermée.

5.2. Format

La partie "diagnostic" de l'ICD-10-CM tout comme celle de l'ICD-9-CM, est divisée en un Index Alphabétique et une Liste Systématique (Liste Tabulaire).

L'index alphabétique est divisé en 2 sections : l'Index des Maladies et des Traumatismes (Index to Diseases and Injuries) et l'Index des Causes Externes (Index to External Causes). Il existe également un Tableau des Néoplasmes et une Table des Médicaments et Produits chimiques. Cependant, à l'inverse de l'ICD-9-CM, l'ICD-10-CM ne comporte pas de "Tableau de l'Hypertension". En général, les 2 systèmes utilisent le même processus d'indentation et les mêmes règles d'alphabétisation. L'index alphabétique de l'ICD-10-CM a introduit une nouvelle caractéristique qui n'existait pas dans l'ICD-9-CM: l'utilisation du tiret (-), à la fin d'une entrée dans l'index alphabétique, pour indiquer qu'un ou des caractère(s) additionnel(s) est (sont) requis.

Tableau 1.1 Différences principales entre l'ICD-9-CM et l'ICD-10-CM		
Caractéristique	ICD-9-CM	ICD-10-CM
Nombre minimum de chiffres/caractères	3	3
Nombre maximum de chiffres/caractères	5	7
Nombre de chapitres	17	21
Classifications supplémentaires	Codes V et Codes E	Aucune, tout est inclus dans la classification
Latéralité (gauche versus droit)	Non	Oui
Alphanumérique versus numérique	Numérique, excepté pour les codes V et E	Alphanumérique. Tous les codes débutent par un caractère alphabétique et certains codes possèdent un 7ème caractère alphabétique
Notes d'exclusion	Oui	Exclusion de type 1 Exclusion de type 2
Caractères substitutifs	Non	Oui : "X"



5.3. Conventions

L'ICD-10-CM a conservé certaines conventions déjà familières aux utilisateurs de l'ICD-9-CM, comme les notes d'instruction, les abréviations, les références croisées ("see"), les marques de ponctuation et les termes relationnels (par ex. "and"). Un des changements les plus significatifs de l'ICD-10-CM est la clarification des notes d'exclusion. L'ICD-9-CM ne met à disposition qu'un seul type de note d'exclusion tandis que l'ICD-10-CM contient 2 types de notes d'exclusion, chacune ayant un usage distinct.

Les deux indiquent que les codes exclus sont distincts l'un de l'autre. Les conventions de l'ICD-10-CM sont présentées dans le Chapitre 3 "Conventions de l'ICD-10-CM" de ce manuel.

5.4. Améliorations et modifications principales

L'ICD-10-CM comporte les améliorations et modifications principales suivantes par rapport à l'ICD-9-CM:

- Des améliorations significatives en ce qui concerne le codage des diagnostics, des causes externes de traumatismes, affections mentales, néoplasmes,...
- L'inclusion de codes concernant les avancées médicales qui sont survenues depuis la dernière révision.
- Des codes apportant plus de détails sur les situations socio-économiques, les relations familiales, les affections traitées en soins ambulatoires, les problèmes liés au style de vie et les résultats des tests de dépistage.
- Plus d'espace pour s'adapter aux extensions futures (structure alphanumérique).
- De nouvelles catégories pour les troubles survenant après une procédure.
- L'ajout de la latéralité, précisant quel organe ou quelle partie du corps est impliquée quand la localisation peut être droite, gauche ou bilatérale.
- Davantage de possibilités de codage pour les contacts de soins ambulatoires et les programmes de soins.
- Extension des codes de diabète et de traumatisme.
- La création de codes combinés "diagnostic/symptôme" afin de réduire le nombre de codes nécessaires pour décrire complètement une affection.
- Une plus grande spécificité dans l'attribution des codes.
- L'inclusion de l'information à propos du trimestre dans certains codes de grossesse.

6. COMPARAISON ENTRE ICD-9-CM ET ICD-10-PCS

L'ICD-10-PCS remplace le volume 3 de l'ICD-9-CM mais présente peu de ressemblance avec son prédécesseur. Le tableau 1.2 montre les différences principales entre ICD-9-CM et ICD-10-PCS au niveau de la structure des codes et des conventions. La figure 1.2 montre la différence au niveau de la structure du code entre ICD-9-CM et ICD-10-PCS pour la même procédure : la cholécystectomie laparoscopique.

6.1. Format

Le volume 3 de l'ICD-9-CM (les procédures) est divisé en un index alphabétique et une liste systématique. Ces listes ont un format similaire à celui des codes diagnostiques de l'ICD-9-CM.

L'ICD-10-PCS se compose de trois parties: l'index alphabétique, les tableaux et une liste des codes.

La liste complète des codes ICD-10-PCS ainsi que celle de leurs libellés est disponible sur le site du SPF Santé publique dans la section ICD-10 (Systèmes d'enregistrement / ICD-10-BE / Publications). Les termes d'entrée principaux pour les interventions peuvent être localisés dans l'Index par ordre alphabétique. Contrairement à l'ICD-9-CM, l'index alphabétique de l'ICD-10-PCS ne fournit généralement pas un code complet (à quelques exceptions près) mais il conduit le codeur au Tableau correct en précisant les 3 ou 4 premiers caractères du code. Les Tableaux de l'ICD-10-PCS sont composés de grilles qui identifient les combinaisons valides de caractères qui constituent un code de procédure.

Tableau 1.2 Différences principales entre les codes de procédures de l'ICD-9-CM et l'ICD-10-PCS		
Caractéristique	ICD-9-CM	ICD-10-CM
Nombre minimum de chiffres/caractères	3	7
Nombre maximum de chiffres/caractères	4	7
Point décimal	Oui	Non
Alphanumérique ou numérique	Numérique	Alphanumérique
Notes d'inclusion	Oui	Non
Notes d'exclusion	Oui	Non
Signification intégrée dans les caractères	Non	Oui, structure multiaxiale, dans laquelle chaque caractère du code a la même signification au sein d'une section précise des procédures et si possible d'une section à l'autre des procédures

Figure 1.2 : Structure des codes ICD-9-CM versus ICD-10-PCS

Code ICD-9-CM de
cholécystectomie
laparoscopique:

51

23

Code ICD-10-CM de
cholécystectomie
laparoscopique:

0F

T4

4Z

Z

6.2. Améliorations et modifications principales

L'ICD-10-PCS comporte les améliorations et modifications principales suivantes par rapport à l'ICD-9-CM:

- Reflète l'utilisation de la terminologie et des appareils médicaux actuels.
- Est flexible pour l'ajout de nouveaux codes.
- Est très spécifique.
- Dispose de la latéralité.
- Fournit des descriptions détaillées des parties du corps.
- Fournit des descriptions détaillées de la méthodologie et de la voie d'abord des procédures.
- Définit avec précision les procédures avec des détails concernant la partie du corps, la voie d'abord, le dispositif utilisé et le qualificatif.
- Donne une définition unique à chaque code.
- Offre la possibilité de classer les codes en fonction des composants essentiels d'une procédure.
- Permet d'incorporer facilement de nouvelles procédures et technologies.
- Garantit que l'extension des codes ne perturbe pas la structure du système.
- Fait un usage limité des catégories NOS et NEC.
- Garantit que toute la terminologie est définie précisément et utilisée de manière cohérente au travers de tous les codes.
- N'inclut pas d'information diagnostique dans le code.

7. ICD-10-BE

Bien que la Belgique ait fait le choix d'utiliser, comme les USA, les systèmes de classification ICD-10-CM et ICD-10-PCS, l'application stricte des Directives Officielles de Codage éditées par le NCHS/AHA n'est pas toujours possible en Belgique, en raison des différences structurelles qui existent dans l'organisation du système de santé entre les deux pays.

Les principales différences entre les systèmes de soins belges et américains ayant un impact sur l'enregistrement des données de santé à l'aide des classifications ICD-10-CM et ICD-10-PCS sont les suivantes:

- En Belgique, le contact aux urgences qui donne lieu à l'admission dans le séjour fait partie de celui-ci. Tout diagnostic ou acte pertinent pour le séjour qui est posé aux urgences fait donc partie de l'enregistrement des données du séjour, ce qui n'est pas le cas aux USA.
- En Belgique, lorsqu'un patient est admis via le SMUR/PIT, ce dernier est considéré comme un poste avancé des urgences. Tout diagnostic ou acte pertinent pour le séjour posé par le SMUR/PIT fait donc partie de l'enregistrement des données du séjour, au même titre que les diagnostics et actes posés aux urgences.
- Aux Etats-Unis, les données du séjour sont enregistrées en un seul bloc, peu importe les transferts internes entre unités de soins subis par le patient pendant son hospitalisation. En Belgique, le RHM impose dans un certain nombre de cas un enregistrement séparé par spécialités au sein d'un même séjour (voir Directives d'enregistrement RHM, domaine 3 (A), STAYSPEC (A3)). Le fait d'enregistrer plusieurs spécialités au sein d'un séjour unique implique de fait l'existence de diagnostic principaux "multiples" pour ce séjour (un par spécialité). Or il est impératif de désigner UN SEUL diagnostic principal pour le séjour. C'est pourquoi la notion de "Diagnostic d'Admission Vérifié (DAV)" du séjour a été introduite en Belgique, en complément de la notion de diagnostic principal (cf. directives d'enregistrement RHM).
- Aux Etats-Unis, la notion d' "Inpatient" et les règles qui y sont associées (sections I, II et III des Directives Officielles de Codage de l'ICD-10-CM; codage des procédures à l'aide de la classification ICD-10-PCS) ne s'appliquent qu'aux séjours avec nuitée (hospitalisation classique). Tandis que les séjours d'hôpital de jour sont soumis à un mode d'enregistrement similaire à celui des consultations ambulatoires (règles "Outpatient" de la Section IV des Directives Officielles de Codage de l'ICD-10-CM; utilisation des classifications CPT ou HSPCS pour les procédures) et font l'objet d'un groupage distinct. En Belgique, à l'inverse des Etats-Unis, les hospitalisations de jour sont soumises aux mêmes règles de codage que les séjours d'hospitalisation classique et traitées par le même programme de groupage.

Ces différences fondamentales dans l'organisation des soins de santé et l'enregistrement des données des séjours doivent toujours être prises en considération lorsque le codeur consulte ou se réfère à des sources

d'information concernant le codage ICD-10-CM/ICD-10-PCS (livres de référence, Directives Officielles de Codage publiées par le NCHS, AHA coding clinics, logiciels d'aide au codage...) autres que celles fournies par le SPF SPSCAE et/ou lorsque des données belges sont comparées à des données de santé provenant d'autres pays. **Le présent manuel est la principale référence de codage ICD-10-BE en Belgique.**

Le système de codage ICD-10-BE ne se résume donc pas à une adoption stricte des systèmes de codage ICD-10-CM et ICD-10-PCS tels qu'ils ont été créés aux USA. Les différences fondamentales principales entre les systèmes de soins de santé des deux pays, ainsi que leurs conséquences sur l'utilisation de l'ICD-10-CM/ICD-10-PCS sont résumées dans le tableau suivant:

	Etats-Unis	Belgique
Admission via le SMUR/PIT	Les diagnostics posés et les procédures réalisées par le SMUR/PIT ne font pas partie de l'enregistrement de l'Uniform Hospital Discharge Data Set (UHDDS) du séjour.	Les diagnostics posés et les procédures réalisées par le SMUR/PIT qui répondent aux directives de codage RHM sont compris dans l'enregistrement RHM du séjour.
Admission via les urgences	Les diagnostics posés et les procédures réalisées aux urgences ne font pas partie de l'enregistrement UHDDS du séjour.	Les diagnostics posés et les procédures réalisées aux urgences qui répondent aux directives de codage RHM sont compris dans l'enregistrement RHM du séjour.
Diagnostic principal	Il n'existe qu'un seul diagnostic principal pour l'ensemble du séjour.	Lorsque plusieurs spécialités sont enregistrées, il existe un diagnostic principal par spécialité. Les règles définissant le diagnostic principal retenu pour l'ensemble du séjour après concaténation sont définies au niveau des directives d'enregistrement RHM.
Diagnostic d'admission vérifié (DAV)	N'existe pas aux USA.	Pour la définition du diagnostic d'admission vérifié, voir directives d'enregistrement RHM domaine 3 ainsi que le chapitre 4 de ce manuel.
Diagnostic d'admission (admitting diagnose)	Ne fait pas partie de l'UHDDS mais est rapporté pour certains financements aux USA.	N'existe pas en Belgique.
Enregistrement des diagnostics en hospitalisation avec nuitée	Système de codage ICD-10-CM. Soumis aux directives de codage des sections I à III "Inpatient" des "ICD-10-CM Official Guidelines for Coding and Reporting".	Système de codage ICD-10-BE (ICD-10-CM). Soumis aux directives de codage de l'ICD-10-BE.
Enregistrement des procédures en hospitalisation avec nuitée	Système de codage ICD-10-PCS.	Système de codage ICD-10-BE (ICD-10-PCS).

Enregistrement des diagnostics en hospitalisation de jour	Soumis aux directives de codage de la section IV "Outpatient" des "ICD-10-CM Official Guidelines for Coding and Reporting".	Soumis aux mêmes directives de codage ICD-10-BE (ICD-10-CM) que les hospitalisations avec nuitée.
Enregistrement des procédures en hospitalisation de jour	Système de codage CPT ou HSPCS.	Système de codage ICD-10-BE (ICD-10-PCS) .
Procédure principale	L'UHDDS demande la désignation par le codeur d'une procédure principale pour le séjour.	Dans le RHM, le codeur ne doit pas désigner de procédure principale pour le séjour.

Les différences plus spécifiques entre les directives de codage de l'ICD-10-CM/PCS aux Etats Unis et les **directives de codage** de l'ICD-10-BE seront traitées en détail dans les chapitres concernés.

En résumé:

Le terme "ICD-10-BE" désigne **l'usage combiné des codes des classifications ICD-10-CM et ICD-10-PCS** dans le cadre de l'enregistrement des données RHM en Belgique.

Les **codes** ICD-10-CM/PCS en usage en Belgique sous l'appellation "ICD-10-BE" sont **strictement identiques** à ceux utilisés aux USA.

La **version** des codes ICD-10-CM/PCS qui sera d'application **pour l'enregistrement des RHM 2020** est la version "**FY2019**" du système de classification. Celle-ci est disponible en format électronique sur la page ICD-10-BE du site web du SPF SPSCAE et également accessible de façon dynamique via l'outil d'aide au codage mis à votre disposition par le SPF SPSCAE à l'adresse <http://icd10be.health.belgium.be>.

Seules certaines des **directives de codage** publiées aux Etats-Unis ne sont pas d'application ou ont dû être précisées pour correspondre aux contraintes spécifiques du système de santé Belge et aux directives d'enregistrement du RHM. Ces différences sont traitées en détail dans les chapitres concernés de ce manuel.

Le présent manuel est la principale référence de codage ICD-10-BE en Belgique.

Chapitre 2:

Introduction à la classification ICD-10-CM

1. INTRODUCTION

L'ICD-10-CM présente beaucoup de similitudes avec l'ICD-9-CM, particulièrement en ce qui concerne le format et les conventions de la classification. La structure des codes a été légèrement modifiée pour permettre l'extension des codes et l'apport d'améliorations à la classification.

2. FORMAT

L'ICD-10-CM est divisé en liste systématique et index alphabétique. La liste systématique est la liste alphanumérique des codes divisée en chapitres sur base du système anatomique ou de l'affection. L'index alphabétique est une liste alphabétique de termes suivis du code correspondant.

3. LISTE SYSTEMATIQUE DES MALADIES ET DES TRAUMATISMES

Dans la liste systématique des maladies et des traumatismes, la classification principale comporte 21 chapitres. Environ la moitié des chapitres sont dévolus à des affections qui touchent un système anatomique spécifique; les autres chapitres classent les affections en fonction de leur étiologie. Par exemple, le chapitre 2 classe les néoplasmes de tous les systèmes anatomiques, tandis que le chapitre 10 traite uniquement des pathologies du système respiratoire.

A côté de cela, les codes Z représentent les facteurs influençant l'état de santé et les contacts avec les services de santé qui peuvent être enregistrés comme des diagnostics. Les codes V, W, X et Y sont utilisés pour indiquer les circonstances extérieures responsables des traumatismes ou de certaines autres affections. Les codes V, W, X, Y et Z seront discutés brièvement au chapitre 12 de ce manuel et de façon plus détaillée dans les chapitres traitant des affections pour lesquelles ils sont d'application.

La diversité des titres des chapitres mentionnés dans la table des matières de l'ICD-10-CM représente les compromis qui ont été effectués au cours du développement d'un système de classification statistique basé en partie sur l'étiologie, en partie sur le site anatomique et en partie sur les circonstances d'apparition. Il en résulte un système de classification multi-axial. Par opposition, une classification mono-axiale reposerait entièrement sur l'étiologie de la maladie, sur le site anatomique de la maladie ou sur la nature du processus pathologique.

Dans la liste systématique, les codes apparaissent par ordre alphanumérique. L'index alphabétique renvoie à la liste systématique, via le code et non via le numéro de page. Les codes et leurs intitulés apparaissent en gras dans la liste systématique. La liste systématique comprend également les notes d'instruction qui s'appliquent à la section, à la catégorie ou à la sous-catégorie.

Fig. 2.1 Table des matières ICD-10-CM

Preface

Introduction

ICD-10 -CM Conventions

ICD-10-CM Official Guidelines for Coding and Reporting

ICD-10-CM Index to Diseases and Injuries

Icd-10-CM Neoplasm Table

Table of Drugs and Chemicals

ICD-10-CM Index to External Causes

ICD-10-CM Tabular List of Diseases and Injuries

Chapter1 Certain infectious and parasitic diseases

Chapter2 Neoplasms

Chapter3 Diseases of the blood and blood-forming organs and
certain disorders involving the immune mechanism

Chapter4 Endocrine, nutritional and metabolic diseases

Chapter5 Mental, behavioral and neurodevelopmental disorders

Chapter6 Diseases of the nervous system

Chapter7 Diseases of the eye and adnea

Chapter8 Diseases of the ear and mastoid process

Chapter9 Diseases of the circulatory system

Chapter10 Diseases of the respiratory system

Chapter11 Diseases of the digestive system

Chapter12 Diseases of the skin and subcutaneous tissue

Chapter13 Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue

Chapter14 Diseases of the genitourinary system

Chapter15 Pregnancy, childbirth and the puerperium

Chapter16 Certain conditions originating in the perinatal period

Chapter17 Congenital malformations, deformations and chromosomal abnormalities

Chapter18 Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings not elsewhere classified

Chapter19 Injury, poisoning and certain other consequences of external causes

Chapter20 External causes of morbidity

Chapter21 Factors influencing health status and contact with health services

4. STRUCTURE DES CODES ICD-10-CM

Tous les codes ICD-10-CM ont une structure alphanumérique commençant toujours par un caractère alphabétique. La structure de base d'un code consiste en 3 caractères. Un point décimal sépare les trois caractères de base identifiant la catégorie de ses sous-catégories et sous-classifications (par exemple L98.491). La plupart des codes ICD-10-CM possède un maximum de six caractères, quelques catégories ont cependant une extension à un 7^{ème} caractère.

Chaque chapitre de la classification principale est organisé selon la logique suivante :

- Un chapitre est composé de plusieurs sections ou "blocs" qui sont des groupes de catégories à 3 caractères. Par exemple, 'Infections of the skin and subcutaneous tissue' (L00-L08)
- Chaque section est subdivisée en plusieurs catégories qui sont chacune une suite alphanumérique de 3 caractères. Par exemple L02, 'Cutaneous abscess, furuncle and carbuncle'
- Certaines catégories sont subdivisées en sous-catégories, qui sont des suites alphanumériques de 4 caractères. Par exemple L02.2 'Cutaneous abscess, furuncle and carbuncle of trunk'.
- Certaines sous-classifications à 5 sont encore subdivisées avec existence d'un 6^{ème} caractère L02.211 'Cutaneous abscess of abdominal wall'.
- Certaines catégories, sous-catégories et codes ont un 7^{ème}.

La liste systématique de l'ICD-10-CM contient donc des catégories, des sous-catégories et des codes. Les caractères des catégories, sous-catégories et des codes peuvent être soit des lettres, soit des chiffres. Le code de base pour classer une maladie ou un traumatisme particulier comprend 3 caractères et est appelé une catégorie (par exemple, K29 "Gastritis and duodenitis"). Toutes les catégories possèdent 3 caractères. Les sous-catégories peuvent avoir 4 ou 5 caractères. Les codes peuvent contenir 3, 4, 5, 6 ou 7 caractères.

Le niveau final de subdivision dans la liste systématique correspond au code. Une catégorie à 3 caractères qui n'a pas de subdivision complémentaire est équivalente à un code (ex: H42). Une sous-catégorie qui n'a pas de subdivision complémentaire est équivalente à un code (ex: H40.9, H40.89). Un code pour lequel un 7^{ème} caractère est d'application est considéré comme non valide s'il ne comporte pas le 7^{ème} caractère (ex: H40.2210) et le 7^{ème} caractère doit toujours être en 7^{ème} position dans le code (ex: H40.40X0) (voir paragraphe 5). Seuls les codes complets peuvent être enregistrés.

Par exemple :

K29 Gastritis and duodenitis	(category)
K29.0 Acute gastritis	(subcategory)
K29.00 Acute gastritis without bleeding	(code)
R10 Abdominal and pelvic pain	(category)
R10.8 Other abdominal pain	(subcategory)
R10.81 Abdominal tenderness	(subcategory)
R10.811 Right upper quadrant abdominal tenderness	(code)

5. CARACTERE SUBSTITUTIF

Pour certains codes, l'ICD-10-CM utilise la lettre "X" comme caractère substitutif pour permettre des expansions futures. On rencontre des exemples de ceci dans les codes d'empoisonnement, de réaction secondaire, de sous-dosage (T36-T50) et d'effets toxiques (T51-T65).

Dans ces catégories, le 6^{ème} caractère représente l'intention: accidentel, intentionnel auto-infligé, agression, indéterminé, réaction secondaire (adverse effect), ou sous-dosage. S'il n'y a pas de valeurs possibles pour le 5^{ème} caractère, le caractère substitutif "X" est utilisé afin de remplir le caractère absent et pour rendre le code valide.

Par exemple:

T37.5X1	Poisoning by antiviral drugs, accidental (unintentional)
T37.5X2	Poisoning by antiviral drugs, intentional self-harm
T52.0X1	Toxic effect of petroleum products, accidental (unintentional)
T52.0X2	Toxic effect of petroleum products, intentional self-harm

Les codes dans certaines catégories possèdent un 7^{ème} caractère. Si dans une catégorie, une extension à un 7^{ème} caractère est d'application, celle-ci est requise pour tous les codes de la catégorie tel que mentionné dans les notes d'instruction de la liste systématique. Le 7^{ème} caractère doit toujours occuper la 7^{ème} position dans le code. Si le code n'est pas un code complet à 6 caractères, un caractère substitutif 'X' doit être utilisé pour compléter les caractères manquants lorsqu'un 7^{ème} est requis. Des extensions à un 7^{ème} caractère peuvent être rencontrées dans le Chapitre 15 'Pregnancy, Childbirth and the Puerperum (O00-O9A)', le Chapitre 19 "Injury, Poisoning and Certain Other Consequences of External Causes" (S00-T88) et le Chapitre 20 'External causes of Morbidity' du livre des codes de l'ICD-10-CM.

L'extrait de la liste systématique ci-dessous montre un exemple d'utilisation du caractère substitutif "X" et d'une extension à un 7^{ème} caractère:

T16 Foreign body in ear
Includes : foreign body in auditory canal
The appropriate 7th character is to be added to each code from category T16
A initial encounter
D subsequent encounter
S sequela
T16.1 Foreign body in right ear
T16.2 Foreign body in left ear
T16.9 Foreign body in ear, unspecified ear

Un enfant se présente aux urgences avec un haricot dans l'oreille droite. La mère a amené l'enfant car elle n'a pas été capable d'enlever le haricot à la maison. La liste systématique montre que la sous-catégorie T16.1 décrit ce scénario de manière la plus adéquate. La catégorie T16 requiert l'utilisation d'un 7^{ème} caractère. Comme la sous-catégorie ne contient que 4 caractères (T16.1), le caractère substitutif "X" est inséré 2 fois pour préserver la structure du code, avant d'ajouter le 7^{ème} caractère "A" précisant qu'il s'agit du contact initial. Le code complet est donc T16.1XXA.

6. INDEX ALPHABETIQUE

L'index alphabétique comprend l'Index des Maladies et des Traumatismes, l'Index des Causes Externes, le Tableau des Néoplasmes ainsi que la Table des Médicaments et Produits chimiques. L'index alphabétique contient des entrées pour les termes principaux, les sous-termes ainsi que des sous-termes encore plus spécifiques. Une présentation avec des indentations est utilisée pour faciliter la consultation.

Les termes principaux identifient des affections ou des traumatismes. Les sous-termes indiquent le site, le type ou l'étiologie des affections ou des traumatismes. Par exemple, une appendicite aiguë est mentionnée sous "**Appendicitis**, acute" et une fracture de stress sous "**Fracture, traumatic**, stress". Il est parfois nécessaire que le codeur pense à un synonyme ou à un autre terme alternatif afin de localiser l'entrée correcte. Il y a cependant des exceptions à cette règle générale, dont les suivantes :

- Les pathologies congénitales sont souvent référencées sous le terme principal "**Anomaly**" plutôt que sous le nom de l'affection.
- Les affections compliquant la grossesse, l'accouchement et le post-partum se retrouvent habituellement sous des termes tels que "**Delivery**", "**Pregnancy**", et "**Puerperal**". Elles peuvent également apparaître sous le terme principal de l'affection provoquant la complication en se référant au sous-terme "complicating pregnancy". (Un exemple de ce type d'entrée apparaît dans l'index alphabétique sous le terme principal "**Hypertension**").
- Beaucoup de complications de soins médicaux ou chirurgicaux sont indexées sous le terme "**Complication**" plutôt que sous le nom de l'affection.
- Les séquelles d'une affection antérieure peuvent être retrouvées sous le terme principal de "**Sequelae**" ou sous le nom de l'affection (comme c'est le cas pour les lésions traumatiques).

Une bonne compréhension du format de l'index alphabétique est un prérequis pour un codage précis. Comprendre le schéma d'indentation des entrées est très important pour apprendre à utiliser l'index alphabétique. Un grand nombre de vendeurs fournissent une version imprimée et d'autres proposent des versions électroniques pour le codage, mais le format peut varier selon les versions. La version PDF de l'index alphabétique publiée par le NCHS est le suivant:

- Chaque niveau d'indentation est représenté dans l'index alphabétique par un trait d'union.
- Les termes principaux sont alignés à la marge gauche. Ils sont imprimés en caractère gras et commencent par une lettre majuscule.
- Les sous-termes sont indentés d'une indentation standard vers la droite sous le terme principal. Ils sont imprimés en caractère normal et ne commencent pas par une lettre majuscule.
- Les sous-termes plus spécifiques sont indentés de plus en plus loin vers la droite, selon les besoins, toujours d'une indentation standard par rapport au sous-terme précédent. Ils sont mentionnés par ordre alphabétique.
- Un tiret (-) à la fin d'une entrée de l'index alphabétique indique que des caractères complémentaires sont requis.
- Les retours de ligne ('carryover lines') sont indentés de deux indentations standards à partir de l'indentation de la ligne précédente. Les retours de ligne sont utilisés uniquement quand l'entrée complète ne peut pas figurer sur une seule ligne. L'indentation est alors plus importante pour ne pas être confondue avec celle des sous-termes.
- Dans la plupart des versions imprimées, les entrées sont le plus souvent présentées en 2, 3 ou 4 colonnes par page.

Exemple :

Voici la liste des sous-termes mentionnés sous le terme principal "**Metrorrhagia**":

Metrorrhagia N92.1	[terme principal]
climateric N92.4	[sous-terme]
menopausal N92.4	[sous-terme]
postpartum NEC (atonic) (following delivery	[sous-terme]
of placenta) O72.1	[retour de ligne]
delayed or secondary O72.2	[sous-terme plus spécifique]
preclimateric or premenopausal N92.4	[sous-terme]
psychogenic F45.8	[sous-terme]

Chaque sous-terme ("climacteric", "menopausal", "postpartum", "preclimateric", et "psychogenic") est décalé d'une indentation standard par rapport au niveau du terme principal et est énuméré dans l'ordre alphabétique. La 5ème ligne correspond à un retour de ligne (carryover line) et se situe à 2 indentations standard par rapport à la ligne précédente. La 6ème ligne est une entrée plus spécifique (« delayed or secondary » sous le sous-terme « postpartum »).

Exercice 2.1 Une page de l'index alphabétique est reproduite ci-dessous. Indiquez si les lignes numérotées correspondent à des termes principaux, des sous-termes ou des retours de ligne. Chaque trait d'union est censé représenter un niveau d'indentation.	
1. Railroad neurosis F48.8	Terme principal
2. Railway spine F48.8	Terme principal
3. Raised – see also Elevated - - antibody titer R76.0	Retour de ligne
Rake teeth , tooth M26.39 Rales R09.89 4. Ramifying renal pelvis Q63.8	Terme principal
Ramsay-Hunt disease or syndrome – (see also 5. - - Hunt's disease) B02.21	Retour de ligne
6. - meaning dyssynergia cerebellaris myoclonica G11.1 Ranula K11.6 - congenital Q38.4	Sous-terme
7. Rape	Terme principal
8. - adult - - confirmed T74.21 - - suspected T76.21 - alleged, observation or examination ruled out	Sous-terme
9. - - adult Z04.41 - - child Z04.42	Sous-terme
10.- child - - confirmed T74.22 - - suspected T76.22	Sous-terme

7. RÈGLES DE L'INDEX ALPHABÉTIQUE

Pour localiser rapidement et efficacement les termes principaux et les sous-termes, il est important de comprendre les règles suivies par l'index alphabétique. Il s'agit d'une règle alphabétique lettre par lettre. Ce système ignore les points suivants :

- Les simples espaces entre les mots
- Les traits d'union simples dans les mots
- Le « s » final dans la forme possessive des mots (en anglais)

La liste qui suit en montre un exemple en incluant ces modifications :

Beckwith-Wiedermann syndrome Q87.3	[trait d'union ignoré]
Beer drinker's heart (disease) I42.6	[espace entre les mots ignoré]
Blood-forming organs, disease D75.9	[trait d'union ignoré]
Bloodgood's disease – see Mastopathy , cystic	[forme possessive (anglaise) ignorée]

8. ENTRÉES NUMÉRIQUES

Les entrées par sous-termes, concernant les caractères numériques et pour les mots indiquant des chiffres, apparaissent d'abord sous le terme principal ou le sous-terme approprié. Ceux-ci apparaissent dans l'ordre alphabétique quand ils sont mentionnés dans la forme orthographiée. Par exemple, **Paralysis**, nerve, fourth apparaît avant '**Paralysis**, nerve, third'.

Cependant, quand on utilise la numérotation en chiffres romains (comme "II") ou en chiffres arabes (comme "2"), ils sont énumérés dans l'ordre numérique. Par exemple (chaque tiret ci-dessous représente un niveau d'indentation):

Deficiency ...
-Factor
-- I (congenital) (hereditary) D68.2
-- II (congenital) (hereditary) D68.2
-- IX (congenital) (functional) (hereditary) (with functional defect) D67
-- multiple (congenital) D68.8
--- acquired D68.4
-- V (congenital) (hereditary) D68.2
-- VII (congenital) (hereditary) D68.2
-- VIII (congenital) (functional) (hereditary) (with functional defect) D66
--- with vascular defect D68.0
-- X (congenital) (hereditary) D68.2
-- XI (congenital) (hereditary) D68.1
-- XII (congenital) (hereditary) D68.2
-- XIII (congenital) (hereditary) D68.2

9. MOTS DE LIAISON

Des mots tels que "with", "in", "due to" et "associated with", sont utilisés pour indiquer une relation entre le terme principal ou le sous-terme (ou entre les sous-termes), indiquant une affection associée ou une étiologie.

Les sous-termes précédés de "with" ou de "without" ne sont pas mentionnés par ordre alphabétique mais apparaissent immédiatement sous le terme principal ou le sous-terme approprié; les sous-termes précédés d'un autre mot de liaison apparaissent dans l'ordre alphabétique. Les codeurs qui oublient cet aspect des règles d'alphabétisation font souvent des erreurs de codage car ils négligent le sous-terme approprié. Passez en revue les sous-termes suivants mentionnés sous le terme principal "**Bronchitis**" en suivant les instructions mentionnées à la fin de cet exemple. Notez que chaque tiret représente un niveau d'indentation:

	Bronchitis (diffuse) (fibrinous) (hypostatic) (infective) (membranous) J40
1	- with
	- - influenza, flu or grippe – see Influenza, with respiratory manifestations NEC
2	- - obstruction (airway) (lung) J44.9
3	- - tracheitis (15 years of age and above) J40
	- - - acute or subacute J20.9
	- - - chronic J42
	- - - under 15 years of age J20.9
4	- acute or subacute (with bronchospasm or obstruction) J20.9
5	- - with
	- - - bronchiectasis J47.0
	- - - chronic obstructive pulmonary disease J44.0
6	- - chemical (due to gases, fumes or vapors) J68.0
7	- - due to
	- - - fumes or vapors J68.0
	- - - Haemophilus influenzae J20.1
	- - - Mycoplasma pneumoniae J20.0
	- - - radiation J70.0
	- - - specified organism NEC J20.8
	- - - Streptococcus J20.2
	- - - virus
	- - - - coxsackie J20.3
	- - - - echovirus J20.7
	- - - - parainfluenzae J20.4
	- - - - respiratory syncytial J20.5
	- - - - rhinovirus J20.6
	- - viral NEC J20.8
8	- allergic (acute) J45.909
9	- - with
	- - - exacerbation (acute) J45.901
	- - - status asthmaticus J45.902
10	- arachidic T17.528

Reportez-vous aux sections 1, 4, 8, et 10 mentionnées dans l'exemple. Notez que les sous-termes précédés du mot de liaison « with » sont mentionnés directement sous le terme principal '**Bronchitis**' et précèdent les sous-termes commençant par la lettre « a » (sections 4, 8 et 10).

Reportez-vous aux sections 5, 6, et 7 mentionnées dans l'exemple. Notez que les sous-termes plus spécifiques précédés du mot de liaison « with » suivent immédiatement le sous-terme « acute or subacute ». Dans ce cas-ci, les sous-termes précédés du mot « with » précèdent les sous-termes commençant par les lettres « c » et « d » (sections 6 et 7).

Notez également que l'indentation des sous-termes sous le mot de liaison « with » se fait par ordre alphabétique. Par exemple, les sections 1, 2, et 3 de l'exemple apparaissent dans l'ordre alphabétique.

10. TABLEAUX DE L'INDEX ALPHABETIQUE

L'index alphabétique utilise un tableau pour présenter de manière systématique les sous-termes situés sous l'entrée principale « **Neoplasm** » (néoplasme). Ce tableau simplifie l'accès à des combinaisons complexes de sous-termes. L'utilisation de ce tableau est discutée dans le chapitre 29 consacré aux néoplasmes. La Table des Médicaments et des Produits chimiques est discutée plus loin dans ce manuel au niveau du chapitre 32 des empoisonnements et réactions secondaires liés aux médicaments.

Le format et les règles alphabétiques utilisés dans ces tableaux sont identiques à ceux utilisés dans le reste de l'index alphabétique.

1. INTRODUCTION

L'ICD-10-CM suit certaines conventions afin de fournir une grande quantité d'informations de manière succincte et cohérente. Les conventions de l'ICD-10-CM représentent les règles générales définissant l'usage de la classification, indépendamment des directives de codage. Ces conventions sont incluses dans l'index alphabétique et la liste systématique de l'ICD-10-CM sous forme de notes d'instruction. Une compréhension approfondie de ces conventions est fondamentale pour coder de manière précise. Les conventions, directives générales de codage, directives de codage spécifiques par chapitre et les instructions de la classification sont applicables à tous les contextes de soins (hospitalisation classique, one-day médicale et chirurgicale, urgences, ...), excepté en cas d'indication contraire. **Les conventions et les instructions de la classification prévalent sur les directives de codage.**

Les conventions de l'ICD-10-CM sont les suivantes :

- Notes d'instruction
- Abréviations
- Références croisées
- Marques de ponctuation
- Termes de liaison : "and" (et), "with" (avec), "without" (sans), "due to" (dû à)

2. NOTES D'INSTRUCTION

Diverses notes apparaissent en tant qu'instructions destinées au codeur. Celles-ci comprennent des notes générales, des notes d'inclusion et d'exclusion, des notes "code first" (coder en premier lieu), des notes "use additional code" et des notes "code also".

2.1. Notes d'instruction générales

Les notes d'instruction générales apparaissant dans la Liste Systématique des Maladies et des Traumatismes fournissent des informations générales sur l'utilisation des codes au sein d'une section spécifique, comme par exemple, la note située sous le Chapitre 15 "Pregnancy, childbirth and the puerperium" (O00-O9A) du livre des codes de l'ICD-10-CM, qui explique clairement que les codes de ce chapitre ne peuvent être utilisés que dans le dossier de la mère et **jamais** dans le dossier du nouveau-né.

2.2. Notes d'inclusion et d'exclusion

Dans un système de classification, les codes doivent être mutuellement exclusifs, sans aucune superposition de contenu. C'est pourquoi il est parfois nécessaire d'indiquer dans l'ICD-10-CM si certaines affections sont ou ne sont pas incluses dans une subdivision donnée. Ceci est réalisé au moyen des notes d'inclusion et d'exclusion.

La localisation des notes d'inclusion et d'exclusion est extrêmement importante. Quand ce type de notes est situé au début d'un chapitre ou d'une section de l'ICD-10-CM, cette note s'applique à tous les codes de ce chapitre ou de cette section et n'est pas répétée pour chaque catégorie ou pour chaque code spécifique. Le codeur doit garder à l'esprit que les notes d'inclusion ou d'exclusion s'appliquant au code qu'il est en train de considérer peuvent se trouver à une page précédente.

2.2.1. Notes d'inclusion

Les notes d'inclusion sont introduites par le terme "includes" (inclut) lorsqu'elles sont placées au début d'un chapitre ou d'une section. Les notes d'inclusion sont utilisées pour définir de manière plus précise le contenu du chapitre, de la section ou de la catégorie ou pour donner des exemples à son propos. Les affections énumérées dans une note d'inclusion peuvent être des synonymes ou des affections suffisamment semblables pour être classées sous le même code. Les listes des notes d'inclusion ne sont pas exhaustives; elles énumèrent plutôt certaines affections pour rassurer le codeur, particulièrement lorsque le titre de la liste systématique ne semble pas adéquat.

Un exemple de note d'inclusion se trouve dans la liste systématique, Chapitre 1, "Certain Infectious and Parasitic diseases" (A00-B99). La note d'inclusion indique que ce chapitre inclut les maladies habituellement reconnues comme contagieuses ou transmissibles. Cette note s'applique à tous les codes mentionnés de A00 jusqu'à et y compris B99.

Les notes d'inclusion peuvent aussi apparaître directement sous l'intitulé d'un code à 3 caractères pour définir de manière plus précise le contenu de cette catégorie ou pour donner des exemples à propos de son contenu. Un exemple de ce type de note d'inclusion peut être trouvé dans la liste systématique au niveau de la catégorie D50, "Iron deficiency anemia". Cette note d'inclusion indique que les codes de cette catégorie incluent les anémies ferriprives et les anémies hypochromes.

Termes d'inclusion

Une liste de termes est mentionnée sous certains codes. Ces termes sont quelques pathologies qui peuvent être enregistrées à l'aide de ces codes. Ils peuvent représenter des synonymes de l'intitulé du code. En ce qui concerne les codes du type "other specified" (autrement spécifié), les termes peuvent être une liste des différentes affections qui sont assignées à ce code. Comme dans le cas des notes d'inclusion, la liste des termes d'inclusion n'est pas prévue pour être exhaustive. L'index alphabétique peut également mentionner des termes complémentaires qui sont classés sous un code sans que ceux-ci ne soient répétés dans les termes d'inclusion.

2.2.2. Notes d'exclusion

Les notes d'exclusion sont introduites par le terme « exclues » (exclut). Les affections exclues sont mentionnées par ordre alphabétique, avec le code ou la série de codes correspondants apparaissant entre parenthèses. Les notes d'exclusion sont le contraire des notes d'inclusion; elles indiquent qu'une affection particulière ne peut pas être assignée au code pour auquel s'applique la note. Le message de base d'une note d'exclusion est "codez cette pathologie ailleurs".

Il y a 2 types de notes d'exclusion dans l'ICD-10-CM. Chacune a un usage différent, mais les 2 indiquent que les codes exclus sont indépendants l'un de l'autre.

Notes d'exclusion de type 1

Une note d'exclusion de type 1 signifie « n'est pas codé ici ! ». Une note d'exclusion de type 1 indique que le code exclu ne peut jamais être utilisé en même temps que le code mentionné au-dessus de la note d'exclusion de type 1. Cette instruction est utilisée quand 2 affections ne peuvent avoir lieu simultanément et donc les 2 codes ne peuvent pas être utilisés conjointement.

Par exemple :

Q03 Congenital hydrocephalus (Hydrocéphalie congénitale)

Excludes 1 (Exclusion de type 1) : acquired hydrocephalus (hydrocéphalie acquise) (G91.-)

Dans cet exemple, la forme congénitale de l'affection ne peut pas être rapportée avec la forme acquise de la même affection.

Une exception à cette définition de l'« exclues 1 » est la circonstance spécifique dans laquelle les deux affections sont indépendantes l'une de l'autre. S'il n'est pas clair que les deux affections impliquant une note Excludes1 sont indépendantes, il faut interroger le médecin. Par exemple, le code F45.8 « other somatoform disorders » a une note Excludes1 pour « sleep related teeth grinding » (G47.63) parce que « teeth grinding » est un terme d'inclusion sous le code F45.8. Un seul de ces deux codes doit être attribué pour le grincement des dents. Cependant la dysménorrhée psychogène est aussi un terme d'inclusion sous le code F45.8, et un patient pourrait avoir à la fois cette affection et un grincement de dents lié au sommeil. Dans ce cas, les deux conditions n'ont clairement pas de lien entre elles et de ce fait, il serait approprié d'enregistrer les 2 codes ensemble: F45.8 « Other somatoform disorders » et G47.63 « Sleep related teeth grinding ».

Notes d'exclusion de type 2

Une exclusion de type 2 signifie "N'EST PAS INCLUS ICI". Une exclusion de type 2 indique que l'affection exclue ne fait pas partie de l'affection représentée par le code. Cependant un patient peut présenter les 2 affections en même temps. Lorsqu'une exclusion de type 2 apparaît sous un code, il est permis d'utiliser simultanément le code et le code exclu, lorsque c'est approprié. Par exemple :

F90 Attention-deficit hyperactivity disorders

Excludes 2 (Exclusion de type 2) : anxiety disorders (F40.-, F41.-)

mood [affective] disorders (F30-F39)

Dans cet exemple, la note d'exclusion de type 2 sert à prévenir que si le patient présente un trouble anxieux plutôt qu'un Trouble du Déficit de l'Attention/Hyperactivité, le codeur devrait se référer aux catégories F40-F41 plutôt que de rester dans la catégorie F90. Cependant si le patient présente à la fois un 'trouble du Déficit de l'Attention/Hyperactivité ' et un trouble anxieux, un code de la catégorie F90 peut être utilisé en même temps qu'un code des catégories F40-F41.

2.3. "Code first" et "Use additional code"

Certaines affections présentent à la fois une étiologie sous-jacente et des manifestations au niveau de multiples systèmes anatomiques, dues à cette étiologie sous-jacente. Pour de telles affections, l'ICD-10-CM dispose d'une convention de codage qui requiert que la condition sous-jacente soit codée en premier lieu, suivie du code de la manifestation. La note d'instruction « use additional code » (utiliser un code additionnel) est retrouvée au niveau du code d'étiologie incitant le codeur à identifier les manifestations habituellement associées à la maladie. La note d'instruction « code first » (coder d'abord) est retrouvée au niveau de code de manifestation pour indiquer que la maladie sous-jacente, si elle est présente, doit être codée en premier lieu.

Les termes "in diseases classified elsewhere" (dans maladies classées ailleurs) font habituellement partie de l'intitulé des codes de manifestation. Les codes avec un tel intitulé font partie de la convention "étiologie/manifestation". Il n'est jamais permis d'utiliser les codes avec "in diseases classified elsewhere" en premier lieu ou comme diagnostic principal. Ils doivent être utilisés en conjonction avec un code de l'affection sous-jacente et ils doivent être enregistrés à la suite de celui-ci. La catégorie F02, "Dementia in other diseases classified elsewhere", est un exemple de cette convention.

D'autres notes de ce type fournissent une liste d'affections introduite par les termes "such as" (tel que), signifiant que n'importe lequel des codes énumérés ou tout autre code approprié peut être attribué en premier lieu. Le code J99, "**Respiratory disorders in diseases classified elsewhere**" fournit une liste d'affections qui peuvent être la maladie sous-jacente.

Il n'est pas nécessaire d'enregistrer le diagnostic identifié dans une note d'instruction " use additional code" immédiatement à la suite du code primaire (code first). Il n'existe pas de hiérarchie stricte inhérente à ces notes d'instruction ni dans les directives de codage, ni au niveau de la classification ICD-10-CM concernant l'ordre d'enregistrement des codes de diagnostics secondaires.

2.4. "Code also"

Dans l'ICD-10-CM, les notes d'instruction "Code also" (coder aussi) indiquent que 2 codes peuvent être requis pour décrire complètement une affection. Cette note ne donne pas d'instructions quant à l'ordre d'enregistrement de ces codes. L'ordre des codes dépendra de la raison du contact et de la sévérité des affections. On peut trouver un exemple de cette note d'instruction sous le code **G47.01 "Insomnia due to medical condition "**, où la note nous invite à coder également l'affection médicale associée.

3. ABREVIATIONS

ICD-10-CM utilise 2 abréviations principales :

- « NEC » pour « not elsewhere classified » (non classé ailleurs)
- « NOS » pour « not otherwise specified » (non spécifié autrement)

Bien que leur signification ait l'air claire, ces abréviations sont souvent mal comprises et mal employées. Il est très important de comprendre non seulement leur signification mais aussi leurs différences, parce qu'elles fournissent des directives pour sélectionner un code correctement.

3.1. NEC

L'abréviation NEC (Not Elsewhere Classified/non classé ailleurs) est utilisée dans l'index alphabétique et dans la liste systématique pour indiquer qu'il n'existe pas de code particulier pour l'affection même si le diagnostic posé est très spécifique. Elle est utilisée lorsque l'information présente dans le dossier médical fournit des détails pour lesquels il n'existe pas de code spécifique. Elle représente le groupe "autres affections spécifiées". Dans la liste systématique, de telles affections sont habituellement classées sous un code avec un 4ème ou un 6ème caractère "8" (ou le 5ème caractère "9") et dont l'intitulé contient les termes "other specified" (autre spécifié) ou "not elsewhere classified" (non classé ailleurs), ce qui permet le regroupement d'affections apparentées pour garder de la place et pour limiter la taille du système de classification. Par exemple, une affection de la plèvre spécifiée comme étant un hydropneumothorax est comprise dans le code **J94.8 "Other specified pleural conditions"**.

3.2. NOS

L'abréviation NOS (« Not Otherwise Specified » (non spécifiée ailleurs)) est équivalente à "unspecified" (non spécifié), et est aussi bien utilisée dans l'index alphabétique que dans la liste systématique. Les codes identifiés de cette façon doivent être utilisés uniquement quand ni le diagnostic posé, ni le dossier médical ne fournissent d'information permettant une classification vers un code plus spécifique. Les codes de ce type sont habituellement classés vers des codes avec un 4ème ou 6ème caractère "9" et comme 5ème caractère "0". Les affections décrites comme "non classées ailleurs" (Not Elsewhere Classified) et celles décrites comme "non spécifiées" (unspecified) sont parfois combinées en un seul code. Notez qu'un terme principal suivi d'une liste de sous-termes dans l'index alphabétique propose généralement le code non spécifié; les sous-termes doivent toujours être passés en revue pour déterminer si un code plus précis pourrait être attribué.

Par exemple, le terme principal **"Cardiomyopathy"** propose le code I42.9. Les sous-termes tels que "alcoholic" (éthylque) ou "congestive" (congestive) sont fournis pour désigner des cardiomyopathies plus spécifiques. Le code I42.9 devrait être attribué uniquement quand il n'y a pas d'information dans le dossier médical pour identifier un de ces sous-termes.

4. NOTES DE REFERENCES CROISEES

Les notes de références croisées sont utilisées dans l'index alphabétique pour conseiller au codeur de chercher ailleurs avant d'attribuer un code. Les instructions de références croisées comprennent les termes "see" (voir), "see also" (voir également), "see category" (voir catégorie) et "see condition" (voir affection).

4.1. "See"

La référence croisée "see" indique que le codeur doit se référer à un terme alternatif. Cette instruction est obligatoire; le processus de codage ne peut pas être achevé sans suivre cette instruction.

Par exemple, l'entrée pour "Hemarthrosis, traumatic" utilise cette référence pour obliger le codeur à consulter l'entrée par "Sprain" (entorse) par site.

4.2. "See also"

La référence croisée "see also" indique au codeur qu'il existe dans l'index alphabétique un autre endroit auquel il doit se référer lorsque les entrées considérées ne fournissent pas de code pour l'affection ou la procédure spécifiée. Il n'est pas nécessaire de suivre cette référence croisée lorsque l'entrée originale fournit toutes les informations nécessaires.

Par exemple, la référence croisée pour le terme principal "**Psychoneurosis**" conseille au codeur "see also Neurosis" lorsqu'aucun des sous-termes spécifiques ne fournit de code. Si un codeur essaie de localiser le code pour psychonévrose neurasthénique, il ne sera pas nécessaire de suivre cette référence croisée car le sous-terme "neurasthenic" est mentionné sous le terme "**Psychoneurosis**". Cependant, si le diagnostic avait été psychonévrose psychasthénique, le code ne pourrait être localisé qu'en suivant l'instruction "see also".

4.3. "See category"

La référence croisée "see category", variante de "see", renvoie le codeur vers une catégorie. Le codeur doit consulter cette catégorie dans la liste systématique et sélectionner le code en fonction des options qui sont proposées à cet endroit. Par exemple, la référence croisée figurant sous l'entrée de l'index alphabétique pour '**Mononeuropathy**' renvoie le codeur à la catégorie **G59**.

4.4. "See condition"

Occasionnellement, l'index alphabétique conseille au codeur de se référer au terme principal de l'affection. Par exemple, si on se réfère au terme principal '**Arterial**' pour trouver le code de thrombose artérielle (arterial thrombosis), l'index alphabétique conseille d'aller voir au niveau de l'affection (see condition) et le codeur doit alors se référer au terme principal "**Thrombosis**". Cette référence croisée apparaît en général lorsque le codeur se réfère à l'adjectif plutôt qu'au nom (substantif) désignant l'affection elle-même.

5. SIGNES DE PONCTUATION

Plusieurs signes de ponctuation sont utilisés dans l'ICD-10-CM, la plupart d'entre eux ont une signification technique en plus de leur utilisation habituelle dans la langue courante.

5.1. Parenthèses ()

Les parenthèses sont utilisées dans l'ICD-10-CM pour ajouter des mots supplémentaires ou des explications qui peuvent être présentes ou absentes de l'intitulé du diagnostic sans affecter le choix du code qui lui est assigné. De tels termes sont considérés comme des "modificateurs non essentiels" et sont utilisés pour suggérer que les termes entre parenthèses sont inclus dans le code mais qu'ils ne doivent pas nécessairement apparaître dans l'intitulé du diagnostic. Ceci est un point significatif dans l'attribution du code correct.

Tant dans la liste systématique que dans l'index alphabétique, les termes entre parenthèses n'affectent en aucune façon le choix du code; ils servent uniquement à rassurer le codeur que le code correct a bien été localisé.

Par exemple, référez-vous au terme principal "**Pneumonia**" qui présente plusieurs modificateurs non essentiels entre parenthèses. A moins qu'un sous-terme plus précis ne soit localisé, ce code sera utilisé pour une pneumonie décrite par n'importe lequel des termes entre parenthèses. Les diagnostics de pneumonie aiguë et de pneumonie purulente, par exemple, sont tous deux codés J18.9 car ces deux termes apparaissent entre parenthèses comme modificateurs non essentiels. La pneumonie non spécifiée est également codée J18.9 car aucun des termes entre parenthèses n'est requis pour l'attribution de ce code.

Il est important de bien faire la distinction entre l'utilisation des modificateurs essentiels et non essentiels. Dans l'index alphabétique, les modificateurs essentiels sont mentionnés comme sous-terme, et non entre parenthèses, et ils affectent le choix du code. Par opposition, les termes entre parenthèses sont non essentiels et n'affectent pas le choix du code. Par exemple, une scoliose décrite comme acquise ou posturale est classée M41.9 puisque les termes "acquired" et "postural" entre parenthèses sont des modificateurs non essentiels et n'affectent pas le choix du code; d'un autre côté, le terme "congenital" est un modificateur essentiel et le code pour ce terme est le code Q67.5.

Dans l'index alphabétique, les modificateurs non essentiels s'appliquent aux sous-terme qui suivent le terme principal, excepté lorsqu'un modificateur non essentiel et un sous-terme sont mutuellement exclusifs; dans ce cas, le sous-terme prévaut. Par exemple dans l'index alphabétique de l'ICD-10-CM sous le terme principal "**Enteritis**", le terme "acute" est un modificateur non essentiel et le terme "chronic" est un sous-terme. Dans ce cas, le modificateur non essentiel "acute" ne s'applique pas au sous-terme "chronic".

Exercice 3.1

En vous référant uniquement à l'intitulé et aux notes d'inclusion du code J40, inscrivez un « X » à côté de chacun des diagnostics figurant ci-dessous qui est inclus dans le code J40.

1. Catarrhal bronchitis (Bronchite catarrhale)	<u> X </u>
2. Chronic bronchitis (Bronchite chronique)	<u> </u>
3. Allergic bronchitis (Bronchite allergique)	<u> </u>
4. Tracheobronchitis NOS (Trachéobronchite non spécifiée)	<u> X </u>
5. Asthmatic bronchitis (Bronchite asthmatique)	<u> </u>

5.2. Crochets []

Les crochets sont souvent utilisés dans la liste systématique pour inclure des synonymes, des termes alternatifs, des abréviations, et des phrases explicatives qui apportent une information complémentaire – par exemple: virus de l'immunodéficience humaine [HIV]. Ils sont similaires aux parenthèses en ce sens qu'ils ne sont pas requis pour poser le diagnostic. Les crochets sont également utilisés dans l'index alphabétique pour indiquer que le code entre crochets ne peut être qu'une manifestation et que l'autre code, de la pathologie sous-jacente, doit être ajouté en premier lieu.

Dans ce cas, le code entre crochets indique que les deux codes doivent être enregistrés et que le code entre crochets ne peut jamais être utilisé comme diagnostic principal. Dans l'exemple qui suit, tiré de l'index alphabétique, le premier code représente la maladie sous-jacente et le second code, entre crochets, la manifestation:

Nephropathy
Sickle cell D57.- [N08]

5.3. Deux points :

Dans la liste systématique, les deux points sont utilisés tant dans les notes d'inclusion que d'exclusion après un terme incomplet qui nécessite la présence d'un ou de plusieurs des modificateurs mentionnés après les deux points, pour qu'une catégorie puisse être assignée. La note d'exclusion sous le code N92.6 de la liste systématique en est un exemple. Ici, les deux points suivent les sous-termes "Irregular menstruation with » indiquent que si les menstruations irrégulières sont décrites comme accompagnées de « Lengthened intervals or scanty bleeding » (intervalles prolongés (entre 2 cycles) ou de saignements peu abondants), ou si les menstruations irrégulières sont décrites comme accompagnées de « Shortened intervals or excessive bleeding » (intervalles raccourcis (entre 2 cycles) ou de saignements excessifs), le code N92.6 est exclu.

N92.6 Irregular menstruation, unspecified (Menstruation irrégulière, non spécifiée)
Irregular bleeding NOS,
Irregular periods NOS
Excludes 1 : Irregular menstruation with:
Lengthened intervals or scanty bleeding (N91.3-N91.5)
Shortened intervals or excessive bleeding (N92.1)

Exercice 3.2

En vous référant uniquement à l'intitulé et aux notes d'inclusion du code à 4 caractères D04.5, inscrivez un « X » à côté de chaque diagnostic ci-dessous qui est inclus dans le code D04.5.

1. Carcinome in situ de la marge anale	<u>X</u>
2. Carcinome in situ de la peau péri-anale	<u>X</u>
3. Carcinome in situ de la peau du sein	<u>X</u>
4. Carcinome in situ du sein	<u> </u>
5. Carcinome in situ de la peau anale	<u>X</u>

6. TERMES DE LIAISON

6.1. "And" (Et)

Le mot "And" doit être interprété soit comme « and » (et) soit comme « or » (ou) quand il apparaît dans l'intitulé d'un code.

Par exemple, les cas de tuberculose osseuse, de tuberculose articulaire et de tuberculose osseuse et articulaire sont classés dans la sous-catégorie A18.0 "Tuberculosis of bones **and** joints".

6.2. "With" (Avec) et « In » (dans)

Les mots « with » (avec) et « in » (dans) doivent être interprétés comme "associé à" ou "dû à" quand ils apparaissent dans l'intitulé d'un code, dans l'index alphabétique (aussi bien sous un terme principal que sous un sous-terme) ou dans une instruction de la liste systématique.

La classification suppose un lien de causalité entre les deux conditions liées par ces termes dans l'index alphabétique ou la liste systématique. Ces conditions doivent être codées comme étant liées, même en l'absence de documentation dans le dossier qui les relie explicitement, à moins que le médecin responsable du patient indique clairement que les conditions ne sont pas liées ou à moins qu'il n'existe une autre directive spécifique exigeant un lien documenté entre les conditions (par exemple, une directive propre au codage du sepsis pour une dysfonction aigüe d'organe qui n'est pas clairement associée au sepsis). Pour les conditions qui ne sont pas spécifiquement liées par ces termes « with » et « in » dans la classification, ou pour les situations dans lesquelles une directive exige qu'un lien entre 2 conditions soit explicitement documenté, le dossier du patient doit obligatoirement fournir l'information que les deux conditions sont liées afin de les coder comme telles.

Dans l'index alphabétique, le mot "with" apparaît immédiatement sous le terme principal, et non par ordre alphabétique.

L'exemple suivant extrait de l'index alphabétique pour le terme principal Diabetes et le sous-terme « with » démontre le lien entre les conditions :

Diabetes, diabetic (mellitus) (sugar) E11.9

-with

- -amyotrophy E11.44

- -arthropathy NEC E11.618

- -autonomic (poly) neuropathy E11.43

- -cataract E11.36

- -Charcot's joints E11.610

- -chronic kidney disease E11.22

Les diagnostics de 'diabetes' (diabète) et de 'chronic kidney disease' (maladie rénale chronique) sont codés **E11.22, Type 2 diabetes mellitus with diabetic chronic kidney disease**. Le lien peut être supposé vu que « chronic kidney disease » est dans la liste sous le terme « with »

L'exemple suivant extrait de l'index alphabétique pour le terme principal Anemia et le sous-terme « in » démontre le lien entre les conditions :

Les diagnostics de 'anemia' (anémie) et de 'chronic kidney disease' (maladie rénale chronique) sont codés D63.1 Anemia in chronic kidney disease. Le lien peut être supposé vu que « chronic kidney disease » est dans la liste sous le terme « in (due to) (with) ».

Anemia (essential) (general) (hemoglobin deficiency) (infantile)(primary) (profound) D64.9

-in (due to) (with)

- -chronic kidney disease D63.1

- -end stage renal disease D63.1

- -failure, kidney (renal) D63.1

- -neoplastic disease (see also Neoplasm) D63.0

6.3. "Due to" (Dû à)

Tant dans l'index alphabétique que dans la liste systématique, les termes "dû à" indiquent qu'une relation de cause à effet existe entre deux affections. Occasionnellement, l'ICD-10-CM fait une supposition quand 2 affections sont présentes. Cependant, dans les autres situations, le diagnostic établi doit indiquer cette relation.

Par exemple, certaines affections affectant la valve mitrale sont supposées être d'origine rhumatismale même si cette origine n'a pas été indiquée distinctement.

Dans d'autres cas, l'index alphabétique fournit un sous-terme « due to » qui doit être suivi si le médecin établit une relation causale. Le codeur doit se baser sur l'index alphabétique.

Chapitre 4:

Enregistrement des diagnostics et procédures dans le DM-RHM

1. INTRODUCTION

Le RHM est utilisé pour enregistrer les données des séjours des hôpitaux généraux non psychiatriques. Cet enregistrement vise un ensemble d'items et se base sur des définitions standardisées afin de rassembler des données consistantes pour de multiples usages, entre autres:

- la détermination des besoins en matière d'établissements hospitaliers,
- la description des normes d'agrément qualitatives et quantitatives des hôpitaux et de leurs services,
- l'organisation du financement des hôpitaux,
- la définition de la politique relative à l'exercice de l'art de guérir, de l'art infirmier et des professions paramédicales,
- la définition d'une politique épidémiologique,
- le soutien de la politique de la santé au sein des hôpitaux via des feedbacks d'informations générales et individuelles permettant aux institutions de se positionner par rapport à d'autres hôpitaux analogues et ainsi d'ajuster leurs politiques internes,
- la mise à disposition de données pour des études scientifiques locales, nationales et internationales.

Les données demandées incluent entre autres: des données administratives générales concernant l'institution (structure et personnel) et le séjour (données administratives du patient), des données médicales, des données infirmières, des données dans le cadre de la fonction "service mobile d'urgence" ainsi que des données de facturation. Pour plus de détails concernant les items visés par chaque volet de l'enregistrement RHM, veuillez-vous référer aux directives d'enregistrement des six domaines du RHM ainsi qu'aux informations complémentaires disponibles sur le site internet du SPF SPSCAE.

2. DONNEES MEDICALES DANS L'ENREGISTREMENT

Concernant les données médicales, seuls les items qui remplissent les critères suivants ont été inclus dans l'enregistrement RHM:

- aisément identifiables
- facilement définis
- enregistrés uniformément
- pouvant être facilement extraits du dossier médical

Pour remplir les critères décrits ci-dessus, l'enregistrement RHM requiert la transmission des données à caractère médical suivantes:

- Le diagnostic principal du séjour/ le diagnostic d'admission vérifié (DAV)
- Le diagnostic principal de la spécialité/les diagnostics principaux des spécialités
- Les autres diagnostics qui sont significatifs pour l'épisode de soins concerné (diagnostics secondaires)
- Toutes les procédures significatives pour l'épisode de soins.

3. LE DIAGNOSTIC PRINCIPAL DU SEJOUR ET LE DIAGNOSTIC D'ADMISSION VERIFIE

La notion de diagnostic d'admission vérifié n'existe pas dans le système ICD-10-CM tel qu'il a été créé à l'origine par l'AHA et le NCHS. Aux USA, seule existe la notion de diagnostic principal du séjour. En effet, aux USA, à la différence de la Belgique, il n'existe pas d'enregistrement distinct pour certaines spécialités. Le séjour est codé comme un seul bloc, avec un seul diagnostic principal pour l'ensemble du séjour, peu importe les transferts internes entre unités de soins que le patient ait pu subir.

En outre aux USA, l'admission par les urgences et tout diagnostic et/ou acte qui y auraient été posés ne font pas partie du séjour.

En Belgique, l'obligation d'enregistrer certaines spécialités a pour conséquence que le diagnostic principal réel du séjour n'est pas nécessairement le diagnostic principal de la première spécialité. De ce fait, la notion de diagnostic d'admission vérifié a dû être introduite en Belgique pour permettre l'attribution du DRG et de financer le séjour.

3.1. Diagnostic d'admission vérifié (DAV)

Le diagnostic d'admission vérifié est enregistré dans le champ 29 du fichier STAYHOSP dans le domaine des données administratives.

On définit le diagnostic d'admission vérifié comme étant l'affection reconnue **après examen** pour être la cause principale de l'admission du patient à l'hôpital. Les termes 'après examen' ont leur importance. Il ne s'agit donc pas nécessairement du diagnostic posé à l'arrivée du patient mais plutôt du diagnostic qui, après un examen diagnostique, voire une intervention chirurgicale, s'avère être la cause de l'admission. Cela signifie aussi que les affections qui apparaissent au cours du séjour à l'hôpital (par exemple, une fracture de la hanche provoquée par une chute de lit) ne peuvent être enregistrées comme diagnostic d'admission vérifié.

Ce diagnostic d'admission vérifié est utilisé par le grouper pour l'établissement de l'APR-DRG (Diagnosis Related Group) pour le séjour entier (pour plus d'informations concernant le grouper, voir directives d'enregistrement RHM: Directives du domaine 3 (A) et "Informations complémentaires concernant les diagnostics et le grouper").

Un APR-DRG peut aussi être calculé pour une partie du séjour, par exemple si le patient a été aussi hospitalisé dans une spécialité psychiatrique ou pour des parties d'un séjour de longue durée.

En général, le diagnostic d'admission vérifié est un code ICD-10-CM valide identique au diagnostic principal de la première spécialité. Il existe quelques exceptions à la règle selon laquelle le diagnostic d'admission vérifié est identique au diagnostic principal de la première spécialité. Celles-ci sont présentées en détail dans les directives d'enregistrement RHM.

Le codage le diagnostic d'admission vérifié à l'aide des codes de la classification ICD-10-CM est soumis aux mêmes directives de codage que le codage du diagnostic principal. Par exemple, si les règles de codage interdisent l'usage d'un code en diagnostic principal, comme c'est par exemple le cas pour les codes de manifestation, ce code ne pourra pas non plus figurer comme diagnostic d'admission vérifié. Les règles qui président à la sélection du diagnostic principal, et donc également à la sélection du diagnostic d'admission vérifié sont décrites en détail ci-dessous.

3.2. Diagnostic principal du séjour

En pratique, les termes "diagnostic principal du séjour", souvent utilisés par les codeurs lors du codage, correspond au DAV utilisé dans l'enregistrement.

Le diagnostic principal du séjour est défini comme "l'affection, établie après étude comme étant principalement responsable de l'admission du patient pour une prise en charge à l'hôpital".

Cette affection est habituellement mentionnée en premier lieu dans la liste des diagnostics établis par le médecin, mais pas toujours; le codeur doit revoir l'ensemble du dossier du patient pour déterminer selon les règles de codage quelle affection sera sélectionnée comme diagnostic principal du séjour. Le diagnostic principal du séjour est celui qui motive la décision d'hospitalisation, ce n'est pas nécessairement le diagnostic qui explique la plus longue durée de séjour, ni le diagnostic principal de la première spécialité.

Dans la définition du diagnostic principal du séjour, les termes "après étude" sont importants mais leur signification prête parfois à confusion. Il ne s'agit pas nécessairement du diagnostic d'admission qui, lui, est posé à l'arrivée du patient à l'hôpital, mais bien du diagnostic qui est découvert après mise au point ou même après chirurgie et qui s'avère être la raison de l'hospitalisation. Le fait de coder par spécialité ne change rien à cette logique.

Par exemple :

- Un patient est admis avec une toux chronique, une respiration difficile et un malaise. Une bronchoscopie est réalisée avec biopsie d'une masse dans le poumon. Ceci est confirmé comme un adénocarcinome du poumon. Dans ce cas, le principal diagnostic est le carcinome pulmonaire car, après examen, il a été retenu comme cause sous-jacente du malaise et des signes respiratoires et donc comme raison de l'admission.
- Un patient est admis pour douleur abdominale sévère. Le taux de globules blancs s'élève à 16.000 cellules/mm3, avec une formule altérée (prédominance de polynucléaires neutrophiles). Le patient est admis en chirurgie, où une appendicectomie est réalisée pour une appendicite aiguë et perforée. Après étude, le diagnostic principal du séjour est l'appendicite aiguë perforée.
- Un patient est admis pour douleur abdominale sévère dans le quadrant inférieur droit et une appendicite aiguë probable est alors diagnostiquée. Le taux de globules blancs est légèrement élevé. Le patient est opéré. On trouve un appendice normal mais par contre, on enlève un diverticule de Meckel qui présente une inflammation. Après étude, le diagnostic principal de ce séjour est une diverticulite de Meckel (par l'index: Meckel's diverticulitis, diverticulum Q43.0).

Les conventions de codage présentes au sein de la classification ICD-10-CM (dans la liste systématique et l'index alphabétique) ont toujours la priorité sur toutes les autres règles. Une documentation complète et cohérente dans le dossier du patient est importante pour une application correcte de toutes les directives de codage.

3.3 Cas particuliers

Admission via les urgences:

- Un patient consulte aux urgences pour température et otalgies, le diagnostic d'otite moyenne aiguë est posé. L'affection ne nécessite pas une hospitalisation. Des antibiotiques à prendre par voie orale sont prescrits. Cependant, à l'examen clinique, le médecin est intrigué par une masse pulsatile au niveau de l'abdomen et suspecte un anévrisme aortique. Le médecin urgentiste stipule en conclusion de sa note d'urgence que l'admission en hospitalisation est motivée par la nécessité de faire une mise au point de cet anévrisme suspecté. Le patient est hospitalisé dans le service de chirurgie vasculaire. Le diagnostic principal du séjour/DAV sera l'anévrisme de l'aorte abdominale.
- Un patient consulte aux urgences pour température et otalgies, le diagnostic d'otite moyenne aiguë est posé. L'affection nécessite l'administration d'antibiotique en intraveineux en hospitalisation. A côté de cette affection, le médecin est intrigué par une masse pulsatile au niveau de l'abdomen. Le médecin urgentiste stipule en conclusion de sa note que l'admission en hospitalisation est motivée par l'otite mais que l'avis du chirurgien est requis pour une masse pulsatile abdominale suspecte afin d'exclure un anévrisme. Le patient est hospitalisé dans le service d'ORL. Le diagnostic principal du séjour/ DAV est dans ce cas l'otite moyenne aiguë.

Admission via l'hôpital de jour:

Concernant le choix du diagnostic principal du séjour / DAV lorsqu'un patient est admis de façon planifiée en hôpital de jour, que cette hospitalisation se transforme ensuite en hospitalisation classique, et dans le cas où pour ces deux hospitalisations une seule facture est établie, le diagnostic principal du séjour / le DAV est l'affection médicale, établie après étude, qui a justifié l'admission en hospitalisation classique. (Se référer aux instructions des directives d'enregistrement RHM)

- Si la raison de l'admission en hospitalisation classique est une complication postopératoire de la procédure effectuée en hospitalisation de jour, la complication est mentionnée comme DAV (dans le cas où, pour ces deux hospitalisations, une seule facture est établie).
- Si la raison de l'hospitalisation est une autre affection, non liée à la chirurgie, cette pathologie est mentionnée comme DAV (dans le cas où, pour ces deux hospitalisations, une seule facture est établie).

3.4 Règles officielles pour désigner le diagnostic principal

Les règles officielles pour désigner le diagnostic principal qui suivent sont d'application pour tous les systèmes anatomiques et toutes les étiologies. Les règles qui s'appliquent uniquement à certains systèmes anatomiques ou à certaines étiologies spécifiques sont discutées dans les chapitres correspondants de ce manuel.

1. Deux diagnostics ou plus qui répondent de façon équivalente à la définition du diagnostic principal

: Dans la situation inhabituelle où deux diagnostics ou plus rencontrent de façon équivalente les critères du diagnostic principal tels que déterminés par les circonstances de l'admission, par la mise au point et/ou les traitements fournis, chaque diagnostic peut être enregistré indifféremment comme diagnostic principal lorsque ni l'index alphabétique, ni la liste systématique ne fournissent d'indications contraires.

Cependant ce n'est pas le simple fait que deux pathologies existent qui rend ce choix possible.

Si le traitement est totalement ou principalement orienté vers une des deux affections, celle-ci doit être désignée comme le diagnostic principal. De plus, si une autre directive de codage (générale ou spécifique d'une maladie) fournit un ordre de codage, cette directive doit être suivie.

Exemple 1: Un patient est admis pour angor instable et insuffisance cardiaque aiguë congestive. L'angor instable est traité par des dérivés nitrés et du furosémide est donné en intraveineux pour l'insuffisance cardiaque. Les deux diagnostics répondent à la définition du diagnostic principal de façon équivalente, l'un comme l'autre peut être enregistré en diagnostic principal.

Exemple 2: Un patient est admis pour fibrillation auriculaire aiguë avec réponse ventriculaire rapide et est également en insuffisance cardiaque avec un œdème pulmonaire. Le patient reçoit de la digitaline pour diminuer la fréquence cardiaque et du furosémide en intraveineux pour réduire l'œdème pulmonaire cardiogénique. Les deux affections répondent à la définition du diagnostic principal de façon équivalente, l'une comme l'autre peut être enregistrée en diagnostic principal.

Exemple 3: Un patient est admis pour douleur abdominale sévère, nausées et vomissements dus à une pyélonéphrite aiguë et une diverticulite. Les deux affections sous-jacentes sont traitées et le médecin juge qu'elles répondent toutes les deux à la définition du diagnostic principal de façon équivalente. Dans cette situation, tant une affection que l'autre peut être enregistrée comme diagnostic principal du séjour.

2. Deux (ou plusieurs) affections « comparables » ou diagnostics différentiels: Dans le rare cas où deux ou plusieurs diagnostics comparables ou différentiels sont documentés comme probables ("soit/ou" ou une terminologie semblable), ces diagnostics sont codés comme s'ils étaient confirmés et le diagnostic principal est désigné en fonction des circonstances de l'admission, de la mise au point et/ou du traitement fourni. Quand il n'est pas possible de déterminer lequel de ces diagnostics répond le mieux aux critères du diagnostic principal, chacun des diagnostics peut être mentionné en premier lieu.

Exemple 1: Un patient est admis avec les mêmes plaintes que celles mentionnées ci-dessus dans l'exemple 3 et le diagnostic final est "soit une pyélonéphrite aiguë, soit une diverticulite du colon". Le patient est traité de manière symptomatique et sort avec une mise au point complémentaire prévue. Dans ce cas, les deux affections répondent de manière équivalente aux critères du diagnostic principal, et l'une comme l'autre peut être désigné comme le diagnostic principal.

Exemple 2: Le traitement d'un autre patient ayant les mêmes symptômes et mêmes diagnostics différentiels est orienté surtout entièrement vers la pyélonéphrite aiguë, indiquant que le médecin considère cette affection comme étant probablement, après étude, la pathologie qui a causé l'admission. Dans ce cas, les deux affections sont codées, mais la pyélonéphrite aiguë est codée comme diagnostic principal en raison des circonstances d'admission.

3. Un symptôme comme diagnostic principal du séjour /DAV

Voir chapitre des signes et symptômes.

4. Traitement prévu non réalisé: Au cas où le traitement prévu ne peut être réalisé en raison de circonstances imprévues, les critères de choix du diagnostic principal ne changent pas. L'affection qui (après étude) a justifié l'admission est désignée comme diagnostic principal même si le traitement prévu n'a pas été réalisé.

Exemple 1: Un patient est admis pour résection transurétrale de la prostate (TURP) dans le cadre d'une hypertrophie bénigne prostatique. Peu après son admission, avant son entrée en salle d'opération, le patient tombe et se fracture le fémur gauche. La résection de prostate (TURP) est annulée; le traitement de la fracture

de la hanche est réalisé le jour suivant. Le diagnostic principal du séjour/DAV reste l'hypertrophie de prostate même si cette affection n'a pas été traitée.

Exemple 2: Une patiente est admise pour mastectomie radicale modifiée dans le cadre d'un cancer du sein confirmé par biopsie réalisée en ambulatoire. Le lendemain matin, avant que la médication préopératoire ne soit administrée, la patiente déclare qu'elle refuse l'intervention jusqu'à ce qu'elle puisse considérer de manière plus approfondie toutes les alternatives possibles à ce traitement. Aucun traitement n'est donné et la patiente sort. Le cancer du sein reste le diagnostic principal du séjour / DAV car c'est l'affection qui a justifié l'admission même si aucun traitement n'a été donné.

4. AUTRES DIAGNOSTICS (DIAGNOSTICS SECONDAIRES)

Les autres diagnostics à enregistrer, ou diagnostics secondaires du séjour, sont définis comme les affections qui coexistent au moment de l'admission ou qui se développent par la suite, et qui affectent les soins prodigués au patient durant l'hospitalisation actuelle. Les diagnostics qui n'ont pas d'impact sur les soins apportés au patient durant le séjour hospitalier ne sont pas enregistrés même s'ils sont présents. Les diagnostics liés à un épisode de soins antérieur et qui n'ont pas d'influence sur l'épisode de soins actuel, ne sont pas enregistrés.

La définition des diagnostics secondaires inclut uniquement les affections qui affectent l'épisode de soins actuel d'une des façons suivantes:

- Par une évaluation clinique
- Par un traitement délivré ou effectué
- Par une évaluation complémentaire par des études à visées diagnostiques, des procédures ou des consultations
- Par un allongement de la durée de séjour
- Par un accroissement de la charge infirmière et/ou autre surveillance/monitoring

Tous ces facteurs s'expliquent d'eux-mêmes, excepté le premier. L'évaluation clinique signifie que le médecin est conscient du problème et l'évalue par des tests, des consultations ou une observation clinique rapprochée de l'affection du patient. Dans la plupart des cas, l'affection d'un patient évaluée cliniquement répondra également à l'un ou l'autre des autres critères.

Notez que l'examen physique seul ne remplit pas le critère d'"évaluation complémentaire" ou d'"évaluation clinique" pour pouvoir coder un diagnostic secondaire, l'examen physique fait partie intégrante de chaque admission à l'hôpital.

Directives concernant les diagnostics secondaires

Les directives et exemples qui suivent doivent être étudiés attentivement pour comprendre le raisonnement qui sous-tend le choix des diagnostics secondaires à enregistrer:

1. Affections antérieures (anamnèse):

Le médecin inclut parfois dans la liste des diagnostics des antécédents ou un statut post-procédural concernant des procédures réalisées lors d'une hospitalisation antérieure, et qui n'ont aucun impact sur le

séjour actuel. De telles affections ne sont pas enregistrées. Cependant, les codes d'antécédent (catégories Z80-Z87, sous-catégories Z91.4- Z91.5- et Z91.8, et la catégorie Z92) peuvent être utilisés comme diagnostic secondaire si l'antécédent ou l'histoire familiale a un impact sur les soins actuels ou une influence sur le traitement.

Exemple: Un patient est admis pour infarctus aigu du myocarde. Le médecin note dans les antécédents que le patient a un statut post cholécystectomie et qu'il a été hospitalisé pour pneumonie il y a un an. A la sortie, le médecin rapporte les diagnostics finaux comme suit: "infarctus aigu du myocarde, un statut post-cholécystectomie et antécédent de pneumonie". Seul l'infarctus aigu du myocarde est codé et enregistré; les autres affections mentionnées dans la liste des diagnostics n'ont aucun impact sur l'épisode de soins actuel.

2. Les autres diagnostics sans documentation étayant l'enregistrement:

Si le médecin a inclus un diagnostic dans la liste finale des diagnostics au niveau de la lettre de sortie, il doit habituellement être codé. Cependant, s'il n'existe pas de documentation étayant ce diagnostic dans le dossier médical, le médecin doit être consulté pour voir si le diagnostic répond aux critères d'enregistrement des diagnostics secondaires. Si c'est le cas, il faut demander au médecin d'ajouter la documentation nécessaire. Enregistrer des pathologies, pour lesquelles il n'existe pas de documentation les corroborant, est en conflit avec les critères d'enregistrement du DM-RHM.

Exemple 1: Un enfant de 10 ans est hospitalisé pour une fracture ouverte du tibia-péroné à la suite d'un accident de vélo. Lors de l'examen clinique, le médecin note qu'il a un nævus sur la jambe et qu'il présente une petite hernie inguinale asymptomatique. Tous ces diagnostics sont mentionnés dans la lettre de sortie. La fracture est réduite par fixation interne, mais ni le nævus, ni la hernie ne sont traités, ni ne font l'objet d'une évaluation complémentaire au cours de cette admission. Le nævus et la hernie ne sont pas enregistrés car rien n'indique qu'ils ont un impact sur l'épisode de soins actuel .

Exemple 2: Un patient est admis pour infarctus aigu du myocarde. Le médecin mentionne également dans le dossier un strabisme et un hallux valgus observés à l'examen clinique. La révision du dossier du patient révèle qu'aucune référence complémentaire n'est faite à ces affections en termes d'évaluation supplémentaire ou de traitement, c'est pourquoi aucun code n'est attribué pour le strabisme et pour l'hallux valgus.

3. Affections chroniques:

Les critères de sélection pour les affections chroniques qui doivent être reprises comme diagnostics secondaires sont :

- la sévérité de l'affection,
- la modification du traitement du diagnostic principal due à la présence de l'affection coexistante, par l'utilisation ou la prise en considération de mesures alternatives ou la majoration des soins infirmiers;
- l'utilisation de services diagnostiques ou thérapeutiques pour cette affection coexistante particulière;
- la nécessité d'un suivi rapproché de la médication du fait de cette affection coexistante ou une modification des plans de soins infirmiers suite à cette affection coexistante.

Certaines affections chroniques affectent le patient pour le restant de sa vie; de telles affections requièrent presque toujours une certaine forme d'évaluation clinique ou de monitoring continu durant l'hospitalisation et doivent de ce fait être codées. Ce conseil s'applique au codage de tous les patients hospitalisés.

Par exemple, des affections chroniques systémiques telles que (liste non exhaustive) une hypertension, une maladie de Parkinson, une bronchopneumopathie chronique obstructive et un diabète sucré sont habituellement pertinentes pour le séjour et doivent généralement être codées, même en l'absence d'intervention ou de mise au point documentée.

Exemple 1: Un patient est admis à la suite d'une fracture de la hanche, et une maladie de Parkinson est notée à l'examen clinique et dans les antécédents. Le dossier infirmier mentionne que, suite à la maladie de Parkinson, le patient requiert des soins supplémentaires. Les deux diagnostics sont enregistrés.

Exemple 2: Un patient est admis pour pneumonie et le dossier mentionne un diabète sucré. Des glycémies sont prélevées durant le séjour et les infirmières les contrôlent avant chaque repas. Le patient poursuit son régime diabétique. Bien qu'aucun traitement actif ne soit délivré, une surveillance continue est requise et l'affection (diabète) est codée.

Exemple 3: Un patient est admis pour diverticulite aiguë et le médecin documente un antécédent d'hypertension dans les notes d'admission. La révision du dossier montre que le traitement anti-hypertenseur habituel du patient a été donné tout au long du séjour. L'hypertension répond aux critères de codage.

Exemple 4: Une patiente est admise pour insuffisance cardiaque congestive. Elle souffre d'une hernie hiatale et d'une arthrite dégénérative connues. Aucune des deux affections ne bénéficie d'une mise au point ou d'un traitement complémentaire; par nature, ces pathologies ne requièrent pas d'évaluation clinique continue. Seul le code de l'insuffisance cardiaque est enregistré; les autres affections/co-morbidités ne répondent pas aux critères de codage.

Exemple 5: Un patient diabétique de 60 ans est transféré pour le traitement d'un ulcère de pression. Dans les antécédents et à l'examen clinique, le médecin note que le patient présente une amputation sous le genou gauche, suite à une maladie vasculaire périphérique. Cette affection requiert une assistance infirmière complémentaire et est codée.

4. Les affections/symptômes qui font partie intégrante du processus de la maladie ne peuvent pas être enregistrés comme diagnostics secondaires, excepté si la classification donne d'autres instructions.

Exemple 1: Un patient est admis pour nausées et vomissements dus à une gastro-entérite infectieuse. Les nausées et vomissements sont des symptômes habituels d'une gastro-entérite infectieuse et ne sont pas codés.

Exemple 2: Un patient est admis pour douleur articulaire sévère et arthrite rhumatoïde. Les douleurs articulaires sévères sont une caractéristique de l'arthrite rhumatoïde et ne peuvent pas être codées.

Exemple 3: Un patient est envoyé pour mise au point de pollakiurie et un diagnostic d'hypertrophie bénigne de la prostate est posé. Bien que la pollakiurie soit un symptôme commun de l'hypertrophie bénigne de la prostate, les deux codes sont attribués car la note de l'instruction (« use additional code ») de la liste systématique sous le code N40.1 indique d'utiliser un code complémentaire pour identifier les symptômes associés lorsqu'ils sont spécifiés.

5. Les affections/symptômes qui ne font pas partie intégrante du processus de la maladie doivent être codés quand ils sont présents à condition qu'ils répondent aux critères de codage des diagnostics secondaires

Exemple 1 : Un patient est admis par ambulance à la suite d'un accident vasculaire cérébral survenu sur son lieu de travail. Le patient était dans le coma mais a repris progressivement conscience. Le diagnostic de sortie est une thrombose cérébrovasculaire avec coma. Dans ce cas, le diagnostic de coma est codé comme

diagnostic complémentaire car il n'est pas implicite, et pas toujours présent, dans les accidents cérébrovasculaires.

Exemple 2 : Un garçon de 5 ans est admis avec une fièvre à 40°C en rapport avec une pneumonie. Durant les 24 premières heures, il présente des convulsions liées à la fièvre élevée. Aussi bien la pneumonie que les convulsions sont codées parce que ces dernières ne sont pas toujours associées à la pneumonie. La fièvre n'est pas codée car elle est associée à la pneumonie.

6. Résultats anormaux:

Les codes concernant les résultats anormaux (sections R70-R97) sont enregistrés pour des résultats non spécifiques de laboratoire, d'imagerie médicale, d'anatomo-pathologie et d'autres examens diagnostiques. Ces codes peuvent être utilisés uniquement si le médecin n'a pas pu déterminer de diagnostic expliquant ce résultat anormal, mais que le résultat a bien fait l'objet d'examens (de contrôles) supplémentaires et que ceux-ci ont bien été mentionnés par le médecin traitant dans le dossier du patient.

Le codeur ne doit jamais attribuer un code uniquement sur base de résultats anormaux. Une valeur citée comme soit trop basse, soit trop haute, par rapport aux limites normales n'indique pas nécessairement qu'il y a un trouble. De nombreux facteurs influencent les valeurs d'un résultat de laboratoire; ceux-ci incluent l'appareil utilisé pour le recueil de l'échantillon, les conditions de transport de l'échantillon au laboratoire, la calibration des machines qui lisent les valeurs et l'état du patient.

Par exemple, un patient déshydraté peut présenter une hémoglobine élevée due à l'augmentation de viscosité de son sang.

Si des résultats d'autres tests ou traitements sont prescrits sans spécifier de diagnostic, le médecin traitant doit être invité à fournir un diagnostic ou à signaler le résultat anormal au dossier

Si le dossier du patient mentionne des résultats clairement anormaux et si le médecin surveille ces résultats (ils sont contrôlés et discutés dans le dossier) et que ceux-ci donnent lieu à des examens complémentaires, des consultations, ou un traitement sans qu'un diagnostic ne soit mentionné dans le dossier, alors il est justifié que le codeur demande au médecin si un code de diagnostic correspondant doit être ajouté ou s'il faut ajouter ces résultats en diagnostic secondaire.

Des découvertes fortuites d'examens radiologiques telles qu'une hernie hiatale asymptomatique ou un diverticule ne peuvent pas être codées, excepté si une mise au point complémentaire ou un traitement sont réalisés durant le séjour ou planifiés à la sortie.

Exemple1 : Un faible taux de potassium traité par potassium en intraveineux ou oral est cliniquement relevant et il faut demander au médecin s'il faut ajouter un diagnostic s'y rapportant.

Exemple 2: Une valeur d'hématocrite de 28%, même asymptomatique et non traitée, est réévaluée plusieurs fois. Comme le résultat est anormal et que des contrôles de cette valeur sont faits, il faut demander au médecin s'il ne faudrait pas ajouter au dossier un diagnostic associé.

Exemple 3: Une radiographie de thorax, réalisée comme examen préopératoire de routine chez une personne âgée, révèle le tassement d'un corps vertébral. Le patient est asymptomatique, aucune évaluation complémentaire et aucun traitement ne sont réalisés. Il s'agit d'une découverte fortuite fréquente chez les personnes âgées, qui n'est pas significative pour cet épisode de soins.

Exemple 4: En l'absence de problème cardiaque, la découverte isolée d'un bloc de branche à l'électrocardiogramme est d'habitude non significative tandis que la découverte d'un bloc Mobitz II peut avoir d'importantes conséquences sur les soins aux patients, il faut demander au médecin si cela doit être ajouté pour l'hospitalisation en cours.

Exemple 5: Le médecin signale dans sa liste de diagnostics une vitesse de sédimentation anormale. Le médecin ne peut établir de diagnostic définitif durant l'hospitalisation sans analyses complémentaires et il considère cette découverte anormale comme élément clinique significatif. Dans ce cas, on utilise le code **R70.0** 'Elevated erythrocyte sedimentation rate'.

5. PROCEDURES

Le DM-RHM exige que toutes les procédures significatives soient rapportées. La définition des procédures significatives pour le DM-RHM et les directives de codage qui s'y rapportent sont discutées dans les chapitres 8 à 11 de ce manuel, ainsi que d'autres informations sur le codage des procédures.

6. CHOIX DU DIAGNOSTIC PRINCIPAL POUR LA REVALIDATION

L'attribution des diagnostics principaux et secondaires en revalidation peut être différente.

La liste de diagnostics en revalidation est dynamique, en fonction du moment où les codes sont appliqués.

Les séjours en revalidation incluent une période de séjour plus longue que la période de soins actifs.

Les codes ICD-10-CM sont attribués lors de l'admission, lors de l'admission et au moment de la sortie, lors du transfert ou au décès.

Le diagnostic principal est le diagnostic principalement responsable de l'admission et des soins continus en revalidation et est donc conservé en tant que diagnostic principal.

Exemple

Un patient est transféré en revalidation après traitement d'une fracture de la hanche droite. La raison de ce transfert est une réhabilitation ultérieure et une récupération de la fracture. Dans ce cas, on peut utiliser le code S72.90XD, 'Unspecified fracture of right femur, subsequent encounter for closed fracture with routine healing' comme diagnostic principal.

Le 7ème caractère D est utilisé pour les admissions après que le patient a reçu un traitement actif pour son état initial et recevra ensuite des soins de routine pendant la phase de récupération. Les diagnostics coexistants sont également codés.

7. ETHIQUE DU CODAGE

Les données médicales codées, outre leur usage dans diverses situations interviennent également de plus en plus dans le financement des soins de santé.

- Le choix correct du diagnostic principal,

- le codage approprié des diagnostics secondaires (y compris complications et comorbidités)
- des procédures

sont autant d'éléments qui entrent en ligne de compte.

Un codage correct et éthique suppose que le codeur suive de manière scrupuleuse toutes les instructions reprises dans le manuel de codage ainsi que les directives officielles reprises dans ce manuel.

Il suppose le respect des règles et critères du DM-RHM.

L'usage par certains hôpitaux et pour des raisons internes de certains codes en dehors des règles de codage est autorisé pour autant que cette information puisse être maintenue en dehors du système d'enregistrement et qu'elle ne soit pas transmise au SPF Santé Publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement.

Chapitre 5:

Le dossier patient comme document de référence

1. INTRODUCTION

Le document de référence pour le codage et l'enregistrement des diagnostics et des procédures pertinents pour le séjour est l'ensemble du dossier patient. Bien que les diagnostics soient habituellement mentionnés dans un rapport de sortie ou dans une note d'évolution finale, une révision supplémentaire du dossier médical est souvent nécessaire pour assurer un codage complet et précis. Il arrive fréquemment que les interventions et les procédures ne soient pas mentionnées dans le rapport de sortie ou qu'elles n'y soient pas décrites de manière suffisamment détaillée, rendant impérative la consultation du protocole opératoire, d'autres rapports spécialisés ou des feuilles de nursing. Le cas échéant, l'ensemble du dossier devra être revu pour déterminer la raison spécifique du contact et les affections qui ont été investiguées et/ou traitées durant le séjour.

Les médecins omettent parfois de mentionner dans le rapport de sortie des affections qui répondent aux directives de codage, qui sont apparues pendant le séjour, mais qui ont été complètement résolues avant la sortie. Des affections telles qu'une infection urinaire ou une déshydratation, par exemple, ne sont souvent pas incluses dans le(s) (conclusions du) rapport de sortie, bien que les notes d'évolution en cours de séjour, les prescriptions médicales et les résultats de laboratoire indiquent clairement que ces affections ont été traitées ou investiguées. Le codeur ne peut par exemple pas enregistrer un diagnostic sur la seule base d'une prescription de médicaments par le médecin, sans que celui-ci ait posé le diagnostic de l'affection dans le dossier. S'il existe assez d'informations pour suggérer fortement qu'un diagnostic complémentaire qui n'a pas été explicitement posé dans le dossier médical devrait être enregistré, il faut consulter le médecin qui était en charge du patient lors de son séjour (médecin traitant). Le codeur ne peut enregistrer aucun diagnostic complémentaire qui ne figurait pas explicitement au dossier sans l'approbation écrite du médecin responsable du séjour. Cette approbation doit être sauvegardée dans le dossier patient afin qu'elle puisse être consultée lors d'un audit. Comme il arrive que les conclusions du rapport de sortie reprennent des diagnostics qui sont des antécédents ou des affections présentes mais qui ne sont pas nécessairement pertinents pour le séjour en terme de codage, une révision du dossier médical peut être requise pour déterminer si ces diagnostics doivent effectivement être codés pour cette admission.

Il est habituel de mentionner en premier lieu le diagnostic principal dans les conclusions du séjour. Cependant beaucoup de médecins ne sont pas au courant des règles de codage et d'enregistrement. Comme l'attribution correcte du diagnostic principal / diagnostic d'admission vérifié du séjour est d'une importance capitale dans l'enregistrement des informations diagnostiques, le codeur doit vérifier si la documentation présente dans le dossier médical était la désignation du diagnostic principal/ diagnostic d'admission vérifié du séjour.

2. CONTENU DU DOSSIER PATIENT

Les dossiers des patients contiennent une grande variété de rapports documentant la raison pour laquelle le patient est venu à l'hôpital, les examens réalisés et leurs résultats, les traitements administrés, la description des procédures chirurgicales et l'enregistrement quotidien de l'évolution du patient. Chaque rapport contient des informations importantes nécessaires à l'enregistrement et au codage précis du diagnostic principal, des autres diagnostics ainsi que des procédures réalisées.

Un certain nombre de rapports standards se retrouvent dans presque tous les dossiers patient tandis que la présence d'autres documents spécifiques dépend de l'affection pour laquelle le patient est traité, de l'étendue de la mise au point et du traitement fournis, et de la manière dont c'est documenté par le médecin.. Par exemple, un médecin peut énumérer les diagnostics finaux dans le dossier d'admission sur une page de garde, dans les notes d'évolution, ou dans le rapport de sortie. Les médecins qui sont consultés peuvent inscrire leurs considérations, avis dans les notes de suivi. plutôt que dans un rapport spécialisé séparé.

L'examen du dossier patient devrait commencer par la lecture du rapport de sortie (s'il est disponible) car il offre normalement une vue d'ensemble du séjour hospitalier du patient, incluant la raison d'admission, les découvertes diagnostiques significatives, le(s) traitement(s) administré(s), l'évolution du patient à l'hôpital, le suivi prévu à sa sortie et la liste finale des diagnostics. La raison de l'admission (diagnostic principal/diagnostic d'admission vérifié) figure généralement sous ce titre en début du rapport ou dans la section "histoire de la maladie/antécédents", mais une révision de l'ensemble du dossier peut être nécessaire pour établir avec certitude le diagnostic qui répond effectivement aux critères d'enregistrement du diagnostic principal/diagnostic d'admission vérifié.

La section du rapport de sortie qui décrit l'évolution du patient à l'hôpital indique habituellement les traitements qui ont été donnés ainsi que les mises au point complémentaires qui ont été réalisées. Elle est particulièrement utile pour déterminer si tous les diagnostics mentionnés répondent aux critères d'enregistrement et pour identifier les autres affections qui ne figurent pas nécessairement dans la liste énumérant les diagnostics finaux qui se situe habituellement en fin de rapport dans les conclusions de celui-ci, mais qui devraient cependant être enregistrées car elles répondent aux directives de codage des diagnostics secondaires.

Les feuilles de traitement (la liste quotidienne des médicaments administrés, généralement située dans le dossier infirmier) sont souvent utiles pour indiquer au codeur si le traitement a été administré ou non, cependant le codeur ne peut pas supposer la présence d'un diagnostic uniquement sur la base d'une administration de médicament ou uniquement sur base de la mention de résultats anormaux dans un rapport diagnostic ou dans un protocole . Si les résultats des tests sont en dehors des limites normales et que le médecin a demandé d'autres tests pour évaluer l'affection, ou prescrit un traitement, il est approprié d'interroger le médecin pour voir si le diagnostic devrait être ajouté.

Si le diagnostic correspondant comme la surcharge pondérale ou l'obésité, l'ulcère de décubitus , un coma ou un AVC est documenté par le médecin traitant, l'Indice de Masse Corporelle (BMI), le niveau de profondeur d'un ulcère chronique non lié à la pression, le stade de l'ulcère de décubitus, l'échelle de coma et l'échelle 'NIH stroke scale (NIHSS)' peuvent aussi être codés même s'ils ne sont pas documentés par le médecin

traitant. C'est ainsi que le BMI est souvent noté par le diététicien, le niveau de sévérité de l'ulcère ou l'échelle de coma par un (e) infirmie(è)r(e). .

De plus, les diagnostics mentionnés dans le rapport de sortie ne contiennent pas toujours l'information suffisante pour fournir les spécificités requises par le codage. Cependant ces diagnostics peuvent souvent être codés de façon plus précise en se référant à des rapports d'examens complémentaires, moyennant approbation de la part du médecin traitant.

Notez dans les exemples suivants la variation dans la désignation du code quand, après confirmation du médecin traitant, plus d'informations sont disponibles:

- Rapport de sortie: Cancer du col (C53.9)
Rapport anatomopathologique: Carcinome in situ du col utérin
Diagnostic final attribué après approbation du médecin traitant: Carcinome in situ du col (D06.9)
- Rapport de sortie: Infection urinaire (N39.0)
Rapport du laboratoire: EMU: Culture positive pour E. Coli + de 100.000 colonies
Diagnostic final attribué après approbation du médecin traitant: Infection urinaire à E. coli (N39.0 + B96.20)
- Rapport de sortie: Pneumonie (J18.9)
Rapport du laboratoire: Crachat: quelques coques gram positifs à l'examen direct, culture: croissance de rares colonies de staphylocoques blancs.
Diagnostic final attribué après approbation du médecin traitant: Pneumonie sans germe identifié (J18.9). Dans ce cas-ci, le médecin a considéré les germes détectés au laboratoire comme des contaminants.
- Diagnostic: Fracture du fémur, contact initial (S72.90XA)
Protocole de radiologie: Fracture ouverte du col fémoral droit, sous-trochantérienne
Diagnostic final attribué après approbation du médecin traitant: Fracture ouverte du col fémoral droit, sous-trochantérienne, contact initial (S72.21XB)

L'attribution d'un code se base généralement sur la documentation rédigée par le médecin en charge du patient. Il est également approprié de se baser sur la documentation des autres médecins (par exemple, des consultants, des résidents, l'anesthésiste) impliqués dans les soins et traitement du patient pour attribuer un code, pour autant que ces informations ne soient pas en conflit avec celles mentionnées par le médecin en charge du patient. Il n'est pas nécessaire de contacter le médecin en charge du patient si un médecin impliqué dans les soins et traitement du patient (y compris dans le cas d'un médecin consultant) a documenté un diagnostic et que celui-ci ne rentre pas en conflit avec un diagnostic rapporté dans le dossier par un autre médecin. S'il existe des contradictions entre les diagnostics rapportés au dossier par différents médecins, le médecin traitant doit être interrogé pour clarifier la situation car en fin de compte, c'est lui qui est responsable du diagnostic final.

Si le médecin traitant ne confirme pas que les découvertes anatomopathologiques ou radiologiques correspondent à une affection spécifique, il faut l'interroger à propos de la signification clinique de ces résultats et la pertinence de les enregistrer dans le RHM en tant que résultats anormaux d'examen. Bien que le pathologiste et le radiologue fournissent une interprétation écrite de la biopsie tissulaire ou de l'image radiologique, ceci n'est pas équivalent au diagnostic médical du médecin traitant qui se base lui sur l'image clinique complète du patient. Le médecin traitant est responsable de, et directement impliqué dans les soins et le traitement du patient. L'interprétation d'un échantillon isolé par le pathologiste ou l'interprétation d'une

image par le radiologue, qui ne disposent souvent pas de l'ensemble du contexte clinique entourant cet échantillon/ce cliché, n'est pas identique à un diagnostic fourni par un médecin directement impliqué dans les soins au patient. En effet, les résultats d'examens désignent rarement une et une seule affection: la localisation de la biopsie, pas toujours fournie au pathologiste, a une grande importance, de même que le mode de prélèvement et de conservation de l'échantillon, les traitements reçus précédemment pouvant affecter l'apparence microscopique ou radiologique des lésions.

Les résultats d'examen doivent donc toujours être mis en perspective du contexte global du patient par le médecin ayant celui-ci en charge pour être correctement interprétés.

A l'inverse, les rapports d'examen peuvent offrir des précisions supplémentaires par rapport au diagnostic initial du médecin. Par exemple, si le médecin traitant note "masse dans le sein" et que l'anatomo-pathologiste mentionne un "carcinome du sein", il s'agit ici d'informations complémentaires et le codage requiert, dans ce cas, une clarification de la part du médecin traitant.

1. INTRODUCTION

Une fois que le dossier du patient a été passé en revue pour déterminer le diagnostic principal/diagnostic d'admission vérifié et les autres diagnostics à enregistrer (diagnostics secondaires), il faut entreprendre les étapes qui suivent pour localiser les codes à attribuer :

1. Localiser le terme principal dans l'index alphabétique.
 - Passer en revue les sous-termes et les modificateurs non essentiels liés au terme principal.
 - Suivre toutes les instructions de référence croisée.
 - Se référer à toutes les notes de l'index alphabétique.
 - Un tiret (-) à la fin d'une entrée de l'index indique que des caractères complémentaires sont requis.
2. Vérifier le code dans la liste systématique.
 - Lire l'intitulé du code.
 - Lire et suivre toutes les notes d'instruction. Se référer aux autres codes comme mentionné.
 - Déterminer si un caractère complémentaire doit être ajouté.
 - Déterminer la latéralité (droit ou gauche) et toute extension qui soit d'application.
3. Attribuer le ou les code(s) qui ont été vérifié(s).

Il est impératif que ces étapes soient suivies sans exception; l'affection qui doit être codée doit d'abord être localisée dans l'Index alphabétique et ensuite vérifiée dans la liste systématique. Se fier à sa mémoire ou utiliser uniquement l'index ou la liste systématique peut conduire à une attribution incorrecte du code.

2. LOCALISEZ L'ENTREE DU CODE DANS L'INDEX ALPHABETIQUE

La première étape du codage consiste à localiser le terme principal dans l'index alphabétique. Dans l'index alphabétique de l'ICD-10-CM, l'affection est mentionnée comme le terme principal, habituellement exprimée par un substantif. Des termes généraux, tels que "admission", "encounter" (contact) et "examination" (examen) sont utilisés pour localiser des entrées pour des codes de la section Z. Certaines affections sont indexées sous plus d'un terme principal. Par exemple, une réaction anxieuse peut être localisée dans l'index sous l'une des deux entrées suivantes :

Anxiety ... -reaction F41.1 Reaction ... -anxiety F41.1

Si un terme principal ne peut être localisé, le codeur doit envisager un synonyme, un éponyme ou un autre terme alternatif. Une fois que le terme principal est localisé, il faut chercher les sous-termes, les notes et les références croisées. Les sous-termes fournissent de nombreux types d'informations plus spécifiques et doivent être vérifiés attentivement, en suivant toutes les règles de l'index alphabétique. Le code fourni par le terme principal ne devrait pas être assigné tant que toutes les possibilités des sous-termes n'ont pas été épuisées.

Au cours de ce processus, il peut être nécessaire de consulter à nouveau le dossier médical pour voir si des informations complémentaires permettant d'attribuer un code plus spécifique ne sont pas disponibles. S'il n'est pas possible de localiser un sous-terme, il faut passer en revue les modificateurs non essentiels qui suivent le terme principal pour voir si le sous-terme n'est pas inclus dans ceux-ci. Sinon, il faut envisager des termes alternatifs.

Exercice 6.1

Sans vous référer à l'Index alphabétique des Maladies et des Traumatismes, souligner le mot indiquant le terme principal pour chaque diagnostic.

1. Infarctus myocardique aigu
2. Hypertrophie chronique des amygdales et des végétations
3. Cholécystite aiguë suppuré
4. Anévrysme syphilitique de l'aorte
5. Accouchement normal spontané, à terme
6. Surdosage médicamenteux aux barbituriques
7. Infection urinaire à E. Coli
8. Pneumonie hémorragique
9. Admission pour ajustement de bras artificiel
10. Hernie inguinale bilatérale

3. VERIFIEZ LE CODE DANS LA LISTE SYSTEMATIQUE

Une fois que l'entrée du code a été localisée dans l'index alphabétique, le codeur doit se référer dans la liste systématique au code mentionné; un code ne doit pas être attribué sans cette vérification. En plus de l'intitulé du code, il peut être nécessaire que le codeur revoie les titres du chapitre, de la section et de la catégorie auxquels le code appartient pour s'assurer que le code correct a été identifié. L'intitulé de la liste systématique ne correspond pas toujours mot pour mot à l'entrée de l'index alphabétique. Il est généralement clair s'il s'agit ou non du code adéquat pour cette affection. Par exemple :

- Dans la liste systématique, le code d'appendicite (K37) possède le modificateur complémentaire "unspecified" (non spécifié). Ceci doit alerter le codeur qu'il doit regarder ailleurs lorsque le type d'appendicite est précisé dans le dossier du patient.
- Les règles douloureuses (N94.6) ont comme intitulé "Dysmenorrhea, unspecified" dans la liste systématique. Bien que l'intitulé de la liste systématique ne soit pas identique au terme de l'index alphabétique, il est clair qu'il s'agit du bon code pour cette affection.

Toute discordance significative entre l'entrée de l'index et l'intitulé de la liste systématique doit alerter le codeur sur la nécessité de retourner à l'index alphabétique pour y rechercher un terme plus approprié.

Tous les termes et toutes les notes d'instruction doivent être lus et suivis **quand cela s'applique, avec une attention particulière aux notes d'exclusion**. Habituellement dans l'index, le code mentionné à côté de l'entrée du terme principal est celui de l'affection non spécifiée. Il est important de revoir les autres codes dans cette zone de l'index pour déterminer si un code plus spécifique ne pourrait pas être attribué.

4. EXEMPLES DE CODAGE

Suivez les étapes décrites ci-dessus pour déterminer le code correct de chacun des diagnostics mentionnés ci-dessous :

- **Hirsutisme**

Référez-vous au terme principal "Hirsutism" dans l'index alphabétique, qui fournit le code L68.0. Notez qu'il n'y a aucun sous-terme. Vérifiez ceci en vous référant au code L68.0 de la liste systématique. Dans ce cas, l'entrée de l'index et l'intitulé de la liste systématique sont identiques et le code L68.0 doit être attribué.

- **Obstruction de la veine porte**

Référez-vous au code I81 via le terme principal "Obstruction" dans l'index alphabétique, et le sous-terme "portal (circulation)(vein)". Une note d'inclusion de la liste systématique indique "portal (vein) obstruction". Si vous n'êtes pas certain que thrombose et obstruction désignent la même affection pour le codage, vérifiez dans l'index au niveau du terme principal "Thrombosis" (thrombose).

- **Abscès de la paroi abdominale à staphylocoque**

Consultez le terme principal "Abscess", et ensuite le sous-terme "abdomen, abdominal", et ensuite le sous-terme "wall". Le code proposé est L02.211. Lisez la note "use additional code" dans la liste systématique qui vous conseille d'attribuer également un code pour identifier le germe responsable (B95-B96).

Indice: si vous éprouvez des difficultés pour localiser cette note, vous la trouverez sous le titre de la catégorie L02. Consultez le terme "Infection, staphylococcal" et le sous-terme "as cause of disease classified elsewhere" et trouvez le code B95.8 qui est attribué dans la liste systématique. L'intitulé du code est "Unspecified staphylococcus as the cause of diseases classified elsewhere". Revoyez le dossier du patient à la recherche d'une mention du type spécifique de staphylocoque impliqué dans l'infection.

Si le type est mentionné, considérez les codes B95.61, B95.62 ou B95.7; si non, attribuez le code B95.8 comme code complémentaire.

- **Aplasie de l'artère pulmonaire**

Référez-vous au terme principal "Aplasia". Vérifiez les sous-termes et remarquez qu'il n'y a pas d'entrée pour l'artère pulmonaire mais qu'il existe une référence croisée "see also Agenesis". Suivez le conseil de cette référence croisée et référez-vous à "Agenesis". Vous y verrez immédiatement un sous-terme plus spécifique pour "artery, pulmonary" avec le code Q25.79. Dans la liste systématique, l'intitulé de ce code est "Other congenital malformations of pulmonary artery" et il s'agit clairement du code correct pour cette affection. Comme confirmation supplémentaire qu'il s'agit du code correct, la mention "agénésie de l'artère pulmonaire" est reprise dans ses termes d'inclusion.

- **Bronchopneumonie aiguë due à l'aspiration d'huile**

Repérez le terme principal "Bronchopneumonia" dans l'index alphabétique. Notez l'instruction de référence croisée vers "see Pneumonia, broncho". Suivez cette référence croisée en consultant le terme principal "Pneumonia (acute) (double) (migratory)". Notez que le terme "aiguë" est un modificateur non essentiel mentionné entre parenthèses à côté du terme principal "Pneumonie". Il s'applique également au sous-terme, donc le terme "aiguë" a à présent également été pris en compte mais il n'affecte pas directement le choix du code. Référez-vous aux sous-termes qui suivent et qui sont mentionnés sous le terme principal:

Pneumonia (acute) (double) (migratory) broncho-, bronchial (confluent) (croupous) (diffuse) (disseminated) (hemorrhagic) --aspiration -- see Pneumonia, aspiration

Notez la référence croisée "see Pneumonia, aspiration". Référez-vous au sous-terme "aspiration" et localisez le code J69.0. Cherchez parmi le terme principal et les sous-termes cités plus haut et surlignez les parties qui composent le diagnostic qui ont été localisées jusqu'à présent. Notez que toutes les composantes du diagnostic ont été localisées, excepté "of oil". Référez-vous à nouveau au terme "Pneumonia, aspiration", et vous verrez qu'il existe ici des sous-termes complémentaires sous les termes de liaison "due to" avec un sous-terme pour "oils and essences" qui vous conduit au code J69.1. Référez-vous au code J69.1 dans la liste systématique et notez que l'intitulé de ce code est "Pneumonitis due to inhalation of oils and essences".

Bien que l'intitulé ne soit pas formulé exactement de la même manière que le diagnostic dans le dossier du patient, il existe une corrélation si proche qu'il est clair qu'il s'agit du code qui doit être attribué. Attribuez le

code J69.1 parce qu'il couvre tous les éléments du diagnostic et qu'aucune note d'instruction ne contredit son usage

Exercice 6.2

En vous servant de l'index et la liste systématique, codez les diagnostics qui suivent.

1. <u>Hypertrophie</u> chronique des amygdales et des végétations	J35.3
2. <u>Maladie fibrokystique</u> du sein (féminin)	N60.19
3. <u>Mastoïdite</u> aiguë suppurative avec abcès sous-périostal	H70.019
4. <u>Hernie</u> inguinale gauche, directe, récurrente, avec gangrène	K40.41
5. <u>Infection</u> aiguë des voies respiratoires supérieures associée à la grippe	J11.1
6. <u>Kyste</u> bénin du sein droit	N60.01
7. <u>Bunion (hallux valgus)</u> , gros orteil droit	M21.611
8. <u>Fracture</u> d'abduction de la colonne acétabulaire antérieure, non déplacée, Contact subséquent avec consolidation normale	S32.436D
9. Bronchectasies avec <u>bronchite</u> aiguë	J47.0 J20.9
10. <u>Ulcère</u> peptique aigu hémorragique	K27.0
11. <u>Démence</u> avec comportement agressif	F03.91
12. <u>Dégénérescence</u> héréditaire <u>de la rétine</u>	H35.50

1. INTRODUCTION

Les directives de base de codage discutées dans ce chapitre s'appliquent à tout le système de classification ICD-10-CM. Il est vital de suivre ces principes pour sélectionner le code précis et séquencer les codes correctement. Les directives qui s'appliquent à des chapitres spécifiques de l'ICD-10-CM seront discutées dans les chapitres correspondants de ce manuel. Les instructions et les conventions de la classification elle-même ont priorité sur les directives.

2. UTILISEZ A LA FOIS L'INDEX ALPHABETIQUE ET LA LISTE SYSTEMATIQUE

Les conventions de l'ICD-10-CM sont les règles générales d'utilisation de la classification, indépendamment des directives. Ces conventions sont incorporées dans l'index alphabétique et dans la liste systématique de l'ICD-10-CM sous forme de notes d'instruction.

Le premier principe de codage consiste à utiliser à la fois l'index alphabétique et la liste systématique pour trouver et attribuer les codes appropriés. Le diagnostic, l'affection ou la raison de l'admission qui doit être codé doit d'abord être repéré dans l'index et ensuite le code qui est proposé à cet endroit doit être vérifié dans la liste systématique. L'index ne fournit pas le code complet. La sélection du code complet, incluant la latéralité et tout 7^{ème} caractère éventuellement d'application, ne peut être faite qu'en utilisant la liste systématique. Le codeur doit suivre toutes les notes d'instruction pour s'assurer de ne pas omettre des sous-termes plus spécifiques ou d'autres notes d'instruction. Les codeurs expérimentés font parfois confiance à leur mémoire pour les codes utilisés fréquemment mais il est impératif de se référer systématiquement à l'index alphabétique et à la liste systématique, quelle que soit l'expérience du codeur.

3. ATTRIBUEZ LES CODES JUSQU'AU NIVEAU DE DETAIL LE PLUS ELEVE

Un second principe de base consiste à utiliser les codes jusqu'au plus grand nombre de caractères disponibles. Pour ce faire, il faut suivre ces étapes:

1. Attribuez un code de maladie à 3 caractères uniquement s'il n'existe pas de subdivision ultérieure (lorsqu'il n'y a pas de code à 4 caractères dans cette catégorie).
2. Attribuez un code à 4 caractères uniquement quand il n'existe pas de code à 5 caractères dans cette sous-catégorie.
3. Attribuez un code à 5 caractères uniquement quand il n'existe pas de code à 6 caractères dans cette sous-catégorie.
4. Attribuez un code à 6 caractères quand une sous-classification à 6 caractères est fournie.
5. Attribuez une valeur pour le 7^{ème} caractère quand celle-ci est fournie.

Tous les caractères doivent être utilisés. Aucun caractère ne peut être omis et aucun ne peut être ajouté. La seule exception à cette règle est le caractère substitutif "X".

Pour les codes possédant moins de 6 caractères qui requièrent l'ajout d'un 7^{ème} caractère, un caractère substitutif "X" doit être attribué pour tous les caractères manquants pour constituer un code à 6 caractères. Le 7^{ème} caractère doit toujours occuper la 7^{ème} position dans le code. Un exemple de cette exception peut être observé au niveau des catégories T36-T50 (codes d'empoisonnement, réactions secondaires et sous-dosage).

Les exemples suivants illustrent ces principes de base du codage :

- Référez-vous à la liste systématique, catégorie J40, Bronchitis, not specified as acute or chronic. Le code J40 ne possède pas de subdivision à 4 caractères; dès lors, le code à 3 caractères est attribué.
- Référez-vous à la liste systématique, catégorie K35, Acute appendicitis. Cette catégorie comprend un 4^{ème} caractère indiquant la présence d'une péritonite généralisée ou localisée. Un cinquième et sixième caractère indique s'il y a abcès, gangrène ou perforation de l'appendice. Comme il existe une subdivision de 4,5,6 caractères, le code K35 ne peut être utilisé.
- Référez-vous à la liste systématique, catégorie J45, Asthma. La catégorie J45 a 5 subdivisions à 4 caractères (J45.2, J45.3, J45.4, J45.5 et J45.9). Elle utilise également une subdivision finale (à 5 ou 6 caractères) pour préciser la présence éventuelle d'un état de mal asthmatique ou d'une exacerbation aiguë. Pour assurer la précision du codage, toute assignation d'un code de la catégorie J45 doit contenir 5 caractères pour les sous-catégories J45.2-J45.5 ou 6 caractères pour la sous-catégorie J45.9.
- Référez-vous à la liste systématique, catégorie T27, Burn and corrosion of respiratory tract. La catégorie T27 possède 8 subdivisions à 4 caractères pour préciser si l'affection est une brûlure ou une corrosion et pour fournir des détails sur la partie des voies respiratoires atteinte. La note générale au niveau de la catégorie T27 indique également qu'il faut ajouter le 7^{ème} caractère approprié à chaque code de cette catégorie. Comme les codes de la catégorie T27 ont une longueur de 4 caractères seulement, le caractère substitutif "X" est utilisé pour occuper l'espace des 5^{ème} et 6^{ème} caractères avant que le 7^{ème} caractère ne puisse être ajouté. Par exemple, un contact initial pour brûlure du larynx et de la trachée serait codé T27.OXXA.

4. ATTRIBUEZ LES CODES NEC ET NOS LE CAS ECHEANT

Le terme principal de l'entrée dans l'index alphabétique est généralement suivi du code de l'affection non spécifiée. Ce code ne devrait jamais être attribué sans une révision approfondie des sous-termes pour déterminer si un code plus spécifique ne peut pas être localisé. Quand après révision, le codeur ne peut trouver une entrée plus spécifique dans l'index, il faut revoir les intitulés et les notes d'inclusion dans la liste systématique dans les subdivisions sous le code à 3, 4, ou 5 caractères. Le code résiduel NOS (not otherwise specified/non spécifié autrement) ne devrait jamais être attribué quand un code plus spécifique est disponible. Les exemples qui suivent illustrent ce principe de base :

- Référez-vous à l'index alphabétique au terme "hématome non traumatique du sein", qui est classé comme N64.89. Dans la liste systématique, cette affection est mentionnée comme "autre" affection spécifiée du sein. Même si le diagnostic est très spécifique, aucun code distinct n'est fourni.

- Référez-vous à l'index alphabétique au terme "phlébite". Notez que phlébite, non spécifiée autrement se code I80.9 "Phlebitis and thrombophlebitis of unspecified site ».

Supposons maintenant que la révision du dossier du patient fournit plus de précisions et qu'il ne s'agit pas seulement d'une phlébite du membre inférieur, mais plus précisément encore, d'une phlébite de la veine poplitée droite. Il faut attribuer le code plus spécifique I80.221 "Phlebitis and thrombophlebitis of right popliteal vein".

5. ATTRIBUEZ DES CODES COMBINES QUAND ILS SONT DISPONIBLES

Un code unique qui est utilisé soit pour classer 2 diagnostics, un diagnostic avec un processus secondaire associé (manifestation) ou un diagnostic avec une complication associée, est appelé un code combiné. Les codes combinés peuvent être repérés dans l'index en se référant aux sous-termes, particulièrement aux sous-termes qui suivent un terme de liaison tel que "with", "due to", "in", et "associated with". D'autres codes combinés peuvent être identifiés en lisant les notes d'inclusion et d'exclusion de la liste systématique.

Seul le code combiné est attribué lorsque ce code identifie complètement l'affection concernée ou quand l'index alphabétique indique de procéder de la sorte. Par exemple :

- Cholécystite aiguë avec cholélithiase (K80.00)
- Pharyngite aiguë due à une infection à streptocoque (J02.0)
- Hernie crurale bilatérale, récidivante, avec gangrène (K41.11)
- Glaucome avec augmentation de la pression veineuse épisclérale, œil gauche (H40.812)

Exercice 7.1

Codez les diagnostics suivants.

1. <u>Influenza</u> avec <u>gastroentérite</u>	J11.2
2. <u>Cholécystite</u> aiguë avec <u>cholélithiase</u> et cholédocholithiase	K80.62
3. <u>Méningite</u> à <u>Salmonelle</u>	A02.21
4. <u>Athérosclérose coronaire</u> (vaisseau natif) avec <u>angor</u> instable	I25.110

Occasionnellement, un code combiné ne possède pas la spécificité suffisante pour décrire la manifestation ou la complication; dans de tels cas, un code complémentaire peut être ajouté. Pour l'ajout d'un code complémentaire ou de codes qui apportent plus de spécificité, le codeur peut être aidé par les notes d'instruction de la liste systématique. Par exemple, le code O99.01- classe les anémies compliquant la grossesse. Comme il n'indique pas le type de l'anémie, un code complémentaire peut être ajouté à cette fin.

6. ATTRIBUEZ DES CODES MULTIPLES SI NECESSAIRE

Le codage multiple est l'utilisation de plus d'un code pour identifier complètement les éléments qui composent un intitulé complexe de diagnostic ou d'intervention.

Un intitulé complexe est un intitulé qui comprend des termes ou des phrases de liaison tels que "avec", "dû à", "lié à", "résultant de", "secondaire à" ou des terminologies similaires. Pour l'ajout d'un code complémentaire ou d'un code qui apporte plus de spécificité, le codeur peut être aidé par les instructions de la liste systématique. Lorsqu'il n'existe pas de code combiné, des codes multiples doivent être attribués, en fonction des besoins, pour décrire complètement l'affection indépendamment de la présence ou non de conseils à cet effet.

6.1. Codage multiple obligatoire

Le terme "classification double" est utilisé pour décrire l'attribution obligatoire de 2 codes pour fournir l'information à propos d'une manifestation et de la maladie ou de l'étiologie sous-jacente associée. Le codage multiple obligatoire est identifié dans l'index alphabétique par la mention entre crochets d'un second code. Le premier code identifie la pathologie sous-jacente et le second la manifestation. Les 2 codes doivent être attribués et enregistrés dans l'ordre mentionné (cf. Chapitre 3, §2.3).

Dans la liste systématique, la nécessité d'un codage "double" est indiquée par la présence au niveau du code de l'affection sous-jacente d'une note "utilisez un code additionnel" et par la présence au niveau du code de la manifestation d'une note "codez en premier l'affection sous-jacente". Dans les versions imprimées des livres de codes ICD-10-CM, les codes de manifestation sont en italique.

Les codes de manifestation ne peuvent jamais être désignés comme diagnostic principal, et le code de l'affection sous-jacente doit toujours être mentionné en premier lieu, excepté dans de rares situations où d'autres instructions sont fournies. Un code mentionné entre crochets dans l'index ne peut être utilisé que comme diagnostic secondaire pour l'affection ainsi référencée dans l'index.

Par exemple :

- Démence dans la maladie de Parkinson
G20 Parkinson's disease
F02.80 Dementia in other diseases classified elsewhere without behavioral disturbance
- Arthrite dans l'hémophilie
D66 Hereditary factor VIII deficiency
M36.2 Hemophilic arthropathy

Exercice 7.2

Codez les diagnostics suivants selon les principes de codage à appliquer pour une séquence correcte des codes.

1. <u>Amyloïdose</u> cardiaque	<u>E85.4</u> , I43
2. Chorioretinite sur histoplasmose	<u>B39.9</u> , H32
3. Dégénérescence médullaire combinée à une anémie par carence alimentaire en vitamine B12	<u>D51.3</u> , G32.0
4. Mycose de l'oreille droite	<u>B36.9</u> , H62.41
5. Cataracte associée à une hypoparathyroïdie	<u>E20.9</u> , H28

6.2. Codage multiple éventuel

Dans la liste systématique, les notes "code first" apparaissent sous certains codes qui ne sont pas particulièrement des codes de manifestation, mais qui sont des codes d'affections qui peuvent avoir une cause sous-jacente. Lorsqu'il existe une instruction "code first" et qu'une affection sous-jacente est présente, l'affection sous-jacente doit être enregistrée en premier lieu. Par exemple, il existe sous le code de l'ascite néoplasique maligne (R18.0) une note "coder en premier lieu" l'affection maligne, telle que : néoplasme malin de l'ovaire (C56.-). Dans cette situation, le code C56.- devrait être mentionné en premier lieu, suivi du code R18.0.

L'instruction "code, if applicable, any causal condition first" indique qu'il ne faut attribuer des codes multiples que si l'affection causale est rapportée comme étant présente. Le code, pour lequel cette instruction est d'application, peut être attribué comme diagnostic principal mais uniquement lorsque l'affection causale est inconnue ou n'est pas d'application. Si l'affection causale est connue, le code de cette affection doit être séquencé en premier lieu. Par exemple, le code R33.8 "Other retention of urine" requiert que le code identifiant l'hypertrophie prostatique (N40.1) soit mentionné en premier lieu, mais uniquement si l'hypertrophie prostatique est documentée comme étant la cause de la rétention urinaire.

L'instruction "use additional code" est présente dans la liste systématique au niveau des codes ne faisant pas partie d'un couple étiologie/manifestation lorsqu'un code secondaire est utile pour décrire complètement une affection. Cette instruction indique qu'il ne faut attribuer des codes multiples que si la présence de la précision complémentaire mentionnée est effectivement documentée par le médecin traitant.

En voici quelques exemples :

- Le codage d'un néoplasme malin de la base de la langue (C01) requiert un code complémentaire pour identifier l'antécédent de tabagisme (Z87.891), mais uniquement si cet antécédent est documenté dans le dossier du patient par le médecin traitant.
- Le codage d'une infection des voies urinaires (N39.0) requiert un code complémentaire pour identifier l'organisme responsable, par exemple un E. Coli (B96.20), si ce dernier a été documenté dans le dossier du patient par le médecin traitant.

Exercice 7.3

Codez les diagnostics suivants.

1. <u>Cystite</u> aiguë due à une <u>infection</u> à <u>E. Coli</u>	<u>N30.00</u> , B96.20
2. <u>Gastrite</u> alcoolique liée à un <u>alcoolisme</u> chronique	<u>K29.20</u> , F10.20
3. <u>Diverticulite</u> colique avec <u>hémorragie</u> intestinale	<u>K57.33</u>
4. <u>Névralgie diabétique</u> sur un diabète de type 2 traité par insuline	<u>E11.42</u> , Z79.4
5. <u>Erythème multiforme</u> avec <u>arthrite</u>	<u>L51.9</u> , M14.80
6. <u>Hépatite</u> A fulminante, avec coma hépatique	<u>B15.0</u>

6.3. Evitez le codage multiple superflu

Il faut éviter de coder sans discrimination des informations non pertinentes. Par exemple, les codes de symptômes et signes caractéristiques d'un diagnostic et faisant partie intégrante de celui-ci ne devraient jamais être attribués (à moins d'une instruction contraire de la classification). Notez cependant, à l'inverse, que les signes et symptômes complémentaires qui ne sont pas couramment associés avec une maladie devraient être codés s'ils sont présents et qu'ils répondent aux critères de codage.

Les codes ne sont jamais attribués uniquement sur base de résultats de tests diagnostiques, tels que la biologie, la radiologie ou l'électrocardiogramme, à moins que le diagnostic n'ait été confirmé par le médecin. Par exemple, les rapports de sortie mentionnent souvent des affections telles qu'une hernie hiatale, une atélectasie et un bloc de branche droit, sans autre mention permettant de juger de la pertinence de ces affections par rapport aux soins donnés au cours du séjour. Un code ne peut pas être enregistré si le médecin ne fournit pas la documentation permettant d'étayer la pertinence de ces affections pour l'épisode de soins.

Les codes désignés comme "non spécifiés" ne sont jamais attribués quand un code plus spécifique est attribué pour la même affection générale.

Par exemple, « diabète mellitus with unspecified complication » (E11.8) ne sera pas utilisé quand un code de diabète avec complication rénale est utilisé pour le même épisode de soin (E11.29).

6.4. Latéralité

Certains codes de l'ICD-10-CM indiquent la latéralité, en spécifiant si l'affection atteint le côté gauche ou droit, ou si elle est bilatérale. Si aucun code de latéralité n'est fourni et que l'affection est bilatérale, attribuez des codes séparés pour le côté gauche et le côté droit. Si le côté n'est pas identifié dans le dossier médical, attribuez le code du "côté non spécifié". Par exemple:

Q70.10 Webbed fingers, unspecified hand

Q70.11 Webbed fingers, right hand

Q70.12 Webbed fingers, left hand

Q70.13 Webbed fingers, bilateral

Lorsqu'un patient a une condition bilatérale et que chaque côté est traité lors de séjours distincts, il faut attribuer le code pour la pathologie «bilatérale» (étant donné que la condition existe toujours des deux côtés), lors du 1^{er} séjour pour traiter le premier côté. Pour la deuxième hospitalisation, un côté ayant déjà été traité et la condition n'existant plus de ce côté, il faut attribuer le code unilatéral pour la condition qui existe encore (par exemple, la chirurgie de la cataracte effectuée sur chaque œil lors de séjours différents). Si le premier traitement n'a pas résolu complètement le problème lors du premier séjour, le code pour la pathologie bilatérale sera encore attribué lors du 2^{ème} séjour.

7. CODEZ UN DIAGNOSTIC NON CONFIRME COMME S'IL ETAIT ETABLI

Quand au cours d'une hospitalisation un diagnostic est qualifié de "possible", "probable", "suspecté", "vraisemblable", "discutable", "? " ou "à exclure" au moment de la sortie, l'affection doit être codée et enregistrée comme si le diagnostic était établi.

D'autres termes qui répondent à la définition d'une affection probable ou suspecte sont "compatible avec", "indicatif de", "suggestif de", "apparaît comme" et "comparable à". Notez qu'il y a des exceptions à cette règle, à savoir le codage du SIDA/de l'infection par HIV (voir chapitre 1 'Certain Infectious and Parasitic Diseases' de ICD-10-CM) et celui de la grippe due à un autre virus grippal identifié (par exemple la grippe aviaire ou un autre nouveau virus de l'influenza A) (voir chapitre 10 'Diseases of the Respiratory System' de ICD-10-CM) où on ne code que les cas qui sont rapportés comme confirmés dans le dossier par le médecin. Exemples:

- Un patient est admis pour douleur abdominale généralisée sévère. A la sortie, le diagnostic formulé par le médecin est: douleur abdominale probablement due à une gastrite aiguë. Seul le code de gastrite est attribué car la douleur est implicite avec ce diagnostic. Codage: K29.00
- Un patient est admis et sort avec un diagnostic final d'ulcère peptique probable pour lequel une mise au point complémentaire est demandée. Codage: K27.9
- Un patient est admis et sort avec un diagnostic de possible syndrome cérébral post-traumatique non psychotique. Codage: F07.81

7.1. "A exclure" versus "exclu"

Il est important de distinguer les termes "à exclure", qui signifie que le diagnostic est encore considéré comme possible et "exclu", qui indique que le diagnostic qui a été considéré au départ comme probable n'est plus considéré comme une possibilité.

Les diagnostics décrits par les termes "à exclure" sont codés comme s'ils étaient établis pour l'épisode de soins hospitalier considéré, de la même manière qu'on code les diagnostics décrits comme possibles ou probables. Les diagnostics décrits comme "exclus" ne sont jamais codés. Si une autre affection a été identifiée, ce diagnostic devra être codé; si ce n'est pas le cas, il faut attribuer le code du symptôme d'appel ou autre état précurseur. Voici quelques exemples de codes attribués selon ce principe de codage :

- Exclure un ulcère gastrique...
K25.9 [*l'affection est codée*]
- Appendicite aiguë, exclue ; Diverticule de Meckel trouvé pendant l'intervention chirurgicale :
Q43.0 [*coder uniquement le diverticule*]
- Exclure une angiodysplasie du côlon :
K55.20 [*l'affection est codée*]

7.2. Diagnostics "borderline"

Il faut être prudent avec les diagnostics documentés comme "borderline". Un diagnostic borderline n'est pas équivalent à un diagnostic incertain et doit être traité différemment. Les diagnostics borderline sont codés comme des diagnostics confirmés à moins que la classification ne propose une entrée spécifique (par ex, diabète sucré borderline). Si une affection "borderline" dispose d'une entrée spécifique dans l'index de l'ICD-10-CM, elle doit être codée comme telle. Demandez une clarification au médecin traitant chaque fois que la documentation concernant l'affection borderline n'est pas claire.

7.3 Utilisation de signes / symptômes et de codes non spécifiés

Bien que tous les efforts doivent être faits pour enregistrer des codes de diagnostic spécifiques lorsque cela est corroboré par le dossier médical disponible, l'utilisation de signe / symptôme et de code « unspecified » (non spécifié) est acceptable, et peut même être nécessaire, dans les cas suivants:

- si un diagnostic définitif n'a pas été établi à la fin de l'hospitalisation.
- si un code plus spécifique ne peut pas être attribué en raison d'informations cliniques insuffisantes ou indisponibles sur un problème de santé particulier .

Un code non spécifié doit être signalé lorsqu'il est le code qui reflète le mieux ce que l'on sait de l'état du patient au moment de la rencontre.

8. AFFECTIONS AIGÜES ET CHRONIQUES

Quand une même affection est décrite à la fois comme aiguë (ou subaiguë) et chronique, elle doit être codée en accord avec les entrées de l'index alphabétique pour cette affection.

S'il existe au même niveau d'indentation dans l'index alphabétique des sous-termes distincts pour le caractère aigu (ou subaigu) et pour le caractère chronique, les 2 codes doivent être attribués, avec le code de la pathologie aiguë enregistré en premier lieu. Notez qu'une affection décrite comme subaiguë est codée comme aiguë s'il n'existe pas de sous-terme distinct pour subaigu.

Par exemple, référez-vous à l'entrée de l'index alphabétique pour une bronchite aiguë et chronique :

Bronchitis ... - acute or subacute .. J20.9 - chronic ... J42

Comme les 2 sous-termes apparaissent au même niveau d'indentation, les 2 codes sont attribués et le code J20.9 est enregistré en premier lieu.

Quand un seul terme est mentionné dans la liste des sous-termes, et que l'autre est mentionné entre parenthèses comme modificateur non essentiel, seul le code correspondant au sous-terme est attribué.

Par exemple, pour un diagnostic d'adénoïdite aiguë et chronique, l'entrée dans l'index alphabétique est la suivante:

Adenoiditis (chronic) J35.02 - acute J03.90

Dans ce cas, seul le code J03.90 Acute tonsillitis, unspecified (amygdalite aiguë, non spécifiée) est attribué.

Dans certains cas, un code combiné a été prévu lorsque l'affection est décrite comme à la fois aiguë et chronique. Par exemple, le code J96.20 comprend à la fois l'insuffisance respiratoire aiguë et l'insuffisance respiratoire chronique. Lorsqu'il n'existe pas de sous-entrée pour aigu (ou subaigu) ou chronique, ces modificateurs n'entrent pas en considération pour le codage de l'affection. Par exemple, référez-vous à Mastopathy, cystic (mastopathie, kystique). Ni le sous-terme aigu, ni le sous-terme chronique ne sont mentionnés comme sous-termes, donc le code N60.1- est attribué.

Exercice 7.4

Codez les diagnostics suivants.

1. <u>Appendicite</u> aiguë et chronique	<u>K35.80</u> , K36
2. <u>Pyélonéphrite</u> subaiguë et chronique	<u>N10</u> , N11.9
3. <u>Cervicite</u> aiguë et chronique	N72
4. <u>Abcès</u> du ligament large, aigu et chronique	<u>N73.0</u> , N73.1
5. <u>Canaliculite</u> (lacrymale) bilatérale, aiguë et chronique	H04.423

9. AFFECTION IMMINENTE OU MENAÇANTE

La sélection d'un code pour une affection décrite comme imminente ou menaçante au moment de la sortie du patient dépend en premier lieu du fait que la pathologie soit réellement survenue ou non. Si elle a eu lieu, l'affection imminente/menaçante est codée comme un diagnostic confirmé.

Par exemple, le dossier médical comporte un diagnostic de menace d'accouchement prématuré à 28 semaines de grossesse. La révision du dossier du patient montre l'accouchement d'un enfant mort-né durant le séjour hospitalier. Ce cas est codé O60.14X0, "Preterm labor third trimester with preterm delivery third trimester, not applicable or unspecified", parce que la pathologie menaçante est survenue.

Cependant, si ni l'affection imminente/menaçante, ni une pathologie qui y est liée ne survient, le codeur doit consulter l'index alphabétique pour répondre aux 2 questions suivantes: la pathologie est-elle indexée sous le terme principal imminente/menaçante? Existe-t-il un sous-terme pour "imminent/menaçant" sous le terme principal de la pathologie? Si de tels termes apparaissent, le codeur doit attribuer le code qui est fourni pour ceux-ci. Il existe plusieurs sous-termes sous chacun des termes principaux "Impending" (imminent) et "Threatened" (menaçant), ainsi que plusieurs termes principaux qui possèdent ces sous-termes. Par exemple, si une patiente est admise pour menace d'avortement mais que l'avortement est évité, le code O20.0 "Threatened abortion" est attribué car l'index propose un sous-terme pour "threatened" sous le terme principal "abortion".

Quand aucun des deux termes n'est indexé, l'état précurseur qui a réellement existé est codé et aucun code n'est attribué pour l'affection décrite comme imminente ou menaçante. Par exemple, un patient est admis pour menace de gangrène des membres inférieurs mais un traitement rapide permet d'éviter la gangrène. Comme la gangrène n'a pas eu lieu et qu'il n'existe pas d'entrée dans l'index pour une gangrène imminente, il faut attribuer un code qui représente la situation existante qui suggérerait la possibilité d'une gangrène, telle qu'une rougeur ou un gonflement de l'extrémité.

10. ENREGISTRER PLUSIEURS FOIS LE MEME CODE DIAGNOSTIC

Chaque code ICD-10-CM ne peut être enregistré qu'une seule fois au sein d'une même spécialité. Ceci s'applique à la fois pour les affections bilatérales lorsqu'il n'existe pas de code distinct pour identifier la latéralité ou lorsque deux affections différentes sont classées sous le même code diagnostique ICD-10-CM.

11. SEQUELLES

Une séquelle est une affection résiduelle qui persiste après la fin de la période aiguë d'une maladie ou d'un traumatisme. De telles affections peuvent apparaître n'importe quand après le traumatisme aigu ou après la maladie aiguë.

Il n'y a pas de délai minimum établi pour pouvoir considérer une affection comme étant une séquelle. Certaines séquelles apparaissent précocement après que le traumatisme original ou la maladie ait été résolu, d'autres peuvent apparaître plus tardivement. Certaines affections consécutives à un traumatisme, telles que les contractures et les cicatrices, sont par définition des séquelles de l'affection, peu importe quand elles apparaissent.

Les séquelles comprennent des affections décrites comme telles dans le dossier ou comme "conséquence tardive" de maladie ou traumatisme antérieur. Le fait qu'une affection soit une séquelle peut être déduit quand le libellé du diagnostic contient des termes tels que:

- Tardif
- Ancien
- Dû à un traumatisme ou une maladie antérieure
- A la suite d'un traumatisme ou d'une maladie antérieure
- Traumatique, sans évidence de traumatisme actuel

Exercice 7.5

Notez un « X » à côté de chaque diagnostic mentionné ci-dessous qui identifie une séquelle de traumatisme ou de maladie. Pour chaque intitulé, soulignez une fois la séquelle et 2 fois la cause de celle-ci.

1. Hémiplégie sur <u>accident vasculaire cérébral</u> ancien	X
2. <u>Contracture</u> de l'articulation de l'index droit après <u>fracture</u>	X
3. <u>Scoliose</u> sur une ancienne <u>paralysie infantile</u>	X
4. Lacération de tendon du doigt 2 semaines auparavant; admission maintenant pour réparation du tendon	
5. <u>Chéloïde</u> secondaire à un <u>traumatisme</u> 9 mois auparavant	X
6. <u>Retard mental</u> sur une <u>encéphalite virale</u> antérieure	X

11.1. Trouver les codes de séquelle

Les codes qui indiquent la cause d'une séquelle peuvent être repérés en se référant dans l'index alphabétique au terme "Sequelae" (séquelle) (excepté pour les séquelles de traumatisme, d'empoisonnement, et certaines autres conséquences de causes externes). Notez qu'ICD-10-CM ne propose qu'un nombre limité de codes pour préciser la cause d'une séquelle :

B90.0-B90.9	Sequelae of tuberculosis
B91	Sequelae of poliomyelitis
B92	Sequelae of leprosy
B94.0-B94.9	Sequelae of other and unspecified infectious and parasitic diseases
E64.0-E64.9	Sequelae of malnutrition and other nutritional deficiencies
E68	Sequelae of hyperalimentation
G09	Sequelae of inflammatory diseases of central nervous system
G65.0-G65.2	Sequelae of inflammatory and toxic polyneuropathies
I69.0-I69.9	Sequelae of cerebrovascular disease
O94	Sequelae of complication of pregnancy, childbirth, and the puerperium

11.2. Deux codes requis

Le codage complet des séquelles requiert 2 codes :

- Le code de la séquelle même (la nature de la séquelle)
- Le code indiquant la cause de la séquelle

L'affection, ou la nature de la séquelle, est codée en premier lieu suivie du code précisant la cause de la séquelle, excepté dans quelques situations où l'index alphabétique et la liste systématique donnent d'autres instructions. Si la séquelle est due à un traumatisme, un empoisonnement et certaines autres causes externes (S00-T88), il faut attribuer un 7^{ème} caractère de "séquelle" au code du traumatisme ainsi qu'au code de cause externe (V01-Y95).

Par exemple :

<u>M19.111</u> + S42.301S	Arthrite post-traumatique de l'épaule droite sur fracture ancienne de l'humérus droit
<u>G83.10</u> + B91	Paralysie de la jambe sur ancienne poliomyélite
<u>N29</u> + B90.1	Calcification rénale d'origine tuberculeuse

Il existe 3 exceptions aux règles de codage requérant 2 codes pour coder les séquelles :

- Quand la nature de la séquelle n'est pas rapportée, seule la cause de la séquelle est codée.
- Lorsque l'ICD-10-CM ne propose pas de code pour la cause de la séquelle mais que l'affection est décrite comme une séquelle, seule la nature de la séquelle est codée. Notez que les affections décrites comme dues à une chirurgie antérieure ne sont pas codées comme séquelles mais sont classées comme antécédents ou comme complications de la chirurgie antérieure, en fonction de la situation.
- Lorsque le code de séquelle a été étendu au niveau du(des) 4, 5 ou 6 caractère(s) pour inclure la manifestation de la séquelle, seul le code de la cause de la séquelle est attribué.

Par exemple, le code I69.010 « attention and concentration deficits following nontraumatic subarachnoid hemorrhage » comprend la cause de la séquelle (hémorragie sous-arachnoïdienne non traumatique) ainsi que la manifestation (déficits d'attention et de concentration).

12. SEQUELLE VERSUS MALADIE OU TRAUMATISME ACTUEL

Le(s) code(s) de séquelle ne peut (peuvent) pas être utilisé(s) en même temps que le code de la maladie aiguë ou du traumatisme aigu dont la séquelle découle .

Il existe une exception à cette règle .

Un code de la catégorie I69, Sequelae of cerebrovascular disease, (séquelles de maladie cérébrovasculaire) peut être attribué avec un code I60-I67, lorsqu'un patient présentant des séquelles de maladie cérébrovasculaire antérieure revient pour un nouvel accident cérébrovasculaire.

Par exemple, un patient atteint d'aphasie suite à une hémorragie sous durale survenue deux ans auparavant, est réadmis avec une thrombose cérébrale aiguë. Dans ce cas , le codage est le suivant : I66.9 « occlusion and stenosis of unspecified cerebral artery » avec le I69.220 « aphasia following other nontraumatic intracranial hemorrhage ».

Exercice 7.6

Codez les diagnostics suivants.

1. Lésions résiduelles de poliomyélite	Sequelae (séquelle)	B91
2. <u>Séquelle</u> d'un écrasement ancien du pied gauche		S97.82XS
3. Hémiplégie résiduelle sur AVC ischémique 2 ans auparavant, affectant le côté droit dominant	Sequelae (séquelle)	I69.351
4. <u>Contracture</u> de la hanche après remplacement partiel de la hanche un an auparavant		M24.559, Z96.649

Exercice 7.7

Codez les diagnostics suivants.

1. <u>Arthrite</u> traumatique de la cheville droite à la suite d'une <u>fracture</u> de la cheville droite		M12.571, S82.891S
2. <u>Contracture</u> cicatricielle de la main gauche sur <u>brûlure</u>		L90.5, T23.002S
3. <u>Dommmages</u> cérébraux après <u>abcès</u> cérébral 7 mois auparavant	Sequelaes (séquelle)	G93.9, G09
4. <u>Hémiplégie flasque</u> sur ancien <u>infarctus</u> cérébral		I69.359
5. <u>Surdité</u> neurologique bilatérale à la suite d'une rougeole dans l'enfance 10 ans auparavant		H90.3, B94.8
6. <u>Mononévrite</u> du nerf médian résultant d'un <u>écrasement</u> ancien du bras droit	<u>Crush</u> (écrasement)	G56.11, S47.1XXS
7. <u>Arthrite</u> douloureuse post-traumatique de la main gauche	<u>Injury</u> (traumatisme)	M12.542, S69.92XS
8. Séquelle de <u>brûlures</u> sévères du poignet gauche		T23.072S
9. <u>Locked-in syndrome</u> (paralysie) sur ancien infarctus cérébral		I69.369 G83.5
10. <u>Diabète sucré</u> "borderline" (prédiabète)		R73.03
11. Menace d' <u>infarctus du myocarde</u>		I20.0
12. Hypothyroïdie borderline		E03.9

Chapitre 8:

Introduction à la classification ICD-10-PCS

INTRODUCTION

La classification ICD-10-PCS utilise une terminologie standardisée et offre donc des définitions précises et claires pour les procédures qui sont réalisées. L'ICD-10-PCS n'inclut pas d'éponymes tels que le nom du (ou des) chirurgien(s) qui a (ont) mis au point la procédure (p. ex. « procédure de Whipple » dans le cas de la pancréatoduodénectomie). De telles procédures sont désormais enregistrées à l'aide d'un code qui identifie leur objectif. Le présent chapitre traite les règles générales de l'ICD-10-PCS, à savoir les conventions, et les définitions des différentes composantes d'un code. Les procédures spécifiques à certains systèmes anatomiques seront décrites dans les chapitres respectifs.

1. FORMAT ET ORGANISATION

1.1. Format

ICD-10-PCS est subdivisé en un index alphabétique et en tableaux. On peut repérer les codes par ordre alphabétique dans l'index alphabétique. Cet index renverra à une localisation précise dans un tableau, mais le code correct pourra être obtenu uniquement en se référant au tableau correspondant.

1.1.1. Index alphabétique

Cet index est structuré par ordre alphabétique, sur la base du type de procédure réalisée. L'index de l'ICD-10-PCS ne fournit pas de code complet (à quelques exceptions près), mais il renvoie à une localisation précise dans les tableaux en fournissant les trois ou quatre premiers caractères du code. Le but de l'index alphabétique est de localiser le tableau approprié dans lequel figurent toutes les informations nécessaires pour compléter les autres caractères du code. Il n'est pas obligatoire de consulter l'index avant de recourir aux tableaux pour compléter le code.

Par exemple, une cholécystectomie peut être recherchée dans l'index par "excision, gallbladder" ou par "resection, gallbladder". Le terme "cholecystectomy" renvoie à deux références:

Cholecystectomy

— See Excision, Gallbladder 0FB4

— See Resection, Gallbladder 0FT4

Les codes "0FB4" et "0FT4" ne sont pas des codes complets mais renvoient plutôt l'utilisateur au tableau approprié identifié par les trois premiers caractères (par exemple, 0FT, qui est présenté à la figure 8.1).

1.1.2. Tableaux

Chaque tableau de l'ICD-10-PCS est composé de grilles (matrix) mentionnant les combinaisons, du quatrième au septième caractère d'une ligne donnée, afin de constituer un code de procédure.

Figure 8.1 : Extrait d'un tableau de l'ICD-10-PCS			
Section	0	Medical and Surgical	
Body System	F	Hepatobiliary System and Pancreas	
Operation	T	Resection: Cutting out or off, without replacement, all of a body part	
Body Part	Approach	Device	Qualifier
0 Liver 1 Liver, Right Lobe 2 Liver, Left Lobe 4 Gallbladder G Pancreas	0 Open 4 Percutaneous Endoscopic	Z No Device	Z No Qualifier
5 Hepatic Duct, Right 6 Hepatic Duct, Left 8 Cystic Duct 9 Common Bile Duct C Ampulla of Vater D Pancreatic Duct F Pancreatic Duct, Accessory	0 Open 4 Percutaneous Endoscopic 7 Via Natural or Artificial Opening 8 Via Natural or Artificial Opening Endoscopic	Z No Device	Z No Qualifier

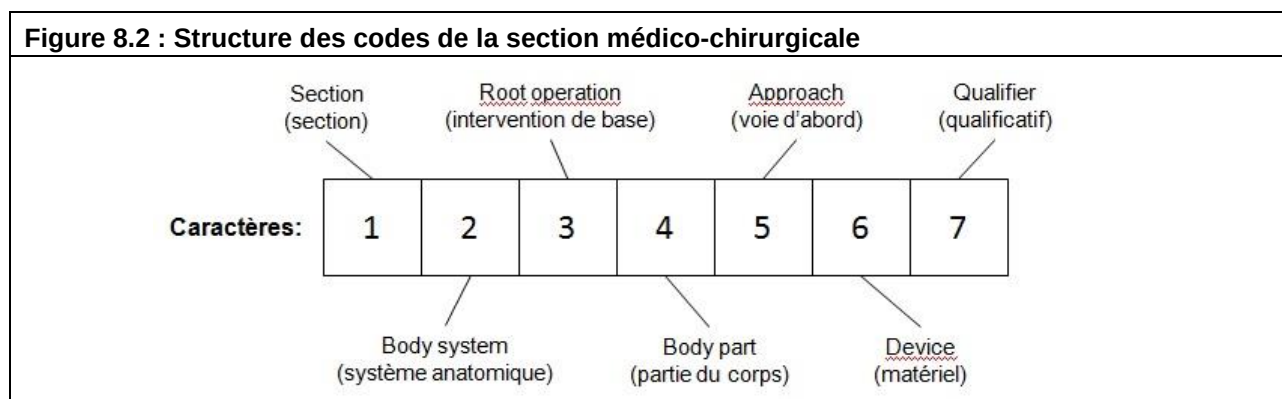
1.1.3. Liste des codes

La liste des codes de l'ICD-10-PCS présente tous les codes valides par ordre alphanumérique. La description complète du code est mentionnée à côté de chaque code ICD-10-PCS. Les descriptions ont été conçues de façon à être standardisées, complètes et faciles à lire. En raison du grand nombre de codes, cette liste des codes n'est pas incluse dans les manuels de codes ICD-10-PCS, mais elle est disponible sur le site Web du SPF SPSCAE dans la section consacrée à l'ICD-10-BE.

1.2. Structure des codes

Tous les codes ICD-10-PCS ont une structure alphanumérique de sept caractères sans décimale. Il est important de faire la distinction entre un "caractère" et une "valeur" avant d'aller plus loin. Chaque "caractère" d'un code correspond à un axe de la classification qui représente un aspect spécifique de la procédure. Chaque "valeur" est l'un(e) des 34 chiffres ou lettres qui peuvent être sélectionné(e)s pour représenter un des caractères d'un code ICD-10-PCS. Les valeurs possibles sont les chiffres de 0 à 9 et les lettres de A à H, de J à N et de P à Z. Les lettres "O" et "I" ne sont pas utilisées pour ne pas être confondues avec les chiffres "0" et "1".

La figure 8.2 présente la structure et la signification de chacun des 7 caractères des codes de la section médico-chirurgicale.



Dans une section bien définie, les caractères 2 à 7 ont une signification standardisée – mais entre les différentes sections, ils peuvent changer de signification.

Le premier caractère représente l'axe de la « section » (section), le second représente le « body system » (système anatomique), le troisième représente le « root operation » (intervention de base), le quatrième la « body part » (partie du corps), le cinquième l' « approach » (la voie d'abord), le sixième le « device » (matériel/appareil/dispositif) et le septième le « qualifier » (qualificatif). Ces différentes parties composant un code ICD-10-PCS seront détaillées ultérieurement.

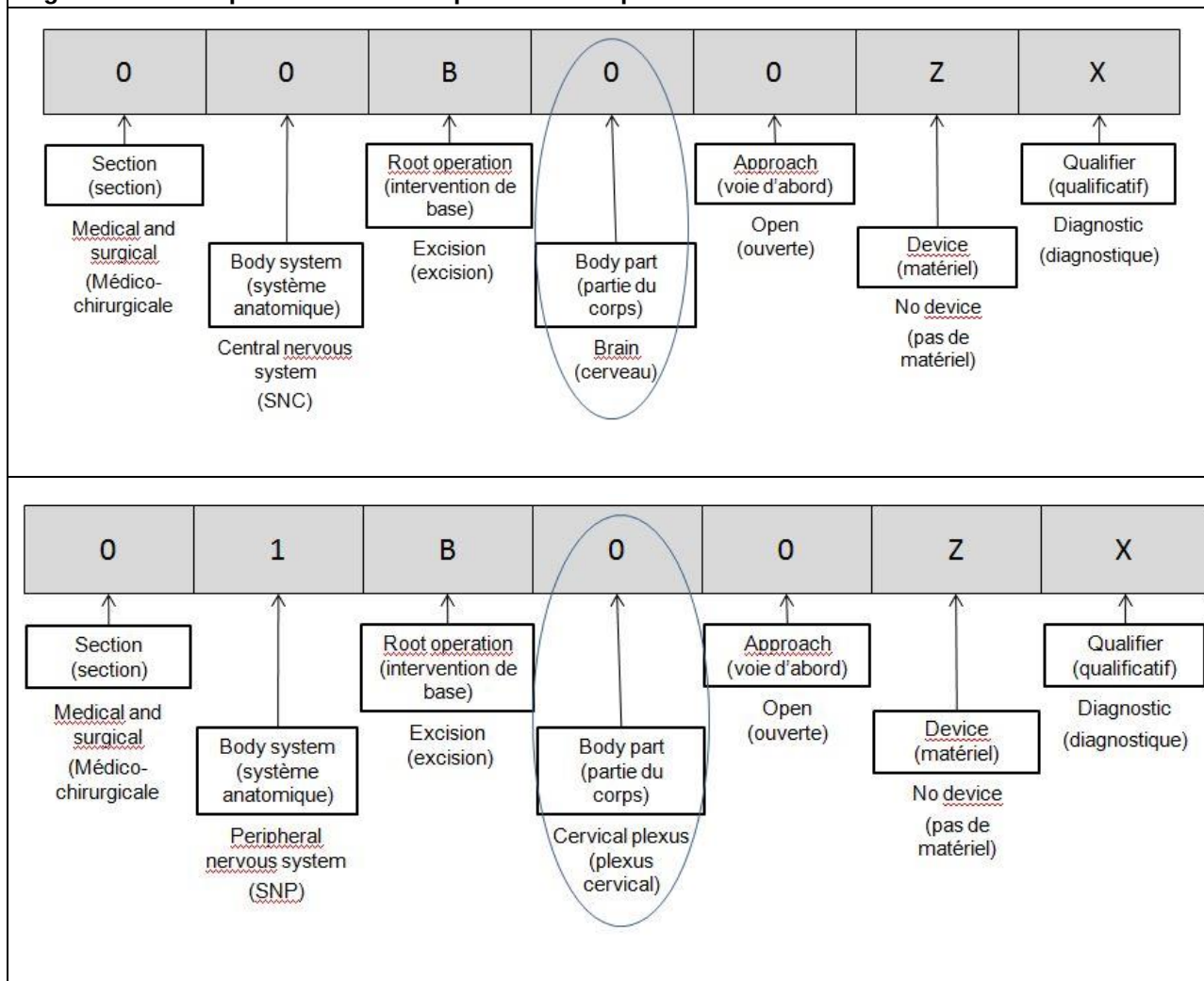
Le nombre d'options dans un axe de la classification diffère en fonction des besoins. Ceci signifie qu'au sein des différents axes de la classification, il peut exister des valeurs uniques différentes. Par exemple, l'axe "partie du corps" aura beaucoup plus d'options que l'axe "voie d'abord" parce qu'il y a beaucoup plus de parties du corps que de voies d'abord chirurgicales.

Comme pour des mots situés dans leur contexte, la signification de chaque valeur unique dépend de la combinaison des valeurs de son axe de classification et des valeurs des axes de classification précédents. La signification de la valeur de l'axe de classification "body part" ("partie du corps) dans la section médico-chirurgicale sera toujours dépendante de la valeur dans l'axe de classification "body system" (système anatomique)

Par exemple:

- La valeur "0" « pour body part » (partie du corps) dans le « body system » (système anatomique) « central nervous cranial nerves » (système nerveux central et nerfs crâniens) se réfère à « brain » (cerveau)
- La valeur "0" pour « body part » (partie du corps) dans le « body system » (système anatomique) « peripheral nervous system » (système nerveux périphérique) se réfère au « cervical plexus » (plexus cervical). Voir figure 8.3 pour une représentation graphique de cet exemple.

Figure 8.3 : Exemples de valeurs de parties du corps



1.3. Termes de liaison

Le terme « and » (et) signifie « and/or » (et/ou) lorsqu'il est utilisé dans la description d'un code. Par exemple, « lower arm and wrist muscle » signifie muscle de l'avant-bras et/ou du poignet. Il existe une exception lorsque « and » est utilisé pour décrire une combinaison de plusieurs « body parts » (parties du corps) et qu'une valeur différente est attribuée à chaque « body part » (partie du corps).

Par exemple, il existe un code pour « skin and subcutaneous tissues » (peau et tissus sous-cutanés) qui, lorsqu'il est employé comme « qualifier » (qualificatif), regroupe différentes valeurs de parties du corps pour la peau et les tissus-sous-cutanés.

Dans le tableau 0KX, le 'qualifier' (qualificatif) '2 Skin and Subcutaneous Tissue' signifie maintenant peau « et » tissu sous-cutané et non « ou » : 0KX70Z2 (Transfer Right Upper Arm Muscle with Skin and Subcutaneous Tissue, Open Approach).

Exercice 8.1

Sans vous référer au manuel ni à l'ICD-10-PCS, indiquez si les affirmations suivantes sont vraies ou fausses.

1. L'index ICD-10-PCS utilise les éponymes pour identifier les procédures.	<u>F</u>
2. Tous les codes ICD-10-PCS ont une structure alphanumérique en 7 caractères	<u>V</u>
3. Tous les codes ICD-10-PCS complets peuvent être localisés dans l'index alphabétique.	<u>F</u>
4. Les tableaux de l'ICD-10-PCS spécifient les combinaisons de caractères qui sont valides pour construire un code de procédure.	<u>V</u>
5. Les lettres "O" et "I" ne sont pas utilisées comme valeurs dans l'ICD-10-PCS afin de ne pas être confondues avec les chiffres "0" et "1".	<u>V</u>

2. LES CARACTERES DES CODES ET LEURS DEFINITIONS

Tous les codes ICD-10-PCS sont composés de sept caractères. Les sept caractères doivent être spécifiés pour que le code soit valide. Si la documentation est incomplète du point de vue du codage, il faut contacter le prestataire pour obtenir les informations nécessaires. Cette section décrit chacun des caractères qui composent le code ICD-10-PCS ainsi que les principales valeurs applicables pour construire un code ICD-10-PCS dans la section médico-chirurgicale.

2.1. Premier caractère: « Section » (Section)

Le premier caractère du code fait toujours référence à la section. Une section est une large catégorie de procédures dans laquelle le code peut être retrouvé. L'ICD-10-PCS est divisé en 17 sections en fonction du type général de procédure. Le tableau 8.1 montre les sections de l'ICD-10-PCS ainsi que la valeur du premier caractère de chaque code qui spécifie la section.

Comme on peut le voir dans le tableau 8.1, la valeur "0" représente la section médico-chirurgicale, tandis que les autres sections ont des valeurs numériques ou alphabétiques différentes. Ainsi, l'obstétrique a comme premier caractère la valeur "1". Il existe également un nombre limité de sections "auxiliaires" pour les services tels que "B" pour l'imagerie médicale et "C" pour la médecine nucléaire. Il n'existe pas de section pour les tests de laboratoire car la plupart des institutions ne codent pas les résultats de laboratoire dans l'enregistrement des séjours hospitaliers. La majorité des procédures qui sont normalement enregistrées au cours d'un séjour hospitalier se trouvent dans la section médico-chirurgicale. C'est la raison pour laquelle nous allons principalement nous concentrer sur cette section. Les sections apparentées à la section médico-chirurgicale, ainsi que les sections "auxiliaires", sont décrites dans le chapitre 11 de ce manuel. Le chapitre 11 comporte aussi des informations sur les codes de la section X « new technology » (Nouvelles technologies). La section « obstetric » (obstétrique), qui regroupe les procédures relatives aux « products of conception » (produits de conception), est reprise dans les chapitres 24 et 25 de ce manuel.

Tableau 8.1 : Sections d'ICD-10-PCS et la valeur du caractère qui leur correspondent			
Valeur	Section	Valeur	Section
0	Medical and Surgical (Médico-chirurgicale)	9	Chiropractic (Chiropraxie)
1	Obstetrics (Obstétrique)	B	Imaging (Imagerie)
2	Placement (Placement)	C	Nuclear Medicine (Médecine Nucléaire)
3	Administration (Administration)	D	Radiation Oncology (Radiothérapie)
4	Measurement and Monitoring (Mesure et monitoring)	F	Physical Rehabilitation and Diagnostic Audiology (Rééducation physique et audiologie diagnostique)
5	Extracorporeal Assistance and Performance (Assistance et performance extracorporelles)	G	Mental Health (Santé Mentale)
6	Extracorporeal Therapies (Thérapies extracorporelles)	H	Substance Abuse Treatment (Traitement des abus de substances)
7	Osteopathic (Ostéopathie)	X	New technology (Nouvelles technologies)
8	Other procedures (Autres procédures)		

2.2. Second caractère : « Body System » (Système anatomique)

Le second caractère d'un code ICD-10-PCS représente le système anatomique. Ce caractère indique le système physiologique concerné ou la région anatomique traitée (par exemple le système gastro-intestinal). Dans la section médico-chirurgicale, ces caractères gardent la même valeur. Par exemple, une procédure sur « Central Nervous System and Cranial Nerves » (le système nerveux central et nerfs crâniens) aura toujours la valeur "0" pour le second caractère dans cette section, tandis que le second caractère d'une procédure du « Respiratory System » (système respiratoire) prendra toujours la valeur « B ».

Certains systèmes anatomiques traditionnels ont été fractionnés en plusieurs valeurs dans le but d'être plus précis. Par exemple, le système circulatoire a été subdivisé en « Heart and Great Vessels » (cœur et grands vaisseaux), « Upper Arteries » (artères supérieures), « Lower Arteries » (artères inférieures), « Upper Veins » (veines supérieures) et « Lower Veins » (veines inférieures). Dans les conventions de l'ICD-10-PCS, chacune de ces zones est considérée comme un système anatomique distinct avec une valeur propre. Le tableau 8.2 donne un aperçu des différents systèmes anatomiques au sein de la section médico-chirurgicale et de leur valeur respective pour le deuxième caractère.

Le diaphragme sert de référence pour la subdivision entre les parties du corps définies comme supérieures et inférieures dans les systèmes anatomiques "artères supérieures", "artères inférieures", "veines supérieures", "veines inférieures" et "muscles et tendons". Par exemple, les veines situées au-dessus du diaphragme se trouvent dans le système anatomique "Upper Veins" (veines supérieures), tandis que les veines situées en-dessous du diaphragme se trouvent dans le système anatomique « Lower Veins » (veines inférieures).

Il y a trois systèmes anatomiques qui se réfèrent à une région anatomique, à savoir :

- « Anatomical Regions, General » (Régions anatomiques, général)
- « Anatomical Regions, Upper Extremities » (Régions anatomiques, membres supérieurs)
- « Anatomical Regions, Lower Extremities » (Régions anatomiques, membres inférieurs)

Ces "régions anatomiques" générales peuvent être utilisées en tant que systèmes anatomiques lorsque la procédure est réalisée sur une région anatomique et non sur une partie du corps spécifique. Par exemple, elle peut être utilisée quand la procédure est réalisée sur des couches du corps, qui recouvrent plusieurs systèmes anatomiques, comme par exemple un débridement de peau, de muscle et d'os. La valeur "régions anatomiques générales" pour le système anatomique peut également être utilisée dans le cas particulier où aucune information n'est disponible pour permettre d'attribuer un code appartenant à une partie du corps plus spécifique dans un système anatomique.

Tableau 8.2 : Systèmes anatomiques de la section médico-chirurgicale et valeur de leur caractère correspondant

Valeur	Système anatomique	Valeur	Système anatomique
0	Central Nervous System and Cranial Nerves (Système Nerveux Central et Nerfs Crâniens)	J	Système anatomique
1	Peripheral Nervous System (Système Nerveux Périphérique)	K	Subcutaneous Tissue and Fascia (Fascia et tissus sous-cutanés)
2	Heart and Great Vessels (Cœur et gros vaisseaux)	L	Muscles (Muscles)
3	Upper Arteries (Artères supérieures)	M	Tendons - includes Synovial membrane (Tendons - y compris la membrane synoviale)
4	Lower Arteries (Artères inférieures)	N	Bursae and Ligaments - includes Synovial membrane (Bourses et ligaments - y compris la membrane synoviale)
5	Upper Veins (Veines supérieures)	P	Head and Facial Bones (Tête et os de la face)
6	Lower Veins (Veines inférieures)	Q	Upper Bones (Os supérieurs)
7	Lymphatic and Hemic Systems - includes lymph vessels and lymph nodes (Systèmes lymphatique et sanguin -y compris les vaisseaux et les ganglions lymphatiques)	R	Lower Bones (Os inférieurs)
8	Eye (Œil)	S	Upper Joints - includes synovial membrane (Articulations supérieures - y compris la membrane synoviale)
9	Ear, Nose, Sinus - includes sinus ducts (Oreille, nez, sinus - y compris les canaux sinusaux)	T	Lower Joints - includes synovial membrane (Articulations inférieures - y compris la membrane synoviale)
B	Respiratory System (Système Respiratoire)	U	Urinary System (Système Urinaire)
C	Mouth and Throat (Bouche et gorge)	V	Female Reproductive System (Système reproducteur féminin)
D	Gastrointestinal System (Système Gastro-intestinal)	W	Male Reproductive System (Système reproducteur masculin)
F	Hepatobiliary System and Pancreas (Système Hépatobiliaire et pancréas)	X	Anatomical Regions, General (Régions anatomiques, général)
G	Endocrine System (Système Endocrinien)	Y	Anatomical Regions, Upper Extremities (Régions anatomiques, membres supérieurs)
H	Skin and Breast - includes Skin and Breast glands and ducts (Peau et Sein - y compris la peau, les glandes et canaux mammaires)		

Exercice 8.2

Utiliser le tableau 8.2, et inscrire un "X" à côté de chaque terme pour indiquer s'il s'agit d'un système anatomique ou non.

1. Respiratoire (respiratory)	X
2. Cœur et gros vaisseaux (heart and great vessels)	X
3. Circulatoire (circulatory)	
4. Musculo-squelettique (musculoskeletal)	
5. Os supérieurs (upper bones)	X

2.3. Troisième caractère : « Root operation » (Intervention de base)

Le troisième caractère se réfère à l'intervention de base. L'intervention de base est un des concepts les plus importants que l'utilisateur doit connaître pour identifier et sélectionner le code correct dans la classification ICD-10-PCS. Une connaissance approfondie de la définition de ces interventions de base est importante pour construire un code ICD-10-PCS. Le « root operation » (intervention de base) fait référence à l'objectif de la procédure. La distinction entre les différentes interventions de base repose sur l'objectif de la procédure.

Dans la section médico-chirurgicale, il y a 31 interventions de base différentes. Chaque intervention de base est définie précisément dans la classification ICD-10-PCS. Les définitions des différentes procédures de base peuvent être retrouvées facilement dans les tableaux. Dans l'extrait du tableau de la figure 8.1, l'intervention de base "résection" est définie au niveau de la troisième ligne de la première rangée, comme "l'exérèse, sans remplacement, de toute une partie du corps".

Les interventions de base incluent des termes tels que: « Alteration » (modification), « Bypass » (pontage), « Change » (changement), « Creation » (création), « Dilatation » (dilatation), « Excision » (excision), « Resection » (résection), « Fusion » (fusion), « Insertion » (insertion), « Occlusion » (occlusion) et « Repair » (réparation).

La liste complète des interventions de base de la section médico-chirurgicale est présentée dans le tableau 8.3.

Certaines interventions de base utilisées dans l'ICD-10-PCS peuvent ne pas nécessairement correspondre à la terminologie utilisée par les médecins dans le dossier du patient. Cependant, de nombreux termes utilisés pour construire un code ICD-10-PCS sont définis au sein du système de codage. Il n'est pas attendu des médecins qu'ils emploient la même terminologie que celle utilisée dans la description des codes ICD-10-PCS. Il est de la responsabilité du codeur de déterminer à partir de la documentation des procédures retrouvée dans le dossier médical la corrélation avec les codes ICD-10-PCS.

Quand la corrélation entre les éléments du dossier du patient et les termes définis par l'ICD-10-PCS est claire, le codeur ne doit pas interroger le médecin. Par exemple, si le médecin décrit une "résection partielle", le codeur peut de manière indépendante faire le lien entre "résection partielle" et l'intervention de base "excision", sans demander d'éclaircissements au médecin, car ceci correspond à la définition du terme "excision" dans l'ICD-10-PCS, à savoir, "l'exérèse, sans remplacement, d'une portion d'une partie du corps".

Vu le grand nombre d'interventions de base et leur importance dans le choix d'un code ICD-10-PCS, ces interventions de base sont décrites plus en détails dans le chapitre 10 de ce manuel.

Tableau 8.3 : Interventions de base de l'ICD-10-PCS de la section médico-chirurgicale et leurs valeurs correspondantes			
Valeur	Intervention de base	Valeur	Intervention de base
0	Alteration (Modification)	J	Inspection (Inspection)
1	Bypass (Pontage)	K	Map (Cartographie)
2	Change (Changement)	L	Occlusion (Occlusion)
3	Control (Contrôle)	M	Reattachment (Réattachement)
4	Creation (Création)	N	Release (Libération)
5	Destruction (Destruction)	P	Removal (Enlèvement)
6	Detachment (Amputation)	Q	Repair (Réparation)
7	Dilation (Dilatation)	R	Replacement (Remplacement)
8	Division (Division)	S	Reposition (Repositionnement)
9	Drainage (Drainage)	T	Resection (Résection)
B	Excision (Excision)	V	Restriction (Restriction)
C	Extirpation (Extirpation)	W	Revision (Révision)
D	Extraction (Extraction)	U	Supplement (Ajout)
F	Fragmentation (Fragmentation)	X	Transfer (Transfert)
G	Fusion (Fusion)	Y	Transplantation (Transplantation)
H	Insertion (Insertion)		

2.4. Quatrième caractère: « Body Part » (Partie du corps)

Le quatrième caractère indique la partie spécifique de la "partie du corps" ou du site anatomique sur laquelle l'intervention est réalisée (par exemple l'appendice). Dans la classification ICD-10-PCS, les valeurs de partie du corps peuvent faire référence à un organe entier (par exemple le foie) ou à des portions spécifiques d'un organe (par exemple, le lobe droit du foie). L'ICD-10-PCS, "Body part Key", comprend des informations utiles énumérant des synonymes spécifiques pour les noms de muscles, veines, nerfs et d'autres sites anatomiques ainsi que les parties du corps de l'ICD-10-PCS correspondants qui doivent être utilisées pour la sélection du code. Par exemple, la clé indique que pour le terme "plexus aortique abdominal" (plexus aorticus abdominalis), il faut utiliser la partie du corps "nerf sympathique abdominal" (abdominal sympathetic nerve).

Si une procédure est réalisée sur une portion d'une partie du corps pour laquelle il n'existe pas de valeur pour la partie du corps distincte, il faut sélectionner la valeur correspondant à la partie du corps complète incluant cette portion. Par exemple, une intervention réalisée sur le processus alvéolaire de la mâchoire inférieure sera rattachée à la valeur correspondant à la partie du corps complète, dans ce cas-ci, la mâchoire inférieure.

Les interventions réalisées sur des parties du corps identifiées par le préfixe "péri" (signifiant autour ou à proximité), lié à une partie du corps, pour désigner la localisation de la procédure, sans que celle-ci ne soit plus spécifiquement déterminée, sont codées sous le nom de la partie du corps qui est nommée. Par exemple, une procédure identifiée comme "périrénale" sera codée sous la partie du corps "rein". Cependant cette recommandation est à appliquer avec précaution, car elle s'applique uniquement lorsqu'aucune valeur plus spécifique de partie du corps n'est disponible. Par exemple, une procédure renseignée comme « réparation

de lacération périurétrale » pour laquelle la lésion est vulvaire et non pas urétrale sera codée dans la partie du corps « vulve », car une partie du corps spécifique à la vulve est disponible en ICD-10-PCS . Si la partie du corps « vulve » n'existait pas en ICD-10-PCS, la recommandation concernant le préfixe « péri » s'appliquerait : « périurétrale » serait alors codée avec la partie du corps « urètre ».

Si une procédure est réalisée sur la section continue d'une partie du corps tubulaire, il convient de coder la partie du corps correspondant au site anatomique le plus éloigné du point d'entrée. Par exemple, une procédure réalisée sur une section continue d'artère allant de l'artère fémorale (« femoral artery ») à l'artère iliaque externe (« external iliac artery »), avec l'artère fémorale comme point d'entrée, sera codée avec comme valeur de la partie du corps, l'artère iliaque externe.

Occasionnellement, certaines interventions chirurgicales réalisées sur des organes conduisent à en recréer un nouveau. Si une intervention ultérieure est réalisée sur le nouvel organe, la valeur ICD-10-PCS de cette partie du corps sera choisie sur base de la nouvelle fonction de la partie du corps concernée. Par exemple, un patient subit une diversion urinaire (intervention de Bricker), au cours de laquelle une nouvelle vessie est créée à partir d'un segment d'intestin grêle, dans le cadre du traitement d'un cancer de la vessie ; si, ultérieurement, le patient se fait retirer un polype développé dans cette néovessie artificielle constituée d'intestin grêle, le code de procédure ICD-10-PCS pour cette ablation sera basé sur la partie du corps « vessie » (bladder) à la place de la partie du corps « intestin grêle » (small intestine).

Valeurs pour les ramifications d'une partie du corps. Quand l'ICD-10-PCS ne propose pas de valeur pour une branche spécifique d'une partie du corps, celle-ci reçoit la valeur de la branche proximale la plus proche qui a une valeur spécifique pour la partie du corps. Par exemple, une procédure réalisée sur la branche mandibulaire du nerf trijumeau (ramus mandibularis) sera codée sous la partie du corps "nerf trijumeau".

Concernant le système cardiovasculaire: Quand une partie générale du corps est présente dans le bon tableau de la procédure de base, et dans le cas où le codage de la branche proximale la plus proche exigerait l'attribution d'un code dans un autre système anatomique, dans ce cas la valeur pour la partie générale du corps sera attribuée au niveau du système anatomique approprié. Par ex., une occlusion de l'artère bronchique est codée au niveau de la partie du corps 'Upper Artery' dans le système anatomique 'Upper Arteries', et pas au niveau de la partie du corps 'Thoracic Aorta,Descending' dans le système anatomique 'Heart and Great Vessels'.

Valeurs pour les parties du corps bilatérales. L'ICD-10-PCS fournit des valeurs pour certaines parties du corps qui sont bilatérales. Si une même procédure est réalisée des deux côtés et que pour cette partie du corps la valeur "bilatérale" existe, le code de la procédure est attribué une seule fois en utilisant la valeur de partie du corps "bilatérale". Dans la figure 8.4., il y a un exemple pour l'ovariectomie bilatérale. La même procédure est réalisée sur les 2 ovaires. Il existe une valeur pour la partie du corps 'ovaires bilatéraux' (« 2 »). Un seul code est utilisé étant donné qu'il y a une valeur 'bilatérale » qui s'applique aux deux ovaires ensemble.

S'il n'existe pas de valeur de partie du corps qui reprend la bilatéralité, chaque intervention doit être codée séparément en utilisant la valeur de partie du corps adéquate. Considérons, par exemple, la prothèse bilatérale de hanche. Il existe des valeurs pour le caractère "partie du corps" pour "hanche droite" et pour "hanche gauche" mais non pour "hanches, bilatérales". Si on réalise exactement la même procédure sur les deux hanches, il faut enregistrer deux codes distincts pour préciser que les deux hanches - droite et gauche - ont été remplacées.

Figure 8.4 : Extrait d'un tableau montrant des parties de corps bilatérales			
Section	O	Medical and Surgical	
Body System	U	Female Reproductive System	
Operation	T	Resection: Cutting out or off, without replacement, all of a body part	
Body Part	Approach	Device	Qualifier
0 Ovary, Right 1 Ovary, Left 2 Ovaries, Bilateral 5 Fallopian Tube, Right 6 Fallopian Tube, Left 7 Fallopian Tubes, Bilateral 9 Uterus	0 Open 4 Percutaneous Endoscopic 7 Via Natural or Artificial Opening 8 Via Natural or Artificial Opening Endoscopic F Via Natural or Artificial Opening With Percutaneous Endoscopic Assistance	Z No Device	Z No Qualifier
4 Uterine Supporting Structure C Cervix F Cul-de-sac G Vagina	0 Open 4 Percutaneous Endoscopic 7 Via Natural or Artificial Opening 8 Via Natural or Artificial Opening Endoscopic	Z No Device	Z No Qualifier
J Clitoris L Vestibular Gland M Vulva	0 Open X External	Z No Device	Z No Qualifier
K Hymen	0 Open 4 Percutaneous Endoscopic 7 Via Natural or Artificial Opening 8 Via Natural or Artificial Opening Endoscopic X External	Z No Device	Z No Qualifier

Peau, tissu sous-cutané et fascia recouvrant une articulation. Si une procédure est réalisée sur la peau, le tissu sous-cutané et le fascia recouvrant une articulation, la valeur de la partie du corps est attribuée de la façon suivante :

- L'épaule est codée comme bras (upper arm)
- Le coude est codé comme avant-bras (lower arm)
- Le poignet est codé comme avant-bras (lower arm)
- La hanche est codée comme cuisse (upper leg)
- Le genou est codé comme jambe (lower leg)
- La cheville est codée comme pied (foot)

Doigts et orteils. Si un système anatomique ne contient pas de valeur distincte pour les doigts, les procédures réalisées sur les doigts seront codées avec la valeur de partie du corps utilisée pour la main. Si un système anatomique ne contient pas de valeur distincte pour les orteils, les procédures réalisées sur les orteils seront codées avec la valeur de partie du corps utilisée pour le pied. Par exemple, l'excision d'un tendon d'un doigt est codée avec l'une des valeurs pour les tendons de la main mentionnée dans le système anatomique "tendons".

Nous avons maintenant parcouru la majorité des directives concernant les parties du corps, excepté quelques-unes pour des systèmes anatomiques spécifiques.

- Les voies digestives supérieures et inférieures sont traitées dans le chapitre 20 "Maladies du système digestif".
- Les tendons, ligaments, bourses et fascias jouxtant une articulation sont traités dans le chapitre 23 de ce manuel "Maladies du système musculosquelettique et du tissu conjonctif".
- Les artères coronaires sont traitées au chapitre 28 "Maladies du système circulatoire".

2.5. Cinquième caractère : « Approach » (Voie d'abord) ()

Le cinquième caractère décrit l' « approach » (la voie d'abord) ou la technique mise en œuvre pour atteindre le site où la procédure est réalisée (par exemple, ouverte). La section médico-chirurgicale contient sept voies d'abord. Ces voies d'abord peuvent être « external » (externes), « through the skin or mucous membrane » (à travers la peau ou une muqueuse), ou "through an orifice » (à travers un orifice).

La liste ci-dessous détaille ces voies d'abord :

- Externe
- A travers la peau ou une membrane muqueuse:
 - Ouverte
 - Percutanée
 - Percutanée Endoscopique
- Via un orifice:
 - Via un orifice naturel ou artificiel
 - Via un orifice naturel ou artificiel, endoscopique
 - Via un orifice naturel ou artificiel, avec assistance d'un dispositif percutané, endoscopique

Tout comme pour les interventions de base, chaque voie d'abord est définie avec précision au sein de la classification. Le tableau 8.4 donne les définitions et les valeurs des voies d'abord de la section médico-chirurgicale. La figure 8.5 illustre ces voies d'abord.

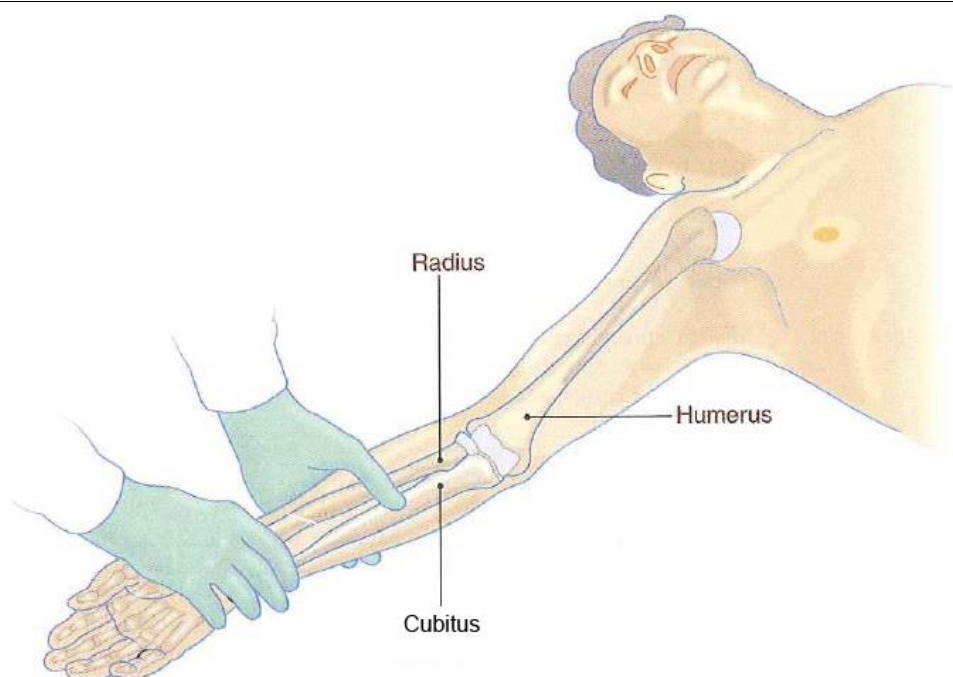
Tableau 8.4 : Voies d'abord de la section médico-chirurgicale		
Valeur	Voie d'abord	Définition
X	External (Externe)	(Procedures performed directly on the skin or mucous membrane and procedures performed indirectly by the application of external force through the skin or mucous membrane.) Procédures réalisées directement sur la peau ou la muqueuse et procédures réalisées indirectement par application d'une force externe à travers la peau ou la muqueuse.
0	Open (Ouverte)	(Cutting through the skin or mucous membrane and any other body layers necessary to expose the site of the procedure.) Incision à travers la peau, la muqueuse ou de toute autre couche de tissu qu'il est nécessaire de traverser pour atteindre et exposer le site de la procédure.
3	Percutaneous (Percutanée)	(Entry, by puncture or minor incision, of instrumentation through the skin or mucous membrane and/or any other body layers necessary to reach the site of the procedure.) Entrée d'instruments à travers la peau, la muqueuse <u>et/ou</u> toute autre couche de tissu qu'il est nécessaire de traverser pour atteindre le site de la procédure, par ponction ou via une incision minime.
4	Percutaneous Endoscopic (Percutanée endoscopique)	(Entry, by puncture or minor incision, of instrumentation through the skin or mucous membrane and/or any other body layers necessary to reach and visualize the site of the procedure.) Entrée d'instruments à travers la peau, la muqueuse <u>et/ou</u> toute autre couche de tissu qu'il est nécessaire de traverser pour atteindre et visualiser le site de la procédure, par ponction ou via une incision minime.
7	Via Natural or Artificial Opening (Via un orifice naturel ou artificiel)	(Entry of instrumentation through a natural or artificial external opening to reach the site of the procedure.) Entrée d'instruments, par un orifice naturel ou artificiel externe, pour atteindre le site de la procédure.

8	Via Natural or Artificial Opening Endoscopic (Via un orifice naturel ou artificiel endoscopique)	(Entry of instrumentation through a natural or artificial external opening to reach and visualize the site of the procedure.) Entrée d'instruments, par un orifice naturel ou artificiel externe, pour atteindre et visualiser le site de la procédure.
F	Via Natural or Artificial Opening With Percutaneous Endoscopic Assistance (Via un orifice naturel ou artificiel, avec assistance d'un dispositif percutané endoscopique)	(Entry of instrumentation through a natural or artificial external opening and entry, by puncture or minor incision, of instrumentation through the skin or mucous membrane and any other body layers necessary to aid in the performance of the procedure.) Entrée d'instruments, par un orifice naturel ou artificiel externe, et entrée d'instruments à travers la peau, la muqueuse ou toute autre couche de tissu qu'il est nécessaire de traverser pour aider à la réalisation de la procédure, par ponction ou via une incision minime.

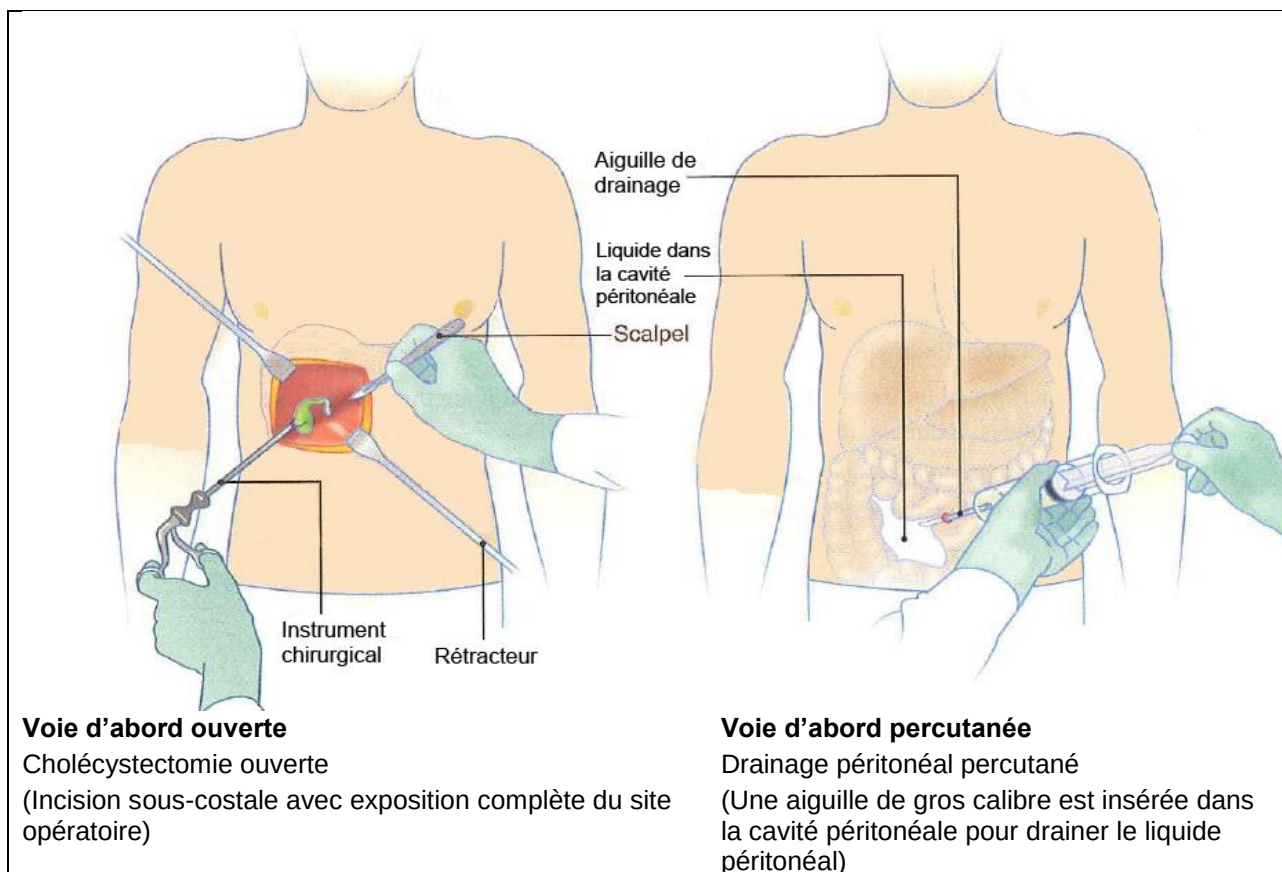
En plus des définitions des voies d'abord mentionnées dans le tableau 8.4, il existe des directives pratiques qui doivent être suivies pour sélectionner la voie d'abord correcte:

- Une voie d'abord "*ouverte avec assistance percutanée, endoscopique*" est codée comme voie d'abord "*ouverte*".
Exemple : une sigmoïdectomie assistée par laparoscopie est codée comme "*ouverte*".
- Voie d'abord *externe* : Les interventions suivantes doivent être codées comme "*externes*":
 - Les procédures qui sont réalisées au sein d'un orifice, sur des structures qui sont visibles sans l'aide d'instruments. Exemple : amygdalectomie. En ICD-10-PCS, la voie d'abord "via un orifice naturel ou artificiel" n'est pas valable pour la voie d'abord de cette procédure.
 - Les procédures qui sont réalisées par l'application de forces externes à travers les couches tissulaires recouvrant le site d'intervention. Exemple : réduction fermée de fracture.
- *Procédure percutanée effectuée à l'aide d'un matériel*: est codée comme "*percutanée*".
Exemple : fragmentation de lithiase rénale par néphrostomie percutanée.

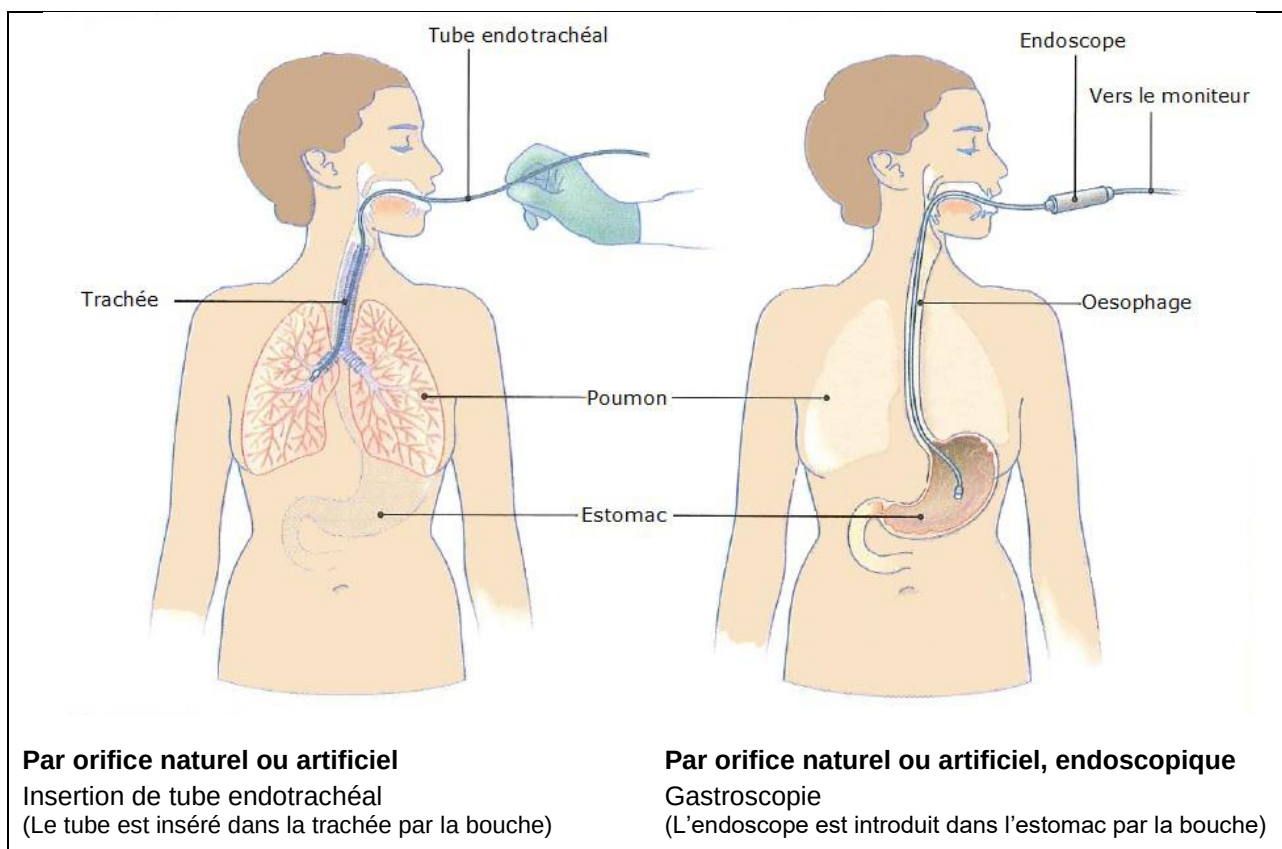
Figure 8.5 : Illustration des voies d'abord de la section médico-chirurgicale

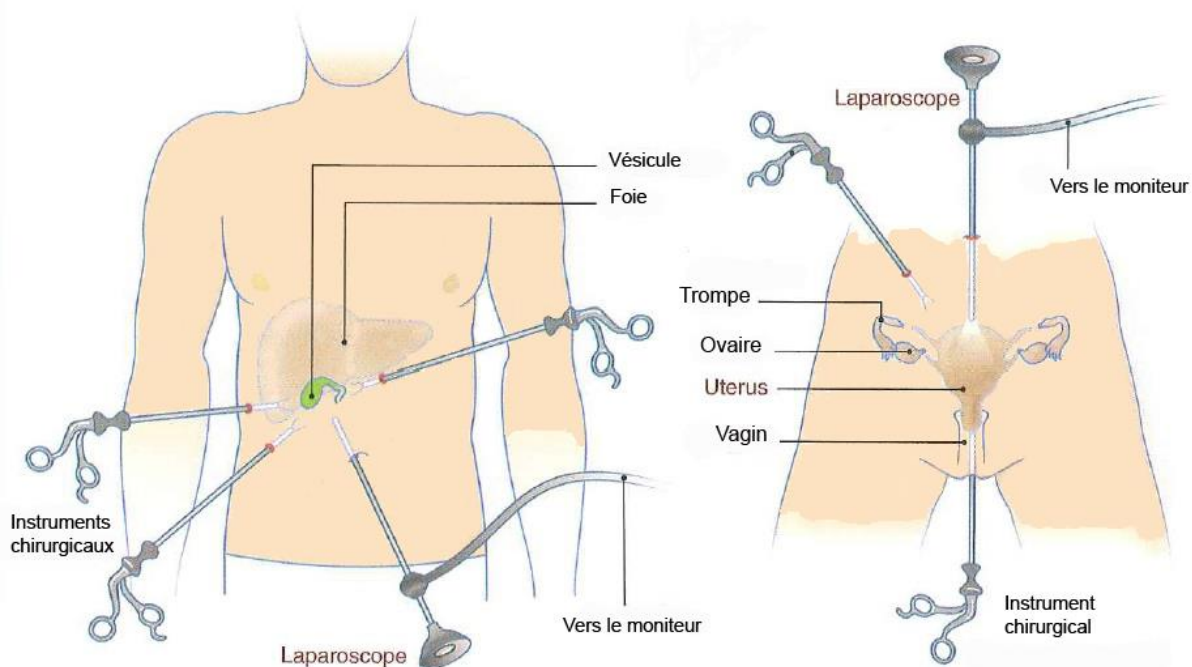


Voie d'abord externe
Réduction fermée de fracture



© Copyright 2011 du HEALTH FORUM INC. (AHA)





Par voie percutanée endoscopique

Cholécystectomie laparoscopique

(Quelques incisions minimales sont faites au niveau de l'abdomen, par lesquelles on place dans la cavité abdominale des instruments chirurgicaux et un laparoscope avec une caméra vidéo)

Par orifice naturel ou artificiel, avec assistance percutanée endoscopique

Hystérectomie par voie vaginale assistée par laparoscopie

(une hystérectomie par voie vaginale est réalisée avec assistance laparoscopique (les ovaires et les trompes peuvent être disséqués par voie laparoscopique, l'utérus est disséqué et tous les organes sont enlevés par voie vaginale))

© Copyright 2011 du HEALTH FORUM INC. (AHA)

Exercice 8.3

Identifiez les valeurs de la voie d'abord d'ICD-10-PCS pour chacune des interventions ci-dessous:

Procédure	Valeur de la voie d'abord
1. Appendicectomie ouverte	0 (ouverte)
2. Chondroplastie du genou par arthroscopie	4 (percutanée, endoscopique)
3. Adénoïdectomie	X (externe)
4. Bronchoscopie	8 (par orifice naturel ou artificiel, endoscopique)
5. Hystérectomie assistée par laparoscopie	0 (ouverte)
6. Exérèse d'endomètre par voie vaginale	7 (par orifice naturel ou artificiel)

7. Insertion d'électrode de pacemaker	3 (percutanée)
8. Libération endoscopique de canal carpien	4 (percutanée, endoscopique) (la petite incision pour l'introduction de l'endoscope n'est pas codée séparément)
9. Enlèvement de drain thoracique	X (externe)
10. OesophagoGastroDuodénoscopie et biopsie gastrique	8 (par orifice naturel ou artificiel, endoscopique)

2.6. Sixième caractère : « Device » (Matériel/Appareil/Dispositif)

Le sixième caractère sert à identifier si un « device » (matériel, un appareil et/ou un dispositif) a été utilisé au cours de la procédure. Sont codés uniquement les matériels et/ou dispositifs qui restent dans, ou sur le corps du patient, lorsque la procédure est terminée. Si aucun matériel ne reste en place à la fin de la procédure, la valeur « Z » (« pas de matériel/appareil/dispositif) est utilisé comme sixième caractère pour compléter le code.

Dans un nombre limité d'interventions de base, la classification permet le codage de matériel à usage temporaire ou peropératoire. Il s'agit de procédures spécifiques impliquant l'usage de matériel important à mentionner sur le plan clinique, pour une durée brève, limitée à l'intervention ou au séjour du patient. Ce point est abordé plus en détail dans le paragraphe portant sur le septième caractère, dit « qualifier » (qualificatif).

Le matériel qui est inhérent à la procédure n'est pas codé. Les sutures, les ligatures, les clips, les marqueurs radiologiques et les drains temporaires de plaie opératoire sont des exemples de matériel inhérent à l'intervention. Les valeurs pour le matériel/appareil/dispositif sont classées en quatre catégories de base :

- Greffes et prothèses
- Implants
- Dispositifs simples ou mécaniques
- Dispositifs électroniques

L'index d'ICD-10-PCS contient des « entrées » qui fournissent une assistance dans la sélection des codes liés aux matériel, appareils et dispositifs. De plus, 2 tableaux supplémentaires ont été créés pour identifier les codes pour le matériel:

- « Device Key »
- « Device Aggregation Tableau »

Le "Device Key" fournit la liste des matériel/appareils/dispositifs aussi bien selon leur nom habituel, que selon leur nom de marque. Cette liste permet de coupler ces noms aux termes ICD-10-PCS correspondants en vue de faciliter la sélection de la valeur appropriée pour le matériel/appareil/dispositif. Par exemple, la clef indique, tant pour le nom générique de l'appareil « Cœur (de remplacement) artificiel total » (Total artificial (replacement) heart) que pour le nom de marque "AbioCor® Total Replacement Heart" (Cœur de remplacement total Abio Cor®), qu'il faut coder comme sixième caractère la valeur "substitut synthétique" dans ICD-10-PCS.

Le "Device Aggregation Tableau" permet de corréliser une valeur spécifique de matériel/ appareil/dispositif, utilisé dans une intervention de base d'origine à une valeur plus générale du matériel utilisé dans d'autres interventions de base. Souvent dans des interventions de base telles que « removal » (enlèvement) et « revision » (révision), la valeur du matériel/appareil/dispositif est le terme de matériel/appareil/dispositif général pour toute une famille de valeurs plus spécifiques. Par exemple, dans la figure 8.6, le tableau d'agrégation du matériel indique que pour l'intervention de base « insertion », on a le choix entre deux types d'électrodes spécifiques cardiaques: un pour les défibrillateurs et un pour les pacemakers. Cependant pour les interventions de base telles que « removal » ou « revision » le choix est plus limité et moins spécifique. En pareil cas, on parle uniquement d' "électrode cardiaque" et non plus d'une « électrode cardiaque (ex. défibrillateur ou pacemaker) pour un appareillage spécifique ».

Exemple:

'Insertion':

02HK3KZ (Insertion of **Defibrillator Lead** into Right Ventricle, Percutaneous Approach)

02HK3JZ (Insertion of **Pacemaker Lead** into Right Ventricle, Percutaneous Approach)

versus 'Removal':

02PA3MZ (Removal of **Cardiac Lead** from Heart, Percutaneous Approach)

Figure 8.6 : Extrait du tableau d'agrégation du matériel (« Device Aggregation Tableau »)			
Matériel spécifique	Pour la procédure	Dans le système anatomique	Matériel général
K Electrode cardiaque, défibrillateur	Insertion	Cœur et gros vaisseaux	M Electrode cardiaque
J Electrode cardiaque, pacemaker	Insertion	Cœur et gros vaisseaux	M Electrode cardiaque

Dans l'ICD-10-PCS, l'expression « matériel intraluminal » (intraluminal device) est la valeur la plus générique pour tout matériel appareil/dispositif introduit dans la lumière d'une partie du corps tubulaire ou cavitaire. Cette valeur est utilisée quand le matériel appareil/dispositif n'a pas de valeur plus spécifique. Dans le cas contraire, la valeur la plus spécifique doit être utilisée. Par exemple, une électrode cardiaque intraveineuse' (intravenous cardiac lead)' est un dispositif installé dans une partie du corps tubulaire ; cependant, comme il existe une valeur spécifique pour « électrode cardiaque » (cardiac lead), cette valeur sera utilisée pour l'insertion ou le retrait d'une électrode à la place de la valeur plus générale « matériel intraluminal » (intraluminal device). On trouve, comme exemples de « matériel intraluminal » (intraluminal devices), les stents biliaires, les spirales (coils) d'embolisation, et le Zenith Flex® AAA Endovascular Graft.

Selon l'ICD-10-PCS, l'expression « dispositif d'injection » désigne tout dispositif utilisé pour injecter des substances dans l'organisme. Un cathéter d'injection peut être un dispositif qui est introduit dans la lumière d'une partie de corps tubulaire, comme une veine, mais il peut aussi être utilisé au niveau d'autres sites. Le fait qu'un cathéter d'injection soit un dispositif destiné à l'injection a la préséance sur le fait d'être un dispositif intraluminal ou non.

Exercice 8.4

Inscrivez un "X" à côté de chaque terme qui peut être considéré comme matériel à coder dans l'ICD-10-PCS.

1. Prothèse articulaire	X
2. Pacemaker cardiaque	X
3. Sutures au prolène	
4. Neurostimulateur	X
5. Greffe d'un filet pour une hernie	X

2.7. Septième caractère : « Qualifier » (Qualificatif)

Le septième caractère indique un « qualifier » (qualificatif). Au sein d'une procédure bien déterminée, le caractère à chaque fois une signification spécifique. Cette 7^{ème} position dans le code est utilisée pour apporter des informations complémentaires. Les termes "diagnostique" ou "stéréotaxique" sont des exemples de qualificatifs. Le qualificatif « X » (diagnostic) est utilisé exclusivement pour les procédures diagnostiques. S'il y a une composante thérapeutique à la procédure le qualificatif « Z » est dans ce cas plutôt employé à la place de « X ». S'il n'y a pas de qualificatif, la lettre "Z" est attribuée au septième caractère afin de compléter la structure du code ICD-10-PCS.

Lorsqu'un patient subit deux procédures différentes, l'une à visée diagnostique et l'autre thérapeutique, les deux procédures sont codées séparément. Par exemple, dans le cas d'un patient qui subit une procédure de drainage diagnostique (biopsie) et une procédure de drainage thérapeutique, si la biopsie et le drainage thérapeutique sont réalisés par des voies d'abord différentes, ou à des sites différents, des codes distincts sont nécessaires pour les deux procédures.

Comme indiqué plus haut, dans un nombre limité de procédures de base, la classification ICD-10-PCS permet le codage (rapportage) de matériel à usage temporaire ou intra-opératoire. Ce matériel est identifié par les qualificatifs « temporaire » ou « peropératoire ». Par exemple, la tableau ICD-10-PCS 04L « Occlusion-Artères inférieures » (Occlusion-Lower arteries) comporte un code pour l'occlusion de l'aorte abdominale par un dispositif intraluminal temporaire (temporary intraluminal device).

Exemple:

04L03DJ (Occlusion of Abdominal Aorta with Intraluminal Device, **Temporary**, Percutaneous Approach)

02HA0RJ (Insertion of Short-term External Heart Assist System into Heart, **Intraoperative**, Open Approach)

Chapitre 9:

Etapes de base du codage avec ICD-10-PCS

1. INTRODUCTION

Ce chapitre décrit les étapes à suivre pour déterminer un code ICD-10-PCS.

Pour trouver un code de procédure dans l'ICD-10-PCS, il faut suivre les étapes suivantes:

1. Repérer le terme principal dans l'index alphabétique
 - Suivre toutes les instructions de référence croisée
 - On obtient ainsi les trois ou quatre premiers caractères de la procédure
 - Dans quelques cas, un code complet à sept caractères est fourni dans l'index
2. Trouver le tableau adéquat
 - Passer en revue la section, le 'body system' (système anatomique) et la définition de la 'root operation' (intervention de base) et vérifier que les trois premiers caractères proposés par l'index alphabétique sont corrects.
3. Poursuivre la construction du code ICD-10-PCS en sélectionnant une valeur dans chaque colonne pour les quatre caractères restants, comme suit:
 - Sélectionner une valeur dans la colonne 'body part' (partie du corps) pour le quatrième caractère
 - Sélectionner une valeur dans la colonne 'approach' (voie d'abord) pour le cinquième caractère
 - Sélectionner une valeur dans la colonne 'device' (matériel) pour le sixième caractère
 - Sélectionner une valeur dans la colonne 'qualifier' (qualificatif) pour le septième caractère

Il est important de noter qu'on peut construire un code valide en utilisant toutes les combinaisons de choix possibles des caractères 4 à 7 qui se situent à l'intérieur d'une même ligne d'un tableau. Tous les codes ICD-10-PCS ayant 7 caractères, chacun des 7 caractères doit être spécifié pour que le code soit valide.

2. REPERER LE TERME PRINCIPAL DANS L'INDEX ALPHABETIQUE

La première étape du codage consiste à sélectionner le terme principal dans l'index alphabétique. L'index est utilisé pour trouver le tableau adéquat. Les termes principaux peuvent être le nom commun d'une procédure (par exemple, appendicectomie, cholécystectomie), d'une valeur d'intervention de base (par exemple, Résection, Excision) ou d'une partie du corps. Les sous-termes fournissent des informations plus spécifiques. Chaque niveau d'indentation de l'index est représenté ci-dessous par un trait d'union. Notez que certains éditeurs ont adopté la convention utilisée dans l'index de l'ICD-10-CM, c'est-à-dire ajouter un tiret (-) à la fin d'un code pour indiquer que ce dernier requiert un ou des caractère(s) supplémentaire(s).

Les exemples suivants montrent les différents termes principaux et sous-termes utilisés dans l'ICD-10-PCS.

- Quand le terme principal est une intervention de base, par exemple « Excision », les sous-termes seront les parties du corps sur lesquelles l'intervention est réalisée, comme montré ci-dessous:

Excision
 - Acetabulum
 - - Left 0QB5
 - - Right 0QB4
 - Adenoids 0CBQ

- Quand le terme principal est une procédure courante, les références renvoient vers l'intervention de base et la partie du corps correspondante dans l'ICD-10-PCS , comme montré ci-dessous:

Claviclectomy
 - see Excision, Upper Bones 0PB
 - see Resection, Upper Bones 0PT

Condylectomy
 - see Excision, Head and Facial Bones 0NB
 - see Excision, Upper Bones 0PB
 - see Excision, Lower Bones 0QB

- Quand le terme principal est un terme anatomique, des références utiles permettant d'identifier les parties du corps spécifiques dans l'ICD-10-PCS sont fournies, comme montré ci-dessous:

Adductor hallucis muscle
 - use Muscle, Foot, Left
 - use Muscle, Foot, Right

Il n'est pas nécessaire de commencer avec l'index alphabétique avant de consulter les tableaux pour compléter un code. Un code valide peut être choisi directement à partir des tableaux mais ceci requiert une connaissance approfondie des systèmes anatomiques et des interventions de base.

Exercice 9.1

Sans consulter l'index, soulignez le(s) mot(s) de chaque expression référant au terme principal pour chaque procédure.

1. Cholécystectomie par voie laparoscopique ('Laparoscopic cholecystectomy')

2. Résection du pancréas ('Resection of pancreas')

3. Ovariectomie bilatérale ('Bilateral oophorectomy')

4. Incision et drainage d'abcès du cou ('Incision and drainage of abscess, neck')

5. Résection intestinale avec colostomie transverse (Bowel resection with transverse colostomy)

6. Fusion des disques vertébraux²L5-S1 (Fusion of L5-S1 vertebral joints)

7. Lyse d'adhérences intestinales (Lysis of intestinal adhesions)

3. UTILISER LE TABLEAU ADEQUAT

Une fois que les trois premiers caractères ou plus ont été trouvés dans l'index alphabétique, le codeur va se référer au tableau approprié. Il n'est pas nécessaire de suivre les notes de référence qui renvoient à d'autres termes si l'index fournit les trois ou quatre premiers caractères d'un code.

Par exemple, le terme principal "Cholecystectomy" (Cholécystectomie) renvoie à "OFT4" pour "Resection, Gallbladder" (Résection, Vésicule biliaire). Consulter le terme principal "Resection" (Résection) avec le sous-terme "Gallbladder" (Vésicule biliaire) ne fournira pas le code complet en sept caractères mais il renverra au même tableau OFT4.

Pour trouver le tableau adéquate :

- Si l'on utilise la version PDF de l'ICD-10-PCS disponible sur le site du SPF SPSCAE, on accède directement aux tableaux en cliquant sur les hyperliens des valeurs de caractères fournies par l'index (par exemple OFT4).
- Si l'on utilise un manuel ICD-10-PCS imprimé, il sera nécessaire de rechercher manuellement le tableau adéquate. Ces tableaux sont organisées par groupes, en commençant par la section 0, Médico-chirurgicale, et le système anatomique "0", **Système nerveux central, nerfs crâniens** et en procédant ensuite par ordre numérique. Les sections 0 à 9 sont suivies par les sections B à D et les sections F à H, et X. La même convention est utilisée au sein de chaque tableau pour les caractères 2 à 7: les valeurs numériques figurent en premier, suivies par les valeurs alphabétiques dans l'ordre.

Exercice 9.2

Sans vous référer à l'ICD-10-PCS, identifiez l'ordre dans lequel les tableaux suivants (représentés par leurs 3 premiers caractères) peuvent être localisés.

1. OJQ	4
2. OJ9	3
3. B31	5
4. 09B	1
5. 09W	2

4. EXEMPLES DE CODAGE

On suivra les étapes décrites ci-dessus pour trouver le code correct pour chacune des procédures mentionnées ci-dessous :

4.1. Cholécystectomie totale par voie laparoscopique

Regarder en dessous du terme principal "Cholecystectomy". Notons qu'il y a deux références : "see Excision, Gallbladder [0FB4]" et "see Resection, Galbladder [0FT4]". Il n'est pas nécessaire de chercher dans l'index alphabétique sous les termes principaux "Excision" ou "Resection" le sous-terme "gallbladder" puisque tous deux renverront de toute façon au même tableau. Si l'on ne connaît pas la différence entre ces deux interventions de base, il faut consulter les définitions de 'Excision' et 'Resection' dans le manuel et revoir leurs définitions. Sinon, on peut également suivre l'index, et consulter les deux tableaux (0FB) et (0FT) pour voir la différence entre les interventions de base "Excision" et "Resection".

On consulte le tableau 0FB. Au niveau de la première ligne du tableau se trouve le caractère "0" qui réfère à la section médico-chirurgicale; le second caractère "F" au système anatomique "système hépato-biliaire et pancréas"; et le troisième caractère "B" se réfère à l'intervention de base "Excision".

Dans le tableau 0FB, l'excision est définie comme "l'exérèse, sans remplacement, d'une portion d'une partie du corps". Comme la procédure à coder est une cholécystectomie totale, "Excision" n'est pas l'intervention de base correcte.

On consulte le tableau 0FT. Le troisième caractère "T" se réfère à l'intervention de base "Resection". Dans ce tableau 0FT, la résection est définie comme "l'exérèse, sans remplacement, de toute une partie du corps". A Sur base de ces deux tableaux, il est clair que "Excision, gallbladder" est l'intervention de base pour une cholécystectomie partielle et que "Resection, gallbladder" est l'intervention de base pour une cholécystectomie totale; donc, le tableau correct est 0FT.

La construction du reste du code se poursuit en sélectionnant les valeurs des caractères restants à partir des colonnes de ce tableau (voir figure 9.1). Dans la première colonne, "body part" (partie de corps), la valeur "4" est sélectionnée pour la vésicule. Dans la seconde colonne, "approach" (voie d'abord), la valeur "4" est sélectionnée pour "percutanée, endoscopique" puisqu'il s'agit d'une intervention par voie laparoscopique. Pour le sixième caractère, la valeur "Z" est sélectionnée pour le matériel/appareil/dispositif car il n'y a pas de matériel/appareil/dispositif qui est laissé en place à l'issue de cette procédure. La valeur "Z" est choisie pour le dernier caractère car il n'y a pas de qualificatif. Le code ICD-10-PCS de procédure correct est donc 0FT44ZZ. La figure 9.1 montre le tableau 0FT utilisé à titre d'exemple. Les valeurs appropriées de chaque caractère du code y sont entourées.

Figure 9.1 : Extrait du tableau 0FT de l'ICD-10-PCS			
Section	0	Medical and Surgical	
Body System	F	Hepatobiliary System and Pancreas	
Operation	T	Resection: Cutting out or off, without replacement, all of a body part	
Body Part	Approach	Device	Qualifier
0 Liver			
1 Liver, Right Lobe			
2 Liver, Left Lobe			
4 Gallbladder	0 Open	Z No Device	Z No Qualifier
G Pancreas	4 Percutaneous Endoscopic		
5 Hepatic Duct, Right			
6 Hepatic Duct, Left			
8 Cystic Duct			
9 Common Bile Duct			
C Ampulla of Vater			
D Pancreatic Duct			
F Pancreatic Duct, Accessory			
	0 Open		
	4 Percutaneous Endoscopic		
	7 Via Natural or Artificial Opening	Z No Device	Z No Qualifier
	8 Via Natural or Artificial Opening Endoscopic		

Notez que dans un tableau ICD-10-PCS, seules les combinaisons des différents caractères (colonnes pour les caractères 4 à 7) figurant dans la même ligne du tableau sont possibles pour un code valable. Par exemple, dans le tableau montré en figure 9.1, la valeur "8" n'est pas valide pour la voie d'abord (cinquième caractère) parce qu'elle ne se trouve pas sur la même ligne que la valeur de partie du corps "4" que nous avons sélectionnée pour désigner la vésicule.

4.2. Amputation en dessous du genou, membre inférieur droit, jambe droite

Rechercher sous le terme principal "Amputation" dans l'index alphabétique. Noter la référence croisée "see detachment". Suivez cette référence croisée en vous orientant vers le terme principal "Detachment" (Amputation) et en sélectionnant ensuite le sous-terme "leg".

A noter qu'il existe des sous-termes complémentaires pour préciser qu'il s'agit de "lower" leg et ensuite "left" ou "right". Dans ce cas, l'index fournit le code 0Y6H0Z pour la jambe droite; ce code est quasiment complet, il ne manque que le septième caractère.

Se référer au tableau 0Y6 (voir figure 9.2) et repérer la ligne appropriée pour le caractère de partie du corps "H", désignant la jambe droite. Comme pour cette partie du corps, les seules valeurs acceptables pour la voie d'abord et le matériel/appareil/dispositif sont respectivement "0" et "Z", elles sont déjà fournies dans l'index alphabétique. Sélectionner ensuite la valeur qui est d'application pour le septième caractère (le qualificatif). Comme il s'agit d'une amputation de l'extrémité distale du membre inférieur en dessous du genou, sélectionnez la valeur "3" pour "low". Le code de procédure ICD-10-PCS complet est donc 0Y6H0Z3.

Figure 9.2 : Extrait du tableau 0Y6 de l'ICD-10-PCS			
Section	0	Medical and Surgical	
Body System	Y	Anatomical Regions, Lower Extremities	
Operation	6	Detachment: Cutting off all or a portion of the upper or lower extremities	
Body Part	Approach	Device	Qualifier
2 Hindquarter, Right 3 Hindquarter, Left 4 Hindquarter, Bilateral 7 Femoral Region, Right 8 Femoral Region, Left F Knee Region, Right G Knee Region, Left	0 Open	Z No Device	Z No Qualifier
C Upper Leg, Right D Upper Leg, Left H Lower Leg, Right J Lower Leg, Left	0 Open	Z No Device	1 High 2 Mid 3 Low

5. L'ENREGISTREMENT DES PROCEDURES DANS LE RHM

Le RHM exige pour chaque hospitalisation de jour ou classique que toutes les procédures, qui sont pertinentes pour le séjour, soient codées avec le système ICD-10-PCS. Ceci ne concerne pas certains types de séjours pour lesquels les directives d'enregistrement indiquent explicitement que les procédures ne doivent pas être enregistrées. Une procédure est considérée comme pertinente pour le séjour si elle répond à l'un des critères suivants :

- Elle est de nature chirurgicale
- Elle comporte un risque anesthésique
- Elle comporte un risque lié à la procédure elle-même
- Elle requiert une formation spécifique

La chirurgie comprend entre autres les interventions de base suivantes: 'incision', 'excision', 'destruction', 'amputation', 'introduction', 'insertion', 'endoscopy', 'repair', 'suturing', 'manipulation'.

Toute intervention réalisée sous anesthésie comporte un risque lié à l'anesthésie.

Il est plus difficile de définir une procédure "à risque", mais est comprise dans ce groupe toute procédure présentant un risque reconnu d'induire une atteinte fonctionnelle, une perturbation physiologique ou une possibilité de traumatisme au cours d'une procédure invasive. Les procédures qui requièrent une formation spécialisée sont celles qui sont réalisées par des médecins, des infirmières ainsi que d'autres professionnels spécialement formés pour réaliser certaines procédures spécialisées et travaillant dans des services destinés à pratiquer ces procédures. Cette dernière définition suppose une formation complémentaire, en plus du cursus de base des médecins, infirmiers ou techniciens.

Chapitre 10: ICD-10-PCS Interventions de base dans la section Médico-Chirurgicale

1. INTRODUCTION

Les chapitres précédents introduisent la structure des codes ICD-10-PCS et discutent des étapes de base de la sélection des codes ICD-10-PCS. Le troisième caractère du code construit, l'intervention de base, est un des concepts les plus importants dont l'utilisateur a besoin pour identifier et sélectionner correctement le code ICD-10-PCS. L'intervention de base réfère à l'objectif de l'intervention. Ce chapitre couvre en détails les 31 interventions de base de la section médico-chirurgicale ainsi que leurs définitions correspondantes. De plus, les directives de codage à appliquer, issues d'ICD-10-PCS Official Coding Guidelines (édition 2019) sont également introduites à ce niveau-ci.

2. DIRECTIVES DE CODAGE CONCERNANT LES INTERVENTIONS DE BASE

La majorité des directives de codage officielles d'ICD-10-PCS concerne le troisième caractère du code qui représente la « root operation » (intervention de base). Dans cette section, nous commençons par les directives de codage générales applicables à toutes les interventions de base et nous passons ensuite aux concepts prédominants tels que la codification des interventions multiples et des interventions interrompues. Les directives de codage concernant des interventions de base spécifiques seront traitées dans les interventions de base correspondantes.

La définition complète de l'intervention de base doit être appliquée pour déterminer l'intervention de base appropriée. Les définitions de chaque intervention de base dans la classification ICD-10-PCS sont incluses dans chaque tableau (voir figure 10.1).

Les parties d'une intervention précisée dans la définition et la description d'une intervention de base ne sont pas codées séparément. La définition complète de chaque intervention de base, telle qu'elle est fournie dans le tableau, doit être considérée attentivement car cette définition va déterminer quelle intervention doit être codée séparément et laquelle ne le doit pas. Par exemple, la résection d'une articulation faisant partie d'un remplacement articulaire est comprise dans la définition de 'remplacement' (remplacement) et n'est jamais codée séparément. Les étapes permettant d'atteindre le site opératoire (telles que l'incision ou la voie d'abord) ainsi que la fermeture du site opératoire (telle que la suture), y compris l'anastomose d'une partie du corps tubulaire, ne doivent pas être codées séparément. Par exemple, lors d'une résection du colon sigmoïde avec anastomose du colon descendant au rectum, l'anastomose n'est pas codée séparément.

Figure 10.1 : Extrait d'un tableau montrant la localisation de la définition de l'intervention de base

Section	0	Medical and Surgical	
Body System	F	Hepatobiliary System and Pancreas	Définition de l'intervention de base
Operation	T	Resection: Cutting out or off, without replacement, all of a body part	
Body Part	Approach	Device	Qualifier
0 Liver 1 Liver, Right Lobe 2 Liver, Left Lobe 4 Gallbladder G Pancreas	0 Open 4 Percutaneous Endoscopic	Z No Device	Z No Qualifier
5 Hepatic Duct, Right 6 Hepatic Duct, Left 8 Cystic Duct 9 Common Bile Duct C Ampulla of Vater D Pancreatic Duct F Pancreatic Duct, Accessory	0 Open 4 Percutaneous Endoscopic 7 Via Natural or Artificial Opening 8 Via Natural or Artificial Opening Endoscopic	Z No Device	Z No Qualifier

2.1. Codage des interventions multiples

Les procédures multiples réalisées durant le même épisode chirurgical sont codées séparément si elles répondent à l'une des conditions suivantes :

1. *La même intervention de base est réalisée sur des parties du corps « body parts » (parties du corps) différentes définies par des valeurs distinctes du 4^{ème} caractère:* un exemple en est l'excision diagnostique (biopsie) du foie. Cette règle est simple excepté qu'elle requiert de connaître comment « *body part* » est utilisée dans le contexte d'ICD-10-PCS. Référez-vous à l'extrait du tableau de la figure 10.1. Vous noterez que le foie est une « *body part* » distincte mais directement dessous vous verrez que le « foie, lobe droit » est différencié du « foie, lobe gauche » et que chacun a une valeur distincte. Donc, des biopsies des lobes droit et gauche du foie sont codées séparément car elles ont des valeurs différentes du 4^{ème} caractère précisant la « *body part* » (partie du corps).

2. *La même intervention de base est répétée sur différentes parties multiples du corps ayant une même valeur pour le 4^{ème} caractère.* Par exemple, l'excision du muscle sartorius et l'excision du muscle gracile. Les deux muscles ont la même valeur de *body part* « muscle du membre supérieur » et donc, l'intervention est codée deux fois avec le même code. Cet exemple mentionne deux excisions réalisées sur deux muscles qui sont inclus dans la valeur de *body part* « muscle du membre supérieur ». Si les parties distinctes de l'intervention ne sont pas codées séparément, il n'apparaîtra pas clairement que deux excisions ont été réalisées.

Un autre exemple est l'extraction de multiples ongles des orteils. Les orteils sont séparés en différentes « *body parts* », donc chaque extraction doit être codée séparément. Mais la même opération de base répétée à différents endroits de la même « *body part* » ne doit être codée qu'une seule fois. Par exemple, l'excision de plusieurs fibromes de l'utérus n'est pas codée plusieurs fois car les excisions ne sont pas réalisées sur des « *body parts* » séparées

Cet exemple diffère du précédent exemple d'excision du muscle sartorius et du muscle gracile, qui appartiennent à des « *body parts* » séparées et non pas différentes localisations au sein d'une même « *body part* ».

3. Des interventions de base multiples sont réalisées sur la même « body part » mais avec des objectifs différents. La destruction d'une lésion du sigmoïde associée à un bypass du sigmoïde en est un exemple.

4. Une intervention de base prévue a débuté par une certaine voie d'abord mais est ensuite convertie en voie d'abord différente. Par exemple, une cholécystectomie laparoscopique convertie en laparotomie pendant l'intervention. La première partie est codée comme « inspection » (inspection) percutanée endoscopique et la deuxième comme « resection » (résection) ouverte. Les quatre diagnostics ICD-10-CM suivants permettent d'identifier les procédures converties en procédures ouvertes. Ils ne peuvent être employés qu'en codes de diagnostics secondaires.

Z53.31 Procédure chirurgicale laparoscopique convertie en procédure ouverte

Z53.32 Procédure chirurgicale thoroscopique convertie en procédure ouverte

Z53.33 Procédure chirurgicale arthroscopique convertie en procédure ouverte

Z53.34 Autre procédure spécifiée convertie en procédure ouverte

2.2. Codage des interventions interrompues ou des procédures incomplètement réalisées

Une intervention prévue qui est commencée mais qui n'a pas pu être achevée est codée jusqu'où elle a été réellement réalisée selon les principes suivants :

- Si l'intervention prévue est interrompue, coder l'intervention de base qui a été effectivement réalisée.
- Si l'intervention est interrompue avant que l'intervention de base ne soit réalisée, coder l'intervention de base « inspection » (inspection) de la « body part » (partie du corps) ou de la région anatomique qui a été inspectée.

Les exemples suivants montrent comment coder les interventions interrompues ou non réalisées jusqu'au bout :

- Un patient est admis pour l'extraction transurétrale de lithiase urétérale. L'endoscope est introduit dans la vessie mais ne peut être introduit dans l'uretère. Coder uniquement « inspection » (inspection) de la vessie.
- Un patient est admis pour cholécystectomie avec exploration de la voie biliaire principale. Après ouverture de la paroi abdominale, on trouve un néoplasme métastatique étendu envahissant l'estomac et le duodénum dont l'origine probable est un cancer du pancréas. L'intervention est interrompue et la paroi abdominale refermée. Coder uniquement la laparotomie exploratrice comme suit : « Inspection » (Inspection) de la cavité abdominale .
- Une intervention de remplacement de valve aortique prévue est interrompue après thoracotomie et avant toute incision du muscle cardiaque car le patient présente une instabilité hémodynamique. Cette intervention est codée comme une « inspection » ouverte du médiastin.

Quand on parle d'échec d'une intervention réalisée jusqu'au bout, c'est-à-dire lorsqu'elle n'apporte pas les résultats attendus ou parce que tous les objectifs de la procédure n'ont pu être atteints, l'intervention est tout de même codée comme réalisée complètement. Par exemple, une réocclusion quasi immédiate de l'artère coronaire qui se produit occasionnellement après une angioplastie coronaire transluminale percutanée nécessite une réadmission immédiate du patient en salle d'opération afin de corriger le problème par un pontage coronaire. Cette angioplastie pourrait être considérée comme un 'échec' mais en fait elle a été réalisée complètement et devrait donc être codée.

Notons que ne pas atteindre l'objectif thérapeutique n'est pas codé comme une complication de l'intervention. Il importe de distinguer une procédure ayant échoué d'une procédure tentée mais sans succès. Dans l'exemple de l'angioplastie coronaire percutanée, la procédure est réalisée, et « Dilation » (dilatation) sera codé. En revanche, si une procédure est tentée sans succès, elle ne doit pas être codée. Par exemple, si un patient subit une tentative d'extraction de corps étranger de la cornée droite avec un extracteur, mais sans succès, on ne code pas « Extirpation » mais seulement « Inspection ».

2.3. Codage des biopsies

Une biopsie est définie comme le fait de prendre du tissu d'une personne vivante dans le but d'en faire une analyse microscopique. Un code de biopsie n'est pas attribué quand une lésion est ôtée à des fins thérapeutiques et qu'elle est envoyée au laboratoire pour examen, même si le terme « biopsie » est utilisé dans la description de l'intervention. Les pièces opératoires envoyées en routine au laboratoire pour analyse ne sont pas considérées comme des biopsies; attribuer un code de biopsie est inapproprié.

Les biopsies peuvent être codées avec différentes valeurs d'intervention de base en fonction de la manière dont la biopsie est réalisée et en gardant à l'esprit la définition des différentes interventions de base. Par exemple, les biopsies peuvent être rapportées à l'aide des interventions de base « excision » (ex : échantillon de ganglion lymphatique), « extraction » (ex : biopsie de la moelle osseuse) ou « drainage » (ex : aspiration de fluide pulmonaire à l'aiguille fine), avec le « qualifier » (qualificatif) « diagnostique ». Le curetage diagnostique de l'utérus ou la biopsie de la moelle osseuse sont des biopsies d'« extraction ».

Biopsie suivie d'un traitement plus définitif :

Si une intervention (biopsie) d'« excision », d'« extraction » ou de « drainage » diagnostique est suivie d'une intervention plus définitive, telle que « destruction », « excision » ou « résection » du même site opératoire, tant la biopsie que le traitement définitif sont codés.

Par exemple, une biopsie du sein est suivie d'une mastectomie partielle de même site opératoire; la biopsie et la mastectomie partielle sont codées toutes les deux.

2.4. Codage des interventions concernant plusieurs tissus qui se superposent

Occasionnellement, une intervention peut porter sur plusieurs tissus qui se superposent. Dans ces conditions, la directive suivante est d'application : si l'intervention de base « excision », « réparation » ou « inspection » est effectuée sur des structures du système musculo-squelettique qui se superposent (muscles, tendons, articulations, ligaments et bourses), seulement la procédure sur la partie du corps la plus profonde est codée.

Par exemple, une excision-débridement qui comprend la peau, le tissu sous-conjonctif ainsi que le muscle, est codée avec la « body part » (partie du corps) « muscle ».

3. INTERVENTIONS MEDICO-CHIRURGICALES DE BASE

Les 31 interventions de base de la section médico-chirurgicale peuvent être réparties en 9 groupes partageant les mêmes attributs :

1. Interventions de base enlevant une partie ou la totalité d'une partie du corps
2. Interventions de base consistant à ôter des solides, liquides ou gaz de partie du corps
3. Interventions de base concernant uniquement les sections ou les séparations
4. Interventions de base d'insertion, de remise en place ou de déplacement d'une partie ou de la totalité d'une partie du corps
5. Interventions de base modifiant le diamètre ou la trajectoire d'une partie du corps tubulaire
6. Interventions de base qui impliquent toujours un matériel
7. Interventions de base à unique but exploratoire
8. Interventions de base comprenant d'autres réparations
9. Interventions de base ayant d'autres objectifs

3.1. Interventions de base enlevant une partie ou la totalité d'une partie du corps

Ce groupe d'interventions comprend les « excisions » (*excision*), « sections » (*resection*), « amputations » (*detachment*), « destructions » (*destruction*), et les « extractions » (*extraction*). Le tableau 10.1 fournit un aperçu de ces interventions de base, reprenant l'objectif de l'intervention, le site de celle-ci ainsi que des exemples de chaque intervention de base.

« Excision », « résection » et « amputation » sont similaires en ce sens que toutes les trois « enlèvent » sans remplacement. La différence entre ces 3 interventions de base repose sur le site opératoire et l'extension de l'intervention : « l'excision » concerne une partie d'une partie du corps, « la résection »- la totalité de la partie du corps et « l'amputation »- une extrémité.

3.1.1. Excision versus résection

L'excision se définit par l'ablation, sans remplacement, d'une portion de « body part », tandis que la résection est l'ablation, sans remplacement de la totalité d'une « body part ». Cette distinction est un concept-clé de l'ICD-10-PCS ; la totalité d'une « body part » est uniquement définie en ICD-10-PCS, et peut varier pour différents organes. Par exemple, une tumorectomie mammaire est une excision, tandis qu'une mastectomie totale est une résection. Quand l'excision est une biopsie, le qualificatif « Diagnostic » s'applique.

L'ICD-10-PCS contient des valeurs différentes pour les subdivisions anatomiques d'une partie du corps, tels que lobes pulmonaires ou hépatiques et régions de l'intestin. La résection d'une partie du corps spécifique est codée chaque fois que toute la partie du corps est enlevée ; l'excision d'une partie du corps moins spécifique n'est pas codée. Il est important de revoir toutes les valeurs de partie du corps du tableau pour confirmer si

l'intervention doit être codée comme « résection » ou « excision ». Par exemple, référons-nous à la figure 10.1. La colonne concernant la partie du corps présente des valeurs uniques pour « foie », « foie, lobe droit » et « foie, lobe gauche ». Selon ce tableau, l'exérèse de l'entièreté du lobe hépatique droit est considérée comme une « résection » (exérèse de toute la partie du corps), même si un seul lobe est ôté car chaque lobe est considéré comme une partie du corps.

Les informations supplémentaires au sujet de la technique anastomotique employée pour achever la procédure (par exemple anastomose termino-terminale ou latéro-terminale après une colectomie) n'est pas spécifiée en ICD-10-PCS. Seul le code spécifique de l'excision ou de la résection est attribué.

Les chirurgiens peuvent utiliser des termes comme « résection radicale » ou « excision radicale ». Il faut y prendre garde car le terme « radical » peut avoir différentes significations selon la procédure, et ce terme n'est pas toujours fiable pour coder la procédure. Il est préférable pour le codeur de se baser sur les informations du rapport opératoire. En ICD-10-PCS, on code séparément les organes ou structures qui ont effectivement été enlevées et pour lesquels une « body part » distincte est mentionnée. La recommandation B3.2a de l'ICD-10-PCS précise que, si durant le même acte opératoire, la même intervention de base est répétée au niveau de différentes « body parts », qui sont définies par des caractères distincts de « body parts », plusieurs codes de procédures doivent être attribués.

3.1.2. Excision pour greffe

Pour les interventions concernant le prélèvement de tissu pour greffe, la directive de codage suivante est appliquée :

Si une autogreffe est prélevée ailleurs pour atteindre l'objectif d'une autre procédure, un code distinct est alors mentionné. Par exemple, lors d'un pontage coronaire avec prélèvement de veine saphène, l'excision de la veine saphène est codée séparément.

3.1.3. Amputation, destruction et extraction

L'intervention de base « amputation » est utilisée uniquement pour les amputations d'extrémités quel que soit le niveau de l'amputation. Pour une « amputation », la valeur de la partie du corps est le site de l'intervention, avec, s'il y a lieu, un qualificatif donnant plus d'informations sur le niveau de l'amputation.

Les « destructions » et « extractions » partagent également le site de l'intervention : une partie ou la totalité d'une partie du corps. Une « destruction » représente une éradication sans remplacement tandis qu'une extraction est un retrait sans remplacement.

Une « destruction » (destruction) est définie comme une éradication physique d'une partie ou de la totalité d'une partie du corps par utilisation directe de force, d'énergie ou d'agent destructeur. Lors d'une « destruction », aucune partie du corps n'est physiquement enlevée. Des exemples d'interventions de base « destruction » sont une fulguration, une ablation, une cautérisation et une cryoablation.

Une « extraction » (extraction) est définie par le retrait ou l'arrachement d'une partie ou de la totalité d'une partie du corps par utilisation d'une force. Quand « l'extraction » est une biopsie, le qualificatif « diagnostique » est utilisé. Des exemples d'intervention de base « extraction » sont : dilatation et curetage de l'utérus, stripping veineux, biopsie sans excision et dermabrasion. L'incision en tant que voie d'accès pour une procédure n'est pas codée séparément. Ceci est bien précisé dans la description des voies d'accès dans l'ICD-10-PCS. Par

exemple, une petite incision, comme c'est le cas lors d'un stripping de varices, n'est pas séparément codée dans la mesure où l'objectif de l'intervention est bien le retrait des varices.

Tableau 10.1 : Interventions enlevant une partie ou la totalité d'une partie du corps			
Intervention de base	Objectif de l'intervention	Site de l'intervention	Exemples
« Excision » (Excision)	Exérèse sans remplacement	Partie d'une « body part »	Tumorectomie du sein (lumpectomie)
« Resection » (Résection)	Exérèse sans remplacement	Totalité d'une « body part »	Mastectomie totale
« Detachment » (Amputation)	Exérèse sans remplacement	Extrémité uniquement, quel que soit le niveau	Amputation au-dessus du coude
« Destruction » (Destruction)	Eradication sans remplacement	Partie ou totalité d'une « body part »	Fulguration de l'endomètre
« Extraction » (Extraction)	Retrait sans remplacement	Partie ou totalité d'une (body part)	Aspiration, dilatation et curetage de l'utérus

Exercice 10.1

Codez les procédures suivantes.

1. Excision laparoscopique d'un kyste de l'ovaire droit	<u>Excision</u>	0UB04ZZ
2. Dilatation-curetage diagnostique	<u>Extraction</u>	0UDB7ZX
3. Amputation sous le genou de la jambe droite, extrémité distale	<u>Detachment</u>	0Y6H0Z3
4. Ovariectomie droite totale par voie laparoscopique	<u>Resection</u>	0UT04ZZ
5. Fulguration d'un polype rectal par sigmoïdoscopie	<u>Destruction</u>	0D5P8ZZ
6. Biopsie en coin du sein droit	<u>Excision</u>	0HBT0ZX
7. Exérèse chirurgicale complète du colon sigmoïde par une incision abdominale	<u>Resection</u>	0DTN0ZZ

3.2. Interventions de base consistant à ôter des solides, liquides ou gaz d'une partie du corps.

Le groupe suivant des interventions de base comprend les « drainages » (*drainage*), les « extirpation » (*extirpation*) et les « fragmentations » (*fragmentation*). Ces interventions de base partagent le même site

opératoire, à savoir « à l'intérieur » de la partie du corps. Le tableau 10.2 fournit un aperçu de ces interventions, en y incluant l'objectif de l'intervention, le site de l'intervention et des exemples de chaque intervention.

La différence entre ces trois interventions réside dans le fait que le « drainage » ôte des liquides ou des gaz, « l'extirpation » enlève une matière solide de la partie du corps et la « fragmentation » brise une matière solide en morceaux. L'intervention de « drainage » peut être à la fois diagnostique et thérapeutique. Le qualificatif « diagnostique » est ajouté pour identifier les « extractions » ou « drainages » qui sont des biopsies. Noter qu'une procédure à part est enregistrée pour l'insertion d'un matériel de drainage qui est laissé en place, à l'aide de la procédure principale 'drainage' avec comme 6^{ème} caractère la valeur 'drainage device'.

Dans le cas de l'« Extirpation », la matière solide peut être un sous-produit anormal d'une fonction biologique ou un corps étranger ; elle peut être enfoncée dans une partie du corps ou dans la lumière d'une partie du corps tubulaire. La matière solide peut avoir été ou pas préalablement brisée en morceaux.

Pour la fragmentation, une force physique (par exemple force manuelle, ultra-sons) est appliquée directement ou indirectement pour briser la matière solide en morceaux. La matière solide peut être un sous-produit anormal d'une fonction biologique ou un corps étranger.

Quoiqu'on observe que les interventions de base « Extirpation » et « Fragmentation » sont intimement apparentées ; la différence principale réside dans le fait que dans la « fragmentation » les morceaux de matière solide ne sont pas ôtés.

Tableau 10.2 : Interventions de base consistant à ôter des solides, liquides ou gaz d'une partie du corps			
Intervention de base	Objectif de l'intervention	Site de l'intervention	Exemples
Drainage	Oter des liquides ou des gaz	D'une « body part »	Incision et drainage
Extirpation	Oter une matière solide	D'une « body part »	Thrombectomie
Fragmentation	Briser une matière solide en morceaux	Dans une « body part »	Lithotripsie (ESWL)

Exercice 10.2			
Codez les procédures suivantes.			
1. Incision et <i>drainage</i> d'un abcès périanal externe	<u>Drainage</u>	0D9QXZZ	
2. Thrombectomie mécanique percutanée de l'artère brachiale gauche	<u>Extirpation</u>	03C83ZZ	
3. Hystérocopie avec lithotripsie intraluminaire d'une calcification de la trompe de Fallope gauche	<u>Fragmentation</u>	0UF68ZZ	

3.3. Interventions de base concernant uniquement les sections ou les séparations

Ce groupe comprend deux types d'interventions de base : « division » (*division*) et « release » (*libération*). Le tableau 10.3 fournit un aperçu de ces interventions, reprenant l'objectif de l'intervention, le site de l'intervention et des exemples de chaque intervention de base

Une « division » (*division*) est une section ou séparation dans une partie du corps. Cette intervention est réalisée *dans* une partie du corps. Lors d'une « division », une partie ou la totalité d'une partie du corps est séparée en 2 ou plusieurs parties. Une neurotomie, une chordotomie spinale et une ostéotomie sont quelques exemples de « division ».

Une « release » libération consiste à dégager une partie du corps d'une contrainte physique anormale. Le site de l'intervention se trouve *autour* de la partie du corps. Lors d'une « libération », une partie du tissu contraignant peut être enlevée mais la partie du corps même n'est pas ôtée. La valeur assignée à la partie du corps correspond à la partie du corps libérée et non au tissu manipulé ou sectionné pour dégager la partie du corps. Une lyse d'adhérences intestinales est un exemple de « libération » et la valeur choisie pour la partie du corps est celle de la partie spécifique de l'intestin libérée.

« Release » (libération) versus « division » (division) : si le seul objectif de l'intervention est de libérer une partie du corps sans incision de celui-ci, l'intervention de base qui doit être identifiée est la « libération ». La libération d'une racine nerveuse du tissu cicatriciel environnant sans section de la racine en est un exemple. En revanche, si le seul objectif de l'intervention est de séparer ou dissocier une partie du corps, l'intervention de base qui doit être identifiée est la « division », comme par exemple une division de racine nerveuse pour diminuer la douleur.

Tableau 10.3. Interventions de base concernant uniquement les sections ou les séparations			
Intervention de base	Objectif de l'intervention	Site de l'intervention	Exemples
« Division » (Division)	Couper, diviser une « body part »	Dans une « body part »	Neurotomie
« Release » (Libération)	Libérer une « body part » d'une contrainte	Autour d'une « body part »	Lyse d'adhérences

3.4. Interventions d'insertion, de remise en place ou de déplacement d'une partie ou de la totalité d'une partie du corps

Le groupe suivant des interventions de base comporte les « transplantation » (transplantations), les « reattachment » (rattachements , les « transfer » (transferts) et les « reposition » (repositionnements). Le tableau 10.4 fournit un aperçu de ces interventions, reprenant l'objectif de l'intervention, le site de l'intervention et des exemples de chaque intervention.

L'intervention de base « transplantation » consiste à insérer une partie ou la totalité d'une partie du corps vivante prélevée sur un autre individu ou animal pour fonctionner ou prendre la place de d'une partie ou de la totalité d'une partie du corps similaire. La partie du corps native peut ou non être enlevée et la partie du corps

transplantée peut reprendre une partie ou la totalité de sa fonction. Les greffes de foie ou de reins en sont des exemples. Le qualificatif spécifie la compatibilité génétique. Notez que l'intervention consistant à remettre des cellules autologues ou allogènes est codée dans la section « administration » plutôt que dans la section médico-chirurgicale, même si l'intervention est considérée comme une greffe, par exemple greffe de cellules souches.

Une autre intervention de ce groupe est le « reattachement ». Cette intervention de base implique la remise en position normale ou appropriée d'une partie ou de la totalité d'une partie du corps détachée. La circulation vasculaire ou les voies de conduction nerveuses peuvent ou non être rétablies. Le rattachement de doigt/de la main ou du rein après une avulsion traumatique en est un exemple.

Le « transfert » est un déplacement sans enlèvement d'une partie ou de la totalité d'une partie du corps vers un autre endroit pour reprendre la fonction d'une partie ou de la totalité d'une partie du corps. La partie du corps transférée conserve ses pédicules vasculo-nerveux. Les transferts de tendons ou de greffes musculocutanées pédiculées sont des exemples de « transfert ».

L'intervention de base « Transfer » (Transfert) comporte des « qualifiers » (qualificatifs) pouvant être utilisés quand une greffe de tissu pédiculé se compose de plus d'une couche de tissu comme une greffe musculocutanée pédiculée par exemple. Dans le cas des procédures où plusieurs couches de tissu (peau, tissu sous-cutané, fascia ou muscle) sont transférées, la procédure est codée dans la partie du corps qui décrit la couche la plus profonde dans ce tissu pédiculé tandis que le qualificatif peut être utilisé pour décrire les autres couches de tissu comprises dans la greffe de tissu pédiculée transférée. Par exemple : un lambeau musculocutané est codé dans la partie du corps qui s'applique au système anatomique 'Muscles' et le qualificatif est utilisé pour coder les couches supplémentaires comprises dans la greffe de tissu pédiculé transférée.

La « reposition » (repositionnement) consiste à remettre une partie du corps dans sa position normale ou à une place appropriée. Ainsi tant le « transfert » que le « repositionnement » implique le déplacement d'une partie du corps mais le « transfert » est réalisé avec l'objectif que la partie du corps transférée reprend ou remplace la fonction de l'autre partie du corps tandis que le repositionnement implique le déplacement d'une partie du corps à la place où elle devrait normalement être ou à une place plus appropriée.. Une intervention pour remettre un testicule non descendu dans sa position normale et la réduction d'une fracture avec déplacement sont des exemples de «repositionnement ».

Tableau 10.4 : Interventions de base pour lesquelles il y a insertion, remise en place ou déplacement d'une partie ou de la totalité d'une partie du corps

Interventions de base	Objectif de l'intervention	Site de l'intervention	Exemples
« Transplantation » (Transplantation)	Insérer une « body part » vivante d'un donneur (humain/animal)	Partie ou totalité d'une « body part »	Greffe de rein
« Reattachement » (Rattachement)	Remettre en place une « body part » détachée	Partie ou totalité d'une « body part »	Rattachement de doigt

« Transfer » (Transfert)	Déplacer une partie du corps pour remplacer la fonction d'une body part similaire	Partie ou totalité d'une « body part »	Transfert de greffe cutanée
« Reposition » (Repositionnement)	Remplacer une partie du corps à sa place normale ou à une autre place adéquate	Partie ou totalité d'une « body part »	Remise en place d'un testicule non descendu

Exercice 10.3 Codez les procédures suivantes.		
1. Ténotomie percutanée du pied droit	<u>Division</u>	0L8V3ZZ
2. Laparotomie avec lyse d'adhérences du gros intestin	<u>Release</u>	0DNE0ZZ
3. <i>Rattachement</i> d'un index gauche sectionné	<i>Reattachment</i>	0XMP0ZZ
4. <i>Transplantation</i> de foie avec un foie de donneur compatible	<u>Transplantation</u>	0FY00Z0
5. Réduction fermée de luxation de l'épaule droite	<u>Reposition</u>	0RSJXZZ

3.5. Intervention de base modifiant le diamètre ou la trajectoire d'une partie du corps tubulaire

Quatre types d'interventions sont réalisés pour modifier le diamètre ou la trajectoire d'une partie du corps tubulaire : « la restriction » (*restriction*), « l'occlusion » (*occlusion*), « la dilatation » (*dilation*), et « le pontage » (*bypass*). L'ICD-10-PCS appelle tubulaires les parties du corps permettant le passage des solides, des liquides ou des gaz. Ils comprennent le système cardiovasculaire et des parties du corps du système gastro-intestinal, génito-urinaire, biliaire et respiratoire. Le tableau 10.5 fournit un aperçu de ces interventions de base, reprenant l'objectif de l'intervention, le site de l'intervention et des exemples de chaque intervention.

L'objectif d'une « restriction » (*restriction*) est de fermer *partiellement* ou de rétrécir le diamètre d'un orifice ou la lumière d'une partie du corps tubulaire tandis que l'objectif d'une « occlusion » est de fermer *complètement* un orifice ou une lumière d'une partie du corps tubulaire. Tant pour la « restriction » que pour l'« occlusion », l'orifice peut être naturel ou artificiel. « Restriction » et « Occlusion » comprennent aussi bien des méthodes par voie intra-luminale que par voie extra-luminale.

- Une fundoplicature gastro-œsophagienne est un exemple de « restriction ». Au cours de cette intervention la partie supérieure de l'estomac est enroulée autour de la partie inférieure de l'œsophage pour prévenir le reflux acide et réparer la hernie hiatale. Il s'agit essentiellement d'une fermeture partielle de la valve située entre l'œsophage et l'estomac (sphincter du bas œsophage), qui empêche l'acide de remonter facilement dans l'œsophage.

- La ligature tubaire est un exemple d'« occlusion » (*occlusion*). Cette intervention est réalisée pour fermer complètement la trompe de Fallope comme moyen de contraception. .

L'objectif de l'intervention de base « dilation » (*dilatation*) est d'étendre ou d'élargir le diamètre de l'orifice ou de la lumière d'une partie du corps tubulaire. La procédure peut être effectuée via des méthodes extraluminales ou intraluminales ou par incision d'une partie de l'orifice ou de la paroi du corps tubulaire. Comme exemple, nous avons l'angioplastie percutanée coronaire qui est utilisée pour élargir les coronaires rétrécies afin d'améliorer la circulation sanguine.

L'objectif de l'intervention de base « bypass » (*pontage*) est de dévier la route ou le passage du contenu d'une partie du corps tubulaire.

Un « pontage » peut dévier le contenu d'une partie du corps tubulaire vers l'aval du trajet normal, ou utiliser un trajet similaire vers une partie du corps similaire ou emprunter une voie différente vers une partie du corps différente. Un pontage comprend une ou plusieurs anastomoses et utilise ou non un matériel. Lors du codage des « pontages », la partie du corps au départ du bypass et la partie du corps à l'arrivée du bypass doivent être bien identifiées.

D'autres directives spécifiques de codage des « pontages » sont décrites dans les chapitres 20 des maladies digestives et 28 des maladies circulatoires de ce manuel.

Tableau 10.5 : Interventions de base modifiant le diamètre ou la trajectoire d'une partie du corps tubulaire			
Intervention de base	Objectif de l'intervention	Site de l'intervention	Exemples
Restriction	Fermeture partielle d'orifice/ lumière	« body part » tubulaire	Fundoplicature gastro-oesophagienne
Occlusion	Fermeture totale d'orifice/ lumière	« body part » tubulaire	Ligature de trompe
Dilatation	Elargissement d'orifice/ lumière	« body part » tubulaire	Angioplastie coronaire transluminale percutanée (PTCA)
Pontage	Modification du trajet d'un passage	« body part » tubulaire	Pontage coronaire (CABG)

3.6. Interventions de base qui impliquent toujours un matériel ou dispositif

Le groupe suivant comporte 6 interventions de base impliquant toujours un matériel ou un appareil : « insertion » (l'insertion), « remplacement » (le remplacement), « supplement » (l'ajout), « change » (le changement), « removal » » (l'enlèvement) et « revision » (la révision). Le tableau 10.6 donne un aperçu de ces interventions de base, reprenant l'objectif de l'intervention, le site de l'intervention et des exemples de chaque intervention.

L'objectif de « l'insertion » (*insertion*) est de mettre en place un appareil non biologique qui mesure, assiste, accomplit ou entrave une fonction physiologique, mais qui ne reprend pas physiquement la place d'une partie du corps. Cette intervention de base a pour seul objectif d'introduire un matériel en ne faisant rien d'autre à la

partie du corps. L'insertion d'un implant radioactif, un cathéter veineux central sont des exemples « d'insertion ».

L'objectif de l'intervention de base « remplacement » (remplacement) est l'insertion d'un matériel (biologique ou synthétique) qui reprend la place et/ou la fonction d'une partie ou de la totalité d'une partie du corps. La partie du corps peut avoir été enlevée, remplacée, éradiquée physiquement ou rendue non fonctionnelle pendant l'intervention de « remplacement ». Les prothèses totales de hanche, les greffes osseuses et les greffes de peau libre sont des exemples de « remplacement ».

L'objectif d'une intervention de base « supplement » (ajout) est d'introduire un matériel (biologique ou synthétique) qui renforce physiquement et/ou qui améliore la fonction d'une partie ou de la totalité d'une partie du corps. Le matériel biologique peut être vivant ou non, et issu du même individu. La partie du corps peut avoir été remplacée précédemment et l'intervention de base « supplement » est réalisée dans ce cas pour renforcer physiquement et/ou améliorer la fonction de la partie du corps remplacée. Une cure de hernie inguinale avec mise en place de filet, une annuloplastie de la valve mitrale, une greffe de nerf et la mise en place d'un nouveau « liner acetabulaire » dans une ancienne « cup » acétabulaire d'une prothèse de hanche sont des exemples de « supplement ».

Le «change» (changement) concerne une intervention au cours de laquelle un matériel est ôté d'une partie du corps et est échangé par un matériel similaire sans incision ou ponction de peau ou de muqueuse. Toutes les interventions ayant une intervention de base de « changement » ont une voie d'abord externe. Un changement de cathéter urinaire ou un changement de tube de gastrostomie dans la partie supérieure du tractus gastro-intestinal sont des exemples de « changement ».

Le « removal » (enlèvement) est une intervention qui consiste à ôter un matériel d'une partie du corps. Cette intervention doit être codée uniquement si elle ne fait pas partie intégrale d'une autre intervention de base. Par exemple, si un matériel est enlevé et qu'un dispositif similaire est introduit sans incision ou ponction de peau ou de muqueuse, l'intervention est un « change » et le« removal» n'est pas codé séparément. L'enlèvement d'un tube de drainage ou d'un matériel de fixation externe est un exemple de « removal ».

La « revision» (révision) s'applique aux interventions dont l'objectif est de corriger, dans la mesure du possible, la position d'un matériel déplacé ou le mauvais fonctionnement de ce matériel sans enlever ce matériel dans sa totalité et sans placer un tout autre matériel neuf.. Lors de cette procédure principale, la fonction peut être restaurée par le fait qu'une partie du matériel ou de l'appareil, précédemment placée, est enlevée et/ou remplacée, donc le « Removal » d'un matériel usagé n'est pas codé séparément . Il est important de comprendre que refaire complètement une intervention est codée avec le code d'intervention de base effectivement réalisée et non avec le code de « révision ». L'ajustement des électrodes d'un pacemaker et le recimentage d'une prothèse de hanche sont des exemples de « revision ».

Notons que les interventions de base « change », « removal » et « revision » prennent la valeur de la partie du corps 'générale' quand la valeur de partie du corps spécifique n'est pas mentionnée dans le tableau.

Certaines interventions sont réalisées uniquement sur le matériel et non sur la partie du corps, comme par exemple le rinçage d'un tube de gastrostomie ou le remplacement d'une batterie de pacemaker. Ces procédures sont codées avec les interventions de base « change », « irrigation », « removal» et « revision ».

Tableau 10.6 : Interventions de base qui impliquent toujours un matériel			
Intervention de base	Objectif de l'intervention	Site de l'intervention	Exemples
Insertion	Introduire un matériel non biologique	Dans ou sur une « body part » (partie du corps)	Insertion d'un cathéter central
Remplacement	Introduire un matériel qui remplace une partie du corps	Tout ou une partie d'une « body part » (partie du corps)	Remplacement total de hanche
Ajout	Introduire un matériel qui renforce ou améliore la fonction d'une partie du corps	Dans ou sur une « body part »	Herniorraphie de paroi abdominale avec mise en place de filet
Changement	Echange de matériel sans incision ou ponction	Dans ou sur une « body part »	Changement de tube de drainage
Enlèvement	Oter un matériel	Dans ou sur une « body part »	Enlèvement d'un cathéter central
Révision	Correction d'un dysfonctionnement ou d'un déplacement de matériel	Dans ou sur une « body part »	Révision d'une électrode de pacemaker

Exercice 10.4		
Codez les procédures suivantes.		
1. Cystoscopie avec dilatation intraluminaire d'une sténose du col de la vessie	<u>Dilation</u>	0T7C8ZZ
2. Arthroplastie totale du genou droit avec insertion d'une prothèse totale de genou	<u>Remplacement</u>	0SRC0JZ
3. Ligature bilatérale de trompe de Fallope par voie laparoscopique	<u>Occlusion</u>	0UL74CZ
4. Cure de hernie abdominale gauche par voie ouverte avec filet de Marlex	<u>Supplément</u>	0WUF0JZ
5. <i>Révision</i> , par voie ouverte, d'une prothèse de genou droite avec enlèvement et remplacement du genou droit, avec enlèvement et remplacement de la composante unicondyalaire latérale en polyéthylène		0SPC0MZ 0SRC0MZ

3.7. Intervention de base uniquement à but exploratoire

Deux interventions de base concernent l'exploration de la partie du corps : « Inspection » (l'inspection) et le « map » (cartographie) ». Référez-vous au tableau 10.7 pour un aperçu de ces interventions, reprenant l'objectif de l'intervention, le site de l'intervention et des exemples de chaque intervention.

Si l'objectif de la procédure est une exploration manuelle ou visuelle d'une partie ou de la totalité d'une partie du corps, l'intervention de base est une « inspection ». L'exploration visuelle peut être réalisée avec ou sans instrument optique. L'exploration manuelle peut être réalisée directement ou au travers des différentes couches du corps. Une arthroscopie diagnostique ou une laparotomie exploratoire sont des exemples « d'inspection ».

Trois directives importantes sont en vigueur pour les « inspections » :

- *L'inspection d'une partie du corps effectuée afin de réaliser l'objectif d'une intervention n'est pas codée séparément.* Par exemple, une bronchoscopie (qui est une intervention « d'inspection » des poumons) est réalisée pour irriguer les bronches. L'intervention « d'inspection » n'est pas codée parce que l'objectif de l'intervention n'est pas d'inspecter les bronches mais bien de réaliser une irrigation.
- *Si une « inspection » est réalisée sur différentes parties d'un corps tubulaire, seule l'inspection de la partie du corps tubulaire la plus distale est codée. Si une « inspection » est réalisée sur de multiples parties d'un corps non tubulaire dans une région d'un corps, c'est la valeur de la partie du corps qui mentionne la région entière inspectée qui est codée.* Par exemple au cours d'une cysto-urétéroscopie, aussi bien la vessie que les uretères sont examinés.. Dans ce cas, la partie du corps la plus distale est l'uretère, donc la valeur choisie pour coder la partie du corps est celle de l'uretère. Une laparotomie exploratrice au cours de laquelle le contenu de la cavité abdominale est examiné est un autre exemple d'inspection de multiples parties d'un corps non tubulaire dans une région. Dans ce cas, la valeur choisie pour coder la partie du corps est celle de 'la cavité abdominale' car cette valeur précise l'entièreté de la zone inspectée.
- *Quand aussi bien une « inspection » qu'une autre intervention sont réalisées durant le même épisode opératoire sur la même partie du corps, l'« inspection » est codée séparément à condition que la voie d'abord soit différente de celle qui est utilisée pour l'autre intervention.* Par exemple, si au cours du même temps opératoire, on réalise une exploration endoscopique du duodénum et une excision par voie ouverte du duodénum, les 2 interventions doivent être codées séparément. En effet, les voies d'abord sont différentes : endoscopique pour l'« inspection » et ouverte pour l'« excision ».

L'intervention de base « map » (cartographie) doit être utilisée si l'objectif de l'examen est de localiser des flux électriques ou des zones fonctionnelles dans une partie du corps. L'intervention de « cartographie » a une application limitée au mécanisme de conduction intra-cardiaque et au système nerveux central. Une étude électro-physiologique du cœur, un cathétérisme cardiaque avec cartographie cardiaque, une cartographie percutanée des ganglions basaux ou une cartographie intra-opératoire de l'ensemble du cerveau par craniotomie en sont des exemples.

Tableau 10.7 : Interventions uniquement à but exploratoire			
Intervention de base	Objectif de l'intervention	Site de l'intervention	Exemples
« Inspection » (Inspection)	Exploration manuelle / visuelle	Partie ou totalité d'une « body part »	Cystoscopie diagnostique
« Map » (Cartographie)	Localisation des flux électriques / zones fonctionnelles	Mécanismes de conduction cardiaques ou cérébraux	Etude de l'électrophysiologie cardiaque

3.8. Interventions de base comprenant d'autres réparations

Ce groupe comprend 2 interventions de base : les « contrôles » (*control*) et les « réparations » (*repair*). Référez-vous au tableau 10.8 pour un aperçu de ces interventions, reprenant l'objectif de l'intervention, le site de l'intervention et des exemples de chaque intervention.

L'intervention de base « contrôle » décrit les interventions qui arrêtent ou essaient d'arrêter les hémorragies postopératoires ou les autres saignements aigus. Ceci comprend l'irrigation ou l'évacuation des caillots dans le champ opératoire. Le foyer de saignement est codé dans le système anatomique 'Régions anatomiques générales' et pas dans une partie de corps spécifique. Des exemples de cette intervention de base sont le contrôle d'un saignement après une prostatectomie et une réintervention pour hémostase après une adénoïdectomie. Il est important de noter qu'une intervention de base de « contrôle » n'est pas codée si l'essai de contrôle de l'hémorragie postopératoire initial ou autres hémorragies aiguës a échoué et qu'une autre intervention de base est requise pour l'arrêter définitivement (comme par exemple, « Bypass », « Detachment », « Excision », « Extraction », « Reposition », « Remplacement » ou « Resection »).

Les médecins peuvent mentionner un contrôle d'hémorragie dans d'autres situations, et il faut alors lire attentivement la procédure réalisée pour assigner le code correct. Par exemple, une procédure permettant de contrôler le saignement d'ulcère duodénal par pose de clips sur les vaisseaux duodénaux est codée « Contrôle » du « Gastrointestinal Tract » (tractus gastro-intestinal) à duodénum, et non avec la « body part » (partie du corps) du système vasculaire.

De façon similaire, un contrôle d'épistaxis par du nitrate d'argent ou les sutures d'artérioles hémorragiques, dans la narine droite, sont codés 093K7ZZ, Control bleeding in nasal mucosa, via natural or artificial opening (contrôle d'hémorragie de la muqueuse nasale, par un orifice naturel ou artificiel).

L'intervention de base « repair » (réparation) comprend une grande variété d'interventions ayant pour but de restaurer une partie du corps dans sa fonction et dans sa structure anatomique normale, dans la mesure du possible. Cette intervention de base est utilisée uniquement si l'intervention de base réalisée ne répond pas à la définition d'une des autres interventions de base. Une herniorraphie et une suture de lacération sont des exemples de « réparation ».

La plupart des organes et tissus dans le corps sont vascularisés et saignent donc lors d'une incision ou suite à de l'érosion. Le 'Repair' d'une coupure ou de l'érosion d'une partie du corps est codée avec la partie du corps concernée et non pas avec une partie du corps de type vasculaire.

Tableau 10.8 : Interventions de base comprenant d'autres réparations			
Intervention de base	Objectif de l'intervention	Site de l'intervention	Exemples
Control (Contrôle)	Arrêt ou essai d'arrêt d'hémorragie postopératoire ou autre saignement aigu	Région anatomique	Contrôle d'hémorragie après prostatectomie, contrôle de saignement d'ulcère duodénal

Repair (Réparation)	Restaurer une partie du corps dans sa structure normale	Partie ou totalité d'une « body part »	Suture de lacération

3.9. Interventions de base ayant d'autres objectifs

Ce dernier groupe d'interventions de base est composé des procédures ayant d'autres objectifs que ceux des autres interventions de base. Ce groupe reprend les interventions de base « fusion » (fusion), « alteration » (modification) et « creation » (création). Le tableau 10.9 fournit un aperçu de ces interventions, en y incluant l'objectif de l'intervention, le site de l'intervention et des exemples de chaque intervention.

L'intervention de base « fusion » consiste à rejoindre les 2 parties d'une articulation dans le but de la rendre immobile. Cette procédure peut être réalisée par un matériel de fixation, une greffe osseuse ou d'autres moyens. L'exemple le plus fréquent de cette intervention est l'arthrodèse vertébrale ou l'arthrodèse de la cheville. Les directives spécifiques concernant le codage des arthrodèses vertébrales sont décrites au chapitre 23 de ce manuel, Maladies du système musculo-squelettique et du tissu conjonctif.

Une intervention de « Alteration » (modification) est codée pour toutes les interventions ayant pour seul but d'améliorer l'apparence. Ces interventions réfèrent aux modifications de parties du corps à des fins esthétiques sans impact sur le fonctionnement de la partie du corps. Toutes les méthodes, voies d'abords et matériels utilisés à des fins esthétiques sont codés ici. Notez que l'intervention de base « Alteration » requiert une information diagnostique confirmant que l'intervention de base « Alteration » est réalisée pour améliorer l'apparence. Un lifting facial, une augmentation des seins en sont des exemples.

La dernière intervention de base « Creation » se définit comme la mise en place d'un matériel biologique ou synthétique pour la création d'une nouvelle partie du corps. Pour ce faire, de nouvelles structures corporelles sont créées afin de simuler autant que possible la structure anatomique ou la fonction d'une partie du corps absente (anomalies congénitales et changements de sexe). Par exemple, la création d'un vagin chez un homme ou la création d'un pénis chez une femme, création de valves atrioventriculaires droite et gauche à partir d'une valve atrioventriculaire commune avec une greffe valvulaire animale chez un enfant avec un tronc artériel commun (une affection où il n'a qu'un seul vaisseau sanguin à la place de l'aorte et du tronc pulmonaire).

En résumé, dans la section médico-chirurgicale, la maîtrise des 31 interventions de base qui sont d'une importance cruciale dans la sélection du code approprié est requise. Ces concepts seront appliqués dans les chapitres suivants de ce manuel où les interventions les plus fréquentes de chaque système anatomique seront discutées.

Tableau 10.9 : Interventions de base ayant d'autres objectifs			
Intervention de base	Objectif de l'intervention	Site de l'intervention	Exemples
Fusion (Fusion)	Rendre une articulation immobile	Articulation	Arthrodèse vertébrale
Alteration (Modification)	Modifier une partie du corps pour des raisons esthétiques sans en modifier le fonctionnement	Une partie ou la totalité d'une partie du corps	Lifting facial
Creation (Création)	Insertion ou application d'un matériel biologique ou synthétique pour la création d'une nouvelle partie du corps afin de simuler autant que possible la structure anatomique ou la fonction d'une partie du corps absente	Périnée ou valves cardiaques	Création de vagin/pénis artificiel

Exercice 10.5

Codez les procédures suivantes.

1. Thoracotomie avec exploration de la cavité pleurale droite	<u>Inspection</u>	0WJ90ZZ
2. Réouverture du site de thoracotomie pour drainage et <i>contrôle</i> d'un hémopéricarde postopératoire	<u>Control</u>	0W3D0ZZ
3. Réparation esthétique par voie ouverte d'une déformation du lobe de l'oreille gauche	<i>Alteration</i>	09010ZZ
4. Laparotomie exploratrice de la cavité péritonéale	<u>Inspection</u>	0WJG0ZZ
5. Arthrodèse par voie arthroscopique du talon gauche avec matériel de fixation interne	<u>Fusion</u>	0SGJ44Z
6. Ablation partielle de l'ovaire droit	<u>Excision</u>	0UB00ZZ
7. Ablation d'endomètre par hystéroscopie	<u>Destruction</u>	0U5B8ZZ
8. Biopsie excisionnelle percutanée du foie	<u>Excision</u>	0FB03ZX

9. <i>Remplacement</i> total de hanche avec une prothèse portante céramique sur céramique cimentée	<u><i>Replacement</i></u>	0SRB039
10. Néphrectomie totale, rein gauche	<u><i>Resection</i></u>	0TT10ZZ

Chapitre 11:

Procédures ICD-10-PCS des sections « médico-chirurgicales apparentées » et des sections « auxiliaires »

1. INTRODUCTION

Le chapitre précédent introduit la section médico-chirurgicale d'ICD-10-PCS dans laquelle est classée la majorité des procédures des patients hospitalisés. En plus de la section médico-chirurgicale, ICD-10-PCS comporte deux sections supplémentaires : les procédures apparentées aux services médico-chirurgicaux et les procédures « auxiliaires » qui sont décrites dans ce chapitre.

Les codes dans la section 'New Technology Section' peuvent avoir un impact sur le groupage, il est donc important de comprendre leur application.

2. PROCEDURES LIEES AUX SERVICES MEDICO-CHIRURGICAUX

Il y a 9 sections dans le chapitre des procédures liées aux services médico-chirurgicaux. Le tableau 11.1 montre ces neuf sections : « obstetric procedures » (procédures obstétricales), « placement » (placement), « administration » (administration de substances), « measurement and monitoring of body functions » (mesures et monitoring de fonctions corporelles), « extracorporeal or systemic assistance and performance » (procédures extracorporelles), « osteopathic procedures » (ostéopathie), « other procedures » (autres procédures) et « chiropractic procedures » (chiropraxie). Les procédures obstétricales (section 1) sont décrites en détail dans le chapitre 24 de ce manuel 'Complications de grossesse, accouchement et post-partum'.

Tableau 11.1 : Sections des procédures apparentées aux services médico-chirurgicaux	
Valeurs des sections	Description
1	« Obstetric procedures » (procédures obstétricales)
2	« Placement » (placement)
3	« Administration » (administration de substances)
4	« Measurement and monitoring of body functions » (mesures et monitoring de fonctions corporelles)
5	« Extracorporeal or systemic assistance and performance » (procédures extracorporelles)
6	« Extracorporeal or systemic therapies » (procédures extracorporelles)
7	« Osteopathic procedures » (ostéopathie)
8	« Other procedures » (autres procédures)
9	« Chiropractic procedures » (chiropraxie)

2.1. Section Placement

Les codes de la section « Placement » suivent les mêmes conventions que celles utilisées dans la section médico-chirurgicale. Les 7 caractères gardent la même signification dans les 2 sections, comme montré à la figure 11.1.

Les interventions de base de la section « Placement » diffèrent de celles de la section médico-chirurgicale qui sont décrites au chapitre précédent. Les interventions de base dans cette section se pratiquent sans incision ou ponction de sorte que la voie d'abord est toujours « externe ». Il y a 2 valeurs pour le système anatomique (2ème caractère) dans cette section : « les régions anatomiques » (W) et « les orifices anatomiques » (Y).

Les « régions anatomiques » se composent des différentes régions anatomiques externes, (4ème caractère) par ex. cou, paroi abdominale, etc..

Les « orifices anatomiques » constituent tous les orifices naturels (4ème caractère) par ex. nez, oreille, etc.

Figure 11.1 : Structure des codes de la section « Placement »						
Caractère 1	Caractère 2	Caractère 3	Caractère 4	Caractère 5	Caractère 6	Caractère 7
Section	Système anatomique	Intervention de base	Partie du corps	Voie d'abord	Matériel	Qualificatif

Le tableau 11.2 fournit un aperçu des interventions de base (3ème caractère) de la section « Placement », ainsi que leurs valeurs et définitions correspondantes. Les interventions de base « Change (changement) » et « Removal (Enlèvement) » sont communes à celles des autres sections. Les 5 interventions de base restantes propres à la section « Placement » sont :

- Compression (Compression)
- Dressing (Pansement)
- Immobilization (Immobilisation)
- Packing (Tamponnement)
- Traction (Traction)

Tableau 11.2 : Valeurs et définitions des interventions de base de la section « Placement »		
Valeur	Description	Définition
0	Change (changement)	Enlèvement de matériel d'une région anatomique et remise en place de matériel identique ou similaire dans ou sur la même région anatomique sans incision ou ponction cutanée ou muqueuse
1	Compression (compression)	Appliquer une pression sur une région anatomique
2	Dressing (pansement)	Mettre un matériel de protection sur une région anatomique
3	Immobilization (Immobilisation)	Limiter ou empêcher la mobilité d'une région anatomique
4	Packing (Tamponnement)	Placer du matériel dans une région anatomique ou un orifice
5	Removal (Enlèvement)	Enlever du matériel d'une région anatomique
6	Traction (Traction)	Exercer sur une région anatomique une force de traction centrifuge

Le « Device » (matériel) décrit dans cette section comprend le matériel et les appareils utilisés pour le traitement des fractures et des luxations, par exemple les attelles, les appareils de tractions, les bandages y compris les plâtres.

Quand le placement de matériel requiert un « design », une fabrication ou un ajustement plus important, ICD-10-PCS classe ces procédures dans la section Rééducation sous « appareillage » ('Device fitting'). Les dispositifs classifiés dans la section « Placement » sont des dispositifs immédiatement disponibles.

Des exemples de procédures de la section « Placement » sont mentionnés ci-dessous.

Changement de plâtre de l'avant-bras droit

Caractère 1	Caractère 2	Caractère 3	Caractère 4	Caractère 5	Caractère 6	Caractère 7
Section	Système anatomique	Intervention de base	Région anatomique	Voie d'abord	Matériel	Qualificatif
2	W	0	C	X	2	Z
Placement	Région anatomique	Changement	Avant-bras droit	Externe	Plâtre	Pas de qualificatif

Application d'un pansement de compression sur une plaie de la paroi abdominale

Caractère 1	Caractère 2	Caractère 3	Caractère 4	Caractère 5	Caractère 6	Caractère 7
Section	Système anatomique	Intervention de base	Région anatomique	Voie d'abord	Matériel	Qualificatif
2	W	1	3	X	6	Z
Placement	Région anatomique	Compression	Paroi abdominale	Externe	Pansement de compression	Pas de qualificatif

Application d'un pansement sur la main droite

Caractère 1	Caractère 2	Caractère 3	Caractère 4	Caractère 5	Caractère 6	Caractère 7
Section	Système anatomique	Intervention de base	Région anatomique	Voie d'abord	Matériel	Qualificatif
2	W	2	E	X	4	Z
Placement	Région anatomique	Pansement	Main droite	Externe	Bandage	Pas de qualificatif

Placement d'appareil stéréotaxique à la tête

Caractère 1	Caractère 2	Caractère 3	Caractère 4	Caractère 5	Caractère 6	Caractère 7
Section	Système anatomique	Intervention de base	Région anatomique	Voie d'abord	Matériel	Qualificatif
2	W	3	0	X	Y	Z
Placement	Région anatomique	Immobilisation	Tête	Externe	Autre	Pas de qualificatif

Une attention particulière doit être portée à l'intervention de base « Immobilisation » (immobilisation) afin de la distinguer de plusieurs procédures similaires qu'ICD-10-PCS classe dans des sections différentes selon

l'endroit où l'intervention est réalisée. Quand une attelle est placée chez un patient hospitalisé (excepté pour les services de revalidation), on utilisera un code de type « immobilisation », tableau 2W3 de la section « Placement ». Cependant, pour les services de rééducation, ces procédures sont enregistrées à l'aide des codes F0DZ6EZ 'Dynamic Orthosis Device Fitting using Orthosis' et F0DZ7EZ 'Static Orthosis Device Fitting using Orthosis' de la section « Rééducation physique et audiologie diagnostique ». L'immobilisation au moyen d'un plâtre après réduction (reposition) d'une fracture fait partie de cette intervention de base et n'est pas codée séparément.

Ablation de matériel stéréotaxique de la tête

Caractère 1 Section	Caractère 2 Système anatomique	Caractère 3 Intervention de base	Caractère 4 Région anatomique	Caractère 5 Voie d'abord	Caractère 6 Matériel	Caractère 7 Qualificatif
2	W	5	0	X	Y	Z
Placement	Région anatomique	Enlèvement	Tête	Externe	Autre	Pas de qualificatif

Traction cervicale à l'aide de matériel de traction

Caractère 1 Section	Caractère 2 Système anatomique	Caractère 3 Intervention de base	Caractère 4 Région anatomique	Caractère 5 Voie d'abord	Caractère 6 Matériel	Caractère 7 Qualificatif
2	W	6	2	X	0	Z
Placement	Région anatomique	Traction	Nuque	Externe	Matériel de traction	Pas de qualificatif

Notez que dans cette section, la traction concerne uniquement celle qui requiert un matériel de traction. Quand il s'agit de traction manuelle réalisée par un kinésithérapeute, celle-ci doit être classée dans les procédures de thérapies manuelles de la section F « Rééducation physique et audiologie diagnostique ».

2.2. Section Administration

La section « administration » inclut les injections (*injections*), les perfusions (*infusions*) et les transfusions (*transfusions*), ainsi que des procédures apparentées comme les irrigations (*irrigations*) et les tatouages (*tattooing*). La structure des codes de cette section est montrée en figure 11.2.

Figure 11.2 : Structure des codes de la section « administration »						
Caractère 1	Caractère 2	Caractère 3	Caractère 4	Caractère 5	Caractère 6	Caractère 7
Section	Système anatomique	Intervention de base	Système anatomique/ Région anatomique	Voie d'abord	Substance	Qualificatif

Dans cette section, il y a 3 valeurs possibles pour le système anatomique (2ème caractère) :

0 Circulatoire (Circulatory)

- C Appareil à demeure (Indwelling device)
 E Systèmes physiologiques et régions anatomiques (Physiological systems and anatomical regions)

Il y a 3 interventions de base dans la section « administration » et elles sont classées selon les grandes catégories de substances administrées. Les produits sanguins sont classés sous l'intervention de base « transfusion » (transfusion); les substances « purifiantes » sont classées sous « irrigation » (irrigation). Toutes les autres substances thérapeutiques, diagnostiques, nutritionnelles, physiologiques, chimiothérapeutiques ou prophylactiques sont classées sous l'intervention de base « introduction » (introduction).

Le 5^{ème} caractère (voie d'abord) utilise les valeurs définies dans la section médico-chirurgicale. La voie d'abord percutanée est utilisée pour les injections intradermiques, sous-cutanées et intramusculaires. L'utilisation de cathéter permettant d'injecter des substances dans la circulation sanguine est classée comme une voie d'abord percutanée.

Les tableaux ci-dessous mentionnent des exemples de chaque intervention de base dans la section « Administration ».

Perfusion de chimiothérapie par cathéter veineux central

Caractère 1	Caractère 2	Caractère 3	Caractère 4	Caractère 5	Caractère 6	Caractère 7
Section	Système anatomique	Intervention de base	Système anatomique / Région anatomique	Voie d'abord	Substance	Qualificatif
3	E	0	4	3	0	5
Administration	Systèmes physiologiques / régions anatomiques	Introduction	Veine centrale	Percutanée	Anti-néoplasique	Autre anti-néoplasique

Dialyse péritonéale par cathéter intra-abdominal

Caractère 1	Caractère 2	Caractère 3	Caractère 4	Caractère 5	Caractère 6	Caractère 7
Section	Système anatomique	Intervention de base	Système anatomique / Région anatomique	Voie d'abord	Substance	Qualificatif
3	E	1	M	3	9	Z
Administration	Systèmes physiologiques / régions anatomiques	Irrigation	Cavité péritonéale	Percutanée	Dialysat	Pas de qualificatif

Transfusion de cellules souches embryonnaires via une veine centrale

Caractère 1	Caractère 2	Caractère 3	Caractère 4	Caractère 5	Caractère 6	Caractère 7
Section	Système anatomique	Intervention de base	Partie du corps / Région anatomique	Voie d'abord	Substance	Qualificatif
3	0	2	4	3	A	Z
Administration	Circulatoire	Transfusion	Veine centrale	Percutanée	Cellules souches embryonnaires	Pas de qualificatif

2.3. Section Mesure et monitoring (Measurement and monitoring)

La section « Mesure et monitoring » classe les procédures qui déterminent le niveau de la fonction physiologique ou physique. Il y a 2 interventions de base dans cette section et elles diffèrent uniquement sur un seul aspect : la mesure (« *measurement* ») décrit la prise du niveau d'une fonction physiologique ou physique à un moment donné ; le monitoring (« *monitoring* ») correspond à une série de tests sur une fonction physiologique ou physique réalisés de manière répétitive sur un intervalle de temps donné. La structure des codes diffère de celle des autres sections en ce sens que le 6^{ème} caractère définit la fonction physiologique ou physique à tester (température, pression, par ex.) plutôt que le matériel ou la substance comme c'est le cas dans la section « Administration ». Dans cette section, il y a seulement deux valeurs pour le système anatomique, à savoir les systèmes physiologiques (« *physiological systems* ») et les appareils physiologiques (« *physiological devices* »). La structure des codes de cette section se retrouve dans la figure 11.3.

Figure 11.3 : Structure des codes de la section «mesure et monitoring»						
Caractère 1	Caractère 2	Caractère 3	Caractère 4	Caractère 5	Caractère 6	Caractère 7
Section	Système anatomique	Intervention de base	Système anatomique	Voie d'abord	Fonction/matériel	Qualificatif

Voici des exemples de la section « mesure et monitoring » :

Lecture d'électrocardiogramme simple, externe

Caractère 1	Caractère 2	Caractère 3	Caractère 4	Caractère 5	Caractère 6	Caractère 7
Section	Système anatomique	Intervention de base	Système anatomique	Voie d'abord	Fonction/matériel	Qualificatif
4	A	0	2	X	4	Z
Mesure et monitoring	Systèmes physiologiques	Mesure	Cardiaque	Externe	Activité électrique	Pas de qualificatif

Suivi par Holter

Caractère 1	Caractère 2	Caractère 3	Caractère 4	Caractère 5	Caractère 6	Caractère 7
Section	Système anatomique	Intervention de base	Système anatomique	Voie d'abord	Fonction/matériel	Qualificatif
4	A	1	2	X	4	5
Mesure et monitoring	Système physiologique	monitoring	Cardiaque	Externe	Activité électrique	Ambulatoire

Exercice 11.1

Codez les procédures suivantes.

1. Rinçage percutané de la cavité pleurale à l'aide de liquide d'irrigation	<u>Irrigation</u>	3E1L38Z
2. Greffe de moelle osseuse autologue par cathéter veineux central	<u>Transfusion</u>	30243G0
3. Mise en place de plâtre sur l'avant-bras droit	<u>Immobilization</u>	2W3CX2Z
4. Insertion de <u>tamponnement</u> nasal	<u>Packing</u>	2Y41X5Z
5. Contrôle externe de fréquence d'un pacemaker cardiaque	<u>Measurement</u>	4B02XSZ
6. Application de pansement <u>compressif</u> sur le dos	<u>Compression</u>	2W15X6Z

2.4. La section Assistance et performance extracorporelles (Extracorporeal assistance and performance)

La section « assistance et performance extracorporelles » comprend les procédures qui utilisent un équipement pour soutenir ou remplacer une fonction physiologique, comme la respiration (par ex. la ventilation mécanique), la circulation du sang (par ex. l'hémodialyse), ou la restauration (« *restoration* ») d'un rythme cardiaque naturel (par ex. la cardioversion). Ces procédures sont typiquement utilisées dans les services de soins intensifs. La structure des codes de cette section apparaît dans la figure 11.4.

Figure 11.4 : Structure des codes de la section «assistance et performance extracorporelles»

Caractère 1	Caractère 2	Caractère 3	Caractère 4	Caractère 5	Caractère 6	Caractère 7
Section	Système anatomique	Intervention de base	Système anatomique	Durée	Fonction	Qualificatif

Il y a une seule valeur pour le système anatomique (2^{ème} caractère), à savoir le « système physiologique » (A). Le 5^{ème} caractère diffère de celui des autres sections en ce sens qu'il décrit la durée ou la fréquence de l'intervention plutôt que la voie d'abord. Dans le cas du « respiratory body system » (système respiratoire), le 5^{ème} caractère décrit si l'assistance dure moins de 24h consécutives, entre 24h et 96h consécutives ou plus de 96h consécutives. Dans les autres « body systems » (systèmes corporels), le 5^{ème} caractère précise si la procédure a lieu une ou plusieurs fois, ou si elle est intermittente ou continue.

Dans le cas du « respiratory body system » (système respiratoire), cette durée est mesurée depuis le début de la procédure de ventilation (intubation ou démarrage de la ventilation via une trachéostomie existante) jusqu'à l'extubation ou l'arrêt définitif de la ventilation continue via la trachéostomie.

Dès que les échanges gazeux le permettent, le patient est réveillé de son sommeil artificiel et la ventilation mécanique est graduellement diminuée. Nous utilisons pour ceci le terme anglais « weaning ». La période de sevrage est la période durant laquelle on essaie de retirer le patient de l'appareil respiratoire en alternant les

périodes de découplage du patient à la machine pendant des intervalles plus ou moins longs avec des périodes pendant lesquelles le patient est à nouveau couplé à la machine. La période de sevrage est incluse dans la durée totale de la ventilation (voir plus loin dans le chapitre 19 « Affections du système respiratoire »).

Le 6^{ème} caractère décrit l'organe sur lequel on agit (par ex. soutien de la respiration au moyen de la ventilation).

Les 3 interventions de base de cette section sont : l'assistance (« *assistance* »), le remplacement (« *performance* ») et la restauration d'une fonction (« *restauration* »). « L'assistance » et la « performance » diffèrent entre elles au niveau du degré de contrôle qu'elles exercent sur la fonction physiologique. L'assistance reprend uniquement une partie de la fonction physiologique tandis que la « performance » la remplace complètement, toutes deux via des méthodes extracorporelles. L'intervention de base « restauration » est définie comme la procédure qui restaure ou essaie de restaurer la fonction physiologique de départ. Sous le terme « restauration », on retrouve uniquement la cardioversion externe ou les procédures de défibrillation. La cardioversion est codée sous l'intervention de base « restauration » tant en cas de succès que d'échec de la procédure.

Exemples:

CPAP pour apnée du sommeil pendant 8 heures

Caractère 1	Caractère 2	Caractère 3	Caractère 4	Caractère 5	Caractère 6	Caractère 7
Section	Système anatomique	Intervention de base	Système anatomique	Durée	Fonction	Qualificatif
5	A	0	9	3	5	7
Assistance et performance extracorporelles	Système physiologique	Assistance	Respiratoire	Moins de 24 h consécutives	Ventilation	Pression positive continue

Ballon intra-aortique, intermittent

Caractère 1	Caractère 2	Caractère 3	Caractère 4	Caractère 5	Caractère 6	Caractère 7
Section	Système anatomique	Intervention de base	Système anatomique	Durée	Fonction	Qualificatif
5	A	0	2	1	1	0
Assistance et performance extracorporelles	Système physiologique	Assistance	Cardiaque	Intermittent	Output	« Balloon pump »

Ventilation mécanique continue, de 6 jours consécutifs

Caractère 1	Caractère 2	Caractère 3	Caractère 4	Caractère 5	Caractère 6	Caractère 7
Section	Système anatomique	Intervention de base	système anatomique	Durée	Fonction	Qualificatif
5	A	1	9	5	5	Z
Assistance et performance extracorporelles	Système physiologique	Performance	Respiratoire	Plus de 96 h consécutives	Ventilation	Pas de qualificatif

Pontage cardiopulmonaire par pontage coronarien

Caractère 1	Caractère 2	Caractère 3	Caractère 4	Caractère 5	Caractère 6	Caractère 7
Section	Système anatomique	Intervention de base	Système anatomique	Durée	Fonction	Qualificatif
5	A	1	2	2	1	Z
Assistance et performance extracorporelles	Système physiologique	Performance	Cardiaque	Continue	Output	Pas de qualificatif

Cardioversion externe

Caractère 1	Caractère 2	Caractère 3	Caractère 4	Caractère 5	Caractère 6	Caractère 7
Section	Système anatomique	Intervention de base	Système anatomique	Durée	Fonction	Qualificatif
5	A	2	2	0	4	Z
Assistance et performance extracorporelles	Système physiologique	Restauration	Cardiaque	Simple	Rythme	Pas de qualificatif

2.5. Section Thérapies extracorporelles ou Systémique (Extracorporeal or Systemic therapies)

La section des thérapies extracorporelles (*extracorporeal therapies*) décrit d'autres procédures extracorporelles qui ne sont pas définies sous les interventions de base « Assistance » et « Performance » dans la section 5 « Assistance extracorporelle ou systémique et remplacement ». La structure des codes apparaît dans la figure 11.5.

Figure 11.5 : Structure des codes dans la section «thérapies extracorporelles»						
Caractère 1	Caractère 2	Caractère 3	Caractère 4	Caractère 5	Caractère 6	Caractère 7
Section	Système anatomique	Intervention de base	Système anatomique	Durée	Qualificatif	Qualificatif

Cette section contient une seule valeur pour le système anatomique, à savoir le « système physiologique ». Le 5^{ème} caractère décrit la durée de la procédure et offre le choix entre 'unique' et 'multiple'. Cette section diffère des autres sections en ce sens que les 6^{ème} et 7^{ème} caractères sont des qualificatifs. Par contre, le 6^{ème} caractère a toujours la valeur 'Z'. Ceci est fait uniquement pour être conforme à la structure globale des codes ICD-10-PCS qui sont en 7 caractères. Le 7^o caractère identifie les différents composants sanguins qui peuvent être séparés par plasmaphérèse, comme les globules rouges, les globules blancs, les plaquettes, le plasma, les cellules souches du cordon ombilical et les cellules souches hématopoïétiques.

Il existe 11 interventions de base dans la section des thérapies extracorporelles. La signification de ces interventions de base dans l'ICD-10-PCS, correspond à la terminologie utilisée par le clinicien, excepté pour la « décompression » et l'« hyperthermie »:

- « Atmospheric control » (Contrôle atmosphérique) : contrôle extracorporel de la pression et composition atmosphériques (ex. : le conditionnement d'air libre de tout antigène ou le traitement de plaie en chambre hyperbare)

- « Decompression » (Décompression): élimination extracorporelle de gaz non dissous des liquides corporels. La « décompression » décrit un type de traitement : le traitement de la maladie de décompression en chambre hyperbare (caisson hyperbare).
- « Electromagnetic therapy » (Thérapie électromagnétique) : traitement extracorporel par rayons électromagnétiques (p. ex. la « transcranial magnetic stimulation » (TMS) pour le traitement des dépressions).
- « Hyperthermia » (Hyperthermie): augmentation extracorporelle de la température du corps. Il est important de connaître la procédure d'hyperthermie pour pouvoir attribuer le bon code. L'hyperthermie peut être utilisée pour traiter un déséquilibre de la température, dans ce cas elle est codée dans la section des thérapies extracorporelles. Cependant, l'hyperthermie est également utilisée comme radiothérapie adjuvante dans le cancer et dans ce cas ICD-10-PCS la classe dans la section « Radiothérapie ».
- « Hypothermia » (Hypothermie): abaissement extracorporel de la température.
- « Perfusion » (Perfusion) : traitement extracorporel par diffusion d'une substance thérapeutique.
- « Pheresis »: (Plasmaphérèse) : séparation extracorporelle des dérivés sanguins. Cette procédure est utilisée dans la pratique médicale dans deux cas: dans le traitement des affections où trop de composants sanguins sont produits, par ex. les leucémies, ou l'extraction de certains dérivés sanguins, tels que les plaquettes, d'un donneur pour les transfuser à un patient en cas de thrombopénie.
- « Phototherapy » (Photothérapie): traitement extracorporel par rayons lumineux. La photothérapie du système circulatoire consiste à exposer le sang aux rayons lumineux en dehors du corps humain en utilisant une machine qui fait circuler le sang et le remet dans le corps après photothérapie (par ex. le traitement de lymphôme à cellules T).
- « Shock wave therapy » (Thérapie par ondes de choc) ; « Extracorporeal Shock Wave Therapy-ESWT » (Traitement extracorporel par ondes de choc). Par exemple, pour le traitement de lésions tendineuses.
- « Ultrasound therapy » (Thérapie par ultrasons) : traitement extracorporel par ultrasons.
- « Ultraviolet light therapy » (Thérapie par ultraviolets) : traitement extracorporel par rayons ultraviolets (par ex. pour le traitement de l'hyperbilirubinémie néonatale).

Voici quelques exemples :

Aphérèse de lymphocytes périphériques, traitements multiples

Caractère 1	Caractère 2	Caractère 3	Caractère 4	Caractère 5	Caractère 6	Caractère 7
Section	Système anatomique	Intervention de base	Système anatomique	Durée	Qualificatif	Qualificatif
6	A	5	5	1	Z	1
Thérapies extracorporelles	Système Physiologique	Aphérèse	Circulatoire	Multiple	Pas de qualificatif	Leucocytes

Thérapie par ondes de choc pour douleur de la cheville, traitement unique

Caractère 1	Caractère 2	Caractère 3	Caractère 4	Caractère 5	Caractère 6	Caractère 7
Section	Système anatomique	Intervention de base	Système anatomique	Durée	Qualificatif	Qualificatif
6	A	9	3	0	Z	Z
Thérapies extracorporelles	Système Physiologique	Thérapie par ondes de choc	Musculo-squelettique	Unique	Pas de qualificatif	Pas de qualificatif

Exercice 11.2

Codez les procédures suivantes.

1. <u>Oxygénation</u> (oxygenation) hyperbare continue	<u>Assistance</u>	5A05221
2. Traitement par <u>ultrasons</u> des vaisseaux périphériques, traitement unique	<u>Ultrasound</u>	6A750Z6
3. Hémodialyse, traitement unique	<u>Performance</u>	5A1D00Z
4. Echec de cardioversion	<u>Restoration</u>	5A2204Z
5. Plasmaph ~~é~~ <u>érèse</u> de cellules souches hématopoïétiques, épisode unique	<u>Pheresis</u>	6A550ZV

2.6. Section Ostéopathie (Osteopathy)

La section consacrée à l'ostéopathie est une des plus courtes d'ICD-10-PCS. Il y a un seul système anatomique : régions anatomiques (« *anatomical regions* ») et une seule intervention de base: Traitement (« *treatment* »). La structure des codes de cette section apparaît dans la figure 11.6.

Figure 11.6 : Structure des codes de la section «Ostéopathie»						
Caractère 1	Caractère 2	Caractère 3	Caractère 4	Caractère 5	Caractère 6	Caractère 7
Section	Système anatomique	Intervention de base	Région anatomique	Voie d'abord	Méthode	Qualificatif

Dans cette section, le 6^{ème} caractère définit la « méthode » ostéopathique. Les procédures suivantes sont spécifiées : « *articulatory raising* » (assouplissement d'articulation), « *fascial release* » (libération de fascia), « *general mobilization* » (mobilisation générale), « *high velocity low amplitude* » (grande vitesse - faible amplitude), « *indirect* » (indirecte), (low velocity high amplitude) « *petite vitesse - grande amplitude* », « *lymphatic pump* » (drainage lymphatique), « *muscle energy-isometric* » (contraction musculaire isométrique), « *muscle energy-isotonic* » (contraction musculaire isotonique) et « *other method* » (autres méthodes).

Contraction isotonique des muscles de la nuque par des traitements ostéopathiques

Caractère 1	Caractère 2	Caractère 3	Caractère 4	Caractère 5	Caractère 6	Caractère 7
Section	Système anatomique	Intervention de base	Région anatomique	Voie d'abord	Méthode	Qualificatif
7	W	0	1	X	8	Z
Ostéopathie	Régions Anatomiques	Traitement	Cervicale	Externe	Contraction musculaire isotonique	Pas de qualificatif

2.7. Section Autres procédures (Other procedures)

Cette section contient les codes des procédures non reprises dans les autres sections apparentées aux services médico-chirurgicaux. La structure des codes dans cette section est montrée dans la figure 11.7. Il y a une seule intervention de base, à savoir « autres procédures ». Cette intervention de base comprend les méthodes qui essaient de remédier à un dysfonctionnement ou de traiter une affection. Il y a relativement peu de codes dans cette section, notamment d'autres codes pour quelques traitements holistiques non traditionnels tels que l'acupuncture, la méditation et le yoga. Le 6^{ème} caractère définit la procédure comme la technique assistée par ordinateur, technique assistée par robotique ou l'acupuncture. Notez que les codes de procédure assistée par robotique ou par ordinateur sont ajoutés aux codes de la procédure principale (par ex. cholécystectomie). Une autre procédure comprise dans cette section est la partie 'fécondation' de la procédure de fécondation in vitro.

Figure 11.7 : Structure des codes de la section « autres procédures »						
Caractère 1	Caractère 2	Caractère 3	Caractère 4	Caractère 5	Caractère 6	Caractère 7
Section	Système anatomique	Intervention de base	Région anatomique	Voie d'abord	Méthode	Qualificatif

Voici 2 exemples :

Cholécystectomie laparoscopique assistée par robotique (assistance robotique uniquement)

Caractère 1	Caractère 2	Caractère 3	Caractère 4	Caractère 5	Caractère 6	Caractère 7
Section	Système anatomique	Intervention de base	Région anatomique	Voie d'abord	Méthode	Qualificatif
8	E	0	W	4	C	Z
Autres procédures	Systèmes physiologiques et Régions Anatomiques	Autres procédures	Tronc	Percutanée, endoscopique	Intervention assistée par robotique	Pas de qualificatif

Ablation de suture du bras gauche

Caractère 1	Caractère 2	Caractère 3	Caractère 4	Caractère 5	Caractère 6	Caractère 7
Section	Système anatomique	Intervention de base	Région anatomique	Voie d'abord	Méthode	Qualificatif
8	E	0	X	X	Y	8
Autres procédures	Systèmes physiologiques et Régions Anatomiques	Autres procédures	Extrémité supérieure	Externe	Autre méthode	Ablation de suture

2.8. Section Chiropraxie (Chiropractic)

La dernière section des procédures apparentées aux services médico-chirurgicaux est consacrée à la chiropraxie. Cette section concerne un seul système anatomique, les « régions anatomiques », et une seule intervention de base, la « manipulation (*manipulation*) ».

CD-10-PCS définit la « manipulation » comme une procédure manuelle qui exerce une poussée sur une articulation pour la mobiliser au-delà des limites physiologiques sans dépasser les limites anatomiques. La structure des codes de cette section est semblable à celle des codes des sections « Ostéopathie » (voir figure 11.6) et la section « Autres procédures » (voir figure 11.7). Voici un exemple de code de cette section :

Manipulation mécanique assistée du poignet droit par chiropraxie

Caractère 1	Caractère 2	Caractère 3	Caractère 4	Caractère 5	Caractère 6	Caractère 7
Section	Système anatomique	Intervention de base	Région anatomique	Voie d'abord	Méthode	Qualificatif
9	W	B	7	X	K	Z
Chiropraxie	Régions Anatomiques	Manipulation	Extrémité supérieure	Externe	Assisté mécaniquement	Aucun

Exercice 11.3

Codez les procédures suivantes.

1. <u>Acupuncture</u> (<i>acupuncture</i>) du dos avec anesthésie	8E0H300
2. <u>Collecte</u> (<i>collection</i>) de sang à partir de matériel vasculaire implantable	8C02X6K
3. <u>Manipulation</u> (<i>manipulation</i>) ostéopathique du bas du dos avec grande vitesse et faible amplitude	7W03X3Z
4. <u>Excision</u> (<i>excision</i>) d'un neurinome de l'acoustique par voie ouverte avec <u>imagerie</u> (<i>imaging</i>) <u>par résonance magnétique</u> assistée par ordinateur	00BN0ZZ 8E09XBH
5. <u>Manipulation</u> (<i>manipulation</i>) du bas du dos par chiropraxie, à grande vitesse, poussée exercée par le bras qui agit comme un court levier	9WB3XHZ

3. PROCEDURES AUXILIAIRES

ICD-10-PCS comprend 7 sections pour ces procédures auxiliaires, qui sont :

- B "Imaging" (Imagerie)
- C "Nuclear Medicine" (Médecine Nucléaire)
- D « Radiotherapy » (Radiothérapie)
- F « Physical Rehabilitation and diagnostic audiology » (Rééducation physique et audiologie diagnostique)
- G « Mental health » (Santé mentale)
- H « Substance abuse treatment » (Traitement des abus de substances)
- X (« New technology ») Nouvelle technologie

Les sections auxiliaires (B-X) ne comprennent pas d'interventions de base. Le 3^{ème} caractère des codes dans ces sections comprend le type de technique de base (à l'exception de la section X). Les codes de ces sections comprennent des caractères qui n'ont jusqu'à présent pas été définis, tels que contraste « contrast », modalité « modality qualifier » et équipement « equipment ».

La section G « santé mentale » ainsi que la section H « thérapie des abus de substances » sont présentées dans le chapitre 16 de ce manuel consacré aux affections mentales.

3.1. Section 'Imagerie Médicale' (Imaging)

La section dévolue à l'imagerie suit les mêmes conventions que celles établies dans la section médico-chirurgicale, excepté que les 3^{ème} et 5^{ème} caractères introduisent des notions non définies dans les sections précédentes. Le 3^{ème} caractère définit le type de technique plutôt que l'intervention de base proprement dite et le 5^{ème} caractère mentionne le produit de contraste s'il est utilisé. De plus, le produit de contraste est différencié suivant qu'il présente une osmolarité élevée ou basse. Dans cette section, le 6^{ème} caractère offre la possibilité de mentionner si une image prise sans produit de contraste est suivie d'un examen avec produit de contraste.

La structure des codes de cette section est illustrée dans la figure 11.8.

Figure 11.8 : Structure des codes dans la section imagerie médicale						
Caractère 1	Caractère 2	Caractère 3	Caractère 4	Caractère 5	Caractère 6	Caractère 7
Section	Système anatomique	Type de technique	Partie du corps	Contraste	Qualificatif	Qualificatif

Cinq procédures de base sont utilisées en imagerie médicale et définies comme suit :

- Valeur 0 : « Plain radiography » (Radiographie claire) : affichage en deux dimensions d'une image développée à partir de la capture des radiations ionisantes externes sur une plaque photographique ou photoconductrice.
- Valeur 1 : « Fluoroscopy » (Fluoroscopie) : affichage en un plan ou en deux plans en temps réel d'une image développée à partir de la capture des radiations ionisantes externes sur un écran fluorescent. L'image peut alors être stockée par analogie ou d'une manière digitale.

- Valeur 2 : « *Computerized tomography* » (*Tomographie computerisée, ou CT scan*) (: affichage d'images en plusieurs plans développées à partir de la capture de plusieurs expositions aux radiations ionisantes externes, après reformatage informatique de ces images.
- Valeur 3 : « *Magnetic resonance imaging (MRI)* » (*Résonance magnétique (RMN)*) affichage d'images en plusieurs développées à partir de la capture de signaux de radiofréquence émis par les noyaux du corps soumis à un champ magnétique, après reformatage informatique de ces images.
- Valeur 4 : « *Ultrasonography* » (*Echographie par ultrasons*): affichage en temps réel d'images anatomiques ou d'informations concernant le flux, développées à partir de la capture d'ultrasons de haute fréquence reflétés ou atténués.

Voici quelques exemples:

Radiographie du bras droit

Caractère 1	Caractère 2	Caractère 3	Caractère 4	Caractère 5	Caractère 6	Caractère 7
Section	Système anatomique	Type de technique	Partie du corps	Contraste	Qualificatif	Qualificatif
B	P	0	E	Z	Z	Z
Imagerie	Os supérieurs 'non axiaux'	Radiographie	Bras droit	Aucun	Aucun	Aucun

Pyélographie rétrograde avec produit de contraste de faible osmolarité (reins, uretères, vessie)

Caractère 1	Caractère 2	Caractère 3	Caractère 4	Caractère 5	Caractère 6	Caractère 7
Section	Système anatomique	Type de technique	Partie du corps	Contraste	Qualificatif	Qualificatif
B	T	1	4	1	Z	Z
Imagerie	Système urinaire	Fluoroscopie	Reins, uretères, vessie	Faible osmolarité	Aucun	Aucun

Scanner cérébral sans produit de contraste suivi d'un scanner avec produit de contraste d'osmolarité élevée

Caractère 1	Caractère 2	Caractère 3	Caractère 4	Caractère 5	Caractère 6	Caractère 7
Section	Système anatomique	Type de technique	Partie du corps	Contraste	Qualificatif	Qualificatif
B	0	2	0	0	0	Z
Imagerie	Système nerveux central	Tomographie computerisée	Cerveau	Osmolarité élevée	Sans et avec produit de contraste	Aucun

Résonance magnétique du foie et de la rate avec produit de contraste

Caractère 1	Caractère 2	Caractère 3	Caractère 4	Caractère 5	Caractère 6	Caractère 7
Section	Système anatomique	Type de technique	Partie du corps	Contraste	Qualificatif	Qualificatif
B	F	3	6	Y	Z	Z
Imagerie	Système hépato-biliaire et pancréas	Imagerie par résonance magnétique	Foie et rate	Autre produit de contraste	Aucun	Aucun

Echographie bilatérale des ovaires

Caractère 1	Caractère 2	Caractère 3	Caractère 4	Caractère 5	Caractère 6	Caractère 7
Section	Système anatomique	Type de technique	Partie du corps	Contraste	Qualificatif	Qualificatif
B	U	4	5	Z	Z	Z
Imagerie	Système de reproduction féminin	Echographie	Ovaires, bilatéraux	Aucun	Aucun	Aucun

3.2. Section “Médecine Nucléaire” (Nuclear Medicine)

La section dédiée à la médecine nucléaire est organisée de la même façon que la section ‘imagerie médicale’, à l’exception du 5^{ème} caractère qui définit le radionucléide (la source de radiations) plutôt que le produit de contraste. Comme dans la section ‘imagerie médicale’, le 3^{ème} caractère indique le type de technique plutôt que l’intervention de base. Les 6^{ème} et 7^{ème} caractères sont des qualificatifs et ne sont pas utilisés dans cette section.

La structure des codes pour cette section est illustrée dans la figure 11.9.

Figure 11.9 : Structure des codes dans la section médecine nucléaire						
Caractère 1	Caractère 2	Caractère 3	Caractère 4	Caractère 5	Caractère 6	Caractère 7
Section	Système anatomique	Type de technique	Partie du corps	Radionucléide	Qualificatif	Qualificatif

Au niveau de la médecine nucléaire, on a le choix entre les 7 types de procédure suivants :

- **Valeur 1 :** « *Planar nuclear medicine imaging* » (*imagerie plane en médecine nucléaire*): injection d’un produit radioactif pour l’affichage d’images dans un plan développées (sur disque ou écran) à partir de la capture des émissions radioactives.
- **Valeur 2 :** « *Tomographic nuclear medicine imaging* » (*imagerie par tomographie en médecine nucléaire*) : injection d’un produit radioactif dans le corps pour un affichage en 3 dimensions d’images développées (sur disque ou sur écran) à partir de la capture simultanée, selon un angle de 180 °, des rayons radioactifs.
- **Valeur 3 :** « *Positron emission tomography (PET)* » (*tomographie par émission de positrons (TEP)*): injection d’un produit radioactif pour un affichage en 3 dimensions d’images développées à partir de la capture simultanée (à 180 degrés) des émissions radioactives.
- **Valeur 4 :** « *Nonimaging nuclear medicine uptake* » (*médecine nucléaire par assimilation et sans image*): injection d’un produit radioactif pour mesurer la fonction de certains organes à partir de la détection des émissions radioactives.
- **Valeur 5 :** « *Nonimaging nuclear medicine probe* » (*médecine nucléaire par sonde et sans image*): injection de produit radioactif pour mesurer la distribution et l’élimination de certaines substances par détection des émissions radioactives émises.

- *Valeur 6 : « Nonimaging nuclear medicine assay » (médecine nucléaire par titrage et sans image):*
injection d'un produit radioactif pour étudier les liquides corporels et les éléments sanguins par détection des émissions radioactives.
- *Valeur 7 : « Systemic nuclear medicine therapy » (traitement généralisé par médecine nucléaire):*
injection d'un produit radioactif pour traitement.

Voici quelques exemples :

Adenosine Sestamibi (Tc-99m) scan du myocarde au repos

Caractère 1	Caractère 2	Caractère 3	Caractère 4	Caractère 5	Caractère 6	Caractère 7
Section	Système anatomique	Type de technique	Partie du corps	Produit radioactif	Qualificatif	Qualificatif
C	2	1	G	1	Z	Z
Médecine nucléaire	Coeur	Imagerie par résonance magnétique nucléaire	myocarde	Technetium 99m	Aucun	Aucun

Tomographie au Technetium (Tc-99m) des reins, uretères et vessie

Caractère 1	Caractère 2	Caractère 3	Caractère 4	Caractère 5	Caractère 6	Caractère 7
Section	Système anatomique	Type de technique	Partie du corps	Produit radioactif	Qualificatif	Qualificatif
C	T	2	3	1	Z	Z
Médecine nucléaire	Système urinaire	Tomographie imagerie médicale nucléaire	Reins, uretères et vessie	Technetium 99m	Aucun	Aucun

PET scan cérébral au C-11

Caractère 1	Caractère 2	Caractère 3	Caractère 4	Caractère 5	Caractère 6	Caractère 7
Section	Système anatomique	Type de technique	Partie du corps	Produit radioactif	Qualificatif	Qualificatif
C	0	3	0	B	Z	Z
Médecine nucléaire	Système nerveux central	Tomographie par émission de positrons	Cerveau	Carbone 11	Aucun	Aucun

Etude de la fonction thyroïdienne par Iode 131

Caractère 1	Caractère 2	Caractère 3	Caractère 4	Caractère 5	Caractère 6	Caractère 7
Section	Système anatomique	Type de technique	Partie du corps	Produit radioactif	Qualificatif	Qualificatif
C	G	4	2	G	Z	Z
Médecine nucléaire	Système endocrinien	Médecine nucléaire par assimilation et sans image	Glande thyroïde	Iode 131	Aucun	Aucun

Ablation de la thyroïde par Iode 131 pour pathologie non cancéreuse

Caractère 1	Caractère 2	Caractère 3	Caractère 4	Caractère 5	Caractère 6	Caractère 7
Section	Système anatomique	Type de technique	Partie du corps	Produit radioactif	Qualificatif	Qualificatif
C	W	7	G	G	Z	Z
Médecine nucléaire	Régions anatomiques	Médecine nucléaire systémique pour traitement	Glande thyroïde	Iode 131	Aucun	Aucun

3.3. Section « Radiation therapy » (Radiothérapie)

La section 'radiothérapie' dans la classification ICD-10-PCS contient les procédures d'irradiation utilisées dans le traitement des cancers. La structure des codes de cette section est illustrée dans la figure 11.10.

Figure 11.10 : Structure des codes de la section radiothérapie						
Caractère 1	Caractère 2	Caractère 3	Caractère 4	Caractère 5	Caractère 6	Caractère 7
Section	Système anatomique	Type de technique	Localisation traitée	Modalité du qualificatif	Isotope	Qualificatif

La différence en ce qui concerne la signification des caractères de cette section est la suivante :

- Le 3^{ème} caractère définit la « Modality » (Modalité), c'est-à-dire la technique utilisée pour la délivrance des irradiations (les rayons, la brachythérapie, la radiochirurgie stéréotaxique, et les autres irradiations).
- Le 5^{ème} caractère donne plus d'information sur les modalités du traitement utilisé (photons, électrons, particules lourdes, irradiations de contact) : « Modality qualifier » (qualificatif de modalité).
- Le 6^{ème} caractère définit, si nécessaire, l'isotope radioactif utilisé, en cas de « Brachytherapy » (Brachytherapy) ou « Other radiation » (Autres radiations).
- Le 7^{ème} caractère est un qualificatif qui n'est pas spécifié dans cette section.

Irradiation du sein gauche par rayons externes (photons 1.33 MeV)

Caractère 1	Caractère 2	Caractère 3	Caractère 4	Caractère 5	Caractère 6	Caractère 7
Section	Système anatomique	Type de technique	Partie du corps	Modalité du qualificatif	Isotope	Qualificatif
D	M	0	0	1	Z	Z
Radiothérapie	Sein	Rayons	Sein gauche	Photons 1-10 MeV	Aucun	Aucun

Brachythérapie de la prostate, LDR, Iode 125

Caractère 1	Caractère 2	Caractère 3	Caractère 4	Caractère 5	Caractère 6	Caractère 7
Section	Système anatomique	Type de technique	Partie du corps	Modalité du qualificatif	Isotope	Qualificatif
D	V	1	0	B	9	Z
Radiothérapie	Système reproducteur masculin	Brachythérapie	Prostate	Faibles doses	Iode 125	Aucun

La radiothérapie sera développé dans le Chapitre 29

Exercice 11.4

Codez les procédures suivantes.

1. <u>Echographie</u> (<i>ultrasound</i>) intravasculaire bilatérale des artères carotides internes	B348ZZ3
2. Imagerie par <u>Résonance Magnétique</u> (<i>IRM</i>) du cerveau avec produit de contraste	B030YZZ
3. <u>PET</u> Scan (<i>PET scan</i>) des poumons au F18	CB32KZZ
4. <u>Brachythérapie</u> (<i>Brachytherapy</i>) du sein D, LDR („Low Dose Rate“), Palladium 103	DM11BBZ
5. <u>CT Scan</u> (<i>CT-scan</i>) des poumons sans produit de contraste	BB24ZZZ

3.4. Section « Physical rehabilitation and diagnostic audiology » (Rééducation physique et audiologie diagnostique)

La structure des codes de la section 'Rééducation physique et audiologie diagnostique' est illustrée dans la figure 11.11.

Figure 11.11 : Structure des codes de la section 'Rééducation physique et audiologie diagnostique'						
Caractère 1	Caractère 2	Caractère 3	Caractère 4	Caractère 5	Caractère 6	Caractère 7
Section	Qualificatif de section	Type de technique	Système anatomique et région anatomique	Qualificatif	Equipement	Qualificatif

Cette section contient les définitions des caractères qui ne sont pas comparables à celles des autres sections d'ICD-10-PCS :

- Le 2^{ème} caractère est un qualificatif de section spécifiant si la procédure est une « Rehabilitation » (technique de rééducation) ou un test de « Diagnostic audiology » (diagnostique audiolgique).
- Le 3^{ème} caractère définit le « Root type » (type de technique) de la procédure.
- Le 4^{ème} caractère définit de manière combinée le « Body system and region » (système du corps et la région anatomique), si c'est d'application
- Le 5^{ème} caractère fournit plus d'informations à propos de la procédure (« Qualifier »).
- Le 6^{ème} caractère spécifie l'« Equipment » (équipement) qui a été utilisé

Cette section contient 14 types de technique qui sont décrites dans le tableau 11.3.

Tableau 11.3 : Définitions, valeurs et techniques de base de la Rééducation physique et de l'audiologie diagnostique		
Valeur	Description	Définition
0	Speech assessment (Evaluation de la parole)	Mesure de la parole et des fonctions qui y sont liées
1	Motor and/or nerve function assessment (Evaluation des fonctions motrices (musculaires) et nerveuses)	Mesure des fonctions motrices (musculaires) et nerveuses ainsi que des fonctions qui y sont liées
2	Activities of daily living assessment (Evaluation des activités de la vie quotidienne)	Mesure de la capacité à réaliser les activités de la vie quotidienne
3	"hearing assessment" (Evaluation de l'audition)	Mesure de l'audition et des fonctions qui y sont liées
4	Hearing aid assessment (Evaluation des aides auditives)	Mesure de l'adéquation et de l'efficacité de l'aide auditive
5	Vestibular assessment (Evaluation vestibulaire)	Mesure de la fonction vestibulaire et des fonctions qui y sont liées

6	Speech therapy (Traitement du langage)	Application de techniques améliorant, augmentant ou compensant les troubles du langage ou des fonctions qui y sont liées
7	Motor treatment (Traitement des troubles moteurs (kinésithérapie, physiothérapie))	Exercices ou activités augmentant ou facilitant les fonctions motrices
8	Activities of daily living treatment (Ergothérapie)	Exercices ou activités facilitant les compétences lors de la réalisation des actes de la vie quotidienne
9	Hearing treatment (Traitement de l'audition)	Application de techniques améliorant, augmentant ou compensant l'audition ou les troubles fonctionnels qui y sont liés
B	Cochlear implant treatment (Prise en charge d'une aide auditive via un implant cochléaire)	Application de techniques d'amélioration des capacités de communication des individus à l'aide d'implant cochléaire
C	Vestibular treatment (Traitement vestibulaire)	Application de techniques améliorant, augmentant ou compensant les troubles vestibulaires ou les troubles fonctionnels qui y sont liés
D	Device fitting (Appareillage)	Placement d'appareils qui sont conçus pour faciliter ou atteindre un meilleur fonctionnement
F	Caregiver training (Formation pratique des soignants)	Formation aux activités aidant les patients à atteindre des performances fonctionnelles aussi optimales que possible

Les directives de codage qui suivent sont importantes et sont d'application pour cette section :

- Les procédures thérapeutiques comprennent entre autres les exercices de déglutition, les techniques pour le bain et la douche, le traitement des plaies, la rééducation intestinale, ainsi qu'une foule d'activités typiquement associée à la rééducation.
- Les évaluations sont classées en plus de 100 tests ou méthodes différents. La majorité de ces évaluations sont focalisées sur les facultés d'audition et de langage ; d'autres sont orientées sur différents aspects du fonctionnement corporel et sur la qualité de vie du patient, comme la force musculaire, le développement neuromoteur, et les compétences de réintégration.
- Le 5^{ème} caractère utilisé pour l'ajustement des appareils décrit l'appareil à adapter plutôt que la méthode à utiliser pour ajuster l'appareil.

La formation pratique des enseignants comporte 18 grands sujets différents, enseignés pour aider le soignant à fournir des soins appropriés au patient. La toilette, l'habillement, l'alimentation et l'aide à s'alimenter en sont quelques exemples.

Voici quelques exemples :

Lavage pulsatile d'un ulcère du talon

Caractère 1	Caractère 2	Caractère 3	Caractère 4	Caractère 5	Caractère 6	Caractère 7
Section	Qualificatif de section	Type de technique	Partie du corps et région anatomique	Type de qualificatif	Equipement	Qualificatif
F	0	8	G	5	B	Z
Rééducation physique et audiologie diagnostique	Rééducation	Traitement des activités de la vie quotidienne	Téguments de l'extrémité inférieure et du bas du dos	Traitement de plaie	Agents physiques	Aucun

Evaluation au lit de la fonction de déglutition chez un patient avec AVC

Caractère 1	Caractère 2	Caractère 3	Caractère 4	Caractère 5	Caractère 6	Caractère 7
Section	Qualificatif de section	Type de technique	Partie du corps et région anatomique	Type de qualificatif	Equipement	Qualificatif
F	0	0	Z	H	Z	Z
Rééducation physique et audiologie diagnostique	Rééducation	Evaluation de la parole	Aucun	Fonction orale et de déglutition, au lit du patient	Aucun	Aucun

Exercice 11.5

Codez les procédures suivantes.

1. <u>Evaluation (assessment) d'une aphasie</u> par le logopède (« <u>Speech assessment</u> »)	F00ZCZZ
2. <u>Appareillage</u> (« <i>device fitting</i> ») de prothèse, prothèse sous le genou	F0DZ8UZ
3. <u>Formation</u> pratique (« <i>caregiver training</i> ») des soignants au nettoyage de plaie et au changement de pansement	F0FZ9ZZ

3.5. Section X New technology (nouvelles technologies)

La section "Nouvelles technologies" a été introduite aux États-Unis dans l'édition 2016 et en Belgique dans l'édition 2017 de l'ICD-10-PCS. Les codes de cette section ont pour valeur "X" en premier caractère et peuvent donc être appelés codes "Section X". Les codes de cette section identifient uniquement les nouvelles procédures technologiques qui ne sont actuellement identifiées nulle part ailleurs dans l'ICD-10-PCS. Les codes de nouvelle technologie peuvent inclure des codes pour des procédures médicales et chirurgicales, des

procédures médicales et liées à la chirurgie, des procédures supplémentaires ou l'administration de médicaments "de nouvelle technologie".

La structure des codes dans la section "Nouvelle technologie" est illustrée à la figure 11.12. Ces codes présentent de nombreuses similitudes avec les codes d'autres sections ICD-10-PCS, la différence la plus importante étant l'utilisation du septième caractère. Dans d'autres sections, le septième caractère est appelé « Qualifier » (attribut) et fournit des informations qui dépendent de la section. Dans la section "Nouvelles technologies", le septième caractère est utilisé exclusivement pour identifier le "groupe de nouvelles technologies". Le septième caractère fait référence au « Fiscal Year » (année fiscale) au cours duquel le code a été introduit aux États-Unis.

Figuur 11.12: Structure des codes de la section “New technology” (Nouvelles Technologies)

Caractère 1	Caractère 2	Caractère 3	Caractère 4	Caractère 5	Caractère 6	Caractère 7
Section	Body System	Root Operation	Body Part	Approach	Device/Substance/Technology	New Technology Group

Comme dans d'autres sections de la CIM-10-PCS, le deuxième caractère contient un ensemble fixe de valeurs combinant le « body system (système corporel) », la « body part (partie du corps) » et le "physiologic system (système physiologique)".

Les valeurs des caractères 3 « root operation » (procédure principale), 4 « body part » (partie de corps) et 5 « approach » (chemin d'accès) sont identiques à leurs équivalents dans les autres sections ICD-10-PCS (par exemple, procédure centrale et chemin d'accès ont les mêmes définitions que celles du chapitre 8). de ce manuel). Le 6ème caractère « Device/Substance/Technology » (appareil / substance / technologie) de la section "Nouvelles technologies" contient une description générale des caractéristiques les plus importantes de cette nouvelle technologie.

Le nouveau groupe de technologies (caractère 7) est un chiffre ou une lettre qui identifie l'année au cours de laquelle un nouveau code de technologie a été ajouté à la classification ICD-10-PCS. Par exemple, étant donné qu'aux États-Unis, l'année fiscale 2016 était la première année d'introduction de cette section, la valeur « 1 » en tant que septième caractère (groupe de nouvelles technologies 1) désigne les codes « Section nouvelle technologie » ajoutés en 2016. Les codes ajoutés au cours de l'année 2017 auront comme septième caractère la valeur "2" (nouveau groupe de technologies 2), et ainsi de suite.

Exemple de l'administration de l'isavuconazole, antimycotique, par une veine périphérique, voie d'accès percutanée :

Character 1 Section	Character 2 Body System	Character 3 Root Operation	Character 4 Body Part	Character 5 Approach	Character 6 Device/ Substance/ Technology	Character 7 New Technology Group
X	W	0	3	3	4	1
New technology	Anatomical regions	Introduction	Peripheral vein	Percutaneous	Isavuconazole anti-infective	New technology group 1

Les codes de la section X sont des codes autonomes. Ils décrivent complètement la procédure spécifique dans le titre du code et aucun code supplémentaire n'est nécessaire dans les autres sections ICD-10-PCS.

Par exemple: XW03341 «Introduction d'isavuconazole anti-infectieux dans une veine périphérique, approche percutanée, groupe 1 des nouvelles technologies» est codé pour indiquer que ces antibiotiques ont été administrés par une veine centrale. Aucun code supplémentaire du tableau 3E0 de la section «Administration» de l'ICD-10-PCS n'est nécessaire.

Quelques exemples :

- X2C0361 “Extirpation of Matter from Coronary Artery, One Artery using Orbital Atherectomy Technology, Percutaneous Approach, New Technology Group 1”
- XRGB092 « Fusion of Lumbar Vertebral Joint using Nanotextured Surface Interbody Fusion Device, Open Approach, New Technology Group 2 »
- XY0VX83 Extracorporeal Introduction of Endothelial Damage Inhibitor to Vein Graft, New Technology Group 3
- XW033G4 Introduction of Plazomicin Anti-infective into Peripheral Vein, Percutaneous Approach, New Technology Group 4

Chapitre 12 :

Codes Z et codes de causes externes de morbidité

1. INTRODUCTION

En complément à la classification principale (A00.0 à T88.9), ICD-10-CM prévoit 2 groupes particuliers de codes :

- les facteurs influençant l'état de santé et reflétant les contacts avec le secteur des soins de santé (codes Z: Z00-Z99)
- les causes externes de morbidité (V00-Y99)

2. UTILISATION DES CODES Z ET DES CODES DE CAUSES EXTERNES DE MORBIDITÉ

Certains codes Z doivent être utilisés comme diagnostic principal dans certaines situations spécifiques d'autres sont mentionnés comme diagnostic secondaire quand ils sont importants pour enregistrer un antécédent, un statut ou un problème susceptible d'affecter l'état de santé. Certains codes Z peuvent être utilisés soit comme diagnostic principal soit comme diagnostic secondaire.

Etant donné que les codes Z sont importants à travers tout le manuel, ce chapitre est uniquement une introduction générale avant le traitement complémentaire de ces codes dans les autres chapitres de ce manuel.

Les codes de causes externes sont utilisés comme diagnostic secondaire pour indiquer comment un traumatisme ou une pathologie est apparu(e) (cause), l'intention (non intentionnel ou accidentel; intentionnel tel que suicide ou agression), le lieu de l'événement, l'activité du patient au moment de l'événement et le statut du patient (par exemple, civil, militaire).

Les codes de causes externes sont traités plus loin dans les chapitres suivants de ce manuel (entre autre le chapitre 30 'traumatismes')

Les codes Z et les codes de causes externes de morbidité sont enregistrés lorsqu'ils sont pertinents pour le séjour concerné.

3. RECHERCHE DES CODES Z

Le format et les conventions appliqués pour la classification principale sont également utilisés dans la liste alphabétique et la liste systématique relatives à ces classifications supplémentaires. Les termes de recherche de la liste alphabétique pour les codes Z sont repris dans l'index principal.

- 'Admission' (admission pour...)
- 'Examination' (examen)
- 'History' (antécédents)
- 'Observation' (observation)
- 'Aftercare' (soins de suivi)
- 'Problem' (problème de...)
- 'Status' (statut)

La liste systématique des codes Z suit immédiatement la section "Causes externes de morbidité" (V00-Y99).

Les causes externes de morbidité ne sont pas utilisées pour rapporter l'intention en cas d'empoisonnements, d'effets toxiques, d'effets secondaires ou de sous-dosage de médicaments. ICD-10-CM classe ces pathologies dans les catégories T36-T65, qui combinent le produit concerné et la cause externe. Ces situations sont discutées au chapitre 32 Empoisonnement, intoxications, effets secondaires et sous-dosage de médicament.

4. CODES Z COMME DIAGNOSTICS PRINCIPAL ET SECONDAIRE

Les codes Z sont utilisés comme diagnostic principal par exemple dans les situations suivantes :

- pour indiquer qu'un patient est vu dans le seul but d'un traitement spécial, tel qu'une radiothérapie ou une chimiothérapie
- pour indiquer le statut de naissance d'un nouveau-né
- pour indiquer qu'une personne ayant une maladie en cours de résolution ou une pathologie chronique est admise pour une suite de soins spécifique (« aftercare ») telle qu'un retrait post-opératoire de fils de suture
- pour indiquer qu'une personne qui n'est pas malade a recours au service de santé pour une raison particulière telle qu'être un donneur d'organe, recevoir des soins prophylactiques ou recevoir un conseil.

Les codes Z sont utilisés comme diagnostic secondaire par exemple dans les situations suivantes :

- pour indiquer qu'un patient présente un antécédent, un état de santé ou un autre problème qui en soi n'est pas une maladie ou un traumatisme, mais qui influence les soins au patient.

Notez que ces codes Z peuvent être mentionnés en premier lieu si le problème ou l'antécédent est la raison de l'admission ou du contact :

Z85.- "Personal history of malignant neoplasm"
Z86.- "Personal history of certain other diseases"
Z80-Z84 "Family history"

- en obstétrique, pour indiquer le résultat de l'accouchement

5. ADMISSION POUR SOINS DE SUIVI ('AFTERCARE')

Les codes de soins de suivi (Z42-Z51) sont utilisés quand le traitement initial de la maladie est terminé mais que le patient requiert encore des soins durant la période de rétablissement ou pour les conséquences à long terme de la maladie. Les codes de soins de suivi ne sont pas assignés quand il s'agit du traitement de la phase aiguë de la maladie. Dans ces cas, c'est la maladie qu'il faut coder. Les exceptions à cette règle sont les admissions pour chimiothérapie et immunothérapie antinéoplasiques (Z51.1-) ou radiothérapie (Z51.0).

Quand l'admission est effectuée pour plusieurs types de traitement antinéoplasique (par exemple, radiothérapie et chimiothérapie), les deux codes sont assignés et chacun des deux peut être mentionné en premier lieu.

(Le chapitre 29 "Néoplasmes" de ce manuel traite de l'emploi correct des codes d'admission pour radiothérapie et chimiothérapie.)

Les admissions pour soins de suivi concernent habituellement des soins planifiés tels que le placement et l'ajustement de prothèse externe (Z44.-), des soins de stomies (Z43.-), une reconstruction mammaire après mastectomie (Z42.1) ou l'ablation de matériel de fixation interne **non relié à un traumatisme** (Z47.2).

Il existe des codes pour les soins relatifs à des pansements, sutures et drains (Z48.0-). Il existe également des codes pour les suites de soins après chirurgie néoplasique (Z48.3), après transplantation d'organes (Z48.2) et après chirurgie d'organes spécifiques (Z48.810-Z48.817). Ces codes peuvent être utilisés en association avec un autre code de soins de suivi ou de diagnostic pour apporter plus de détails sur une admission pour soins de suivi.

Les codes Z de soins de suivi ne peuvent jamais être utilisés pour les soins après traumatismes. Pour les soins après traumatisme, on utilise le code du traumatisme aigu en attribuant la valeur correcte au 7ème caractère pour le "contact ultérieur" (notamment « D » ou « G », « K » ou « P » pour les fractures). Ces codes sont abordés plus en détail au chapitre 30 "Traumatismes" de ce manuel.

Les codes de soins de suivi peuvent être utilisés comme diagnostic principal pour rapporter le motif de l'admission. Ils peuvent toutefois être utilisés également comme diagnostic secondaire, notamment quand les soins de suivi concernent un problème pour lequel aucun code de diagnostic spécifique n'est

disponible lors d'une hospitalisation pour le traitement d'une pathologie non liée (par exemple: fermeture de colostomie au cours d'une hospitalisation pour traiter un traumatisme dû à un accident de voiture).

Les codes de soins de suivi peuvent aussi être utilisés en association avec d'autres codes de soins de suivi ou de diagnostic pour mieux détailler les spécificités de ces soins de suivi, sauf si la classification fournit d'autres instructions. L'ordre des différents codes de soins de suivi est déterminé par les circonstances de l'admission elle-même. Certains codes Z requièrent un code de diagnostic supplémentaire pour décrire le processus de cicatrisation ou la séquelle. Pour d'autres codes de soins de suivi, cette pathologie est déjà comprise dans leur intitulé.

Quand le patient est admis pour une complication de soins antérieurs, un code approprié de complication est attribué plutôt qu'un code Z de soins de suivi (voir chapitre 33 de ce manuel "Complications de soins chirurgicaux et médicaux" de ce manuel).

Les soins palliatifs sont une alternative au traitement agressif pour les patients qui sont en phase terminale de la maladie. Ces soins sont focalisés sur la prise en charge de la douleur et d'autres symptômes de la maladie. Ils sont souvent plus appropriés qu'un traitement agressif quand le patient est en train de mourir d'une maladie incurable. Le code Z51.5 "Encounter for palliative care" est utilisé pour classer les admissions pour soins de confort, pour soins de fin de vie, pour les soins en hospice, et pour les soins terminaux des patients en fin de vie. Il peut être utilisé dans n'importe quel type d'institution de soins.

6. ADMISSION POUR UN EXAMEN DE CONTRÔLE

Un code des catégories Z08, Z09 et Z39 est utilisé comme diagnostic principal pour rapporter le motif d'admission quand le patient est hospitalisé pour un examen ou un contrôle après l'achèvement du traitement initial de la maladie ou du traumatisme. Les codes de follow-up sous-entendent que la pathologie a été traitée complètement et n'existe plus. Voici quelques exemples :

- Z08 'Encounter for follow-up examination after completed treatment for malignant neoplasm'
- Z09 'Encounter for follow-up examination after completed treatment for conditions other than malignant neoplasm'
- Z39.2 'Encounter for routine postpartum follow-up'

Si une récurrence, une extension ou une pathologie associée est identifiée, le code de cette pathologie sera mentionné comme diagnostic principal plutôt qu'un code des catégories Z08, Z09 ou Z39. En voici quelques exemples :

- Un patient asymptomatique ayant subi une résection du côlon descendant en raison d'une néoplasie un an auparavant est admis pour une colonoscopie dans le but d'évaluer l'anastomose et de vérifier s'il y a récurrence du cancer ou non. La colonoscopie montre que l'anastomose est normale et qu'il n'y a pas de signe de récurrence. Dans ce cas, le code Z08 'Encounter for follow-up examination after completed treatment for malignant neoplasm' sera enregistré en DP et le code Z85.038 'Personal history of other malignant neoplasm of large intestine' comme diagnostic secondaire avec un code de procédure pour la colonoscopie.
- Un patient asymptomatique ayant subi une résection du côlon descendant en raison d'une néoplasie un an auparavant est admis pour une colonoscopie dans le but d'évaluer l'anastomose et de vérifier s'il y a récurrence du néoplasme ou non. La colonoscopie montre que l'anastomose est normale et qu'il n'y a pas de signe de récurrence. Cependant, on découvre et on enlève un polype dans le côlon transverse; l'examen anatomo-pathologique révèle qu'il s'agit d'un polype adénomateux. Le code D12.3 'Benign neoplasm of transverse colon' est mentionné en diagnostic principal avec le code Z85.038 'Personal history of other malignant neoplasm of large intestine' en diagnostic secondaire. Dans ce cas, le code Z08 n'est pas mentionné car une pathologie associée, à savoir le polype bénin, a été identifiée.
- Un patient ayant subi une excision d'une partie du côlon descendant en raison d'une néoplasie un an auparavant est admis pour une colonoscopie dans le but d'évaluer l'anastomose et de vérifier s'il y a récurrence ou non de cette néoplasie. La colonoscopie montre que l'anastomose est normale, mais révèle une récurrence à hauteur du côlon descendant.
Le code C18.6 'Malignant neoplasm of descending colon' est enregistré en diagnostic principal et le code Z08 n'est pas utilisé.
- Une patiente ayant subi une ablation chirurgicale d'une tumeur maligne des ovaires, suivie de chimiothérapie, un an auparavant est admise pour un examen de suivi (follow-up). Il n'y a aucun signe de récurrence ni de métastase et aucune autre pathologie associée n'est identifiée.
Le code Z08 'Encounter for follow-up examination after completed treatment for malignant neoplasm' est attribué, avec le code Z85.43 'Personal history of malignant neoplasm of ovary' qui indique l'antécédent de cancer des ovaires.
- Un patient à qui on a enlevé des polypes bénins du côlon un an auparavant se plaint maintenant de douleur dans le quadrant inférieur gauche de l'abdomen. La colonoscopie réalisée pour vérifier s'il y a une récurrence des polypes est entièrement normale. Dans ce cas, le code R10.32 'Left lower quadrant pain' est enregistré en diagnostic principal et non un code Z09 parce que la douleur dans le bas de l'abdomen était le motif de l'admission (et non un follow-up).

Le code Z09 'Encounter for follow-up examination after completed treatment for conditions other than malignant neoplasm' peut être codé en diagnostic principal uniquement lorsque le patient n'est plus traité pour cette pathologie.

7. ADMISSION POUR OBSERVATION ET ÉVALUATION (EXAMEN)

Les codes de la catégorie Z03 'Encounter for medical observation for suspected diseases and conditions ruled out' ou de la catégorie Z04 'Encounter for examination and observation for other reasons' sont utilisés dans le cas de patients sans diagnostic sans signes ni symptômes, chez qui la présence d'un état de santé anormal est suspectée et pour laquelle un complément d'étude est nécessaire, mais qui est exclue après examen **et observation**. Ces codes d'observation ne sont donc pas utilisés en cas de présence d'un traumatisme, d'une maladie, d'un signe ou d'un symptôme, liés à la pathologie supposée (suspectée). En pareil cas, un code de diagnostic ou un code de symptôme sera utilisé plutôt qu'un code Z de ces catégories.

Un code de la catégorie Z05 'Encounter for observation and evaluation of newborn for suspected diseases and conditions ruled out' est utilisé pour l'observation et l'évaluation d'un nouveau-né en bonne santé durant la période néonatale pour toute maladie suspectée mais exclue.

Un code de la catégorie Z05 est utilisé comme diagnostic secondaire, lorsqu'il s'agit d'un séjour de naissance où le diagnostic principal est un code de la catégorie Z38 'Liveborn infants according to place of birth and type of delivery'. Un code de la catégorie Z05 est utilisé en diagnostic principal pour une admission ultérieure (après le séjour de naissance) **durant la période néonatale** où un code de la catégorie Z38 'Liveborn infants according to place of birth and type of delivery' n'est plus d'application.

Pour une personne inquiète de son état de santé mais sans diagnostic posé, il faut attribuer le code Z71.1 'Person with feared health complaint in whom no diagnosis is made'.

Un code des catégories Z03-Z04 peut uniquement être utilisé comme diagnostic principal, jamais comme diagnostic secondaire.

Un code des catégories Z03-Z04 est habituellement utilisé comme code unique **sauf dans deux cas** :

- Quand une pathologie chronique requiert des soins ou un suivi au cours de l'hospitalisation, le code de cette pathologie peut être mentionné comme diagnostic secondaire. Il n'y a pas de code assigné pour les pathologies chroniques qui n'affecte pas le séjour.
- Quand il y a admission pour exclure un traumatisme grave, tel qu'une commotion, les codes de traumatismes mineurs tels que les éraflures et les contusions peuvent être mentionnés comme diagnostic secondaire. Cette exception repose sur le fait que de tels traumatismes mineurs ne requièrent pas d'hospitalisations en soi.

Les codes de la sous-catégorie Z03.7 'Encounter for suspected maternal and fetal conditions ruled out' s'utilisent pour les observations négatives chez une femme enceinte.

Exemples :

- Un patient de 45 ans avec antécédents familiaux de carcinome du côlon est admis à la demande de son médecin traitant pour un examen d'exclusion de cancer du côlon. Une néoplasie est exclue et aucun autre diagnostic n'est établi. Le code Z03.89 'Encounter for observation for other suspected disease and conditions ruled out' est attribué en diagnostic principal avec comme diagnostic secondaire le code Z80.0 'Family history of malignant neoplasm of digestive organs'.

Remarque: un code 'screening' (catégories Z11-13) n'est pas utilisé ici car l'examen n'est pas réalisé dans le cadre d'un dépistage organisé par les autorités.

- Un cycliste tombe la tête en avant sur une route asphaltée. Il présente une éraflure à hauteur de l'avant-bras. L'éraflure est suturée. Bien que le cycliste ne manifeste aucun symptôme ni signe de traumatisme intracrânien, le médecin traitant décide, par mesure de sécurité, une mise en observation. Aucun traumatisme intracrânien n'est découvert. Le code Z04.1 'Encounter for examination and observation following transport' est utilisé en diagnostic principal avec un code pour l'éraflure en diagnostic secondaire.

Remarque: l'éraflure en soi n'aurait pas entraîné une hospitalisation, c'est pourquoi elle n'est pas enregistrée comme diagnostic principal.

Certains codes des catégories décrites plus haut sont également utilisés pour des admissions motivées par des raisons administratives et pour des admissions en observation à finalité médico-légale.

8. MISES AU POINT ET EXAMENS PARTICULIERS (Z01.81-)

Les codes de la catégorie Z01 sont rarement appropriés pour le codage des séjours hospitaliers et ne sont jamais assignés comme diagnostic secondaire. Un code de la catégorie Z01 'Encounter for other special examination without complaint, suspected or reported diagnosis' est mentionné comme raison du contact uniquement s'il n'y a pas de problème, diagnostic ou pathologie identifiée comme raison de l'examen.

Il arrive parfois que des patients soient hospitalisés exclusivement pour subir des examens préopératoires pour diverses disciplines. Les codes Z pour examens préopératoires s'utilisent exclusivement lorsque le patient ne subit que ces seuls examens. En pareil cas, un des codes ci-dessous de la sous-catégorie Z01.81- 'Encounter for preprocedural examinations' est attribué, avec comme diagnostic secondaire le code de la pathologie pour laquelle l'intervention chirurgicale est prévue et les codes de résultats liés à ces examens préopératoires.

Les codes Z d'examens préopératoires s'utilisent exclusivement comme diagnostic principal. Lorsque plusieurs codes de la sous-catégorie Z01.81 sont applicables au séjour, on sélectionne un seul de ces codes.

Le code Z de la sous-catégorie Z01.81 pour examens préopératoires n'est pas enregistré si le patient est opéré au cours du même séjour.

Z01.810	'Encounter for preprocedural cardiovascular examination'
Z01.811	'Encounter for preprocedural respiratory examination'
Z01.812	'Encounter for preprocedural laboratory examination'
Z01.818	'Encounter for other preprocedural examination'

Exemples:

- Un patient atteint de BPCO doit subir une cholécystectomie en raison d'une cholélithiase. Il est hospitalisé avant l'opération exclusivement pour une évaluation respiratoire approfondie.
Le code Z01.811 'Encounter for preprocedural respiratory examination' est enregistré en diagnostic principal avec comme diagnostic secondaire, le(s) code(s) de la cholélithiase et des résultats de la mise au point.
- Un carcinome gastrique est constaté chez un patient âgé, pour lequel une intervention chirurgicale est indiquée. Etant donné que cet homme souffre depuis des années de diabète sucré et qu'il a des antécédents de PTCA, il est hospitalisé pour un examen cardiaque préopératoire approfondi, incluant une échographie et une coronarographie. La coronarographie établit une athérosclérose modérée des coronaires, qui ne constitue pas une contre-indication pour l'opération gastrique.
Le diagnostic principal de ce séjour est Z01.810 'Encounter for preprocedural cardiovascular examination'. Les codes du carcinome gastrique et de l'athérosclérose coronaire sont ajoutés comme diagnostics secondaires.

9. EXAMENS DE DÉPISTAGE

Les codes des catégories Z11-Z13 'Encounter for screening' sont utilisés pour les contacts ayant pour but la réalisation de tests, **organisés par les autorités au sein d'une population**, identifiant une maladie ou les signes précurseurs d'une maladie, à des fins de détection précoce et de traitement des personnes chez qui ces tests seraient positifs. Le dépistage est réalisé chez des personnes apparemment en bonne santé qui ne présentent aucun signe ou symptôme lié à la maladie ciblée. Le dépistage s'adresse à des catégories de population, p; ex. les tests de phénylcétonurie chez les nouveau-nés, le dépistage du cancer du sein chez les femmes ou encore le dépistage du cancer du côlon....

Si le motif de l'admission est un examen de dépistage, le code Z du dépistage est attribué comme diagnostic principal. Même si une pathologie est découverte pendant ce dépistage, le diagnostic principal est l'examen de dépistage (un code de la série Z11-Z13) et le code de la pathologie ou de l'état identifié est ajouté comme diagnostic secondaire.

10. **CODES D'ANTÉCÉDENTS, DE STATUT OU D'AUTRES PROBLÈMES DU PATIENT**

Des codes Z existent pour rapporter les antécédents personnels ('Personal history') d'une maladie antérieure (qui n'est plus présente). La majorité de ces codes se situe dans les catégories Z85 à Z92. Quand la pathologie mentionnée est encore présente ou encore en traitement, ou si une complication est présente, aucun code d'antécédents personnels ne doit être utilisé.

Les codes de la catégorie Z92 'Personal history of medical treatment' s'utilisent dans des situations où le patient a reçu par le passé un traitement susceptible d'avoir une incidence sur les soins pendant le séjour en cours. Ces codes ne sont pas utilisés lorsque le traitement est toujours administré.

Les catégories Z80 à Z84 décrivent les antécédents familiaux et peuvent être assignés quand l'antécédent familial est la raison de l'examen ou du traitement.

Les codes de statut indiquent que le patient est porteur d'une maladie, qu'il présente des séquelles ou un traumatisme résiduel d'une maladie ou d'une affection passée. Ils peuvent également signaler la présence d'un autre facteur influençant son état de santé.

Les catégories Z88 à Z99 indiquent que le patient présente une affection (chronique) en cours ou un état de santé qui peut influencer les soins, telle la présence d'une trachéostomie (Z93.0), d'une colostomie (Z93.3), d'un pacemaker cardiaque (Z95.0) ou d'un pontage coronarien (Z95.1).

Les codes Z sont redondants lorsqu'un code de diagnostic décrit déjà le statut. Par exemple, en cas de rejet aigu de greffe rénale, le code T86.11 'Kidney transplant rejection' est utilisé. Le statut de greffe rénale est déjà inclus dans ce code de diagnostic et un code supplémentaire (Z94.0), indiquant seulement la présence d'une greffe rénale, est superflu et n'est pas attribué.

Un intitulé diagnostique exprimant un « statut post » fait souvent référence à une chirurgie, un traumatisme ou une maladie antérieurs et n'a habituellement pas de signification pour l'épisode de soins. Dans ce cas, aucun code n'est attribué pour le problème. Un antécédent personnel peut être ajouté si nécessaire.

Notez la différence essentielle entre un code d'antécédents ('history') et un code de statut. Les codes d'antécédent indiquent que le problème n'existe plus aujourd'hui. Les codes de statut indiquent que la problématique est encore présente.

Les codes de la catégorie Z79 sont utilisés pour indiquer l'usage (à domicile) par le patient d'un médicament prescrit pour un traitement de longue durée d'une maladie ou pour une utilisation prophylactique. Des exemples de ces situations sont l'usage pour une longue durée d'anticoagulants (Z79.01), d'antithrombotiques/antiplaquettaires (Z79.02), d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (Z79.1), d'antibiotiques (Z79.2), d'hormones contraceptives (Z79.3), d'insuline (Z79.4), de stéroïdes (Z79.51- Z79.52) ou de tout autre traitement (Z79.81- à Z79.899). La sous-catégorie Z79.8 comprend l'usage pour une longue durée de modulateurs sélectifs des récepteurs des œstrogènes (Z79.810), d'inhibiteurs de l'aromatase (Z79.811), d'autres substances agissant sur les récepteurs des œstrogènes et les miroirs des œstrogènes (Z79.818), d'acide acétylsalicylique (Z79.82), de biphosphonates (Z79.83), hypoglycémiques oraux (Z79.84), d'une thérapie aux hormones de substitution (Z79.890), d'une analgésie aux opiacés (Z79.891) et tout autre usage de médicaments pour une longue durée (Z79.899).

Les codes de la catégorie Z79 s'utilisent pour indiquer que le patient reçoit le médicament pendant une longue période, par exemple :

- À titre prophylactique (par ex. prévention des thromboses veineuses profondes)
- Comme traitement d'une pathologie chronique (par ex arthrite)
- Pour une pathologie requérant un long traitement (par ex cancer)

Un code supplémentaire est ajouté pour la pathologie traitée par le médicament d'entretien. N'utilisez pas un code de la catégorie Z79 quand le médicament est prescrit pour le traitement d'une maladie ou d'un traumatisme aigu et qu'il est donné pour une courte durée (par ex antibiotique pour traiter une bronchite). Cette catégorie n'est pas utilisée pour les médicaments administrés pendant une cure de désintoxication ou comme thérapie d'entretien pendant un programme de désintoxication pour la prévention des syndromes de sevrage dans le cas d'une assuétude. Par exemple, l'usage à long terme de méthadone pour le traitement de la douleur est codé Z79.891 'Long term (current) use of opiate analgesic', mais l'utilisation de méthadone pendant une cure de désintoxication pour la prévention des phénomènes de sevrage aux opiacés n'est pas enregistrée avec le code Z79.891 (le code approprié se situe bien au niveau de la catégorie F11.2-).

Le code Z51.81 'Encounter for therapeutic drug level monitoring' est utilisé pour la surveillance (contrôle répété) des doses thérapeutiques. Si le médicament à surveiller est un traitement que le patient reçoit pour une longue durée, un code de la catégorie Z79 doit être ajouté.

Les règles de codage ne proposent pas de définition ni d'intervalle de temps pour un traitement médicamenteux de longue durée. Si le patient reçoit un médicament régulièrement et qu'il a de nombreuses prescriptions disponibles, alors il est approprié de documenter une utilisation de longue

durée. La documentation d'une utilisation de longue durée d'un médicament est à la discrétion du médecin.

Les codes des catégories Z55 à Z65 sont utilisés, s'ils sont pertinents pour le séjour, pour rapporter certains problèmes susceptibles d'affecter les soins au patient ou d'empêcher une conformité satisfaisante au traitement recommandé. Des problèmes de logement, une inadaptation sociale, des soucis économiques ou de travail sont des exemples de situations qui peuvent modifier la collaboration du patient.

Étant donné que ces codes des catégories Z55 à Z65 concernent des informations sur les facteurs sociaux de la santé, plutôt que sur les diagnostics médicaux, ils ne doivent pas être uniquement issus de la documentation du médecin; il est aussi permis de les coder sur la base des informations provenant d'autres dispensateurs de soins impliqués dans les soins du patient.

Les codes d'antécédents, de statut ou de problèmes ne peuvent pas être mentionnés comme diagnostic principal ni comme raison du contact ; sauf les exceptions suivantes :

- Les codes des catégories Z85-Z87 (excepté la sous-catégorie Z87.7)
- Le code Z91.81
- Les codes des catégories Z80 à Z84.

Ces codes peuvent être utilisés en principal quand l'antécédent est la raison de l'admission ou du contact.

Ils peuvent être utilisés pour tout patient indépendamment du motif d'admission mais sont uniquement enregistrés si l'antécédent, le statut ou le problème est pertinent pour l'épisode de soins. Par exemple, un antécédent de carcinome traitement antérieurement ou un antécédent familial de néoplasme malin peut être important pour expliquer la réalisation de certains examens. Ainsi, les codes de statut de la sous-catégorie Z96.6- indiquent que le patient porte une prothèse d'articulation, mais cet élément ne sera pertinent que si la prothèse limite tellement la mobilité du patient que des soins infirmiers (aide à la marche) sont nécessaires ou si elle a pour effet de limiter la participation du patient à un programme de révalidation.

11. SUSCEPTIBILITÉS GÉNÉTIQUES À CERTAINES MALADIES

Les codes de la catégorie Z15 sont utilisés pour rapporter la susceptibilité génétique ou prédisposition à certaines maladies, c.-à-d. le risque génétique accru de développer une certaine pathologie. Les patients ayant une prédisposition génétique à telle ou telle maladie peuvent se faire enlever un organe à titre prophylactique pour éviter de développer cette pathologie, par exemple une amputation mammaire préventive en cas de risque familial (génétique) accru de cancer du sein. Il importe d'établir

la distinction entre la notion de "susceptibilité" (catégorie Z15) et celle de "porteur génétique" (catégorie Z14 'genetic carrier'). Un individu qui est porteur génétique d'un gène associé à une certaine maladie ne souffre pas de la maladie et ne court aucun risque de la développer, mais est capable de transmettre ce gène à ses descendants, qui eux pourront développer la maladie.

La sous-catégorie Z15.0 'Genetic susceptibility to malignant neoplasm' offre des subdivisions pour préciser l'organe potentiel, tels les seins (Z15.01), les ovaires (Z15.02), la prostate (Z15.03), l'endomètre (Z15.04) et d'autres organes (Z15.09).

Les codes de la catégorie Z15 ne sont pas utilisés comme diagnostic principal. Le choix du diagnostic principal est déterminé par les circonstances de l'admission, comme défini ci-dessous:

- Si le patient est atteint d'une maladie à laquelle il était génétiquement prédisposé et que cette pathologie est le motif de l'admission, cette pathologie est mentionnée comme diagnostic principal, suivie du code Z15 approprié.
- Si le patient est vu pour un suivi après traitement complet de cette pathologie et que la pathologie n'est plus présente, un code de suivi est indiqué comme diagnostic principal, suivi d'un code d'antécédent (Z85.- à Z87.-) et d'un(des) code(s) de prédisposition génétique (Z15.-).

12. Z68 BODY MASS INDEX (BMI)

- Les codes BMI ne doivent être attribués que lorsque un diagnostic associé (tel que surpoids ou obésité) est déterminé par le médecin traitant le patient
- Le code de BMI dans ces conditions (diagnostic associé présent) pourra se baser sur la documentation complète des dispensateurs de soins présente dans le dossier du patient.
- N'attribuez pas de codes BMI pendant la grossesse.

13. CODES Z COMME DIAGNOSTIC PRINCIPAL

Certains codes Z s'utilisent uniquement comme diagnostic principal excepté lorsqu'il y a deux diagnostics qui répondent de façon équivalente à la définition du diagnostic principal au sein de la liste ci-dessous comme par exemple admission pour chimiothérapie et admission pour radiothérapie, l'un sera mis en principal et l'autre en secondaire :

(voir liste ci-dessous):

Z00 'Encounter for general examination without complaint, suspected or reported diagnosis'

Excepté: Z00.6 'Encounter for examination for normal comparison and control in clinical research program'

Z01 'Encounter for other special examination without complaint, suspected or reported diagnosis'

Z02 'Encounter for administrative examination'

Z03 'Encounter for medical observation for suspected diseases and conditions ruled out'

Z04 'Encounter for examination and observation for other reasons'

Z33.2 'Encounter for elective termination of pregnancy'

Z31.81 'Encounter for male factor infertility in female patient'

Z31.83 'Encounter for assisted reproductive fertility procedure cycle'

Z31.84 'Encounter for fertility preservation procedure'

Z34 'Encounter for supervision of normal pregnancy'

Z39 'Encounter for maternal postpartum care and examination'

Z38 'Live born infants according to place of birth and type of delivery'

Z40 'Encounter for prophylactic surgery'

Z42 'Encounter for plastic and reconstructive surgery following medical procedure or healed injury'

Z51.0 'Encounter for antineoplastic radiation therapy'

Z51.11 'Encounter for antineoplastic chemotherapy'

Z51.12 'Encounter for antineoplastic immunotherapy'

Z52 'Donors of organs and tissues'

Excepté: Z52.9, 'Donor of unspecified organ or tissue'

Z76.1 'Encounter for health supervision and care of foundling'

Z76.2 'Encounter for health supervision and care of other healthy infant and child'

Z99.12 'Encounter for respirator [ventilator] dependence during power failure'

EXERCICE RÉCAPITULATIF 12.1

Codez les diagnostics suivants:	
1. <u>Contact</u> pour changer un pansement chirurgical	Z48.01
2. <u>Antécédents familiaux</u> de polypes du côlon	Z83.71
3. <u>Statut</u> après un pontage coronarien	Z95.1
4. <u>Admission</u> pour rinçage d'une sonde de gastrostomie	Z43.1
5. <u>Ajustement</u> de la fréquence d'un pacemaker cardiaque	Z45.010
6. <u>Utilisation à long terme</u> d'anticoagulants	Z79.01
7. <u>Dépendance</u> à un respirateur	Z99.11
8. <u>Soins de suivi</u> palliatifs	Z51.5
9. <u>Admission</u> pour une radiothérapie	Z51.0
10. <u>Non compliance au traitement</u> due au grand âge du patient (non intentionnelle, donc) quant à la prise d'un médicament	Z91.130
11. <u>Contact</u> pour enlèvement de sutures	Z48.02

1. INTRODUCTION

Un signe est défini comme un élément objectif d'une maladie qui peut être observé par le médecin qui examine le patient. Par contre, un symptôme est une observation subjective rapportée par le patient mais non confirmée objectivement par le médecin.

Les signes et symptômes sont classés de 2 manières dans ICD-10-CM. Ceux qui renvoient à un diagnostic spécifique sont classés dans d'autres chapitres du manuel de codage ICD-10-CM. Ceux qui renvoient à plus d'une maladie ou plus d'un système ou qui ont une étiologie inexpliquée, sont classés dans le chapitre 18 « Symptoms, signs, and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified » (R00-R99) du manuel de codage ICD-10-CM (code book ICD-10-CM).

Dans ce qui suit, en termes de codage, on utilisera les mots "code de symptôme" pour tous les symptômes et tous les signes, quel que soit le chapitre du manuel de codage ICD-10-CM (livre de codes ICD-10-CM) dans lequel figure le code.

2. SIGNES ET SYMPTOMES COMME DIAGNOSTIC PRINCIPAL

Les codes de signes, symptômes et pathologies mal définies ne peuvent pas être utilisés comme diagnostic principal quand un diagnostic correspondant a été établi. Voici quelques exemples :

- Coma sur empoisonnement à l'héroïne, premier contact :
T40.1X1A 'Poisoning by heroin, accidental (unintentional) initial encounter'
R40.20 'Unspecified coma'
- Syncope sur bloc auriculo-ventriculaire du 3ème degré :
I44.2 'Atrioventricular block, complete'
R55 'Syncope and collapse'

Il y a seulement quelques situations dans lesquelles il est approprié d'enregistrer un symptôme comme diagnostic principal :

- Quand aucune pathologie liée au symptôme n'est identifiée et que le symptôme est la raison du contact, un code de symptôme est assigné comme diagnostic principal pour ce symptôme, même si d'autres pathologies non liées sont mentionnées dans le dossier du patient.

Par exemple, un patient est admis avec une tachycardie. L'électrocardiogramme ne fournit pas d'évidence concluante à propos du type de tachycardie ni à propos d'une quelconque pathologie cardiaque sous-jacente. Le patient est également diabétique insulino-dépendant; les glycémies sont suivies quotidiennement pendant le séjour hospitalier.

La raison de l'admission est la tachycardie ; c'est pourquoi le code R00.0 « Tachycardie non spécifiée » est le diagnostic principal. Comme le diabète a été traité durant le séjour hospitalier, un code supplémentaire est assigné pour le diabète sucré comme diagnostic secondaire.

- Présence transitoire d'un signe ou d'un symptôme et aucun diagnostic définitif ne peut être établi.
- Le patient est transféré ailleurs pour complément de mise au point ou traitement avant qu'un diagnostic ait été établi.
- Un diagnostic plus précis ne peut être fait pour n'importe quelle autre raison.
- Un diagnostic provisoire de « signe » ou de « symptôme » est posé pour un patient qui ne permet pas de soins ou de mises au point complémentaires, de sorte qu'aucun diagnostic définitif ne peut être réalisé.
- Le symptôme peut être mentionné comme diagnostic principal quand le patient est admis dans le seul but du traitement du symptôme et qu'il n'y a pas de mise au point complémentaire ni traitement de la maladie sous-jacente.

Exemple : Les patients souffrant de déshydratation secondaire à une gastro-entérite sont parfois admis dans le but de se réhydrater lorsque la gastro-entérite elle-même pourrait être prise en charge en ambulatoire. Dans ce cas, le code de déshydratation peut être codé comme diagnostic principal même si la cause de la déshydratation est indiquée.

3. SIGNES ET SYMPTOMES COMME DIAGNOSTIC SECONDAIRE

Les codes de symptôme sont assignés comme diagnostic secondaire uniquement si le signe ou le symptôme ne fait pas partie intégrante de la pathologie sous-jacente (à moins que la classification ne propose d'autres instructions) et que le symptôme satisfait aux critères du diagnostic secondaire.

La présence du signe ou du symptôme atteste d'une différence de gravité de l'état du patient et/ou d'une différence dans les soins donnés.

Par exemple, certains patients atteints de cirrhose hépatique ont de l'ascite, mais pas tous. En présence d'ascite dû à une cirrhose (par exemple chez un patient admis pour une pneumonie), il y aura une différence dans les soins donnés, et le code R18.8 « Other ascites » doit donc être assigné comme diagnostic secondaire.

NB : l'ascite dans la cirrhose alcoolique se code K70.31, alcoholic cirrhosis of liver with ascites. Un code de la catégorie R18 n'est pas rajouté car compris dans le code K70.31

Les codes de symptôme ne sont pas assignés quand ils sont implicites au diagnostic ou quand le symptôme est inclus dans le code de la pathologie. Un codage redondant est interdit.

L'ICD-10-CM contient un certain nombre de codes combinés qui identifient à la fois le diagnostic définitif et les symptômes courants de ce diagnostic. Lors de l'utilisation de l'un de ces codes combinés, aucun code supplémentaire ne doit être attribué au symptôme.

Par exemple :

- Douleur abdominale due à un ulcère gastrique – aucun code de symptôme n'est ajouté car la douleur abdominale fait partie intégrante de l'ulcère.
- Coma dû à un diabète sucré – le code de symptôme pour le coma n'est pas assigné car il existe des codes combinés proposés pour l'association du coma et du diabète.
- Un patient est admis avec douleur thoracique, considérée initialement comme angoreuse ; la mise au point ne confirme toutefois pas ce diagnostic et le médecin pose le diagnostic de douleur thoracique sur chondrite costale probable (M94.0). La douleur thoracique n'est pas codée car elle est implicite dans le diagnostic de chondrite costale.

Guidelines

Utilisation des codes de symptôme

Les codes décrivant les symptômes et les signes sont enregistrés lorsqu'un diagnostic définitif associé n'a pas été établi (confirmé) par le médecin.

Utilisation d'un code de symptôme avec un code de diagnostic définitif

Les codes de signes et symptômes peuvent être codés en plus d'un diagnostic définitif associé lorsque le signe ou le symptôme n'est pas systématiquement associé à ce diagnostic, tels que les divers signes et symptômes associés aux syndromes complexes.

Le code de diagnostic définitif doit être enregistré avant le code du symptôme.

Les signes ou symptômes associés de manière routinière à un processus pathologique ne doivent pas être attribués en tant que codes supplémentaires, sauf indication contraire de la classification.

Code combiné qui inclut des symptômes

L'ICD-10-CM contient un certain nombre de codes combinés qui identifient à la fois le diagnostic définitif et les symptômes courants de ce diagnostic. Lors de l'utilisation de l'un de ces codes combinés, aucun code supplémentaire ne doit être attribué au symptôme.

Guidelines

Les signes / symptômes et les codes «unspecified» ont des utilisations acceptables, voire nécessaires. Bien que des codes de diagnostic spécifiques doivent être signalés s'ils s'appuient sur la documentation du dossier médical disponible et sur la connaissance clinique de l'état de santé du patient, il existe des cas où des signes / symptômes ou des codes non spécifiés sont le meilleur choix pour refléter avec exactitude les soins reçus. Chaque contact de soins de santé doit être codé selon le niveau de certitude connu pour ce contact. Si un diagnostic définitif n'a pas été établi à la fin de l'hospitalisation, il convient de signaler les codes de(s) signe(s) et / ou de(s) symptôme(s) au lieu d'un diagnostic définitif. Lorsque suffisamment d'informations cliniques sur un problème de santé particulier ne sont pas connues ou disponibles pour attribuer un code plus spécifique, il est acceptable d'enregistrer le code «unspecified »(non spécifié) approprié (il y a par exemple un diagnostic de pneumonie mais pas de quel type). Les codes « unspecified » (non spécifiés) doivent être codés lorsqu'il s'agit de codes qui reflètent le plus précisément ce que l'on sait de l'état du patient au moment de cette rencontre particulière.

Il serait inapproprié de coder un code spécifique non repris comme tel dans la documentation du dossier médical ou d'effectuer des tests de diagnostic inutiles sur le plan médical afin de déterminer un code plus spécifique.

4. RESULTATS ANORMAUX

Bien que les catégories R70 à R97 (résultats anormaux) de ce chapitre proposent des codes pour des résultats anormaux non spécifiques, ceux-ci seront rarement attribués à des patients hospitalisés. Les codes des catégories R70 à R97 sont codés selon les mêmes directives en vigueur que pour le codage des autres codes de symptôme.

Ils ne sont attribués que lorsque (1) le médecin n'a pas été en mesure d'établir un diagnostic définitif. Le résultat anormal est répertorié comme un diagnostic par ce dernier et la condition est conforme aux directives d'enregistrement pour la notification d'un diagnostic.

Par exemple :

- Présence sur une radiographie de routine d'une zone avec une densité accrue à hauteur de la troisième côte gauche. Aucune mise au point complémentaire, ni aucun traitement ne sont donnés durant le séjour actuel. Le médecin précise qu'une mise au point complémentaire en ambulatoire doit être planifiée. Le code approprié de la catégorie R93 « Abnormal findings on diagnostic imaging of other body structures » est assigné.
- Si le médecin mentionne dans le dossier médical un résultat électrocardiographique anormal sans mention de pathologie associée, le code R94.31 'Electrocardiogramme anormal [ECG] [EKG]' pourra être codé s'il y a trace d'une mise au point complémentaire à la recherche d'une pathologie cardiaque éventuelle.

- Une pression artérielle élevée relevée par le codeur sans que le médecin ne la mentionne dans la liste des diagnostics et sans trace de mise au point ou de traitement, ne sera pas codée. Dans ce cas, il est interdit d'attribuer le code de ce résultat anormal.

Si le codeur relève des résultats cliniques en dehors des valeurs normales et qu'aucun diagnostic n'est posé, le codeur doit revoir le dossier médical pour déterminer si des tests ou consultations complémentaires ont été réalisés en lien avec ce résultat ou si un traitement spécifique a été donné. Si une telle documentation est présente, il faut demander au médecin si un code doit être assigné.

Par exemple, un patient avec un faible taux de potassium est traité avec du potassium oral ou intraveineux, il semble présenter une affection cliniquement significative qui devrait probablement être codée : il faut demander au médecin si un diagnostic doit être ajouté.

D'autre part, la découverte d'une arthrose dégénérative chez un patient âgé sur une radiographie thorax postopératoire de routine ne justifie pas l'attribution d'un code lorsqu'aucun traitement ou évaluation diagnostique supplémentaire de l'arthrose n'a été réalisée.

5. GLASGOW COMA SCALE

L'échelle de coma de Glasgow est une échelle destinée à évaluer l'état de conscience après un traumatisme crânien ; Le score est déterminé par trois facteurs: le degré d'ouverture des yeux, le degré de réponse verbale et le degré de réponse motrice. Le score total peut servir d'indicateur pour certains examens diagnostiques ou traitements et pour pronostiquer la durée et l'issue finale du coma.

L'échelle de coma de Glasgow a été développée pour le patient adulte. La version pédiatrique est utilisée pour évaluer l'état mental des enfants malades.

Comme la version adulte, l'échelle pédiatrique du coma est composée de trois tests (yeux, réponse verbal et réponse motrice) mais les réponses verbales et motrices individuelles diffèrent de celles de l'adulte pour s'adapter aux enfants.

Les termes d'inclusion dans la sous-catégorie R40.22 (coma scale, best verbal response) et R40.23 (coma scale, best motor response) donnent des éclaircissements par rapport à l'utilisation des codes pour les enfants âgés de deux à cinq ans et pour ceux âgés de moins de deux ans.

Les codes de la sous-catégorie R40.2 "Coma" peuvent s'utiliser en combinaison avec des codes de traumatismes cérébraux, de pathologies cérébrovasculaires aiguës ou de séquelles de pathologies cérébrovasculaires. Principalement destinés à l'enregistrement des traumatismes, ils peuvent aussi être utilisés dans n'importe quelle autre situation où ces informations sont collectées.

L'échelle de coma peut ainsi être utilisée pour évaluer l'état du système nerveux central dans des affections non traumatiques, comme pour la surveillance de patients dans l'unité de soins intensifs, indépendamment de l'état de santé.

Les codes de l'échelle de coma sont enregistrés comme diagnostic secondaire à côté des codes de la pathologie concernée.

Un code de chaque sous-catégorie (degré d'ouverture des yeux, degré de réponse verbale et degré de réponse motrice) est nécessaire pour compléter l'échelle.

Le 7^{ème} caractère indique le moment où l'échelle a été déterminée. Les valeurs suivantes peuvent être utilisées :

- '0': "unspecified time" (moment non précisé)
- '1' : in the field (EMT or ambulance) (sur le terrain, dans le smur ou l'ambulance)
- '2' : at arrival to emergency department (à l'arrivée aux urgences)
- '3': "at hospital admission" (à l'admission)
- '4': "24 hours or more after hospital admission"(24 heures ou plus après l'admission à l'hôpital)

Le score initial, documenté lors de l'admission dans l'établissement, devrait au minimum être enregistré. Cela peut être le score documenté dans le service des urgences.

Si souhaité, l'hôpital peut choisir d'enregistrer plusieurs scores de l'échelle de coma de Glasgow.

Le code R40.24-, Glasgow coma scale, total score, sera enregistré lorsque seul le score total est documenté dans le dossier médical. Lorsque les scores individuels sont documentés, un code de chaque sous-catégorie R40.21 à R40.23 est attribué pour compléter l'échelle de coma.

Le code R40.244, other coma, without documented glasgow coma scale score, or with partial score reported- est utilisé pour rapporter un coma, sans score documenté à l'échelle du coma de glasgow, ou lorsqu'un score partiel est signalé.

Comme pour les codes relatifs aux scores individuels de l'échelle de coma de Glasgow (sous-catégories R40.21-, R40.22-, and R40.23-), les codes du score total (sous-catégories R40.24-) nécessitent un septième caractère pour indiquer le moment où le score de l'échelle a été déterminé.

Le code pour l'échelle de coma sera enregistré sur base de la documentation du dossier médical.

La documentation peut provenir de professionnels de soins de santé autres que le médecin du patient. (Professionnel de la santé qualifié légalement pour établir un élément d'information diagnostic). En effet, cette information (échelle de coma) est généralement documentée par d'autres intervenants impliqués dans les soins du patient, comme par exemple, un technicien médical d'urgence.

Cependant, le diagnostic associé (l'AVC aigu) doit être lui documenté par le médecin responsable du patient. En cas de contradiction dans la documentation du dossier médical (soit du même clinicien ou de différents intervenants) le médecin traitant doit être interrogé pour obtenir des éclaircissements.

Coma médicalement induit.

Ce type de coma, réversible, est induit par des médicaments et protège le cerveau de l'œdème en réduisant le flux sanguin ainsi que le métabolisme du tissu cérébral.

Les codes des scores individuels ou totaux de l'échelle de coma de Glasgow ne seront pas enregistrés pour un patient présentant un coma médicalement induit ou un patient sous sédation

Guidelines : Coma scale

Les codes de l'échelle de coma (R40.2-) peuvent être utilisés conjointement avec des codes de lésion cérébrale traumatique, une maladie cérébrovasculaire aiguë ou des séquelles de codes de maladie cérébrovasculaire. Ces codes sont principalement destinés aux enregistrements des traumatismes crâniens, mais ils peuvent être utilisés dans n'importe quel environnement où ces informations sont collectées. L'échelle de coma peut également être utilisée pour évaluer l'état du système nerveux central dans d'autres situations non traumatiques, telles que la surveillance des patients dans l'unité de soins intensifs, indépendamment de l'état de santé.

Les codes de l'échelle de coma doivent être enregistrés après le (s) code (s) de diagnostic.

Ces codes, un de chaque sous-catégorie, sont nécessaires pour compléter l'échelle. Le 7ème caractère précise le moment où l'échelle a été déterminée. Le 7ème caractère doit correspondre pour les trois codes.

Au minimum, on enregistre le score initial documenté lors de l'admission dans l'hôpital. Cela peut être une note du technicien en médecine d'urgence ou du service des urgences. Si l'hôpital le souhaite, il peut choisir de capturer plusieurs scores à l'échelle du coma.

Attribuez le code R40.24, échelle de coma de Glasgow, score total, lorsque seul le score total est documenté dans le dossier médical et non le (s) score (s) individuel (s).

On n'enregistre pas de codes de l'échelle du coma de Glasgow (scores individuels ou totaux) pour un patient souffrant d'un coma médicalement induit ou sous sédation.

6. NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH STROKE SCALE (NIHSS)

Les codes de la sous-catégorie R29.7 sont utilisés pour consigner les 'National Institutes of health stroke Scale (NIHSS) scores'.

Le NIHSS est un outil d'évaluation clinique permettant d'évaluer et de documenter l'état neurologique des patients ayant subi un AVC aigu.

Il utilise 15 items pour évaluer les effets d'un infarctus cérébral aigu sur les niveaux de conscience, le langage, la négligence, la perte de champ visuel, les mouvements extra-oculaires, la force motrice, l'ataxie, la dysarthrie et la perte sensorielle.

Le NIHSS identifie le statut neurologique du patient et la gravité de l'accident vasculaire cérébral.

Les codes issus de la sous-catégorie R29.7 'National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) score' sont utilisés comme diagnostic secondaire en combinaison avec les codes de la catégorie I63 'Cerebral infarction' afin de spécifier le status neurologique et la gravité de l'AVC chez un patient.

Par exemple : un patient admis avec un AVC aigu et un NIHSS score évalué à 30 sera codé avec le I63.9, cerebral infarction, unspecified en diagnostic principal et le code R29.730, NIHSS score 30 en diagnostic secondaire.

Au minimum, indiquez le score initial documenté. Si souhaité, un établissement peut choisir de saisir plusieurs scores d'échelle en cours de séjour.

Comme pour l'échelle du coma, le code de la catégorie R29.7 peut être basé sur la documentation du dossier médical de cliniciens qui ne sont pas les fournisseurs du patient parce que cette information est généralement documentée par d'autres cliniciens impliqués dans les soins du patient.

Guidelines : NIHSS Stroke Scale

Les codes de l'échelle NIHSS (NIHSS) (R29.7- -) peuvent être utilisés conjointement avec les codes de l'AVC aigu (I63) pour identifier le statut neurologique du patient et traduire la gravité de l'AVC. Les codes d'échelle d'AVC doivent être séquencés après le (s) code (s) de diagnostic de l'AVC aigu.

Au minimum, on code le score initial documenté. Si l'hôpital le souhaite, il peut choisir d'enregistrer plusieurs scores d'échelle NIHSS.

7. SYNDROMES

Pour le codage de syndromes, suivez les indications dans la liste alphabétique et la liste systématique. Attribuez le code le plus spécifique.

Codez les manifestations présentes, pour autant qu'elles ne soient pas comprises dans le code du syndrome même, et pour autant qu'elles répondent aux critères relatifs au codage de diagnostics.

Guidelines : syndromes

Il convient de suivre les instructions de l'index alphabétique lors du codage des syndromes. En l'absence de guide alphabétique, attribuez des codes aux manifestations documentées du syndrome. Des codes supplémentaires pour les manifestations ne faisant pas partie intégrante du processus de la maladie peuvent également être attribués lorsque la condition ne comporte pas de code unique.

8. ILL-DEFINED CONDITIONS/ DEATH NOS

Le code R99, cause de mortalité mal définie et inconnue (ill-defined and unknown cause of mortality), ne doit être utilisé que dans des circonstances très limitées : lorsqu'un patient décédé est amené dans le service d'urgence ou dans une autre unité de soin et est déclaré mort à son arrivée.

Ce code ne doit pas être utilisé pour traduire le fait que le patient est décédé (volet administratif)

Il ne représente pas la disposition de décharge de la mort.

EXERCICE 13.1

Codez les diagnostics qui suivent pour les données telles que mentionnées à la sortie du patient.	
1. <u>Dysurie</u>	R30.0
2. <u>Hématurie</u> macroscopique, non douloureuse et de cause inconnue	R31.0
3. <u>Pyurie</u> intermittente de cause indéterminée	N39.0
4.. <u>Hyperplasie</u> de ganglion lymphatique axillaire gauche	R59.0
5. Test de tolérance glucidique <u>élevé</u>	R73.02
6. <u>Vertige</u> sévère, <u>céphalée</u> temporale gauche et <u>nausée</u>	R42 + R51 + R11.0
7. <u>Syncope</u> de cause inconnue	R55
8. Douleur thoracique, <u>angor</u> probable	I20.9
9. Dysurie <u>psychogène</u>	F45.8
10. <u>Gangrène</u> du pied gauche sur <u>athérosclérose</u>	I70.262
11. <u>Epistaxis</u> chronique, sévère, récurrent	R04.0
12. <u>Epistaxis</u> sévère sur <u>hypertension</u>	I10, R04.0
13. <u>Epistaxis</u> héréditaire	I78.0
14. <u>Douleur abdominale</u> généralisée soit sur <u>pancréatite</u> , soit sur <u>cholécystite</u>	K85.90, K81.9
15. <u>Syndrome de fatigue</u> chronique	R53.82
16. Fièvre et malaise dus à un <u>syndrome viral</u>	B34.9
17. <u>Fièvre</u> d'étiologie inconnue, <u>céphalée</u>	R50.9 + R51
18. pré diabète	R73.03
19. douleur aigue due à une pleurésie à influenza	J11.1 + j91.8

9. REPEATED FALLS

Le code R29.6, repeated falls, est destiné aux admissions où un patient est récemment tombé et où la cause de la chute est en cours d'investigation.

Le code Z91.81, Antécédents de chute, doit être utilisé lorsque le patient a déjà fait une chute et qu'il risque d'en faire d'autres.

Le cas échéant, les codes R29.6 et Z91.81 peuvent être attribués ensemble.

Chapitre 14 : Certaines maladies infectieuses et parasitaires

1. INTRODUCTION

Le chapitre 1 d'ICD-10-CM classe les maladies infectieuses et parasitaires qui sont transmissibles (contagieuses). Le premier axe de ce chapitre concerne l'organisme responsable de la pathologie. Les maladies infectieuses et parasitaires sont classées de plusieurs manières obligeant à une utilisation prudente de l'index.

Exemples :

- Un seul code du chapitre 1 est assigné pour préciser l'organisme. Par exemple, les codes de la catégorie B26 "Oreillons" sont utilisés pour les oreillons. Certains codes de ce type ont un 4^{ième} caractère pour indiquer le site ou une pathologie associée, comme c'est le cas pour le code B37.1 "Pulmonary candidiasis".
- Les codes combinés identifient à la fois la pathologie et le germe.

Exemples :

MRSA pneumonie:

J15.212 "Pneumonia due to Methicillin resistant Staphylococcus aureus"

Oreillons avec orchite :

B26.0 "Mumps Orchitis"

- Double codage.

Exemples :

Mycose bronchique :

B49 "Unspecified mycosis" + J99 "Respiratory disorders in diseases classified elsewhere"

Chorioretinitis in histoplasmosis

B39.9 "Histoplasmosis, unspecified" + H32 "Chorioretinal disorders in diseases classified elsewhere"

Pour une même pathologie, les codes du chapitre 1 ont la préséance sur les codes des autres chapitres. Ainsi, une infection des voies urinaires à Candida est classée au niveau du code B37.49 "Other urogenital candidiasis" plutôt qu'au niveau du code N39.0 "Urinary tract infection, site not specified". Les pathologies qui ne sont pas considérées comme facilement transmissibles ou contagieuses sont classées dans le chapitre du système anatomique approprié. Dans ce cas, un code supplémentaire de la catégorie B95 "Streptococcus, Staphylococcus, and Enterococcus as the cause of diseases classified elsewhere", B96 "Other bacterial agents as the cause of diseases classified elsewhere", ou B97 "Viral agents as the cause of- diseases classified elsewhere", est ajouté pour indiquer le germe responsable. Par exemple, on attribue les codes N41.0 'Acute prostatitis' et B95.0 "Streptococcus, Group A, as the cause of diseases classified elsewhere" pour une prostatite aiguë à streptocoques du groupe A.

2. ORGANISME VERSUS SITE OU AUTRE SOUS-TERME

Une recherche approfondie dans l'index est requise pour le codage des infections. Quand le terme principal de la pathologie a été localisé, le sous-terme précisant le germe a toujours priorité sur les sous-termes plus généraux (comme « aigu » ou « chronique ») quand les deux sous-termes apparaissent sous la même indentation de l'index. Par exemple, pour un diagnostic de cystite chronique à gonocoque, l'index propose les sous-termes à la fois pour chronique et gonococcique :

Cystitis (exudative) ...

Chronic N30.20 ...

Gonococcal A54.01

Dans ce cas, seul le code A54.01 est assigné car le sous-terme précisant l'organisme responsable a priorité sur le sous-terme « chronique ».

Quand le germe est précisé mais qu'il n'est pas indexé sous le terme principal de la pathologie même, le codeur doit se référer au terme principal « Infection » ou au terme principal du germe. Par exemple, le diagnostic de cystite à candida. Il n'y a pas de sous-terme 'candidal' sous le terme principal 'Cystitis' mais sous l'entrée principale 'Infection', il y a un sous-terme 'Candida', qui renvoie au terme principal 'Candidiasis, candidal', sous-terme cystitis. On attribue donc ici le code B37.41 "Candidial cystitis and urethritis" pour ce diagnostic de cystite à candida.

3. FIEVRE DUE AU VIRUS DU NIL OCCIDENTAL

La sous-catégorie A92.3 'West Nile virus infection' est utilisée pour rapporter les infections à virus West Nile. Le virus est transmis à l'homme par la piqûre d'un moustique infecté. La plupart des personnes en bonne santé, infectées par le virus, présentent peu de symptômes ou souffrent d'une maladie bénigne composée de fièvre, de maux de tête et de courbatures. Ils se rétablissent généralement facilement. Chez les patients âgés ou ceux dont le système immunitaire est affaibli, le virus peut provoquer une encéphalite, une méningite ou des lésions neurologiques permanentes et peut alors, être fatal.

La sous-catégorie A92.3 est subdivisée pour distinguer les infections non spécifiées à virus West Nile (A92.30) de celles avec encéphalites (A92.31), de celles avec d'autres manifestations neurologiques (A92.32), de celles avec d'autres complications (A92.39).

4. INFECTIONS VIRUS ZIKA

Le code A92.5 est utilisé pour signaler une maladie à virus Zika. La maladie à virus Zika est une maladie causée par le virus Zika, qui se transmet principalement par la piqûre d'un moustique infecté. Les symptômes les plus communs sont la fièvre, un rash, des douleurs articulaires et une conjonctivite. La maladie est généralement bénigne et les symptômes durent plusieurs jours à une semaine après avoir été piqués par un moustique infecté.

Le 1er février 2016, l'organisation mondiale de la santé a déclaré que le virus Zika était une urgence de santé publique de portée internationale. Selon les centres de contrôle et de prévention des maladies, l'infection par le virus Zika au cours de la grossesse peut entraîner une malformation congénitale grave appelée microcéphalie ainsi que d'autres malformations cérébrales graves du fœtus, telles que des calcifications intracrâniennes, une ventriculomégalie et / ou une atrophie cérébrale chez le nouveau-né. Le code A92.5 est utilisé pour coder l'infection à virus Zika. On code uniquement un diagnostic confirmé d'infection à virus Zika. La "confirmation" ne nécessite pas de documentation quant au type de test effectué. L'affirmation par le médecin traitant que le patient présente une infection à virus Zika suffit pour attribuer le code A92.5. Il faut demander au médecin de formuler le diagnostic comme étant « confirmé » dans le dossier de patient.

Si le médecin mentionne que la pathologie est «suspecte», «possible» ou «probable», le code A92.5 ne sera pas codé, mais bien un ou des code (s) expliquant la raison de l'admission (telle que la fièvre, une éruption cutanée, ou des douleurs articulaires) ou le code Z20.821 'Contact with and (suspected) exposure to zika virus'. On attribuera le code Z86.19, personal history of infectious and parasitic diseases, si la documentation dans le dossier médical indique que le patient a un antécédent d'infection à virus Zika.

Le code P35.4 « Maladie congénitale à virus Zika » est un nouveau code qui a été ajouté à la classification ICD-10-CM pour l'identification d'une infection congénitale au virus Zika. Des codes supplémentaires sont ajoutés pour identifier les manifestations de l'infection congénitale.

5. SEQUELLES

Le chapitre 1 propose 4 catégories pour le codage des séquelles quand il y a une pathologie résiduelle d'une infection ou parasitose antérieure :

- B90 'Sequelae of tuberculosis'
- B91 'Sequelae of poliomyelitis'
- B92 'Sequelae of leprosy'
- B94 'Sequelae of other and unspecified infectious and parasitic diseases'

Comme mentionné précédemment, le code de la nature de la séquelle est mentionné en premier lieu, suivi du code approprié de la séquelle, excepté dans les cas où l'index fournit d'autres instructions. Le code de l'infection proprement dite n'est plus assigné car l'infection n'est plus présente.

Exemples :

- Séquelle cérébrale d'encéphalite virale antérieure (3 ans auparavant) :
G93.9 'Disorder of brain, unspecified' +
B94.1 'Sequelae of viral encephalitis'
- Calcification tuberculeuse du rein
N29: other disorders of kidney and ureter in disease classified elsewhere
B90.1: sequelae of genitourinary tuberculosis

6. TUBERCULOSE

La tuberculose est une infection bactérienne causée par le *Mycobacterium tuberculosis* et par le *Mycobacterium bovis*. Les personnes dont le système immunitaire est affaibli courent un risque accru de contracter la tuberculose. Il se transmet par voie aérienne lorsqu'une personne atteinte de tuberculose pulmonaire non traitée tousse ou éternue. L'exposition prolongée à une personne atteinte de tuberculose est généralement nécessaire au déclenchement de l'infection.

La tuberculose est classée dans les catégories A15 à A19 en fonction de la localisation (par exemple le système respiratoire) ou selon le type de tuberculose (par exemple tuberculose miliaire), comme suit :

- A15 'Respiratory tuberculosis'
- A17 'Tuberculosis of nervous system'
- A18 'Tuberculosis of other organs'
- A19 'Miliary tuberculosis'

Les catégories A15, A17 et A18 sont subdivisées pour préciser le site. Habituellement la tuberculose affecte les poumons (A15.0), bien que d'autres parties du corps puissent être atteintes, comme par exemple les ganglions lymphatiques intrathoraciques (A15.4), les reins (A18.11), les os et les articulations (sous-catégorie A18.0). La tuberculose miliaire (catégorie A19) est une forme de tuberculose dans laquelle le bacille est diffusé dans tous les organes et tissus produisant des milliers de minuscules lésions tuberculeuses.

Il faut faire attention à distinguer le diagnostic de tuberculose de la réaction tuberculinique positive sans diagnostic de tuberculose active.

Les informations suivantes sont classées sous le code R76.11 « Réaction non spécifique au test cutané à la tuberculine » :

- Réaction non spécifique au test cutané à la tuberculine sans tuberculose active
- Test cutané positif à la tuberculine sans tuberculose active
- PPD positif (test cutané)
- Test de Mantoux anormal
- Test à la tuberculine positif (test cutané)
- Réaction à la tuberculine (test cutané)

7. SEPSIS, SEPSIS SEVERE ET CHOC SEPTIQUE

En cas de diagnostic de sepsis, le code approprié de l'infection systémique sous-jacente (code pour sepsis) doit être assigné.

Un sepsis à streptocoque est classé dans la catégorie A40 "Streptococcal sepsis" où un 4^{ème} caractère précise le type de streptocoque impliqué : groupe A (A40.0), groupe B (A40.1), *Streptococcus pneumoniae* (A40.3), autre (A40.8) ou non spécifié (A40.9).

Par contre, un sepsis à streptocoque du groupe D est enregistré à l'aide du code A41.81 "Sepsis due to *Enterococcus*".

Un **sepsis viral** est une infection systémique causée par la présence du virus dans le sang.

Bien que le sepsis soit le plus souvent causé par une infection bactérienne, il peut aussi être causé par des virus, champignons, et / ou des parasites.

L'ICD-10-CM ne dispose pas d'un code spécifique pour coder une septicémie virale.

En cas de septicémie virale, on code: A41.89 "Other specified sepsis".

Le code A41.89 "Other specified sepsis" provient de la section A30-A49 "Other **bacterial** diseases", mais est néanmoins utilisé pour les septicémies **virales** car il n'existe pas de meilleure solution de remplacement dans la version actuelle de la classification. Si le type de virus n'est pas spécifié, le code B97.89 (other viral agents as the cause of disease classified elsewhere) est ajouté pour spécifier davantage et indiquer que le sepsis est provoqué par un virus.

Les autres types de sepsis sont classés selon le germe : sepsis à Candida (B37.7) ou herpès viral disséminé (B00.7). Si le type d'infection ou le germe en cause n'est pas précisé, on attribue le code A41.9 "Sepsis, unspecified organism".

Les germes s'infiltrant parfois dans d'autres tissus où ils peuvent être à l'origine d'un autre foyer d'infection et conduire à des pathologies telles qu'une artérite, une méningite ou une pyélonéphrite. Lorsque ces manifestations sont présentes, un code supplémentaire est attribué pour enregistrer ces manifestations.

Un diagnostic de sepsis ne peut pas être établi ou exclu uniquement sur la base de valeurs de laboratoire. Une hémoculture négative ou non concluante n'écarte pas un diagnostic de sepsis chez les patients présentant les évidences cliniques de la pathologie ; si ce n'est pas documenté dans le dossier patient, il faut interroger le médecin. Le code de sepsis est codé uniquement si le médecin traitant en a posé le diagnostic, indépendamment des critères cliniques utilisés pour arriver à ce diagnostic.

Une **bactériémie** (R78.81) réfère à la présence de bactéries dans la circulation sanguine après un traumatisme ou une infection légère. Cette pathologie est habituellement transitoire et disparaît rapidement à la suite de la réponse immunitaire de l'individu.

Le terme **Bactériurie** (R82.71) réfère à la présence de bactérie dans l'examen microscopique des urines, à ne pas confondre avec une infection urinaire (N39.0) (voir chapitre sur le système urinaire).

Le diagnostic imprécis ou inhabituel d'un sepsis faisant référence à un site spécifique ou un organe spécifique requiert une clarification complémentaire pour être correctement codé.

Par exemple, le terme « urosepsis » signifie pyurie ou bactéries dans les urines et non dans le sang. Malheureusement, le terme « urosepsis » est également utilisé lorsque la pathologie a évolué d'une infection urinaire localisée vers un sepsis généralisé. Par conséquent, le terme « urosepsis » est un terme non spécifique et ne doit certainement pas être considéré par défaut comme le synonyme d'un sepsis. L'index ne propose pas de code par défaut. Pour plus de clarification, le codeur doit consulter le médecin.

Le syndrome de réponse inflammatoire systémique (SIRS) fait référence à une réaction inflammatoire systémique à un processus infectieux ou non infectieux avec des symptômes tels que fièvre, tachycardie, tachypnée et leucocytose.

Un **SIRS d'origine non infectieuse** peut apparaître par exemple à la suite d'un traumatisme, d'une brûlure, d'une pancréatite. Il est codé à l'aide de la sous-catégorie R65.1 "Systemic inflammatory response syndrome (SIRS) of non-infectious origin". On utilise le code R65.10 pour coder un SIRS (non infectieux) sans défaillance aiguë d'organes. Le code R65.11 sera utilisé pour coder un SIRS (non infectieux) avec défaillance aiguë d'organes. Dans ce dernier cas, des codes supplémentaires sont utilisés pour coder le (les) dysfonction(s) d'organes associés.

Pour un **SIRS en raison d'un processus infectieux**, il faut faire attention lors de l'attribution du code car ICD-10-CM ne fournit pas de code ou d'entrée séparée dans l'index et la condition ne correspond pas automatiquement à une septicémie.

Par exemple, pour la documentation d'un SIRS secondaire à une pneumonie, il faut coder uniquement le code J18.9 (pneumonia, unspecified organism). Quand le sepsis n'est pas présent, aucun autre code n'est requis. Si la documentation du dossier médical semble répondre aux critères d'une infection généralisée clinique, le médecin traitant doit être interrogé pour obtenir des éclaircissements.

Un **sepsis sévère** réfère généralement à un sepsis associé à une (des) défaillance(s) d'organes.

Il se code au moyen d'un code de la sous-catégorie R65.2 "Severe sepsis".

Un 5^e caractère permet de préciser si ce dernier est accompagné ou non d'un choc septique : R65.21 'Severe sepsis with septic shock' ou le code R65.20 'Severe sepsis without septic shock'.

Le **choc septique** fait généralement référence à une défaillance circulatoire associée à un sepsis sévère et représente donc, dès lors, un type de dysfonctionnement organique aigu. Le médecin doit spécifiquement enregistrer "choc septique" comme diagnostic afin que l'affection soit codée comme telle. Le choc septique implique la présence d'un sepsis sévère et le code R65.21, severe sepsis with septic shock, doit être attribué même si le terme de "sepsis sévère" n'est pas explicitement documenté.

Un code de la sous-catégorie R65.2, Sepsis sévère, ne doit être codé que si un sepsis sévère ou un dysfonctionnement organique aigu associé est documenté.

Un code de la sous-catégorie R65.2 « Sepsis sévère » ne sera pas utilisé s'il ressort du dossier du patient ayant un sepsis que le dysfonctionnement d'organe aigu est attribué à une autre pathologie que le sepsis.

Si la documentation n'indique pas clairement que le dysfonctionnement organique aigu est lié au sepsis ou à un autre problème médical, le médecin traitant devra être consulté.

En raison de la nature complexe du sepsis sévère, certains cas peuvent nécessiter d'interroger le médecin traitant avant l'attribution du code.

8. CODAGE ET SÉQUENCE DES CODES

Les codeurs doivent suivre les instructions ci-dessous lors du codage du sepsis ou du sepsis sévère.

Le codage tiendra compte de la documentation disponible.

Sepsis sévère

Le codage d'un sepsis sévère requiert au minimum deux codes :

- On codera d'abord l'infection systémique sous-jacente, suivi d'un code de la sous-catégorie R65.2, Severe sepsis

- Si le germe causal n'est pas documenté, le code A41.9 "Sepsis, unspecified organism" sera utilisé.
- Un (des) code(s) additionnel(s) peut(vent) être utilisé(s) pour le(s) dysfonction d'organe(s) associé(s).

Si le sepsis sévère est présent à l'admission et rencontre les critères du diagnostic principal, le code de l'infection systémique sous-jacente (ex ; A40.-, A41.-, ou B37.7) est codé en premier suivi par le code approprié de la sous-catégorie R65.2 "Severe sepsis" comme requis par les règles de séquençage de la liste tabulaire. Un code de la sous-catégorie R65.2- "Severe sepsis" ne sera jamais assigné en diagnostic principal.

A noter qu'un sepsis sévère peut être présent à l'admission, mais le diagnostic n'être confirmé que quelque temps après l'admission

Lorsque la documentation n'indique pas clairement si le sepsis severe était présent à l'admission, le médecin traitant doit être consulté pour clarification.

Sepsis et sepsis severe avec une infection localisée

Lorsque le motif d'admission est à la fois un sepsis, ou un sepsis sévère, et une infection localisée (par exemple pneumonie ou cellulite), le code de l'infection systémique sous-jacente doit être attribué en premier et le code de l'infection localisée doit être attribué en tant que diagnostic secondaire. Si le patient a un sepsis sévère, un code de la sous-catégorie R65.2 sera également codé comme diagnostic secondaire.

Par contre, si le patient est admis avec une infection localisée, telle qu'une pneumonie, et que le sepsis/sepsis sévère se développe après l'admission, le code de l'infection localisée doit être attribué en premier lieu, suivi des codes de sepsis/ sepsis sévère appropriés.

Lorsqu'un code de sepsis spécifie l'organisme causal et que le patient a une infection locale causée par le même germe, il n'est pas nécessaire d'ajouter un code supplémentaire identifiant l'organisme causal de l'infection locale, car les informations sur celui-ci sont déjà contenues dans le code de la septicémie.

Par exemple, l'admission pour sepsis à E Coli due à une infection des voies urinaires (à E. coli) est codée comme suit:

- A41.51 'Sepsis due to Escherichia coli [E. coli]'
- N39.0 'Urinary tract infection, site not specified'

Dans ce cas, le code A41.51 spécifie clairement l'organisme causal de la septicémie. Ajouter le code B95.20 'Unspecified Escherichia coli [E. coli] as the cause of diseases classified elsewhere' en tant que code supplémentaire pour identifier le germe de l'infection des voies urinaires est, dans ce cas, redondant. L'instruction sous le code N39.0 'Use additional code (B95-B97) to identify infectious agent ' peut- être ignorée dans ce cas.

Sepsis dû à une infection post-procédure

Comme pour toute complication post-procédure, un code de "sepsis dû à une infection post-procédure" ne peut être attribué que si le médecin traitant documente clairement le lien entre l'infection et la procédure.

En cas de sepsis consécutif à une infection post-procédure, un code de la série T81.40-T81.43 'infection following a procedure' ou de la série O86.00-O86.03 'Infection of obstetric surgical wound' est tout d'abord codé pour spécifier l'emplacement de l'infection ('unspecified', 'superficial incisional surgical site', 'deep incisional surgical site' of 'organ and space surgical site').

Un code supplémentaire est ajouté pour "sepsis dû à une procédure" (T81.44 – 'Sepsis following a procedure) ou 'sepsis dû à une procédure obstétrique" (O86.04 "Infection of obstetric surgical wound , organ and space site) suivi du code qui spécifie le sepsis.

En cas de sepsis sévère, le code approprié de la sous-catégorie R65.2 'Severe sepsis' est ajouté à ceux-ci ainsi que, le cas échéant, le(s) code(s) correspondant au(x) dysfonctionnement(s) aigu(s) d'organe(s) associés.

Pour les infections résultant d'une perfusion, d'une transfusion, d'une injection thérapeutique ou d'un vaccin, on utilise un code de la sous-catégorie T80.2 'Infections following infusion, transfusion and therapeutic injection' ou de la sous-catégorie T88.0 'Infection following immunization', suivi d'un code pour l'infection spécifique.

En cas de sepsis sévère, le code approprié de la sous-catégorie R65.2 'Severe sepsis' est ajouté ainsi que le(s) code(s) correspondant au(x) dysfonctionnement(s) aigu(s) d'organe(s) associé(s), le cas échéant.

Lorsqu'une infection post-procédurale donne lieu à un choc septique post-procédure, les codes sont d'abord attribués pour "sepsis à la suite d'une infection post-procédurale", comme mentionné ci-dessus, suivi du code T81.12 - "postprocedural septic shock'. Des codes supplémentaires sont éventuellement ajoutés pour tout(s) dysfonctionnement(s) d'organe(s) aigu(s) associé(s). Le code R65.21 'Severe sepsis with septic shock' n'est pas utilisé dans ce cas.

Sepsis et sepsis sévère associé à un Processus non infectieux

Dans certains cas, un processus non infectieux, tel qu'un traumatisme, peut mener à une infection pouvant entraîner ultérieurement un sepsis ou un sepsis sévère.

- Lorsqu'un sepsis ou un sepsis sévère est décrit comme résultant d'une maladie non infectieuse et que cette maladie répond aux critères du diagnostic principal, la maladie non infectieuse sous-jacente est codée en premier, suivie du code de l'infection qui en résulte.

En cas de sepsis sévère, un code de la sous-catégorie R65.2 "Severe sepsis" est ajouté, ainsi que le ou les codes appropriés pour la défaillance d'organe(s) associée(s).

Un code de la sous-catégorie R65.1 "systemic inflammatory response syndrome (SIRS) of non-infectious origin " n'est pas ajouté dans ces cas.

- D'autre part, si l'infection répond aux critères du diagnostic principal, elle est d'abord codée, suivie du code de la maladie non infectieuse.
- Si l'infection et la condition non infectieuse répondent aux critères du diagnostic principal, l'un ou l'autre peut être choisi comme diagnostic principal. Toutefois, un seul code de la catégorie R65 "symptoms and signs specifically associated with systemic inflammation and infection " peut être attribué.

Par conséquent, si un état non infectieux est la cause de l'infection qui se transforme en un sepsis sévère, seul un code de la sous-catégorie R65.2 "severe sepsis" est attribué. Un code supplémentaire de la sous-catégorie R65.1 'Systemic inflammatory response (SIRS) of non infectious origin ' n'est pas ajouté dans ces cas.

Le sepsis et choc septique compliquant un avortement, une grossesse, un accouchement ou un post-partum sont discutés au chapitre 24 de ce manuel « Complications de grossesse, accouchement et post-partum ». Le sepsis chez un nouveau-né est discuté dans le chapitre 27 de ce manuel « Pathologies périnatales ».

Vous trouverez ci-dessous plusieurs exemples de différents codes à assigner en fonction de l'information disponible :

1. Sepsis à streptocoque : A40.9 'Streptococcal sepsis, unspecified'.
2. Sepsis sévère :
 - code de l'infection systémique sous-jacente (par ex. A40.-, A41.-, B37.7) suivi
 - du code approprié de la sous-catégorie R65.2 'Severe sepsis' (R65.20 ou R65.21 en fonction de la présence ou de l'absence d'un choc septique)
 - Des codes supplémentaires sont aussi assignés pour identifier les défaillances (dysfonctions) d'organes aigus spécifiques (par ex ; rénale, respiratoire ou hépatique).
3. Choc septique :
 - Coder d'abord l'infection systémique sous-jacente (par ex ; A40.-,A41.-, B37.7) suivi du
 - code R65.21 "Severe sepsis with septic shock" OU du code T81.12- "postprocedural septic shock"
 - suivi enfin par les codes pour les autres dysfonctionnements organiques aigus.

Comme indiqué dans les instructions de séquençement de la liste tabulaire, le code de choc septique ne peut jamais être attribué en tant que diagnostic principal.
4. Patient admis à la fois pour pneumonie et sepsis :
 - DP: A41.9 'Sepsis, unspecified organism'
 - DS: J18.9 'Pneumonia, unspecified organism'
5. Patient admis pour pneumonie, développe un sepsis après l'admission
 - DP: J18.9 'Pneumonia, unspecified organism'
 - DS: A41.9 'Sepsis, unspecified organism'
6. Sepsis dû à une infection postprocédurale :

Un code de la série T81.40-T81.43 'infection following a procedure' ou de la série O86.00-O86.03 'infection of obstetric surgical wound' est spécifié en premier pour spécifier l'emplacement de l'infection ('unspecified', 'superficial incisional surgical site', 'deep incisional surgical site' or 'organ and space surgical site'). Un code supplémentaire est ajouté pour "sepsis dû à une procédure" (T81.44- 'Sepsis following a procedure') ou "sepsis dû à une procédure obstétrique" (O86.04 'sepsis following an obstetrical procedure), suivi d'un code spécifiant le sepsis (par exemple, A40.- "Streptococcal sepsis", A41.- 'Other sepsis' ou B37.7 'Candidal sepsis')
7. Infections faisant suite à une perfusion, une transfusion une injection thérapeutique ou une immunisation, un code de la sous-catégorie T80.2, infections following infusion, transfusion, and therapeutic injection ou de la sous-catégorie T88.0 'infection following immunization' sera assigné en premier suivi du code pour spécifier l'agent infectieux
8. bactériémie : R78.81 'bacteremia'
9. SIRS dû à une pneumonie mais le patient n'est pas septique : J18.9 'pneumonia, unspecified organism'

9. SYNDROME DU CHOC TOXIQUE

Le syndrome du choc toxique (A48.3) est causé par une infection bactérienne.

Les symptômes comprennent une forte fièvre d'apparition soudaine, des vomissements, une diarrhée aqueuse et une myalgie, suivie d'une hypotension et parfois d'un choc.

A l'origine, il a été signalé presque exclusivement chez les femmes menstruées utilisant des tampons à haute capacité d'absorption. L'organisme isolé était *staphylococcus aureus*.

Un syndrome similaire a été identifié chez les enfants et les hommes infectés par le *streptocoque du groupe A*. Un code supplémentaire des catégories B95-B96 'bacterial agents as the cause of diseases classified elsewhere' est rapporté pour identifier le germe responsable.

10. INFECTION A BACTERIES GRAM NEGATIF

Les bactéries Gram-négatif sont un groupe spécifique d'organismes avec des caractéristiques particulières de coloration. Elles sont cliniquement similaires, comme c'est le cas pour le *Klebsiella* et le *Pseudomonas*, et sont considérées comme un seul groupe. Exceptionnellement plusieurs germes Gram-négatifs peuvent être vus sans qu'aucun germe en particulier ne puisse être identifié comme agent causal, ce qui conduit au diagnostic d'infection à bactéries Gram-négatif. Les infections à Gram négatif sont habituellement plus sévères et requièrent des soins plus intensifs que les infections à Gram-positif. De nouveau, un code n'est jamais assigné uniquement sur la base d'un résultat de coloration de Gram; l'assignation est fondée sur l'évaluation clinique de la pathologie par le médecin.

Quand l'organisme infectieux a été identifié, un code spécifique est souvent proposé, tel que J15.0 "Pneumonia due to *Klebsiella pneumoniae*".

Certaines infections sont classées dans d'autres chapitres que ce chapitre mais sans que le germe identifié ne fasse partie de l'intitulé du code d'infection, comme par exemple l'infection des voies urinaires (N39.0 "Urinary tract infection, site not specified"). Dans ces cas, un code supplémentaire des catégories B95 à B97 est assigné pour indiquer l'agent infectieux en cause. Une instruction de codage sera trouvée sous le code de l'infection conseillant au codeur d'assigner un code supplémentaire pour identifier le germe.

Exemples :

- Pneumonie à bactérie Gram-négatif anaérobie :
J15.8 "Pneumonia, due to other specified bacteria"
- Pyélonéphrite chronique à bactérie Gram-négatif :
N11.9 "chronic tubulo-interstitial nephritis, unspecified"
B96.89 "Other specified bacterial agents as the cause of diseases classified elsewhere"

Le tableau 14.1 propose quelques exemples de germes gram-négatif et Gram-positif.

TABLEAU 14.1: Bactéries Gram négatif et bactéries Gram positif		
Bactéries Gram négatif		Bactéries Gram positif
Bacteroïdes (anaérobie)	Hemophilus	Actinomyses
Bordetella	Klebsiella	Corynebacterium
Branhamella	Legionella	Lactobacillus
Brucella	Morganella	Listeria
Campylobacter	Neisseria	Mycobacterium
Citrobacter	Proteus	Nocardia
E. Coli	Pseudomonas	Peptococcus
Enterobacter	Salmonella	Peptostreptococcus
Francisella	Shigella	Staphylococcus
Fusobacterium (anaérobie)	Trichinella vaginalis	Streptococcus
Gardnerella	Vellonella (anaérobie)	
Helicobacter	Yersinia	

11. INFECTIONS NOSOCOMIALES

Les infections nosocomiales sont des infections secondaires qui se développent pendant l'hospitalisation ou qui sont le résultat d'un traitement médical. Elles sont également connues sous le terme « infection acquise à l'hôpital ». Pour identifier ces infections, ICD-10-CM fournit le code Y95 "Nosocomial condition" comme code complémentaire de cause externe de pathologie pour identifier ces infections.

12. INFECTIONS RESISTANTES AUX ANTIBIOTIQUES

L'ICD-10-CM propose des codes uniques pour distinguer les infections à staphylocoques dorés sensibles à la méthicilline (MSSA) ou résistants à la méthicilline (MRSA) : sepsis (A41.01 "Sepsis due to MSSA" et A41.02 "Sepsis due to MRSA"), les infections (A49.01 'MSSA infection, unspecified site' et A49.02 'MRSA infection, unspecified site'), les infections dans les maladies classées ailleurs (B95.61 "MSSA infection as cause of disease classified elsewhere" et B95.62 "MRSA infection as cause of disease classified elsewhere") et pneumonie (J15.211 "Pneumonia due to MSSA" et J15.212 "Pneumonia due to MRSA").

- Lorsqu'une infection par *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline est diagnostiquée et qu'il existe un code combiné indiquant à la fois le type d'infection (par exemple, sepsis, pneumonie) et l'organisme causal, seul le code combiné approprié est utilisé pour cette affection (par exemple : A41.02 "Sepsis due to MRSA" ou J15.212 "Pneumonia due to MRSA").

Le code B95.62 "MRSA infection as the cause of disease classified elsewhere" n'est pas ajouté dans ce cas, car le code combiné comprend l'information relative au germe causal.

- Toutes les infections n'ont pas un code combiné incluant l'organisme causal.

Lorsqu'il existe une documentation d'une infection en cours (par exemple, infection de plaie, infection tractus urinaire,) due à MRSA et que cette infection ne comporte pas de code combiné incluant l'organisme causal, attribuez le code approprié pour identifier la maladie, ainsi que le code B95.62, methicillin resistant staphylococcus aureus infection as the cause of diseases classified elsewhere, pour l'infection à MRSA.

De nombreuses infections bactériennes résistent aux antibiotiques actuels. Il est important d'identifier toutes les infections résistantes aux antibiotiques. Ne pas utiliser de code supplémentaire de la catégorie Z16 "Resistance to antimicrobial drugs" si la résistance est indiquée dans la description du code d'infection. Par exemple, pour les cas de MRSA, vous n'utilisez pas de code supplémentaire de la sous-catégorie Z16.11 "Resistance to penicillins" comme diagnostic auxiliaire. Les codes de "résistance aux médicaments" se trouvent dans l'index alphabétique sous le terme principal "Résistance, organisms(s), to , drug". Les codes de la catégorie Z16 "Résistance to antimicrobial drugs" ne sont ajoutés à titre de diagnostic supplémentaire que si le médecin indique clairement qu'une infection n'est plus sensible à un médicament antimicrobien spécifique. Des expressions telles que "multirésistant" et "résistant à un médicament" ou une terminologie similaire sont utilisées pour représenter cet état.

Dans le cas d'infections résistantes aux antibiotiques, l'infection est toujours codée en premier, suivie du code approprié de Z16 "Résistance to antimicrobial drugs".

Par exemple :

Pneumonie à staphylocoque résistante à la pénicilline et à d'autres antibiotiques :

J15.20 "Pneumonia due to staphylococcus, unspecified"

Z16.24 "Resistance to multiple antibiotics"

Il est important de faire la distinction entre une colonisation et une infection. Si un patient est colonisé ou porteur d'une bactérie, cela signifie que l'organisme infectieux (par exemple, Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (MRSA) est présent sur ou dans le corps de ce patient sans causer de maladie. La colonisation ne doit pas automatiquement être considérée comme la cause d'une affection spécifique chez le patient, sauf si le médecin traitant établit le lien entre les deux.

Une recherche de colonisation qui s'avère positive peut être documentée par le prestataire de soin comme « dépistage positif pour le MRSA » ou « prélèvement nasal positif à MRSA ».

Les codes de la catégorie Z22 "Carrier of infectious disease" sont renvoyés pour les infections courantes permettant d'identifier le statut de porteur (présumé) ou le statut de colonisation: par exemple, colonisation avec staphylocoques (Z22.32 - «carrier of bacterial disease due to staphylococci» et porteur de streptocoques du groupe B (Z22.330 "carrier of group B Streptococcus").

Si le dossier du patient indique qu'un patient est porteur du MRSA et qu'il existe également une infection à MRSA pendant l'hospitalisation, les deux codes peuvent être assignés : Z22.322 "Carrier or suspected carrier of Methicillin resistant Staphylococcus aureus" et un code d'infection à MRSA. Ces deux codes peuvent être utilisés ensemble pour un même enregistrement.

EXERCICE 14.1	
Codez les diagnostics suivants :	
1. Hépatite virale aiguë B (australien antigen) avec hépatite delta et coma hépatique	B16.0
2. Cystite chronique à gonocoque	A54.01
3. Mononucléose infectieuse à virus herpes gamma avec hépatomégalie	B27.09
4. Otite de l'oreille moyenne après rougeole	B05.3
5. Scarlatine aiguë	A38.9
6. Sepsis à Gram négatif anaérobie	A41.4
7. Sepsis à staphylocoque doré méthicilline résistant (MRSA)	A41.02
8. Moniliase chronique de la vulve	B37.3
9. Tuberculose pulmonaire, infiltrante	A15.0
10. Syphilis latente, tardive	A52.8
11. Conjonctivite herpétique	B02.31
12. Pneumonie à schistosoma	B65.9 + J17
13. Empyème aigu à streptocoque du groupe B	J86.9 + B95.1
14. Encéphalite typhique	A75.9 + G05.3
15. Syndrome de détresse respiratoire aiguë dû au virus Sin Nombre	B33.4
16. Pneumonie à adénovirus	J12.0
17. Urétrite chronique à gonocoque	A54.01
18. Vulvite chronique à monilia et à germes résistants à la céphalosporine	B37.3 + Z16.19
19. Abscess amibien cérébral et pulmonaire. Utilisation à long terme d'antibiotiques	A06.6 + Z79.2
20. Choc septique à entérocoque sur péritonite postopératoire aiguë (chirurgie réalisée lors de cette hospitalisation)	T81.43XA T81.44XA T81.12XA A41.81 K65.8

13. SIDA ET AUTRES INFECTIONS

Comme l'infection à virus de l'immunodéficience humaine (HIV) est devenue un problème majeur de santé publique, la collecte d'informations complètes et précises sur les pathologies associées à l'infection par HIV est importante pour la planification des ressources nécessaires aux soins de santé.

Le code B20 "Human immunodeficiency virus [HIV] disease" est assigné pour tous les types d'infections par HIV, elles sont décrites par une variété de termes tels que :

- AIDS
- Acquired immune deficiency syndrome
- Acquired immunodeficiency syndrome
- AIDS-related complex (ARC)
- AIDS-related conditions
- Symptomatic HIV disease

Diagnostic non confirmé d'une infection à HIV

Le code B20 "Human immunodeficiency virus [HIV] disease" n'est pas assigné quand la formulation du diagnostic indique que l'infection est « suspectée », « possible », « probable », ou « ? ». Ceci est une exception à la règle générale qui permet au codeur de coder un diagnostic qualifié de « probable » ou « possible » comme s'il était établi.

Seuls les cas confirmés de "maladie à VIH" peuvent être codés comme B20 "Human immunodeficiency virus [HIV] disease". La documentation fournie par le médecin traitant indiquant que le patient est séropositif ou présente une affection liée au VIH est suffisante. La confirmation du diagnostic dans le dossier du patient par sérologie positive ou culture du VIH n'est pas nécessaire. Le médecin traitant doit être invité à décrire le diagnostic comme "confirmé" dans le dossier du patient

Tests sérologiques pour l'infection à VIH.

Lorsque le résultat du test est positif mais que le patient ne présente aucun symptôme, qu'il ne présente pas de complications connexes, ni de diagnostic établi d'infection par le VIH, on assigne le code Z21 "Asymptomatic human immunodeficiency virus [HIV] infection status"(statut d'infection par le virus de l'immunodéficience humaine asymptomatique [VIH]).

Le code Z21 n'est pas assigné dans les cas suivants :

- quand les termes « AIDS », « Syndrome d'immuno-déficience acquise » et « SIDA » sont utilisés.
- lorsque le patient est traité pour une maladie liée au VIH
- lorsqu'il est décrit comme souffrant d'une maladie résultant de son statut HIV.

Pour ces cas, on attribue le code B20 "Human immunodeficiency virus [HIV] disease".

Lorsqu'on sait que le patient appartient à un groupe à risque élevé d'infection HIV, le code Z72.89 "Other problems related to lifestyle" pourra être assigné comme diagnostic secondaire.

Lorsqu'un patient a eu des contacts avec le virus HIV ou qu'il y a été exposé mais qu'il ne présente aucun signe ou symptôme de la maladie et qu'on ne lui a pas diagnostiqué de pathologie liée à l'HIV, on attribue le code Z20.6 "Contact with and (suspected) exposure to human immunodeficiency virus [HIV]".

Les nouveau-nés de mère HIV positive ont souvent un test positif à l'ELISA (enzyme-linked immunosorbent assay) et/ou aux tests HIV Western blot. Ces résultats (= présence d'anticorps dans le sang du bébé) reflètent souvent le statut immunologique de la mère plutôt que celui du nouveau-né, les anticorps pouvant traverser le placenta et rester présents 18 mois dans la circulation sanguine du nouveau-né après la naissance sans que le nouveau-né ne soit infecté. La présence de ces anticorps dans le sang du bébé est une indication du statut immunologique de la mère plutôt qu'une indication pour une infection HIV chez le nouveau-né.

De tels résultats non concluants sont codés R75 'Inconclusive laboratory evidence of human immunodeficiency virus [HIV]' (Voir le chapitre 27 « Affections périnatales » de ce manuel pour des informations complémentaires pour le codage des infections HIV chez le nouveau-né).

Séquence des diagnostics liés à l'HIV

Quand le patient est admis pour le traitement d'une infection à HIV ou pour toute autre affection qui y est liée, le code B20 'Human immunodeficiency virus [HIV] disease' est mentionné comme diagnostic principal suivi des codes complémentaires pour les pathologies liées à l'HIV.

Quand un patient ayant une infection à HIV est admis pour le traitement d'une affection qui n'a absolument rien à voir avec le HIV, tel qu'un traumatisme, cette pathologie est mentionnée comme diagnostic principal, le code B20 et les codes de toutes les autres pathologies associées à l'HIV sont mentionnés comme diagnostics secondaires.

Quand une patiente obstétrique est admise pour le traitement d'une infection à VIH ou une affection liée au VIH on utilise un code de la sous-catégorie O98.7 7 'Human immunodeficiency virus [HIV] disease complicating pregnancy, childbirth and the puerperium' comme diagnostic principal avec le code B20 et les codes d' affections liés au VIH comme diagnostic secondaire

Si une patiente obstétrique est séropositive pour HIV, mais ne présente aucun signe ni antécédent infectieux dû au HIV, on ajoute au code de la sous-catégorie O98.7 le code Z21 'Asymptomatic human immunodeficiency virus [HIV] infection status' comme diagnostic secondaire et pas le code B20.

Les patients ayant un diagnostic antérieur connu d'une maladie liée au VIH doivent être codés B20. Une fois qu'un patient a développé une maladie liée au VIH, le code B20 doit toujours être attribué au patient lors de chaque admission / séjour ultérieur.

Il existe une note d'instruction "excludes 1" sous le code B20 : les patients ayant déjà reçu un diagnostic de VIH (B20) ne doivent jamais se voir attribuer le statut d'infection R75 ou Z21, Virus de l'immunodéficience humaine asymptomatique [VIH].

Infection par le VIH pendant la grossesse, l'accouchement et le postpartum

Au cours de la grossesse, de l'accouchement ou de la puerpéralité, pour une patiente admise (ou se présentant pour des soins de santé) en raison d'une maladie liée au VIH, un code de la sous-catégorie O98.7 'Human immunodeficiency virus [HIV] disease complicating pregnancy, childbirth and the puerperium', suivi de B20 et du (des) code (s) de la / des maladie (s) liée (s) au VIH.

Les patients présentant un statut d'infection à VIH asymptomatique (= test HIV positif, pas de symptômes ni d'antécédents d'infection à HIV) admis pendant la grossesse, l'accouchement ou la puerpéralité doivent recevoir les codes suivants : O98.7- 'Human immunodeficiency virus [HIV] disease complicating pregnancy, childbirth and the puerperium' associé au code Z21 "Asymptomatic human immunodeficiency virus [HIV] infection status" .

Les codes du chapitre 15 "preganncy, childbirth and the puerperium" du livre de code ont toujours priorité sur les autres codes lors de la détermination de l'ordre de codage

EXERCICE 14.2

Codez les diagnostics suivants :

1. Candidose de l'œsophage, opportuniste, secondaire au SIDA	B20 + B37.81
2. Pneumocystis carinii, SIDA	B20 + B59
3. Test HIV positif chez un patient asymptomatique ne présentant aucun symptôme et n'ayant aucun antécédent d'infection à HIV	Z21
4. Lymphadénite aiguë due à une infection à HIV	B20
5. Appendicite aiguë chez un patient avec Sarcome de Kaposi cutané thoracique dû à une infection HIV	K35.80 + B20 + C46.0
6. Sarcome de Kaposi de la cavité buccale, SIDA	B20 + C46.7
7. Agranulocytose sur infection à HIV	B20 + D70.3
8. Tumeur de Burkitt de la région inguinale associée au SIDA	B20 + C83.75
9. RÉTINOPATHIE 'BACKGROUND' DUE AU SIDA	B20 + H35.00
10.SÉROLOGIE NON CONCLUANTE D'HIV	R75

Chapitre 15: Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques

1. INTRODUCTION

Ce chapitre couvre une variété d'affections qui, d'une manière ou d'une autre, sont apparentées. Le diabète sucré étant un problème médical fréquent, il sera la pathologie la plus souvent rencontrée par les codeurs dans le chapitre 4 'Endocrine, nutritional and metabolic diseases' de la classification ICD-10-CM.

2. DIABÈTE SUCRÉ

Le diabète sucré, classé dans les catégories E08 à E13 est une pathologie chronique caractérisée par un trouble du métabolisme des glucides, des protéines et des graisses. La maladie est due soit à une diminution de la quantité d'insuline sécrétée par le pancréas, soit à une baisse de la sensibilité à l'insuline sécrétée (insulinorésistance). On utilise le terme « diabète » pour d'autres maladies, comme le diabète bronzé et le diabète insipide, un diagnostic de diabète sans autre précision doit être interprété comme un diabète sucré.

Les codes du diabète sucré sont des codes combinés qui incluent le type de diabète, l'organe atteint et la complication affectant cet organe. La distinction selon le type de diabète (p. ex. secondaire, type 1, type 2) s'opère au niveau de la catégorie, tandis que le 4^{ème} caractère indique la présence d'une complication associée et les 5^{ème} et 6^{ème} caractères fournissent plus de spécificité quant à la complication. On utilisera autant de codes qu'il faut d'une catégorie donnée pour décrire toutes les complications du diabète. Le diabète et les affections associées ne doivent pas être obligatoirement mentionnés ensemble dans le dossier médical.

La classification ICD-10-CM suppose une relation causale entre le diabète et certaines pathologies aiguës ou chroniques. Le terme 'with' (avec) signifie « associé à » ou « dû à » quand il apparaît dans le libellé du code, dans l'Index Alphabétique ou dans une instruction de la Liste Tabulaire. Par exemple, dans l'Index Alphabétique, sous le terme général 'Diabetes', le sous-terme 'with' (avec) indique une série de pathologies pour lesquelles la classification assume un lien entre la pathologie (comme une dermatite, un ulcère du pied ou une gangrène) et le diabète. Cependant, si le médecin spécifie que le diabète n'est pas la cause sous-jacente de l'affection, cette affection ne doit pas être codée comme complication de diabète.

Cette directive 'with' (avec) n'est pas d'application pour les entrées d'Index 'not elsewhere classified' (NEC), qui couvrent des catégories plus larges d'affections. Les codeurs ne peuvent pas supposer un lien causal quand la complication du diabète est classifiée comme « NEC ». Ces affections spécifiques doivent être liées dans le dossier médical par des termes « avec », « dues à », « associée à » au diabète. Par exemple, il y a dans l'index le terme 'Diabetes', suivi de 'with' puis de 'skin complication NEC'. Pour lier le diabète et une complication spécifique de la peau NEC, comme la cellulite ou l'acné vulgaire, le médecin doit indiquer que cette affection est une complication du diabète.

Quand le codeur ne peut déterminer si l'affection est liée ou non au diabète et si la classification ICD-10-CM ne donne pas d'instruction de codage, il faut consulter le médecin et utiliser les codes appropriés.

Une attention particulière est requise lors du codage du diagnostic de "diabète borderline". Si le médecin confirme qu'il s'agit effectivement de diabète sucré, le code approprié des catégories E08-E13 'Diabetes mellitus' sera attribué. Un diagnostic de "diabète borderline", de « prédiabète » ou de « diabète latent » dont le médecin ne confirme pas qu'il s'agit effectivement d'un diagnostic de diabète sucré, est codé au moyen du code R73.03 'Prediabetes'. Une glycémie anormale ou une anomalie de test de tolérance au glucose, sans confirmation de maladie par le médecin, se verra assigner le code R73.09 'Other abnormal glucose'.

2.1. Types de diabète sucré

Il y a trois grands groupes de diabète sucré: type 1 (ou type I), type 2 (ou type II) et secondaire, par exemple suite à une pathologie sous-jacente ou induit par un médicament ou un produit chimique. Le type de diabète est un élément crucial pour le choix du bon code des catégories E08-E13, plutôt que le fait que le patient ait ou non un traitement par insuline. Les différents types sont classifiés comme suit :

- E08 'Diabetes mellitus due to underlying condition'
- E09 'Drug or chemical induced diabetes mellitus'
- E10 'Type 1 diabetes mellitus'
- E11 'Type 2 diabetes mellitus'
- E13 'Other specified diabetes mellitus'

Si le dossier du patient n'est pas clair quant au type de diabète sucré, un code de la catégorie E11 'Type 2 diabetes mellitus' sera utilisé par défaut. Si le dossier ne mentionne pas de quel diabète il s'agit et qu'il est clairement mentionné dans le dossier que le patient reçoit de l'insuline, on codera également un type 2. Ce n'est pas parce que le patient reçoit de l'insuline qu'il s'agit d'un diabète de type 1.

Le diabète de type 1 (catégorie E10) est aussi appelé "diabète juvénile", parce qu'il survient souvent dans le jeune âge. L'âge n'est pas le seul facteur déterminant, même si la plupart des diabètes de type 1 se développent avant la puberté. Le diabète de type 1 se caractérise par l'absence totale de production d'insuline par le corps, ou en quantité très faible. Ces patients requièrent des injections régulières d'insuline pour survivre

et développent des problèmes de santé sérieux lorsqu'ils ne respectent pas rigoureusement le traitement médicamenteux et le régime. Une surveillance étroite est nécessaire pour leur éviter des complications graves. Une acidocétose, par exemple, est une complication caractéristique du diabète de type 1.

Le code Z79.4 'Long-term (current) use of insulin' peut être codé mais n'est pas obligatoire pour le diabète de type 1 parce que ces patients sont de toute façon insulino-dépendants.

Le diabète de type 2 (catégorie E11) survient généralement à un âge plus avancé. Le corps produit trop peu d'insuline ou est incapable de l'utiliser de façon adéquate (insulinorésistance). Généralement, les patients diabétiques de type 2 ne sont pas traités par insuline mais bien par des antidiabétiques oraux, un régime et de l'exercice. On attribue un code Z79.84 'Long term (current) use of oral hypoglycemic drugs' si le patient requiert un traitement par hypoglycémifiants oraux. Cependant, chez certains patients, ces mesures sont insuffisantes et un traitement par insuline peut être requis pour contrôler les hyperglycémies persistantes.

Quand un patient diabétique de type 2 prend régulièrement de l'insuline, on utilise le code Z79.4 'Long-term (current) use of insulin'. Ce code Z79.4 ne doit pas être utilisé si l'insuline est administrée à titre temporaire pour contrôler la glycémie pendant une hospitalisation.

Quand le patient prend à la fois des hypoglycémifiants oraux et de l'insuline à long terme, on ne mentionnera que le code Z79.4 'long term (current) use of insulin'.

Le diabète secondaire est toujours causé par une autre maladie ou événement. Le diabète secondaire peut être dû, entre autres:

- à une maladie sous-jacente (E08)
- à un médicament (E09)
- à un produit chimique (E09)
- à une infection (E13)
- à un traitement (par exemple, ablation du pancréas) (E13)
- à d'autres causes (E13)

Le diabète secondaire est codé comme suit:

- Le diabète secondaire dû à une maladie sous-jacente est codé sous la catégorie E08 'Diabetes mellitus due to underlying condition' et la pathologie sous-jacente est codée en premier lieu. Les causes sous-jacentes peuvent être une rubéole congénitale (P35.0), un syndrome de Cushing (E24.-), une mucoviscidose (E84.-), un néoplasme malin (C00-C96), la malnutrition (E40-E46), une pancréatite ou toute autre maladie du pancréas (K85-K86.-).
 - Le diabète secondaire induit par des médicaments ou des produits chimiques est codé à l'aide de la catégorie E09 'Drug or chemical induced diabetes mellitus'. Les codes des catégories E10 à E11 ne sont pas attribués pour le diabète secondaire. Par exemple, un diabète sucré cortico-induit (sans complication) dû à un traitement prolongé de prednisone avec une pathologie non liée est enregistré à l'aide des codes E09.9 'Drug or chemical induced diabetes'.

mellitus without complications' suivi du T38.0X5- 'Adverse effect of glucocorticoids and synthetic analogues'.

- La séquence des codes de diabète secondaire est basée sur les instructions de la Liste Tabulaire pour les catégories E08, E09 et E13. Pour la catégorie E08, l'affection sous-jacente sera codée en premier lieu. Si le diabète est dû à une intoxication par une substance ou un produit chimique, le code pour l'agent causal (empoisonnement) est codé en premier lieu, suivi du code approprié de la catégorie E09. En cas d'effet secondaire d'un médicament (adverse effect), on ajoutera un code supplémentaire (T36-T50) avec un « 5 » comme 5^{ème} ou 6^{ème} caractère.
- Le diabète sucré secondaire dû à une pancréatectomie est codé E89.1 'Postprocedural hypoinsulinemia'. Attribuez comme diagnostic secondaire un code de la catégorie E13 'Other specified diabetes mellitus', suivi soit du code Z90.410 'Acquired total absence of pancreas', soit du code Z90.411 'Acquired partial absence of pancreas'. Par exemple, un diabète postpancréatectomie dû à l'excision partielle du pancréas est codé par E89.1, E13.9 et Z90.411
- Chez les patients atteints de diabète secondaire qui prennent régulièrement de l'insuline ou qui reçoivent des hypoglycémiants oraux, on attribue le code Z79.4 'Long-term (current) use of insulin' ou Z79.84 'Long term (current) use of oral hypoglycemic drugs'. Ces codes ne doivent pas être utilisés si ces moyens sont administrés à titre temporaire pour contrôler la glycémie pendant une hospitalisation.
- Le code Z79.84 'Long term (current) use of oral hypoglycemic drugs' est codé pour la prise régulière d'antidiabétiques oraux.
- Quand le patient est traité à la fois par antidiabétiques oraux et insuline, on ne cordera que le code d'usage d'insuline.

La catégorie E13 'Other specified diabetes mellitus' inclut le diabète sucré dû à des anomalies génétiques de la fonction des cellules bêta et le diabète sucré dû aux anomalies génétiques dans l'action de l'insuline.

2.2. Complications et manifestations du diabète sucré

Le diabète sucré de type 1 et de type 2, ainsi que le diabète sucré secondaire, peuvent conduire à une variété de complications qui concernent soit des troubles métaboliques aigus (E08-E13 avec .0- ou .1-), soit des complications à long terme (E08-E13 avec .2- à .6-). La séquence des codes de diabète sucré et des complications ou manifestations dépend du motif d'admission du séjour. Il faut attribuer autant de codes des catégories E08 à E13 que nécessaire pour identifier toutes les pathologies associées.

Pour le codage d'un diabète déséquilibré ('Diabetes, out of control') l'index alphabétique renvoie vers 'diabetes, by type, with hyperglycemia'. Ce code n'est pas attribué uniquement sur base de résultat de laboratoire mais doit être attribué sur base du diagnostic du médecin traitant.

Complications métaboliques aiguës

Les complications métaboliques aiguës comprennent, entre autres:

- L'hypermolarité avec coma (E08-E09 et E11-E13 avec .01)
- L'hypermolarité sans coma (hyperglycémique, hypermolaire non acido-cétosique) (E08-E13 avec .00)
- L'acidocétose avec coma (E08-E13 avec .11)
- L'acidocétose sans coma (E08-E13 avec .10)
- Chez les patients diabétiques avec acidocétose (DKA), on observe habituellement une glycosurie, une forte cétonurie, une hyperglycémie, une cétonémie (présence de cétone dans le sang), une acidose (pH artériel bas) et un bicarbonate plasmatique bas. . L'acidocétose est une complication aiguë avec risque vital qui survient le plus souvent chez les patients diabétiques de type 1, mais pouvant survenir chez des diabétiques de type 2. Lorsqu'il n'y a pas suffisamment d'insuline dans le corps pour que les muscles et les cellules adipeuses absorbent le glucose, la graisse est métabolisée, des cétones sont libérées dans la circulation sanguine. Le patient peut présenter une soif intense, une polyurie, des nausées, des vomissements, des douleurs abdominales, une faiblesse et une baisse de vigilance. Quand il est question d'acidocétose, l'Index ICD-10-CM recommande de coder 'diabetes, by type, with ketoacidosis (diabète, selon type, avec acidocétose). Par exemple, si le dossier indique un diabète de type 2 avec acidocétose, on codera E11.1-''type2 diabetes mellitus with ketoacidosis'
- Un diabète avec hypermolarité (E08-E13 avec.01 ou .00) est une affection où il y a hypermolarité et déshydratation sans cétose significative. Cette affection survient le plus souvent chez des diabétiques de type 2. Un coma peut être présent ou non.
- Une hypoglycémie peut survenir chez le diabétique si une quantité excessive d'insuline lui a été administrée, s'il saute un repas ou s'il est sous stress. Cela peut évoluer vers un coma.L'ICD-10-CM donne des codes pour l'hypoglycémie diabétique avec coma (E08-E13 avec .641) et sans coma (E08-E13 avec .649).

Complications chroniques

Les patients souffrant de diabète sucré sont susceptibles de développer une ou plusieurs complications chroniques qui affectent les reins, les systèmes nerveux et vasculaire périphérique, en particulier au niveau des pieds et des yeux. Elles peuvent survenir précocement ou tardivement aussi bien chez les diabétiques insulino-dépendants que chez les diabétiques non insulino-dépendants.

Les patients diabétiques souffrent souvent de plusieurs complications concomitantes, de sorte que plusieurs codes d'une catégorie "diabète" (E08 - E13) sont attribués pour identifier toutes les complications associées.

Complications rénales du diabète

Les patients diabétiques sont particulièrement enclins à développer des complications rénales, telles qu'une néphrite, une néphrose ou une maladie rénale chronique. La néphrite est une inflammation du rein qui s'installe lentement sur une longue période. Le syndrome néphrotique est un stade avancé de la maladie, caractérisé par un œdème massif et une protéinurie marquée. La maladie rénale chronique (MRC) est souvent l'évolution finale de telles pathologies.

Les complications rénales du diabète sont codées au niveau des catégories E08-E13 avec .21 pour la néphropathie diabétique, .22 pour la maladie rénale chronique, et .29 pour les autres complications rénales.

Quand l'affection rénale a évolué en maladie rénale chronique, le diagnostic peut donner 3 codes, un pour le diabète avec la maladie rénale chronique (E08-E13 avec .22), un pour une manifestation intermédiaire (N08), et un pour problème final actuel (N18.1-N18.6, 'Chronic kidney disease'). Il n'est pas indispensable de coder l'affection intermédiaire.

Le patient qui souffre à la fois de diabète et d'hypertension peut développer une maladie rénale chronique. Dans ce cas (maladie rénale chronique due au diabète avec hypertension), trois codes sont requis:

- un pour le diabète avec pathologie rénale, E08-E13 avec .22;
- un 2^{ème} code de la catégorie I12 (ou I13) dont le 4^{ème} caractère vaut 0 pour l'association à la maladie rénale chronique de stade 5 ou terminale, ou 9 pour l'association à la maladie rénale chronique de stade 1 à 4 ou non spécifié;
- et un 3^{ème} code de la catégorie N18 pour préciser le stade de la maladie rénale chronique.

Par exemple:

- Néphropathie progressive d'origine diabétique de type 1 avec maladie rénale hypertensive, maladie rénale chronique de stade 5:
E10.22 'Type 1 diabetes mellitus with diabetic chronic kidney disease'
I12.0 'Hypertensive chronic kidney disease with stage 5 chronic kidney disease or end stage renal disease'
N18.5 'Chronic kidney disease, stage 5'

Complications oculaires du diabète

La rétinopathie est une complication fréquente du diabète. Toute maladie de la rétine étiquetée comme due au diabète requiert un code des catégories E08-E13 avec .3-.

Le diabète avec rétinopathie diabétique non spécifiée est codé par un code des catégories E08-E13 avec .31-. La rétinopathie diabétique non proliférative peut être classée comme légère (E08-E13 avec .32-), modérée (E08-E13 avec .33-) ou sévère (E08-E13 avec .34-). La rétinopathie diabétique proliférative est codée avec un code des catégories E08-E13 avec .35-. Le 6^{ème} caractère fournit une information complémentaire pour identifier la présence ou non d'œdème de la macula. Le 7^{ème} caractère donne la latéralité (œil droit, œil gauche et bilatéral ou œil non spécifié)

L'ICD-10-CM suppose un lien causal entre diabète et cataracte. Les cataractes sont une cause importante de baisse de la vision chez les patients diabétiques, car l'incidence est élevée et l'évolution rapide chez les patients diabétiques.

Diabète et cataracte doivent être codés comme liés même en l'absence de documentation explicite établissant ce lien, à moins que la documentation stipule clairement que ces affections ne sont pas liées.

Par exemple :

- Diabète sucré de type 2 avec cataracte diabétique:
E11.36 'Type 2 diabetes mellitus with diabetic cataract'
- Diabète sucré secondaire à pancréatite chronique, avec cataracte sénile:

K86.1 'Other chronic pancreatitis'

E08.9 'Diabetes mellitus due to underlying condition without complications'

H25.9 'Unspecified age-related cataract'

Complications neurologiques du diabète

Les neuropathies périphériques, crâniennes et autonomes sont des manifestations chroniques du diabète sucré. La classification des complications neurologiques du diabète est la suivante:

E08-E13 avec .40	'Unspecified diabetic neuropathy'
E08-E13 avec .41	'Diabetic mononeuropathy'
E08-E13 avec .42	'Diabetic polyneuropathy'
E08-E13 avec .43	'Diabetic autonomic (poly)neuropathy'
E08-E13 avec .44	'Diabetic amyotrophy'
E08-E13 avec .49	'Other diabetic neurological complication'

N'utilisez le code de la neuropathie autonome que si ce diagnostic a été établi par le médecin.

Exemples:

- Paralysie diabétique du 3^{ème} nerf crânien (III), œil droit:
E11.41 'Type 2 diabetes mellitus with diabetic mononeuropathy'
H49.01 'Third [oculomotor] nerve palsy, right eye'
- Mononeuropathie de membre inférieur due à un diabète de type 2:
E11.41 'Type 2 diabetes mellitus with diabetic mononeuropathy'
G57.90 'Unspecified mononeuropathy of unspecified lower limb'
- Diabète type 1 avec neuropathie: E10.40
- Diabète de type 1 avec gastroparésie:
E10.43 'Type 1 diabetes mellitus with diabetic autonomic (poly)neuropathy'
K31.84 'Gastroparesis' (voir note d'instructions 'code first' pour le code K31.84)

Complications circulatoires du diabète

Les maladies vasculaires périphériques sont une complication fréquente du diabète sucré. La vasculopathie diabétique périphérique sans gangrène est enregistrée avec un code des catégories E08-E13 avec .51; la vasculopathie diabétique périphérique avec gangrène est enregistrée avec un code des catégories E08-E13 avec .52. Le code A48.0 'Gas gangrene' est ajoutée en cas de gangrène gazeuse.

Le diabète associé à d'autres complications circulatoires reçoit un code des catégories E08-E13 avec .59.

L'artériosclérose apparaît plus rapidement et de façon plus étendue chez les patients diabétiques. Cependant, l'artériosclérose coronaire, la cardiomyopathie et les maladies cérébrovasculaires ne sont pas des complications du diabète et ne sont pas incluses dans les sous-catégories E08-E13 avec .5-. Ces affections sont codées séparément sauf si le médecin mentionne la relation causale avec le diabète

Autres complications du diabète sucré

Outre les complications rénales, oculaires, neurologiques et circulatoires, les autres complications chroniques spécifiques du diabète sont classées dans les catégories E08-E13 avec .6-, par exemple:

E08-E13 avec .61-	'Diabetic arthropathy'
E08-E13 avec .62-	'Diabetic skin complications'
E08-E13 avec .63-	'Diabetic oral complications'

Les ulcères des membres inférieurs, en particulier des pieds, sont des complications fréquentes du diabète.

Quand le patient diabétique présente un ulcère cutané, la classification suppose une relation causale entre les deux affections à moins que la documentation stipule clairement que les affections ne sont pas liées.

Le code d'ulcère diabétique du pied (E08-E13 avec .621) est attribué en premier, suivi d'un code L97.4-, L97.5- pour préciser le site de l'ulcère. En présence de gangrène, un code additionnel E08-E13 avec .52 sera attribué. Les autres ulcères diabétiques de la peau sont codés E08-E13 avec .622 et le code additionnel approprié pour l'ulcère afin d'en préciser le site (L97.1-L97.9, L98.41-L98.49).

L'impuissance organique chez le patient diabétique est souvent la conséquence d'une neuropathie diabétique périphérique et/ou d'une maladie vasculaire périphérique diabétique. Le premier code sera un code de la catégorie E08-E13 avec .40 ou E08-E13 avec .51 et un second code N52.1 'Erectile dysfunction due to disease classified elsewhere'

Pour les ulcères et les impuissances organiques spécifiées comme diabétiques, mais sans indication de l'origine neuropathique ou vasculaire, on utilise le code E08-E13 avec .69 '(with other specified complication)' avec un code supplémentaire pour la complication.

Lorsqu'aucun code combiné spécifique n'existe pour la complication chronique de diabète sucré, et que cette pathologie n'est pas due à d'autre(s) complication(s) chronique(s) de diabète sucré, le code approprié des catégories E08-E13 avec .69 '(with other specified complication)' est utilisé.

Par exemple:

Capsulite rétractile de l'épaule droite due à un diabète de type 1
E10.69 'Type1 diabetes mellitus with other specified complication'
M75.01 'Adhesive capsulitis of right shoulder'

Complications dues au dysfonctionnement de la pompe à insuline

Certains patients diabétiques utilisent une pompe à insuline pour recevoir le traitement d'insuline nécessaire. Une pompe à insuline est un petit appareil numérique fixé au corps qui délivre l'insuline via un cathéter. La pompe peut fournir un goutte-à-goutte continu d'insuline durant toute la journée ou bien permettre au patient de s'administrer régulièrement des bolus d'insuline par pression sur un bouton. Une panne ou un dysfonctionnement de la pompe peut conduire à un sous- ou surdosage d'insuline. Les deux situations sont considérées comme des complications mécaniques et reçoivent un code de la sous-catégorie T85.6 'Mechanical complication of other specified internal and external prosthetic devices, implants and grafts'

comme diagnostic principal ou premier diagnostic. Le code approprié T85.6- est sélectionné en fonction du type de dysfonctionnement, tel que:

T85.614	'Breakdown (mechanical) of insulin pump'
T85.624	'Displacement of insulin pump'
T85.633	'Leakage of insulin pump'

Des codes sont également ajoutés pour préciser s'il y a sous-dosage (T38.3X6-) ou surdosage (T38.3X1-), ainsi que les codes décrivant le type de diabète et les complications associées.

2.3. Diabète sucré compliquant la grossesse

Le diabète sucré compliquant la grossesse, l'accouchement ou le post-partum est classé au chapitre 15 de l'ICD-10-CM. Le diabète sucré est une complication importante de la grossesse. Pour les séjours des femmes enceintes diabétiques, on attribue comme diagnostic principal un code de la catégorie O24 'Diabetes mellitus in pregnancy, childbirth and puerperium', suivi du code de diabète approprié (E08-E13) du chapitre 4 du manuel de codage ICD-10-CM pour identifier le type de diabète.

Puisque le diabète influence inévitablement la grossesse, qu'il s'aggrave même du fait de la grossesse ou qu'il constitue la principale raison des soins obstétricaux, il est important d'enregistrer ces codes lors de ces séjours. Le Z79.4 'long term (current) use of insuline ' est à coder aussi si le diabète est traité régulièrement à l'insuline.

Diabète gestationnel:

Un diagnostic de diabète gestationnel est basé sur un test de tolérance au glucose anormal. Il apparaît au deuxième ou troisième trimestre de la grossesse chez des femmes qui auparavant n'étaient pas diabétiques. Le diabète gestationnel n'est donc pas un véritable diabète sucré. L'affection résulte de changements métaboliques ou hormonaux pendant la grossesse. Les patientes avec un diabète gestationnel sont généralement mises sous régime diabétique et nécessitent parfois un traitement à l'insuline pour maintenir une glycémie normale pendant la grossesse. L'affection se résout spontanément en postpartum mais entraîne un risque accru de développer, par la suite, un véritable diabète. Le diabète gestationnel peut donner des complications identiques à celles d'un diabète préexistant.

Il s'enregistre avec un code de la sous-catégorie O24.4 'Gestational diabetes mellitus'. Aucun autre code de la catégorie O24 n'est utilisé conjointement avec un code de la sous-catégorie O24.4.

La sous-catégorie O24.4 est ensuite subdivisée en fonction du moment où le diabète gestationnel apparaît pendant la grossesse, l'accouchement ou le post-partum mais aussi en fonction de son contrôle par régime, par insuline ou hypoglycémifiants oraux. Si une patiente avec un diabète gestationnel est traitée à la fois par régime et par insuline, seul le code 'insulin controlled' sera utilisé. Si une patiente avec un diabète gestationnel est traitée à la fois par un régime et par des hypoglycémifiants oraux, seul le code 'controlled by oral hypoglycemic drugs' sera enregistré.

Les codes Z79.4 'Long-term (current) use of insulin' et Z79.84 'Long term (current) use of oral hypoglycemic drugs' ne sont pas utilisés en association avec les codes de la sous-catégorie O24.4 puisque cette notion est déjà incluse dans le code combiné.

Un test anormal de tolérance au glucose pendant la grossesse, sans diagnostic de diabète gestationnel, reçoit un code de la sous-catégorie O99.81 'Abnormal glucose complicating pregnancy, childbirth, and the puerperium'. Les codes O24.4- (diabète gestationnel) et O99.81- (tolérance anormale au glucose compliquant la grossesse) ne sont jamais utilisés simultanément lors d'un même séjour.

2.4. Nouveau-nés de mères diabétiques

Les nouveau-nés de mères diabétiques peuvent présenter une hypoglycémie temporaire (P70.0 'Syndrome of infant of mother with gestional diabetes'; P70.1 'Syndrome of infant of a diabetic mother'; P70.3 'Iatrogenic neonatal hypoglycemia'; P70.4 'Other neonatal hypoglycemia') ou une hyperglycémie temporaire (P70.2 'Neonatal diabetes mellitus'). Cette dernière pathologie est parfois dénommée "pseudo-diabète" et requiert occasionnellement un court traitement par insuline. Notez que ces codes sont attribués au niveau de l'enregistrement du séjour du nouveau-né uniquement quand la pathologie maternelle a réellement des répercussions sur le nouveau-né; le fait que la mère soit diabétique en soi ne justifie pas l'attribution de ces codes chez le nouveau-né. Lorsque des analyses de laboratoire semblent indiquer une telle pathologie, il est judicieux de consulter le médecin.

Lorsqu'un enfant de mère diabétique ne présente aucune manifestation du syndrome précité, on attribue le code approprié de la catégorie Z38 'Liveborn infants according to place of birth and type of delivery' comme diagnostic principal. Le code Z83.3 'Family history of diabetes mellitus' est assigné comme code additionnel. Attribuez en outre le code Z05.42 'observation and evaluation of newborn for suspected metabolic condition ruled out' comme diagnostic secondaire si le nouveau-né requiert une surveillance supplémentaire parce que sa mère est diabétique, mais que le nouveau-né lui-même ne présente aucune manifestation du syndrome de nourrisson né de mère diabétique ('syndrome of infant of a diabetic mother').

EXERCICE 15.1

Codez les diagnostics suivants. N'attribuez pas les codes de causes externes de morbidité.	
1. Diabète sucré de type 1 avec syndrome de néphrose diabétique	E10.21
2. Diabète sucré secondaire à un cancer du pancréas avec cataracte diabétique	C25.9 + E08.36
3. Diabète sucré de type 2 avec acidocétose	E11.10
4. Diabète sucré de type 2 avec coma hyperosmolaire, non acido-cétosique	E11.01
5. Maladie de Kimmelstiel-Wilson	E11.21
6. Maladie rénale chronique, stade IV, sur diabète de type 1	E10.22 + N18.4
7. Impuissance due à une neuropathie diabétique périphérique	E11.40 + N52.1

2.5. Hypoglycémie et réactions à l'insuline

Les réactions hypoglycémiques peuvent survenir tant chez le patient diabétique que chez le patient non diabétique. Chez le patient diabétique, l'hypoglycémie avec coma est codée dans les catégories E08-E13 avec .641 ou E08-E13 avec .649 s'il n'y a pas de coma. De telles réactions peuvent arriver quand il y a déséquilibre entre l'alimentation ou l'exercice et le dosage de l'insuline ou des antidiabétiques oraux. L'hypoglycémie due à l'insuline peut également arriver chez un patient diabétique de type 1 nouvellement diagnostiqué durant la phase initiale du traitement pendant que le dosage doit être adapté.

Chez un patient non diabétique, on utilise le code E15 'Nondiabetic hypoglycemic coma' pour le coma hypoglycémique non spécifié autrement. Le code E15 inclut également le coma hypoglycémique induit par les médicaments chez un patient non diabétique. Le code E16.2 'Hypoglycemia, unspecified' est utilisé pour l'hypoglycémie non spécifiée autrement.

L'hypoglycémie sans coma due à un médicament prescrit chez un patient non diabétique requiert le code E16.0 'Drug-induced hypoglycemia without coma', suivi d'un code des catégories T36-T50 avec la valeur "5" pour le 6^{ème} caractère pour indiquer qu'il s'agit d'un effet secondaire de ce médicament.

Chez un patient non diabétique, le coma hypoglycémique ou l'état de choc résultant d'une **utilisation incorrecte** d'insuline ou d'autres antidiabétiques oraux est codé comme un empoisonnement (T38.3x- avec un 6^{ème} caractère de 1 à 4) en premier lieu, suivi du code E15 'Nondiabetic hypoglycemic coma'.

EXERCICE 15.2

Codez les diagnostics suivants. N'attribuez pas les codes de causes externes de morbidité	
1. Hypoglycémie néonatale	P70.4
2. Coma hypoglycémique chez un patient sans diabète	E15
3. Un patient diabétique de type 2 se livre à une partie acharnée de squash sans ajuster ses doses d'insuline; il est admis avec une glycémie à 35 et on diagnostique une hypoglycémie.	E11.649 + Z79.4
4. Une patiente diabétique de type 1 développe une hypoglycémie bien qu'elle prenne correctement les doses prescrites d'insuline et qu'elle n'ait modifié ni son niveau d'exercice ni son régime alimentaire.	E10.649

3. CODES POUR LES TROUBLES NUTRITIONNELS

Les troubles nutritionnels, tels que les déficits spécifiques en vitamines et minéraux, sont classés dans les catégories E40 à E64 à l'exception des anémies nutritionnelles qui sont classées dans les catégories D50 à D53.

Plusieurs codes identifient le surpoids et l'obésité, notamment ceux-ci:

E66.01 'Morbid (severe) obesity due to excess calories'

E66.09 'Other obesity due to excess calories'

E66.1 'Drug-induced obesity'

- E66.2 'Morbid (severe) obesity with alveolar hypoventilation'
- E66.3 'Overweight'
- E66.8 'Other obesity'
- E66.9 'Obesity, unspecified'

Ces codes d'obésité sont attribués sur base des éléments mentionnés dans le dossier et donc pas sur base du BMI. La catégorie E66 'Overweight and obesity' requiert l'attribution d'un code supplémentaire Z68.- pour le Body Mass Index (BMI), si celui-ci est connu. Le BMI est un indicateur du poids chez l'adulte. C'est une mesure basée sur le poids et la taille. Le code du BMI est attribué en fonction de la documentation dans le dossier de patient.

Le codage du BMI est une exception aux directives qui demandent que l'attribution des codes se base sur le dossier du médecin. Le code BMI doit être basé sur le dossier médical, enrichi de notes d'autres praticiens impliqués dans le suivi du patient. Le BMI est habituellement documenté par le diététicien ou l'infirmière. Même si le BMI peut être basé sur les notes d'autres soignants, les codes du diagnostic associé (surpoids ou obésité) doivent être basés sur la documentation du médecin. Les codes BMI ne sont pas attribués pendant la grossesse.

Parfois, le BMI peut varier pendant le séjour hospitalier. Si cette variation de BMI est liée à une affection clinique significative, telle que la malnutrition ou l'anorexie mentale, il faut enregistrer la valeur la plus sévère. Le code BMI a pour objectif d'enregistrer la masse corporelle. Il faut être attentif aux variations de poids liées à une rétention/surcharge hydrique qui entraînent une surestimation du BMI et qui rendent l'indicateur non pertinent.

Le code E66.2 'Morbid (severe) obesity with alveolar hypoventilation', connu aussi comme syndrome de Pickwick, se caractérise par des arrêts respiratoires de courte durée pendant le sommeil. Il peut être lié à l'obésité, de même qu'à des troubles neurologiques.

4. TROUBLES MÉTABOLIQUES

Les troubles métaboliques autres que le diabète sont classés dans les catégories E70-E88. Une affection métabolique apparaît lorsque des réactions anormales perturbent le métabolisme dans le corps. Ces troubles perturbent le métabolisme normal des glucides, des lipides, des protéines, de l'eau et des acides nucléiques.

Surcharge hydrique

La surcharge hydrique (E87.7- 'Fluid overload') est l'accumulation excessive de liquide dans l'organisme. Elle peut être causée par un excès de perfusion parentérale ou une déficience dans la régulation cardiovasculaire ou rénale des liquides. Cependant, lorsque l'accumulation de liquides est un symptôme de l'insuffisance cardiaque congestive, elle n'est pas codée séparément (selon la directive de ne pas coder séparément une affection qui est une partie intégrante de la maladie).

Si la surcharge hydrique est d'origine non cardiogénique (ex : surcharge hydrique due à la non-compliance à la dialyse chez un patient en insuffisance cardiaque et insuffisance rénale terminale), la note « excludes2 » du code I50.9 autorise un codage séparé de l'insuffisance cardiaque et de la surcharge.

Mucoviscidose

La mucoviscidose ou fibrose kystique (E84.- 'Cystic fibrosis') est une maladie héréditaire des glandes exocrines entraînant une accumulation de mucus épais et tenace. C'est la première cause de déficience pancréatique et de malabsorption chronique chez les enfants. Bien que la mucoviscidose affecte le corps de différentes façons, une insuffisance respiratoire progressive sera la principale manifestation chez ces patients. Les symptômes concernent surtout le système digestif et le système respiratoire. Dans certaines glandes comme le pancréas, le mucus tenace provoque un blocage empêchant les enzymes digestifs d'atteindre l'intestin. Le mucus vient obstruer les voies respiratoires, permettant la multiplication des bactéries. Parfois, la maladie évolue vers une bronchite aiguë ou chronique, des bronchectasies, une pneumonie, une atélectasie, la formation de cicatrices péribronchiques et parenchymateuses, un pneumothorax et une hémoptysie. Les complications intra-abdominales sont l'iléus méconial, le prolapsus rectal, la hernie inguinale, les lithiases biliaires, l'invagination iléo-colique et le reflux gastro-œsophagien.

Des codes spécifiques identifient le site affecté par la manifestation, comme le système pulmonaire (E84.0), l'iléus méconial (E84.11), d'autres manifestations intestinales (E84.19), ou d'autres sites affectés (E84.8). Ces codes de manifestations peuvent être enregistrés simultanément lorsque plusieurs sites sont concernés. Le code E84.9 'Cystic fibrosis, unspecified' est utilisé lorsque la manifestation n'est pas précisée. Dans le cas d'une mucoviscidose affectant le système pulmonaire, si un germe infectieux est impliqué, un code supplémentaire est utilisé pour préciser ce germe.

Comme il n'existe pas de traitement curatif pour la mucoviscidose, le traitement cible les complications de la maladie avec, comme objectif, le maintien d'un statut respiratoire et nutritionnel correct. Le motif d'hospitalisation en cas de mucoviscidose est souvent la confirmation du diagnostic.

Syndrome de lyse tumorale

Le syndrome de lyse tumorale (TLS : 'Tumor Lysis Syndrome') se réfère à un groupe de troubles métaboliques graves, potentiellement mortels et qui peuvent survenir après un traitement antinéoplasique. Le TLS peut apparaître spontanément après une radiothérapie ou un traitement aux corticostéroïdes. La plupart du temps toutefois, il survient après une chimiothérapie et est souvent associé aux leucémies et lymphomes. Il se rencontre également dans d'autres hémopathies malignes et tumeurs solides. Quand les cellules cancéreuses sont détruites, elles déversent des ions intracellulaires et des sous-produits métaboliques dans le système circulatoire, entraînant un TLS.

Le code E88.3 'Tumor lysis syndrome' est utilisé à la fois pour le syndrome de lyse tumorale spontané et le TLS après thérapie antinéoplasique. Utilisez un code complémentaire (T45.1x5-) pour préciser l'effet secondaire du médicament lorsque le syndrome de lyse tumorale est dû à un médicament.

Exercice 15.3	
Codez les diagnostics et interventions qui suivent. N'attribuez pas les codes de causes externes de morbidité	
1. Hypercholestérolémie et hypertriglycémie endogène	E78.2
2. Mucoviscidose avec léger retard mental	E84.9 + F70
3. Myxœdème congénital avec syndrome de sécrétion inappropriée d'hormone antidiurétique ('Syndrome of inappropriate antidiuretic hormone secretion')	E00.1 + E22.2
4. Hypokaliémie	E87.6
5. Goitre toxique uninodulaire avec thyrotoxicose Lobectomie thyroïdienne gauche, par voie ouverte	E05.10 0GTG0ZZ
6. Goitre adénomateux avec thyrotoxicose Thyroïdectomie complète sous-sternale par voie endoscopique percutanée	E05.20 0GTK4ZZ
7. Goitre diffus toxique avec crise thyrotoxicose	E05.01
8. Hypothyroïdie après thyroïdectomie totale réalisée 3 ans auparavant	E89.0
9. Obésité morbide avec BMI à 39 Gastroplastie laparoscopique avec 'gastric banding'	E66.01, Z68.39, 0DV64CZ
10. Bouffées de chaleur et insomnie dues à une ménopause précoce	E28.310
11. Surcharge hydrique suite à transfusion sanguine	E87.71
12. Anémie nutritionnelle avec malnutrition protéique et calorique modérée et BMI à 18	D53.9, E44.0, Z68.1

1. INTRODUCTION

Les pathologies mentales sont classées dans le chapitre 5 "Mental, Behavioral and Neurodevelopmental disorders" du manuel de codage ICD-10-CM.

Les psychiatres classent leurs diagnostics en fonction du "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders", 5^{ème} édition (DSM-5®) publié par l' « American Psychiatric Association ». Le codage RHM doit cependant s'effectuer au moyen de la classification ICD-10-CM.

2. PATHOLOGIES MENTALES RÉSULTANT DE TROUBLES PHYSIOLOGIQUES CONNUS

Les catégories F01 à F09 "Mental disorders due to known physiological conditions" comprennent une série de pathologies mentales ayant pour origine une maladie cérébrale, un traumatisme cérébral ou toute autre crise démontrable entraînant un dysfonctionnement cérébral. Les dysfonctions cérébrales peuvent être primaires ou secondaires. Les dysfonctions cérébrales primaires comprennent les maladies, traumatismes et crises affectant directement et sélectivement le cerveau. Les dysfonctions cérébrales secondaires englobent les maladies et troubles systémiques qui affectent le cerveau dans le cadre d'une pathologie touchant de multiples organes ou systèmes anatomiques.

Cette section comprend les catégories suivantes:

- F01 "Vascular dementia"
- F02 "Dementia in other diseases classified elsewhere"
- F03 "Unspecified dementia"
- F04 "Amnestic disorder due to known physiological condition"
- F05 "Delirium due to known physiological condition"
- F06 "Other mental disorders due to known physiological condition"
- F07 "Personality and behavioral disorders due to known physiological condition"
- F09 "Unspecified mental disorder due to known physiological condition"

Dans les catégories F02 à F09, les notes d'instructions prescrivent de coder en premier lieu la pathologie physiologique sous-jacente, sauf pour la catégorie F03 "Unspecified dementia". Dans la catégorie F01 "Vascular dementia", la note d'instructions stipule de coder en premier lieu la pathologie physiologique sous-jacente ou la séquelle de maladie cérébrovasculaire.

2.1. Syndrome organique cérébral

Le terme anglo-saxon "organic brain syndrome" (syndrome organique cérébral) est utilisé pour décrire une diminution des fonctions mentales due à une pathologie médicale non psychiatrique. De manière générale, un "syndrome organique cérébral" peut causer une agitation, une confusion, une perte durable de la fonction cérébrale (démence) ou une diminution momentanée sévère de la fonction cérébrale (délire). Le syndrome organique cérébral se produit fréquemment dans la population âgée, mais ne fait pas partie du processus normal de vieillissement. Le syndrome organique cérébral, non spécifié autrement, est codé F09 "Unspecified mental disorder due to known physiological condition". L'affection physiologique sous-jacente est codée en premier lieu. Le syndrome organique cérébral post-traumatique (post-commotionnel) est codé F07.81 "Postconcussional syndrome" avec un code additionnel pour identifier la céphalée post-traumatique associée.

2.2. Troubles anxieux organiques

Les troubles anxieux organiques consistent en une psychose organique transitoire caractérisée par une anxiété cliniquement significative. Les troubles anxieux organiques sont considérés comme l'effet physiologique direct d'une pathologie médicale générale. Le code de la pathologie générale est mentionné en premier lieu, suivi du diagnostic secondaire F06.4 "Anxiety disorder due to known physiological condition".

3. DÉMENCE DANS LE CADRE D'AFFECTIIONS CLASSÉES AILLEURS

La démence se caractérise par l'apparition de déficits cognitifs multiples, comme par exemple la perte de mémoire des troubles cognitifs comme l'aphasie, l'apraxie et l'agnosie.

Quand la cause de la démence n'est pas spécifiée, la démence est classée dans la sous-catégorie F03.9 "Dementia, unspecified" avec un 5^{ème} caractère pour distinguer la présence (F03.91) ou l'absence (F03.90) de troubles du comportement. La démence non spécifiée associée à un comportement qualifié d'agressif, de belliqueux ou de violent est classée sous le code F03.91.

La démence classée dans la sous-catégorie F02.8 est un effet physiologique direct d'une pathologie médicale générale. Dans la sous-catégorie F02.8 "Dementia in other diseases classified elsewhere", le 5^{ème} caractère permet d'indiquer la présence ou l'absence de troubles du comportement tels qu'un comportement agressif, violent, belliqueux ou des divagations. Lors de l'attribution des codes F02.80 et F02.81, on code en premier lieu la pathologie sous-jacente associée à la démence, comme par exemple, la maladie d'Alzheimer (G30.-) ou la maladie de Parkinson (G20).

Si le patient a tendance à errer, le code Z91.83 "Wandering in diseases classified elsewhere" peut être ajouté aux codes F02.81 et F03.91.

4. ALTÉRATION DE L'ÉTAT DE CONSCIENCE

Une altération du niveau de conscience non associée à un delirium ou à une autre pathologie identifiée est classée dans la catégorie R40 "Somnolence, stupor and coma" du chapitre 18 "Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified" (R00-R99) du manuel de codage ICD-10-CM.

La catégorie R40 se subdivise ensuite pour indiquer s'il s'agit d'une somnolence (R40.0), d'une **stupeur ou subcoma** (R40.1), d'un coma (R40.2-), d'un état végétatif permanent (R40.3) ou d'une altération passagère de la conscience (R40.4). Une altération de l'état mental ou du niveau de conscience due à une cause inconnue est codée R41.82 "Altered mental status, unspecified". Lorsque la pathologie responsable de l'altération du niveau de conscience est connue, ce n'est pas le code R41.82 qui est utilisé, mais le code de cette pathologie.

5. AMNÉSIE GLOBALE TRANSITOIRE

L'amnésie globale transitoire (TGA) est une forme particulière d'amnésie de cause inconnue, caractérisée par une perte de mémoire soudaine. Durant un épisode de TGA, le patient n'est plus capable de mémoriser ni de se souvenir d'événements récents, de sorte qu'il pose toujours la même question parce qu'il ne se rappelle plus de la réponse. L'épisode dure généralement quelques heures et est suivi d'une récupération totale ou quasi-totale de la mémoire, bien que le patient reste amnésique de l'épisode lui-même. L'amnésie globale transitoire n'est pas de nature psychotique et n'est pas imputable à une ischémie; il s'agit en revanche d'une pathologie cérébrovasculaire distincte disposant d'un code propre: G45.4 "Transient global amnesia".

6. LES TROUBLES SCHIZOPHRENIQUES

La schizophrénie est une maladie mentale grave caractérisée par différents symptômes, parmi lesquels (mais qui ne se limitent pas à):

- Comportement bizarre
- Désordre de la pensée
- Propos incohérents
- Diminution de la capacité d'expression émotionnelle
- Perte ou diminution du contact avec la réalité
- Perte de contact social ou repli total sur soi

Les troubles schizophréniques sont classés dans la catégorie F20 avec un 4^{ème} caractère précisant le type de schizophrénie:

F20.0 "Paranoid shizophrenia"

Les patients souffrant de ce type de schizophrénie sont préoccupés par des hallucinations de persécution ou de punition par autrui.

F20.1 "Disorganized schizophrenia"

Dans ce type de schizophrénie, les patients sont généralement confus et illogiques; leur comportement est désordonné, sans émotion et inapproprié. Ceci peut entraîner pour le patient une capacité limitée à réaliser les activités normales de la vie quotidienne.

F20.2 "Catatonic schizophrenia"

Dans ce type de schizophrénie, les patients ne réagissent plus et ont des réactions physiques limitées.

F20.3 "Undifferentiated schizophrenia"

Il s'agit d'une forme de schizophrénie caractérisée par plusieurs symptômes schizophréniques tels qu'illusions, comportement désordonné, propos incohérents, émoussement affectif ou hallucinations, mais qui ne répond pas aux critères de l'un des autres types de schizophrénie.

F20.5 "Residual schizophrenia"

Ce type de schizophrénie est caractérisé par une diminution de la sévérité des symptômes de la schizophrénie. Les illusions, hallucinations et autres symptômes sont présents, mais moins sévères que lors du diagnostic initial.

F20.8 "Other schizophrenia"

Cette sous-catégorie est subdivisée comme suit:

F20.81 "Schizophreniform disorder"

Il s'agit d'une schizophrénie de courte durée lors de laquelle la façon de penser, d'agir, d'exprimer ses émotions, de percevoir la réalité et d'avoir des contacts avec autrui est perturbée. Le trouble schizophréniforme dure en général moins de six mois, tandis que la schizophrénie dure toute la vie.

F20.89 "Other schizophrenia"

Ce code englobe par exemple la schizophrénie cénestopathique (un sous-groupe de schizophrénie caractérisé de façon dominante par des sensations corporelles anormales) et la schizophrénie simple (trouble caractérisé par le développement insidieux mais progressif d'un comportement bizarre, une incapacité à répondre aux demandes de la société et un déclin dans les performances globales).

F20.9 "Schizophrenia, unspecified"

Ce code est utilisé lorsque le type de schizophrénie n'est pas spécifié.

7. TROUBLES DE L'HUMEUR (TROUBLES AFFECTIFS)

Les troubles affectifs sont des pathologies mentales fréquentes ayant de multiples aspects tels que des facteurs biologiques, comportementaux, sociaux et psychologiques. Les troubles dépressifs majeurs, les troubles bipolaires et les troubles anxieux sont les troubles affectifs les plus courants. Les désordres affectifs peuvent s'accompagner de symptômes légers et gênants jusqu'à des symptômes sévères et mettant la vie en danger. Dans ICD-10-CM, les troubles de l'humeur (troubles affectifs) sont classés dans les catégories F30-F39.

Le *trouble dépressif majeur (Major depressive disorder MDD)* est aussi connu sous le nom de dépression unipolaire ou de trouble affectif unipolaire. Le trouble dépressif majeur provoque de longues périodes d'épuisement émotionnel, mental et physique. Les patients souffrant de cette maladie présentent un risque élevé de comportement autodestructeur conduisant parfois au suicide.

Le trouble dépressif majeur est classé dans ICD-10-CM comme suit:

F32.- 'Major depressive disorder, single episode'

F33.- 'Major depressive disorder, recurrent'

Les catégories F32 et F33 sont ensuite subdivisées au moyen d'un 4^{ème} caractère (voire d'un 5^{ème}) pour fournir plus d'informations sur la gravité actuelle de la maladie, de la façon suivante:

0	Léger
1	Modéré
2	Sévère, sans caractéristiques psychotiques
3	Sévère, avec caractéristiques psychotiques
4	En rémission (la catégorie F32 utilise un 4 ^{ème} caractère « 4 » pour indiquer la rémission partielle; la catégorie F33 utilise un 4 ^{ème} caractère de valeur "4" pour indiquer la rémission et est ensuite subdivisée au moyen d'un 5 ^{ème} caractère pour indiquer si la rémission est partielle, totale ou non spécifiée)
5	En rémission complète (uniquement pour la catégorie F32)
8	Autre
9	Non spécifié

Le 4^{ème} caractère de valeur "1" à "8" est attribué uniquement si le médecin traitant a documenté la sévérité de la maladie dans le dossier du patient. En l'absence d'information concernant dans le dossier, la valeur '9' sera enregistrée comme 4^{ème} caractère.

Les *troubles de l'humeur bipolaires* (troubles affectifs bipolaires) sont classés en différents types selon les symptômes présentés. D'autres noms pour les troubles de l'humeur bipolaires sont par exemple le désordre maniaco-dépressif, le cyclothymie, la maladie maniaco-dépressive et les troubles bipolaires. Les patients souffrant de cette pathologie présentent des épisodes maniaques (excitation intense) alternant avec des

épisodes de dépression profonde. Ces troubles sont chroniques et récurrents avec des degrés de gravité variables. Les crises graves peuvent conduire à des tentatives de suicide lors d'un épisode dépressif ou à des violences physiques à leur encontre ou à l'encontre d'autrui lors d'épisodes maniaques. Cependant, chez de nombreux patients, les épisodes sont légers et peu fréquents. Un état mixte peut également se produire dans lequel les deux éléments de la manie et de la dépression sont présents en même temps. Certaines personnes atteintes de troubles affectifs bipolaires présentent une alternance rapide d'états maniaques et dépressifs.

L'ICD-10-CM classe les troubles bipolaires sous les catégories/codes suivants:

- F30 "Manic episode" (comprend le trouble bipolaire avec épisode maniaque unique et épisode affectif mixte)
- F31 "Bipolar disorder" (comprend la maladie maniaco-dépressive, la psychose maniaco-dépressive et la réaction maniaco-dépressive)
- F34 "Persistent mood [affective] disorders" (comprend les troubles cyclothymiques et dysthymiques)
- F39 "Unspecified mood [affective] disorder" (comprend la psychose affective non spécifiée autrement)

La catégorie F30 "Manic episode" est subdivisée pour identifier la sévérité de l'épisode actuel et indiquer la présence de symptômes psychotiques. La catégorie F31 "Bipolar disorder" est subdivisée pour identifier la sévérité de l'épisode actuel, et préciser si l'épisode actuel est de nature hypomaniaque, maniaque, dépressive ou mixte et si des éléments psychotiques sont ou non présents. En outre, pour les patients avec trouble bipolaire en rémission (F31.7-), un 5^{ème} caractère est disponible pour préciser si le patient est en rémission totale ou partielle et si l'épisode le plus récent était hypomaniaque, maniaque, dépressif, mixte ou non spécifié.

Exercice 16.1

Codez les diagnostics suivants. N'attribuez pas les codes de causes externes de morbidité.

1. Psychose schizoaffective de type dépressif	F25.1
2. Schizophrénie de type catatonique	F20.2
3. Schizophrénie de type paranoïde	F20.0
4. Trouble dépressif majeur récidivant, où l'épisode actuel sévère s'accompagne de symptômes psychotiques	F33.3
5. Psychose dépressive réactionnelle	F32.3
6. Trouble bipolaire léger en phase maniaque	F31.11
7. Trouble de l'humeur bipolaire en rémission partielle, dont l'épisode le plus récent était de nature mixte	F31.77

8. TROUBLES MENTAUX NON PSYCHOTIQUES

Différentes formes d'anxiété, de troubles dissociatifs, de troubles liés au stress, de somatisations et d'autres pathologies mentales non psychotiques sont classées dans les catégories F40 à F48. Celles-ci comprennent des pathologies telles que les phobies, les réactions au stress, les troubles dissociatifs et de conversion, les troubles somatoformes et d'autres troubles mentaux non psychotiques.

8.1. Troubles anxieux

Les troubles anxieux sont des pathologies psychiatriques fréquentes et sont considérés comme un des problèmes de santé les plus sous-traités et négligés. Les manifestations les plus fréquentes sont les paniques, les phobies, les anxietés chroniques généralisées, les troubles obsessionnels compulsifs et les troubles de stress post-traumatiques. Une phobie est une peur persistante et irrationnelle d'un objet spécifique, d'un animal, d'une activité ou d'une situation. L'ICD-10-CM classe les troubles anxieux dans les catégories suivantes:

- F40 "Phobic anxiety disorders"
- F41 "Other anxiety disorders"
- F42 "Obsessive-compulsive disorder"

8.2. Réactions au stress

L'ICD-10-CM classe dans la catégorie F43 "Reaction to severe stress, and adjustment disorders" les réactions à un stress sévère et les troubles d'adaptation. Le code F43.0 "Acute stress reaction" comprend les *réactions aiguës au stress* comme la crise aiguë, 'combat fatigue' ou 'shellshock' (trouble névrotique causé par le stress de la guerre), l'état de crise et le choc psychique. Une réaction aiguë au stress résulte d'une situation où la personne fait l'expérience ou est le témoin d'un événement traumatique où elle éprouve une peur, un stress ou une douleur extrême, perturbant(e) et inattendu(e) accompagné (de la menace) d'un traumatisme grave ou de la mort de la personne elle-même ou de quelqu'un d'autre.

ICD-10-CM classe le *stress post-traumatique* ("Posttraumatic stress disorder" - PTSD) dans la catégorie F43.1 avec un 5^{ème} caractère indiquant s'il est non spécifié, aigu ou chronique. Le PTSD est un trouble anxieux grave qui peut survenir après une exposition à n'importe quel événement constituant un traumatisme psychologique. Comme effet d'un traumatisme psychologique, le PTSD est moins fréquent et dure plus longtemps que la réaction aiguë au stress.

Les symptômes de PTSD sont le fait de revivre des traumatismes originaux par le biais de flash-backs ou de cauchemars, d'éviter les stimuli liés au traumatisme et de manifester un état d'excitabilité accrue comme des difficultés à s'endormir ou à se rendormir, une irritabilité et une hypervigilance. Ces symptômes persistent plus d'un mois et ont un impact significatif sur la manière de fonctionner sur le plan social, professionnel ou dans d'autres domaines.

Si le SSPT est la conséquence d'une guerre, un code de la catégorie Y36 'Operations of war' peut être ajouté pour indiquer la cause externe de l'affection.

Les *troubles d'adaptation* sont une réponse psychologique à des facteurs de stress identifiables ou à un ensemble de facteurs de stress provoquant des symptômes émotionnels et comportementaux significatifs. Ils diffèrent du stress aigu ou du PTSD en ce sens que les troubles d'adaptation sont généralement déclenchés par des facteurs de stress moins graves. Les troubles d'adaptation sont classés dans la sous-catégorie F43.2 avec un 5^{ème} caractère qui précise la nature de la réaction – par exemple, anxiété, dépression, trouble du comportement ou d'autres symptômes. Les situations suivantes relèvent par exemple de cette catégorie:

- Patient déprimé suite au décès de son fils:
F43.21 "Adjustment disorder with depressed mood"
- Enfant adopté originaire d'un autre continent, qui subit le choc culturel et développe un trouble du comportement:
F43.24 "Adjustment disorder with disturbance of conduct"
- Deuil compliqué
F43.21 'Adjustment disorder with depressed mood'

8.3. Troubles dissociatifs et de conversion

ICD-10-CM classe les troubles dissociatifs et de conversion dans la catégorie F44.

Les *troubles dissociatifs* font référence à des pathologies qui impliquent une altération ou une défaillance de la mémoire, de la conscience, de l'identité et/ou de la perception. Quatre codes sont disponibles pour les troubles dissociatifs, à savoir:

- F44.0 "Dissociative amnesia"
- F44.1 "Dissociative fugue"
- F44.2 "Dissociative stupor"
- F44.81 "Dissociative identity disorder"

Les *troubles de conversion* sont des pathologies où le patient présente des symptômes neurologiques qui ne sont pas dus à une simulation ou à une maladie neurologique, mais qui sont causés par un mécanisme psychologique. Les symptômes varient d'une faiblesse/paralysie d'un membre ou du corps entier jusqu'à des troubles de l'ouïe et de la vue, une perte de sensibilité, des troubles du langage, des convulsions, une syncope et d'autres symptômes neurologiques. Les codes suivants sont utilisés pour décrire les troubles de conversion:

- F44.4 "Conversion disorder with motor symptom or deficit"
- F44.5 "Conversion disorder with seizures or convulsions"
- F44.6 "Conversion disorder with sensory symptom or deficit"
- F44.7 "Conversion disorder with mixed symptom presentation"

De plus, deux codes sont disponibles pour les troubles dissociatifs et de conversion autres (F44.89) et non spécifiés (F44.9).

Exemples de pathologies relevant de la catégorie F44:

- Paralyse psychogène:
F44.4 "Conversion disorder with motor symptom or deficit"
- Démarche anormale, hystérique:
F44.4 "Conversion disorder with motor symptom or deficit"
- Amnésie hystérique:
F44.0 "Dissociative amnesia"
- Cécité émotionnelle:
F44.6 "Conversion disorder with sensory symptom or deficit"

8.4. Troubles somatoformes (psychosomatiques)

Les troubles somatoformes sont des pathologies mentales caractérisées par des symptômes physiques qui imitent une maladie ou un traumatisme pour lesquels il n'y a pas de cause physique clairement identifiée. Les symptômes sont causés par des facteurs mentaux. Un diagnostic de trouble somatoforme implique que les facteurs mentaux contribuent largement à l'apparition des symptômes, à leur sévérité et à leur durée. ICD-10-CM classe les troubles somatoformes dans la catégorie F45.

Exemples:

- Diarrhée psychogène:
F45.8 "Other somatoform disorders"
- Dysménorrhée psychogène:
F45.8 "Other somatoform disorders"
- Trouble hypocondriaque:
F45.20 "Hypochondriacal disorder, unspecified"

Lors de l'attribution des codes des catégories F44 et F45, il est important de faire la différence entre ces conditions et des conditions similaires parmi les catégories des troubles névrotiques, des psychoses ou des troubles organiques.

La douleur exclusivement psychologique est codée F45.41 "Pain disorder exclusively related to psychological factors". Un code de la catégorie G89 "Pain, not elsewhere classified" ne peut pas être associé à un code F45.41.

Si le dossier mentionne une composante psychologique pour une douleur aiguë ou chronique, le code F45.42 "Pain disorder with related psychological factors" est attribué avec un code de la catégorie G89.

9. SYNDROMES COMPORTEMENTAUX ASSOCIÉS À DES TROUBLES PHYSIOLOGIQUES ET À DES FACTEURS PHYSIQUES

Les catégories F50 à F59 sont consacrées aux syndromes comportementaux associés à des troubles physiologiques et à des facteurs physiques. Ces codes ne sont pas utilisés lorsque les pathologies résultent de maladies mentales classées ailleurs ou sont d'origine organique. Il s'agit des pathologies suivantes:

- F50.- "Eating disorders" (comme l'anorexie nerveuse et la boulimie nerveuse)
- F51.- "Sleep disorders not due to a substance or known physiological condition"
- F52.- "Sexual dysfunction not due to a substance or known physiological condition"
- F53.- 'Mental and behavioral disorders associated with the puerperium, not elsewhere classified'
- F54 "Psychological and behavioral factors associated with disorders or diseases classified elsewhere"
- F55.- "Abuse of non-psychoactive substances"
- F59 "Unspecified behavioral syndromes associated with physiological disturbances and physical factors"

La catégorie F54 "Psychological and behavioral factors associated with disorders or diseases classified elsewhere" comprend les facteurs psychologiques et comportementaux associés à des maladies classées ailleurs. Parmi les pathologies typiquement associées aux codes F54, on trouve l'asthme, la colite ulcéreuse et la dermatite. Lorsqu'une telle pathologie est d'origine psychologique, le trouble physique est codé en premier lieu, suivi du code F54.

Par exemple:

- Asthme psychogène léger, intermittent:
J45.20 "Mild intermittent asthma, uncomplicated"
F54 "Psychological and behavioral factors associated with disorders or diseases classified elsewhere"
- Tachycardie auriculaire paroxystique psychogène:
I47.1 "Supraventricular tachycardia"
F54 "Psychological and behavioral factors associated with disorders or diseases classified elsewhere"

10. TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ ET DU COMPORTEMENT DE L'ADULTE

Les catégories F60 à F69 sont consacrées aux troubles de la personnalité et du comportement de l'adulte. Ce groupe contient les troubles suivants:

- F60.- 'Specific personality disorders'
- F63.- 'Impulse disorders'
- F64.- 'Gender identity disorders'

F65.- 'Paraphilias'

F66.- 'Other sexual disorders'

F68.- 'Other disorders of adult personality and behavior'

Il est important de distinguer deux types de troubles simulés classés dans la catégorie F68.

La sous-catégorie F68.1 'Factitious disorder imposed on self', également appelée syndrome de Munchausen, est un trouble dans lequel une personne déclare à tort ou cause ses propres signes et symptômes physiques ou psychologiques. La sous-catégorie F68.1 est subdivisée en F68.10 'Factitious disorder imposed on self, unspecified', F68.11 'Factitious disorder imposed on self, with predominantly psychological signs and symptoms', F68.12 'Factitious disorder imposed on self, with predominantly physical signs and symptoms' et F68.13 'Factitious disorder imposed on self, with combined psychological and physical signs and symptoms'.

D'autre part, le syndrome de Munchausen par procuration (MSBP) est une affection dans laquelle le prestataire de soins (auteur) signale à tort ou cause une maladie ou une blessure à une autre personne (victime) confiée à ses soins, telle qu'un enfant, une personne âgée, ou une personne handicapée. La condition est également décrite comme "affection fictive occasionnée par des intermédiaires" ou "syndrome de Munchausen indirect". L'auteur, et non la victime, reçoit ce diagnostic. Le code F68.A 'Factitious disorder imposed on another' est enregistré pour l'auteur. La victime d'un patient atteint de MSBP reçoit un code de la catégorie T74 'Adult and child abuse, neglect and other maltreatment, confirmed' or T76 'Adult and child abuse, neglect and other maltreatment, suspected'.

Exercice 16.2

Codez les diagnostics suivants.

1. Délire aigu sur pneumonie à Hemophilus influenzae	J14 + F05
2. Personnalité passive-agressive	F60.89
3. Dépression anxieuse avec troubles de conversion (convulsions)	F41.8 + F44.5
4. Réaction d'adaptation chez un adolescent avec troubles sévères du comportement	F43.24
5. Dépression sévère récidivante	F33.2
6. Réaction aigüe psychomotrice au stress	F43.0

11. PATHOLOGIES DUES À L'ABUS ET À LA DÉPENDANCE

L'ICD-10-CM classe l'abus et la dépendance à des substances au niveau des pathologies mentales. Contrairement à la notion selon laquelle il s'agit d'affections différentes, des preuves scientifiques montrent qu'ils se distribuent selon un spectre continu basé sur l'utilisation. Les codes d'abus sont attribués 'mild substance use disorder'. Et les codes pour la dépendance sont attribués pour 'moderate and severe use disorder' sur la base des termes d'inclusion dans la liste systématique. Il existe des codes "en rémission" tant pour la dépendance et que pour l'abus de substances.

11.1. Abus et dépendance à l'alcool

L'ICD-10-CM classe l'abus et la dépendance à l'alcool dans la catégorie F10 "Alcohol related disorders". Un code complémentaire pour le taux d'alcoolémie peut être ajouté le cas échéant (Y90.- "Evidence of alcohol involvement determined by blood alcohol level").

L'abus d'alcool est la consommation répétée de boissons alcoolisées malgré les conséquences négatives. La dépendance à l'alcool se distingue de l'abus d'alcool par la présence de symptômes tels qu'une tolérance et des phénomènes de sevrage. Aussi bien la dépendance que l'abus d'alcool peuvent être décrits par le terme vague « d'alcoolisme ».

L'ICD-10-CM classe l'abus d'alcool dans la sous-catégorie F10.1 "Alcohol abuse", tandis que la dépendance à l'alcool est classée dans la sous-catégorie F10.2 "Alcohol dependence".

Ces sous-catégories sont ensuite subdivisées pour préciser la présence d'une intoxication ou d'un délirium. Des caractères supplémentaires indiquent en outre si l'alcool entraîne un trouble de l'humeur, un trouble psychotique ou un autre trouble induit par l'alcool. Les codes de la sous-catégorie F10.23 'Alcohol dependence with withdrawal' fournissent des détails supplémentaires sur des phénomènes de sevrage comme le délirium ou des troubles de la perception.

Le code F10.129 "Alcohol abuse with intoxication, unspecified" est utilisé pour le diagnostic d'ivresse simple. Attention, l'ivresse aiguë dans l'alcoolisme relève du code F10.229 "Alcohol dependence with intoxication, unspecified"; l'ivresse chronique est codée F10.20 "Alcohol dependence, uncomplicated" et l'ivresse chronique en rémission est reprise sous le code F10.21 "Alcohol dependence, in remission". Le code F10.21 inclut l'usage d'alcool modéré et sévère en rémission précoce et prolongée. La sélection du code F10.21 pour la rémission se fonde sur une mention par le médecin, comme défini dans l' *ICD-10-CM Official Guidelines for Coding and Reporting*, et non sur un document infirmier ou autre.

L'abus d'alcool en rémission est codé avec le code F10.11 'Alcohol abuse, in remission'. Le code F10.11 inclut un léger trouble lié à la consommation d'alcool en rémission précoce ou prolongée.

Si la consommation d'alcool a été mentionnée sans préciser s'il s'agissait d'un abus ou d'une dépendance, et sans documentation de troubles mentaux ou du comportement, on codera Z72.89 'Other problems related to lifestyle'.

Notez que l'effet toxique de l'alcool n'est pas classé dans la catégorie F10 "Alcohol related disorders" mais dans la sous-catégorie T51.0 "Toxic effect of ethanol".

Nous nous référons également à la publication suivante pour connaître la différence entre «trouble de la consommation d'alcool» dans les DSM-IV et DSM-5: <https://www.niaaa.nih.gov/publications/brochures-and-fact-sheets/alcohol-use-disorder-comparison-between-dsm>

11.2. Abus et dépendance à des substances

L'ICD-10-CM classe l'abus et la dépendance à des substances dans les catégories suivantes, en fonction du type de substance:

- F11 "Opioid related disorders"
- F12 "Cannabis related disorders"
- F13 "Sedative, hypnotic, or anxiolytic related disorders"
- F14 "Cocaine related disorders"
- F15 "Other stimulant related disorders"
- F16 "Hallucinogen related disorders"
- F17 "Nicotine dependence"
- F18 "Inhalant related disorders"
- F19 "Other psychoactive substance related disorders"

Dans la plupart des cas, un 4^{ème} caractère précisera s'il s'agit d'un abus sans dépendance (1), d'une dépendance (2) ou d'un usage non spécifié (9). Des caractères additionnels sont également prévus pour indiquer une intoxication, un delirium ou une intoxication avec troubles de perception. Les patients souffrant d'abus ou de dépendance à des substances développent souvent des complications physiques et/ou des symptômes psychotiques associés. Ces complications sont classées sous l'abus ou la dépendance à des substances en cause avec un 5^{ème} ou 6^{ème} caractère fournissant plus de détails à propos de troubles induits par la substance: troubles de l'humeur, troubles psychotiques, phénomènes de sevrage et autres troubles induits par des drogues et des médicaments (tels que dysfonctionnement sexuel ou troubles du sommeil).

Les patients dépendants à l'alcool, aux drogues ou aux 2 présentent fréquemment des symptômes de sevrage qui nécessitent une désintoxication. Le sevrage évoque un ensemble de symptômes qui apparaissent à la suite de l'arrêt soudain ou de la diminution drastique de la dose de médicaments, de drogues et/ou d'alcool consommée. Les symptômes et signes de sevrage varient en fonction de la substance et de l'individu. Ils incluent tremblements, agitations, irritabilité, trouble du sommeil, anorexie, hyperactivité autonome, épilepsie et hallucinations. Une forme sévère de sevrage connue sous le nom de delirium tremens est caractérisée par de la fièvre, de la tachycardie, de l'hyper- ou hypotension, des hallucinations, de l'agitation, de la confusion, un état mental fluctuant et de l'épilepsie.

L'ICD-10-CM prévoit des codes combinés qui identifient à la fois l'abus ou la dépendance à l'alcool ou à des substances et leurs complications associées.

Exemples:

F10.251	"Alcohol dependence with alcohol-induced psychotic disorder with hallucinations"
F10.180	"Alcohol abuse with alcohol-induced anxiety disorder"
F11.250	"Opioid dependence with opioid-induced psychotic disorder with delusions"

Le sevrage alcoolique est classé dans la dépendance à l'alcool. Il existe des codes de combinaison pour la dépendance à l'alcool avec le sevrage de l'alcool.

Par exemple :

F10.231	'Alcohol dependence with withdrawal delirium'

L'ICD-10-CM ne classe pas le sevrage de l'alcool avec l'abus d'alcool. Si le médecin traitant documente et confirme l'abus d'alcool, plutôt que la dépendance à l'alcool, avec sevrage alcoolique, n'attribuez pas de code de sevrage, mais seulement l'abus d'alcool.

La catégorie F19 "Other psychoactive substance related disorders" peut être utilisée quand ni la substance, ni la catégorie à laquelle elle appartient ne sont spécifiés.

De même que pour le code F10.21 "Alcohol dependence, in remission", les codes de rémission (identifiés par "-.21") des catégories F11-F19 sont uniquement attribués si le médecin le documente dans le dossier du patient.

Les codes appropriés pour "en rémission" ne sont attribués que sur la base de la documentation, sauf indication contraire de la classification. Les troubles liés à une consommation légère de substances en phase de rémission précoce ou prolongée sont classés dans l'abus de substances en phase de rémission. Les troubles liés à une consommation modérée ou grave de substances en rémission précoce ou prolongée sont classés dans la dépendance en rémission.

11.3. Usage de substances psychoactives

Outre les codes d'abus et de dépendance à des substances psychoactives, ICD-10-CM dispose aussi de codes pour l'usage ('use') de substances psychoactives, avec un 4^{ème} caractère de valeur "9" (comme F10.9- (alcool), F11.9- (opiacés), F12.9-, F13.9-, F14.9-, F15.9-, F16.9-).

Comme pour tous les autres diagnostics, ces codes sont attribués uniquement si le médecin les documente et s'ils répondent aux critères de codage des diagnostics, voir section III, Reporting Additional Diagnoses, de l'ICD-10-CM Official Guidelines for Coding and Reporting.

Ces codes s'utilisent uniquement si cette substance psychoactive est associée à des troubles physiques, mentaux ou comportementaux et qu'une telle relation est documentée par le médecin.

11.4. Hiérarchie entre les codes d'usage, d'abus et de dépendance à des substances psychoactives

Lorsque le médecin documente à la fois l'usage, l'abus et la dépendance à une même substance (p. ex. alcool, opiacés, cannabis), un seul code sera utilisé pour identifier le type d'usage, en respectant la hiérarchie suivante:

- Si on documente à la fois un usage et un abus, seul le code de l'abus est attribué.
- Si on documente à la fois un abus et une dépendance, seul le code de la dépendance est attribué.
- Si on documente à la fois un usage, un abus et une dépendance, seul le code de la dépendance est attribué.
- Si on documente à la fois un usage et une dépendance, seul le code de la dépendance est attribué.

11.5. Choix du diagnostic principal

Le choix du diagnostic principal pour les patients hospitalisés avec abus ou dépendance à des substances est déterminé par les circonstances de l'admission, comme défini dans les exemples suivants:

1. Quand le patient est admis pour désintoxication et revalidation sur abus ou dépendance à la fois à l'alcool et à une substance et que les 2 pathologies sont traitées, elles peuvent toutes 2 être sélectionnées comme diagnostic principal..
2. Quand un patient chez qui un problème d'abus ou de dépendance à des substances a été diagnostiqué est admis pour le traitement ou l'évaluation d'une pathologie physique liée à l'usage de substances, suivez les instructions de la liste alphabétique pour les pathologies décrites comme "alcoholic" ou "due to drugs". Attribuez en premier lieu le code de la pathologie physique, suivi du code pour l'abus ou la dépendance.
3. Quand un patient chez qui un problème d'abus ou de dépendance à l'alcool ou à des substances a été diagnostiqué est admis pour une pathologie sans lien avec ce problème, suivez les règles habituelles de codage pour le choix du diagnostic principal.

12. THÉRAPIE POUR ABUS DE SUBSTANCE

Le traitement des patients présentant un diagnostic de dépendance ou d'abus de substances consiste en une désintoxication et / ou une revalidation. L'abus ou la dépendance est le diagnostic principal pour un patient admis pour un tel traitement.

La désintoxication est la gestion des symptômes de sevrage chez un patient physiquement dépendant de l'alcool ou de drogues. C'est plus qu'une simple observation, car cela nécessite une prise en charge active. Le traitement peut inclure l'évaluation, l'observation, la surveillance, l'administration de thiamine, des préparations multivitaminées pour l'alimentation et d'autres médicaments (tels que la méthadone, les barbituriques à action prolongée, les benzodiazépines ou la carbamazépine) et une nutrition adaptée. Le programme de désintoxication pour les patients alcoolo-dépendants est généralement poursuivi pendant

quatre ou cinq jours, mais il peut également être dispensé en ambulatoire en fonction de la gravité des symptômes de sevrage. La désintoxication des opiacés et des sédatifs / hypnotiques prend plus de temps (généralement de trois semaines à plusieurs mois) et peut être effectuée en ambulatoire ou lors d'une hospitalisation. Si le dossier médical indique qu'une désintoxication a eu lieu, le code peut être utilisé même si aucun médicament n'a été administré.

La revalidation consiste en un programme structuré mis en œuvre dans le but de parvenir à un contrôle strict de la consommation d'alcool et de drogues. Une gamme de modalités de revalidation peut être utilisée. Par exemple, un traitement d'entretien à la méthadone, un séjour dans des communautés résidentielles thérapeutiques ou une thérapie à long terme d'abstinence de drogue ou d'alcool en ambulatoire.

Si un patient toxicomane reçoit des médicaments pour sa désintoxication ou pour des programmes d'entretien visant à prévenir les symptômes de sevrage (par exemple, traitement d'entretien à la méthadone pour la dépendance aux opiacés), le code correspondant pour la toxicomanie doit être attribué, et pas le code Z79.891 'Long term (current) use of opiate analgesic' ou le 'Z79.899 Other long term (current) drug therapy'.

Exercice 16.3

Codez les diagnostics suivants.

1. Psychose paranoïde alcoolique avec dépendance à l'alcool	F10.250
2. Cirrhose alcoolique du foie et alcoolisme chronique	K70.30 + F10.20
3. Intoxication alcoolique aiguë avec alcoolémie de 59mg/100ml	F10.129 + Y90.2
4. Dépendance à la marijuana	F12.20
5. Dépendance et intoxication alcoolique aiguë	F10.229
6. Abus de barbituriques avec troubles du sommeil	F13.182
7. Dépendance à la cocaïne	F14.20
8. Abus d'amphétamines	F15.10
9. Dépendance aux barbituriques et à l'héroïne	F13.20 + F11.20
10. Admission pour syndrome de sécrétion inappropriée d'hormone antidiurétique ("Syndrome of inappropriate antidiuretic hormone secretion", SIADH) secondaire à un alcoolisme chronique	E22.2 + F10.20

13. CODAGE D'INTERVENTIONS EN SOINS DE SANTÉ MENTALE ET EN CAS D'ABUS OU DE DÉPENDANCE À DES SUBSTANCES

Les pathologies mentales, autres que les troubles liés aux abus de substance sont souvent traitées par une thérapie psychodynamique (« parole »), des médicaments, des électrochocs ou une combinaison de moyens thérapeutiques.

Le diagnostic seul n'explique pas toujours la durée du séjour, ni le niveau de consommation de substances psychoactives chez ces patients ; les codes de traitement peuvent aider à l'analyse des tendances en matière de soins.

L'ICD-10-PCS dispose de deux sections pour les procédures liées à la santé mentale et à l'abus de substances:

- G Santé mentale ("Mental health")
- H Traitement de l'abus de substances ("Substance abuse treatment")

13.1. Interventions en santé mentale (section G)

La section "Mental health" d'ICD-10-PCS contient des valeurs spécifiques pour les 3^{ème} et 4^{ème} caractères afin d'identifier ces traitements. Le caractère le plus important dans cette section est le type 'root operation' (3^{ème} caractère), tandis que le 4^{ème} caractère 'type qualifier' précise la procédure si nécessaire. Les autres caractères (2^{ème}, 5^{ème}, 6^{ème} et 7^{ème}) sont là uniquement pour occuper l'espace et n'apportent aucune information supplémentaire sur le traitement. La valeur "Z" sert de "caractère substitutif". Les exemples suivants montrent la structure des codes ICD-10-PCS-dans la section "Mental health".

Thérapie par électrochocs – unilatérale, chocs multiples

Caractère 1 Section	Caractère 2 Système anatomique	Caractère 3 Type de base	Caractère 4 Qualificatif de type	Caractère 5 Qualificatif	Caractère 6 Qualificatif	Caractère 7 Qualificatif
G	Z	B	1	Z	Z	Z
Santé mentale	Néant	Thérapie par électrochocs	Unilatéral(e) - chocs multiples	Néant	Néant	Néant

La section "Mental health" comprend 12 valeurs pour la 'root operation' (3^{ème} caractère). Celles-ci sont reprises avec leur définition dans le tableau 16.1.

Voici quelques exemples d'interventions fréquemment réalisées dans le domaine des soins de santé mentale sur des patients hospitalisés:

- ECT (thérapie par électrochocs), unilatérale, chocs multiples:
GZB1ZZZ "Electroconvulsive Therapy, Unilateral-Multiple Seizure"
- Intervention de crise:
GZ2ZZZZ "Crisis Intervention"
- Psychothérapie de groupe:
GZHZZZZ "Group Psychotherapy"

Tableau 16.1: Valeurs pour le type de base dans la section Mental health'

Valeur	Intitulé	Définition
1	Psychological tests (tests psychologiques)	Utilisation et interprétation de tests psychologiques standardisés et d'instruments de mesure pour évaluer la fonction psychologique
2	Crisis intervention (intervention de crise)	Traitement d'un individu traumatisé, perturbé de manière aiguë, à des fins de stabilisation à court terme
3	Medication management (gestion des médicaments)	Suivi et ajustement du traitement médicamenteux d'un trouble de santé mentale
5	Individual psychotherapy (psychothérapie individuelle)	Traitement d'un individu souffrant de troubles mentaux par des thérapies comportementales, cognitives, psychoanalytiques, psychodynamiques ou psychophysiologiques pour améliorer son mode de fonctionnement et son bien-être
6	Counseling (conseil)	Application de méthodes psychologiques pour traiter un individu ayant un développement normal et des soucis psychologiques dans le but d'améliorer son mode de fonctionnement, d'accroître son bien-être, d'apaiser sa détresse, d'ajuster un comportement inadapté ou de résoudre une crise
7	Family psychotherapy (psychothérapie familiale)	Traitement, en incluant un ou plusieurs membres de la famille, d'un individu souffrant de troubles mentaux par des thérapies comportementales, cognitives, psychoanalytiques, psychodynamiques ou psychophysiologiques pour améliorer son mode de fonctionnement et son bien-être

B	Electroconvulsive therapy (thérapie par électrochocs)	Application de tensions électriques contrôlées pour traiter une pathologie mentale
C	Biofeedback	Apport d'informations à partir de la mesure et de la régulation de processus physiologiques, concomitamment à des techniques cognitives et comportementales pour améliorer le mode de fonctionnement et le bien-être du patient
F	Hypnosis (hypnose)	Induction d'un état de suggestibilité élevée par des techniques visuelles, auditives et tactiles pour susciter des réponses émotionnelles et comportementales
G	Narcosynthesis (narcosynthèse)	Administration de barbituriques en IV pour libérer des pensées non exprimées ou réprimées
H	Group psychotherapy (psychothérapie de groupe)	Traitement de deux ou plusieurs individus souffrant de troubles mentaux par des thérapies comportementales, cognitives, psychoanalytiques, psychodynamiques ou psychophysiologiques pour améliorer leur mode de fonctionnement ou leur bien-être.
J	Light therapy (luminothérapie)	Application de traitements lumineux spécialisés pour améliorer le mode de fonctionnement ou le bien-être.

13.2. Traitement de l'abus ou de la dépendance à des substances (section H)

La section relative au traitement de l'abus ou de la dépendance à des substances ("Substance abuse treatment") dans l'ICD-10-PCS est structurée de la même manière, en plus modeste, que la section "Mental Health". Ici aussi, le caractère le plus important est le 3^{ème} qui identifie la 'root operation' de base, tandis que le 4^{ème} apporte des précisions sur ce type de base. Les autres caractères (2^{ème}, 5^{ème}, 6^{ème} et 7^{ème}) avec valeur 'Z' sont là uniquement comme caractères substitutifs et n'apportent aucune information spécifique sur l'intervention. L'exemple suivant illustre la structure d'ICD-10-PCS pour la section "Substance abuse treatment".

Prise en charge médicamenteuse, dose d'entretien de méthadone

Caractère 1 Section	Caractère 2 Système anatomique	Caractère 3 Type de base	Caractère 4 Qualificatif de type	Caractère 5 Qualificatif	Caractère 6 Qualificatif	Caractère 7 Qualificatif
H	Z	8	1	Z	Z	Z
Traitement d'abus de substances	Néant	Prise en charge médicamenteuse	Méthadone (entretien)	Néant	Néant	Néant

La section "Substance abuse treatment" comprend 7 valeurs pour le type de base (3^{ème} caractère).
Celles-ci sont reprises avec leur définition dans le tableau 16.2.

Voici quelques exemples de traitements fréquents appliqués sur des patients hospitalisés souffrant d'abus de substances:

- Désintoxication d'alcool et/ou de drogues
HZ2ZZZZ 'Detoxification Services for Substance Abuse Treatment'
- Prise en charge médicamenteuse par antabuse
HZ83ZZZ 'Medication Management for Substance Abuse Treatment, Antabuse'
- Prise en charge médicamenteuse par méthadone
HZ81ZZZ 'Medication Management for Substance Abuse Treatment, Methadone Maintenance'
- Thérapie de groupe, conseil comportemental
HZ41ZZZ 'Group Counseling for Substance Abuse Treatment, Behavioral'

Tableau 16.2: Valeurs du type de base dans la section "Substance abuse treatment"

Valeur	Intitulé	Définition
2	Detoxification services (services de désintoxication)	Désintoxication d'alcool et/ou de drogues
3	Individual counseling (conseil individuel)	Application de méthodes psychologiques pour traiter un individu souffrant d'un problème de dépendance
4	Group counseling (conseil de groupe)	Application de méthodes psychologiques pour traiter 2 ou plusieurs individus souffrant d'un problème de dépendance

5	Individual psychotherapy (psychothérapie individuelle)	Traitement d'un individu souffrant d'un problème de dépendance par des thérapies comportementales, cognitives, psychoanalytiques, psychodynamiques ou psychophysiologiques
6	Family counseling (accompagnement familial)	Application de méthodes psychologiques impliquant un ou plusieurs membres de la famille dans le traitement d'un individu souffrant d'un problème de dépendance
8	Medication management (Prise en charge médicamenteuse)	Suivi et ajustement de médicaments de substitution lors du traitement d'une dépendance
9	Pharmacotherapy (pharmacothérapie)	Utilisation de médicaments de substitution lors du traitement d'une dépendance.

EXERCICE 16.4

Codez les interventions suivantes.

1. Psychothérapie individuelle de soutien	GZ56ZZZ
2. Intervention de crise	GZ2ZZZZ
3. Conseil comportemental de groupe pour abus de substances	HZ41ZZZ
4. Thérapie par électrochocs, bilatérale, chocs multiples	GZB3ZZZ
5. Cure de désintoxication pour abus d'alcool	HZ2ZZZZ
6. Patch de nicotine pour dépendance au tabac : adaptation de la médication (administration de médicament)	HZ80ZZZ
7. Conseil comportemental de groupe, programme en 12 étapes dans le cadre d'une dépendance	HZ43ZZZ

Chapitre 17: MALADIES DU SANG ET DES ORGANES HÉMATOPOÏÉTIQUES ET CERTAINS TROUBLES DU SYSTÈME IMMUNITAIRE

1. INTRODUCTION

Les maladies du sang et des organes hématopoïétiques, incluant la moelle osseuse, les tissus lymphatiques, les globules rouges, les globules blancs, les plaquettes et les facteurs de coagulation, sont classées dans le chapitre 3 'Diseases of the blood and blood-forming organs and certain other disorders involving the immune mechanism' (D50-D89) de la classification ICD-10-CM. Ce chapitre contient également certaines pathologies du système immunitaire, dont l'immunodéficience excepté le virus de l'immunodéficience humaine acquise (VIH).

Les néoplasmes, comme les leucémies, sont classés dans le chapitre 2 "Neoplasms" de la classification ICD-10-CM avec les autres maladies néoplasiques.

Les maladies du sang et des organes hématopoïétiques compliquant la grossesse, l'accouchement et le post-partum sont classées dans le chapitre 15 "Pregnancy, Childbirth, and the Puerperium" de la classification ICD-10-CM. L'anémie de la grossesse, par exemple, est codée O99.01- "Anemia complicating pregnancy" avec un code complémentaire du chapitre 3 de l'ICD-10-CM pour préciser le type d'anémie. Les troubles hématologiques du fœtus et du nouveau-né sont classés parmi les pathologies périnatales dans le chapitre 16 "Certain Conditions Originating in the Perinatal Period" de la classification ICD-10-CM.

2. ANÉMIE

La pathologie que le codeur rencontrera le plus souvent dans le chapitre 3 de l'ICD-10-CM est l'anémie. On parle d'anémie lorsqu'il y a une quantité insuffisante d'hémoglobine, ou une diminution du nombre ou du volume des globules rouges, par suite d'un déséquilibre entre la perte et la production de globules rouges. L'anémie peut être causée par trois mécanismes indépendants : diminution de production des globules rouges, augmentation de destruction des globules rouges, et hémorragie. Chez certains patients, deux de ces mécanismes, voire les trois, peuvent coexister.

Rappelons qu'un code ne peut pas être attribué sur la seule base de résultats de laboratoire anormaux. Lorsque ces résultats apportent une précision sur le type d'anémie, le codeur devra en discuter avec le médecin traitant avant d'enregistrer un code spécifique pour ce type d'anémie.

2.1. Anémies par déficit

Les anémies par déficit en fer sont classées dans la catégorie D50 "Iron deficiency anemia". Ce type d'anémie peut être dû à une perte de sang chronique (D50.0 'Iron deficiency anemia secondary to chronic blood loss') dans des pathologies comme l'hémorragie gastro-intestinale chronique ou les ménorragies, ou à un apport insuffisant de fer dans l'alimentation (D50.8 'Other iron deficiency anemias'). Si la cause n'est pas spécifiée, on utilise le code D50.9 "Iron deficiency anemia, unspecified". Notons cependant qu'une anémie par manque de fer mentionnée comme secondaire à une perte de sang aiguë est codée D62 "Acute posthemorrhagic anemia", plutôt qu'avec un code de la catégorie D50 (voir paragraphe 2.2 ci-dessous).

Les autres anémies déficitaires sont codées en fonction du type de déficit, tel que vitamine B12 (catégorie D51 "Vitamin B12 deficiency anemia"), acide folique (catégorie D52 "Folate deficiency anemia"), ou autres déficits nutritionnels (catégorie D53 "Other nutritional anemias"), avec un quatrième caractère précisant le type de déficit, comme par exemple anémie sur carence alimentaire en acide folique ou déficience en vitamine B12 par déficit en facteur intrinsèque.

Quant au code D52.1 "Drug-induced folate deficiency anemia", il nécessite en outre l'attribution d'un code de la série T36-T50 "Poisoning by, adverse effects of and underdosing of drugs, medicaments and biological substances".

EXERCICE 17.1

Codez les diagnostics et interventions qui suivent.

N'attribuez pas les codes de causes externes de morbidité.

1. <u>Anémie</u> hypochrome, microcytaire, avec déficit en fer, sans cause spécifique	D50.9
2. <u>Anémie</u> macrocytaire secondaire à une malabsorption sélective de vitamine B12, avec protéinurie.	D51.1

2.2. Anémie sur perte de sang aiguë

Il est important de distinguer l'anémie par perte de sang aiguë de l'anémie par perte de sang chronique, car ces deux pathologies sont codées de manière totalement différente dans l'ICD-10-CM.

Une anémie par perte de sang aiguë résulte d'une perte de sang soudaine et significative sur un bref laps de temps. Ceci peut arriver par exemple à la suite d'un traumatisme tel qu'une lacération, ou une rupture de la rate ou autre traumatisme d'un viscère abdominal sans hémorragie extériorisée. Un diagnostic d'anémie par perte de sang aiguë doit être confirmé par des preuves documentées, comme une diminution significative et soutenue du taux d'hémoglobine ou de l'hématocrite. Ces anomalies biologiques ne doivent pas être codées, à moins que le médecin n'insiste sur leur importance clinique. Si les résultats sont anormaux et que le médecin a prescrit d'autres examens, ou un traitement, il convient de demander au médecin si le diagnostic peut être ajouté.

Une anémie par perte de sang aiguë peut survenir à la suite d'une opération sans être nécessairement une complication de la chirurgie et ne doit pas être codée comme complication post-opératoire à moins que le médecin ne le note comme tel. De nombreuses interventions, comme le remplacement d'articulation de la hanche, provoquent des pertes de sang importantes en l'absence même de complication de l'intervention. Cette perte de sang peut provoquer une anémie. L'anémie ne peut être codée que si elle a été documentée par le médecin traitant. Si le médecin traitant estime que la perte de sang n'est pas exceptionnelle, compte tenu de la procédure effectuée, et qu'il ne documente pas d'anémie ou de complication chirurgicale, la perte de sang ne sera pas codée.

Si l'anémie est suspectée sur la base de résultats de laboratoire postopératoires anormaux, un diagnostic d'anémie ne peut être codé que s'il est confirmé par le médecin traitant.

Si le dossier du patient indique qu'un patient a perdu de grandes quantités de sang au cours d'une opération, cette perte de sang ne sera pas considérée comme une anémie ni comme une complication postopératoire, à moins que le médecin traitant ne la décrive comme telle dans le dossier du patient. Le codeur n'est pas autorisé à conclure que la mention d'une perte de sang (significative), d'un résultat de laboratoire anormal et / ou d'une transfusion (souvent à titre préventif) au cours d'une intervention indique une anémie.

Lorsqu'une anémie postopératoire est mentionnée sans précision de perte de sang aiguë, on codera D64.9 « Anemia, unspecified ». Le code D62 « Acute posthemorrhagic anemia » s'utilise uniquement lorsque l'anémie postopératoire résulte d'une perte de sang aiguë.

Quand le diagnostic ou le dossier de patient ne permettent pas de distinguer s'il s'agit d'une anémie sur perte de sang aiguë ou chronique, le code utilisé est toujours D50.0 "Iron deficiency anemia secondary to blood loss (chronic)".

EXERCICE 17.2

Codez les diagnostics et interventions qui suivent.

N'attribuez pas les codes de causes externes de morbidité.

1. Anémie par perte de sang sur ulcère gastrique chronique.	D50.0 K25.4
2. Anémie chronique, secondaire à une perte de sang sur endométriose de l'utérus	D50.0 N80.0

2.3. Anémie due à une pathologie chronique

Les patients souffrant de pathologies chroniques présentent souvent une anémie qui peut être le motif de l'admission. Le traitement est souvent axé sur l'anémie et non sur la pathologie sous-jacente.

Les codes à employer pour ce type d'anémie sont les suivants :

- Anémie due à une maladie rénale chronique:
Coder en premier lieu la maladie rénale chronique (CKD) sous-jacente avec un code de la catégorie N18 "Chronic kidney disease" pour indiquer le stade de la pathologie rénale, suivi du code D63.1 "Anemia in chronic kidney disease".
- Anémie dans le cas de néoplasmes:
Coder en premier lieu le néoplasme (C00-D49) responsable de l'anémie, puis le code D63.0 "Anemia in neoplastic disease". Le code D63.0 est utilisé pour l'anémie due à un cancer. Il ne peut pas être utilisé pour l'anémie consécutive à une chimiothérapie ou à une immunothérapie, qui est un effet indésirable (D64.81 « Anemia due to the antineoplastic drugs »). Les deux codes D63.0 et D64.81 seront mentionnés conjointement si le rapport médical fait état de ces deux types d'anémie.
- Anémie due à d'autres pathologies chroniques:
Coder en premier lieu la pathologie chronique sous-jacente, suivie du code D63.8 "Anemia in other chronic diseases classified elsewhere".

2.4. Anémie due à une chimiothérapie

L'anémie due à une chimiothérapie est codée D64.81 "Anemia due to antineoplastic chemotherapy". Ce type d'anémie résulte rarement d'un processus de destruction accrue (hémolyse) et ne résulte pas non plus d'une aplasie médullaire. Les conséquences d'une chimiothérapie sont généralement de courte durée et réduisent rarement la quantité de cellules dans la moelle osseuse jusqu'à l'aplasie. Lorsque le motif de l'admission est **uniquement** le traitement de l'anémie en tant qu'effet secondaire de la chimiothérapie, cette anémie est codée en diagnostic principal, suivie des codes appropriés pour le néoplasme sous-jacent et pour le médicament responsable de cet effet secondaire. (T45.1X5- "Adverse effect of antineoplastic and immunosuppressive drugs")

L'anémie due à une chimiothérapie antinéoplasique est enregistrée au moyen du code D64.81 "Anemia due to antineoplastic chemotherapy", et ne doit pas être confondue avec l'anémie *aplasique* due à une chimiothérapie antinéoplasique, qui est enregistrée au moyen du code D61.1 "Drug-induced aplastic anemia", avec un code supplémentaire (T36-T50) pour identifier l'effet secondaire.

L'anémie due à un autre traitement médicamenteux non précisé est codée en fonction du type d'anémie ou au moyen du code D64.9 "Anemia, unspecified" si le type n'est pas précisé.

2.5. Anémie aplasique

L'anémie aplasique (catégories D60.- "Acquired pure red cell aplasia [erythroblastopenia]" et D61.- "Other aplastic anemias and other bone marrow failure syndromes") est causée par une incapacité de la moelle osseuse à produire suffisamment de cellules sanguines.

Cette pathologie peut être congénitale, mais habituellement elle est idiopathique ou acquise. Elle peut être due à un problème sous-jacent (par exemple, maladie auto-immune) ou une infection (par exemple, hépatite virale). Elle peut également être provoquée par une exposition aux rayons ionisants, des agents chimiques toxiques ou des médicaments, et résulte souvent d'un traitement antitumoral.

- L'anémie aplasique induite par des médicaments est codée D61.1 "Drug-induced aplastic anemia" suivi du code approprié pour l'effet secondaire du médicament utilisé.
- L'anémie aplasique due à l'exposition à des rayons ionisants, à d'autres agents externes ou toxiques est codée D61.2 "Aplastic anemia due to other external agents".
- L'anémie aplasique idiopathique est codée D61.3 "Idiopathic aplastic anemia".

La **pancytopénie** (D61.81-) est caractérisée par une diminution conjointe de l'ensemble des trois lignées de cellules sanguines. Une pancytopénie peut résulter d'une aplasie médullaire mais aussi d'autres causes. On utilise le code approprié pour la pancytopénie (D61.81-) comme seul code quand un patient présente simultanément une anémie (diminution des globules rouges), une leucopénie (diminution des globules blancs) et une thrombocytopénie (diminution des plaquettes). Quand la pancytopénie est d'origine médicamenteuse. L'ICD-10-CM distingue si elle est imputable à une chimiothérapie antinéoplasique, (D61.810 "**Antineoplastic chemotherapy induced pancytopenia**"), ou à d'autres médicaments, (D61.811 "**Other drug-induced pancytopenia**").

Le code D61.09 "Other constitutional aplastic anemia" est utilisé lorsque la pancytopénie est congénitale et ne résulte pas d'une maladie chronique.

Un code de la sous-catégorie D61.81 'Pancytopenia' n'est pas assigné si la pancytopénie est due, ou associée, à une anémie aplasique non spécifiée (D61.9), à une infiltration de la moelle osseuse (D61.82), à une aplasie congénitale (pure) de la lignée rouge (D61.01), à une leucémie à tricholeucocytes (C91.4-), au VIH (B20.-), à une anémie leucoérythroblastique (D61.82), à des syndromes myélodysplasiques (D46.-), ou à une maladie myéloproliférative (D47.1-).

EXERCICE 17.3

Codez les diagnostics et interventions qui suivent.

1. Anémie aplasique due à une exposition accidentelle au benzène (contact ultérieur)	T52.1X1D + D61.2
2. Pancytopénie due à une chimiothérapie (contact ultérieur)	D61.810 + T45.1X5D
3. Anémie due à une chimiothérapie (contact initial)	D64.81 + T45.1X5A
4. Pancytopénie due à un traitement par méthotrexate pour arthrite rhumatoïde (contact initial)	D61.811 + T45.1X5A + M06.9

2.6. Anémie falciforme (drépanocytose) et thalassémie

L'anémie falciforme est une maladie héréditaire des globules rouges; elle est transmise à l'enfant lorsque les deux parents sont porteurs du trait génétique. On devient porteur du trait (drépanocytose latente) lorsque l'on hérite du trait génétique d'un seul des parents. Les patients avec drépanocytose latente ne développent généralement pas la maladie (sauf s'ils ont co-hérité d'un autre type de mutation de l'hémoglobine); ils sont porteurs du trait. Quand le dossier médical contient à la fois les termes "trait d'anémie falciforme (drépanocytose latente) et "anémie falciforme", seul le code d'anémie falciforme est attribué. Dans le codage des anémies falciformes, il est important de connaître la différence entre la maladie de l'anémie falciforme (drépanocytose) (D57.0-, D57.1-, D57.2-, D57.4- et D57.8-) et le fait d'être porteur du trait génétique de l'anémie falciforme ou drépanocytose latente (D57.3 "Sickle-cell trait").

Un code de la sous-catégorie D57.0 "Hb-SS disease with crisis", ou de la sous-catégorie D57.21 "Sickle cell/Hb-C disease with crisis", est attribué lorsque des crises vaso-occlusives ou autres sont présentes. Ces sous-catégories sont ensuite subdivisées pour préciser le type de crise ou sa localisation, tel que le syndrome thoracique aigu (D57.01 "Hb-SS disease with acute chest syndrome" ou D57.211 "Sickle-cell/Hb-C disease with acute chest syndrome") ou séquestration splénique (D57.02 "Hb-SS disease with splenic sequestration" ou D57.212 "Sickle-cell/Hb-C disease with splenic sequestration"). Si une pathologie telle qu'une embolie cérébrovasculaire survient, celle-ci requiert l'attribution d'un code supplémentaire.

Un autre type d'anémie falciforme est la thalassémie. Des codes spécifiques sont prévus pour la thalassémie avec crise (sous-catégorie D57.41- **Sickle-cell thalassemia with crisis**) ou sans crise (code D57.40 '**Sickle-cell thalassemia without crisis**'). Les codes de la sous-catégorie D57.41- ont un sixième caractère supplémentaire permettant de préciser le type de crise (thorax, rate, non spécifié).

D'autres pathologies falciformes sont la maladie Hb-SD et la maladie Hb-SE, qui sont classées dans la sous-catégorie D57.8 'Other sickle cell disorders'. Les codes de la sous-catégorie D57.8 disposent de caractères supplémentaires pour indiquer la présence éventuelle ou non d'une crise et le type de crise dont il s'agit.

La thalassémie est une anomalie génétique du sang qui résulte d'un défaut du gène qui contrôle la production d'une des protéines d'hémoglobine. Il existe plusieurs formes de thalassémie. Chaque type possède différents sous-types. Le gène défectueux doit être hérité des deux parents pour qu'un individu développe une thalassémie majeure. La thalassémie mineure survient quand le gène défectueux est hérité d'un seul parent. Les individus présentant cette forme d'anomalie sont porteurs de la maladie mais ne développent habituellement aucun symptôme. L'ICD-10-CM dispose de codes uniques pour les différentes formes de thalassémie, comme la thalassémie alpha (D56.0), la thalassémie bêta (D56.1), la thalassémie delta-bêta (D56.2), la thalassémie mineure (D56.3), la thalassémie à hémoglobine E-beta (D56.5), et les autres thalassémies (D56.8). Le code D56.9 "Thalassemia, unspecified" est utilisé quand le type de thalassémie n'est pas spécifié. Le fait d'être porteur du trait de la thalassémie, non autrement spécifié, est codé D56.3 "Thalassemia minor".

EXERCICE 17.4

Codez les diagnostics suivants. N'attribuez pas les codes de causes externes de morbidité

1. Hémophilie classique	D66
2. Anémie falciforme Hb-SS	D57.1
3. Anémie hémolytique héréditaire sphérocytaire	D58.0
4. Thalassémie	D56.9
5. Crise d'anémie falciforme avec syndrome thoracique aigu	D57.01

3. TROUBLES DE LA COAGULATION

Les troubles de la coagulation sont caractérisés par un allongement du temps de coagulation. Certains troubles de la coagulation sont congénitaux, d'autres sont acquis, comme par exemple l'hémophilie acquise.

La sous-catégorie D68.31 "Hemorrhagic disorder due to intrinsic circulating anticoagulants, antibodies or inhibitors", dispose de codes pour les maladies rares résultant d'une présence dans le sang d'anticoagulants circulants (**d'origine non médicamenteuse**), qui empêchent une coagulation normale. Ces anticoagulants intrinsèques sont présents dans le sang de manière habituelle, comme les autres déficits de coagulation.

L'augmentation du risque hémorragique est un effet secondaire de l'anticoagulation thérapeutique.

Pour une hémorragie chez un patient traité par coumarine, héparine ou d'autres produits anticoagulants, on utilise le code D68.32 "Hemorrhagic disorder due to **extrinsic** circulating anticoagulants". Le code T45.515- "Adverse effect of anticoagulant", ou le code T45.525- "Adverse effect of antithrombotic drugs", sont utilisés pour indiquer l'effet secondaire des anticoagulants correctement administrés.

La thrombocytopénie induite par l'héparine (D75.82'**Heparin induced thrombocytopenia (HIT)**') est l'un des effets secondaires les plus graves d'une thérapie à l'héparine. L'héparine est utilisée pour prévenir et traiter les troubles de la coagulation. Chez certains patients, l'héparine déclenche des manifestations autoimmunes avec thrombopénie sévère et complications thrombotiques.

La thrombophilie (état d'hypercoagulabilité ou tendance accrue à la thrombose) fait référence à un groupe de pathologies, héréditaires ou acquises, causées par une production accrue de thrombine, dans lesquelles le sang présente une tendance accrue à la formation de caillots et au dépôt de fibrine **dans les petits vaisseaux**. Ces pathologies peuvent être congénitales ou acquises et se subdivisent en formes primaires et secondaires.

L'état d'hypercoagulabilité primaire ou thrombophilie primaire (sous-catégorie D68.5-'**Primary thrombophilia**') est une anomalie héréditaire de facteurs anticoagulants spécifiques (notamment protéine C, protéine S,...).

L'état d'hypercoagulabilité secondaire (sous-catégorie D68.6-'**other thrombophilia**') comprend essentiellement des troubles acquis qui prédisposent à la thrombose au travers de mécanismes complexes et multifactoriels relatifs à des anomalies du flux sanguin ou de la composition du sang ou des parois des vaisseaux. Des exemples de pathologies pouvant entraîner un état d'hypercoagulabilité secondaire sont un néoplasme, une grossesse, un traumatisme, un trouble myéloprolifératif et le syndrome d'anticorps antiphospholipides.

Un temps de prothrombine prolongé, de même que d'autres anomalies du profil de coagulation, ne sont pas codés comme un trouble de la coagulation. Si un patient présente un profil de coagulation modifié en raison d'un traitement par anticoagulant, mais sans présenter d'hémorragie secondaire à la prise du médicament, le code R79.1 "Abnormal coagulation profile" est utilisé pour ce résultat de laboratoire, avec le code Z79.01 « Long terme (current) use of anticoagulants ».

Voici deux exemples de codage approprié :

- Ulcère duodénal avec hémorragie due à un traitement par coumarine, contact initial.
D68.32: affection hémorragique due à des anticoagulants circulants extrinsèques.
K26.4 : ulcère duodénal chronique ou non spécifié avec hémorragie
T45.515A: effet indésirable des anticoagulants, contact initial
- Gastrite aiguë avec hémorragie due à une thérapie par anticoagulant, contact subséquent.
D68.32: affection hémorragique due à des anticoagulants circulants extrinsèques.
K29.01 : gastrite aiguë avec saignement
T45.515D: effet indésirable des anticoagulants, contact subséquent

Les deux exemples suivants permettent de faire la distinction entre intoxication et effet secondaire.

- INTOXICATION. Un patient sous thérapie à la warfarine est admis pour hématomène. Il est traité au Marevan® (Warfarine). La gastro-duodénoscopie révèle un ulcère duodénal hémorragique. Le contrôle de la coagulation fait apparaître un surdosage de la warfarine (intoxication). Le diagnostic d'ulcère duodénal hémorragique aigu imputable à une trop forte dose de coumarines est posé:
T45.511A 'Poisoning by anticoagulants, accidental (unintentional), initial encounter'
K26.4 'Chronic or unspecified duodenal ulcer with hemorrhage'
D68.32 'Hemorrhagic disorder due to extrinsic circulating anticoagulants'
- EFFET SECONDAIRE. Réadmission d'un patient après un premier épisode d'hématomène. Le patient prend de la warfarine. La gastroscopie identifie une gastrite avec traces d'hémorragie récente. Ceci est mis en corrélation avec la prise de coumarines (effet secondaire). Le contrôle de la coagulation ne révèle aucune anomalie:
K29.01 'Acute gastritis with bleeding'
T45.515D 'Adverse effect of anticoagulants, subsequent encounter'
D68.32 'Hemorrhagic disorder due to extrinsic circulating anticoagulants'

Les cas cliniques suivants montrent comment les codes sont assignés :

- Un homme de 50 ans traité par coumadine consulte pour contrôle de sa posologie. Un temps de prothrombine prolongé, secondaire à la prise de coumarine, est retrouvé :

Z51.81 "Encounter for therapeutic drug level monitoring" ;

Z79.1 "Abnormal coagulation profile"

Z79.01 "Long term (current) use of anticoagulants".

- Un patient est admis à la suite de plusieurs épisodes d'hématémèse secondaires à la prise de Sintrom® (Acenocoumarol) (effet secondaire). Aucune pathologie significative n'est retenue. Les hémorragies disparaissent après l'arrêt de l'anticoagulant:

K92.0 'Hematemesis'

T45.515A 'Adverse effect of anticoagulants, initial encounter'

D68.32 'Hemorrhagic disorder due to extrinsic circulating anticoagulants'

4. PATHOLOGIES DES PLAQUETTES

La thrombocytopénie est un déficit du taux de plaquettes, les cellules qui contribuent à la coagulation du sang. Le purpura post-transfusionnel (D69.51 'Posttransfusion purpura'), une maladie rare, résulte d'une allo-immunisation par la production d'anticorps contre le *Human Platelet Antigen* (HPA) en réaction à une transfusion de produits sanguins issus d'un donneur HPA-positif. Ces anticorps ne détruisent pas seulement les plaquettes transfusées, mais aussi celles du receveur, principalement dans la rate, ce qui peut entraîner une thrombocytopénie grave.

Le code D69.59 "Other secondary thrombocytopenia" s'utilise pour les thrombocytopénies causées par une dilution, des médicaments, une circulation extra-corporelle, une transfusion massive de sang, une autoimmunisation plaquettaire et d'autres thrombocytopénies secondaires.

5. MALADIES DES GLOBULES BLANCS

Les globules blancs (leucocytes) jouent un rôle important dans le système immunitaire humain en combattant les infections. Il existe différents types de globules blancs, dont les neutrophiles, les lymphocytes, les monocytes, les éosinophiles et les basophiles.

Les maladies des globules blancs peuvent être retrouvées dans les catégories D70-D72. Elles sont classées en premier lieu en fonction de l'augmentation ou de la diminution de leur nombre. En outre, des codes plus spécifiques sont disponibles en fonction du type de globule blanc affecté.

Il peut y avoir une réduction du nombre de globules blancs. Lorsque toutes les lignées cellulaires sont impliquées, on parle de leucopénie.

- La leucopénie peut être le résultat d'une diminution de la production de globules blancs, dont les causes possibles sont variées entre autre, les effets secondaires des médicaments, les déficiences en vitamines, les maladies du sang et de la moelle osseuse, ou les infections (maladies virales, tuberculose, typhus).
- Il existe également des formes cycliques de leucopénie dans lesquelles une diminution du nombre de globules blancs varie en sévérité, éventuellement en raison de modifications du biorythme.
- Dans certaines maladies et avec un traitement immunostimulant, les anticorps peuvent attaquer les globules blancs, entraînant une leucopénie.

Parfois, il y a une diminution du nombre de globules blancs en circulation en raison d'un « pooling » (regroupement des globules blancs hors du compartiment sanguin). Un « pooling » peut se produire en cas d'infection étendue, de pontage cardiopulmonaire durant la chirurgie cardiaque, et au cours d'une hémodialyse.

- Un faible taux de neutrophiles (la neutropénie) est codé avec un code de la catégorie D70 'Neutropenia'.
- Les diminutions du taux de globules blancs sont codées avec un code de la sous-catégorie D72.81 '**decreased white blood cell count**'.

Certaines maladies augmentent la production de globules blancs.

Lorsque tous les globules blancs sont affectés, on parle de leucocytose. Celle-ci peut être causée par des infections, des inflammations, des réactions allergiques, des tumeurs malignes, des pathologies héréditaires et diverses autres causes – par exemple, la prise de médicaments tels que les stéroïdes (ex. prednisone), le lithium ou les anti-inflammatoires non-stéroïdiens.

Dans d'autres cas, l'augmentation du nombre de globules blancs ne concerne qu'un type spécifique de globules blancs. Des exemples en sont la granulocytose, la neutrophilie, la lymphocytose. Une augmentation du nombre de globules blancs est codée avec un code de la sous-catégorie D72.82 '**Nombre élevé de globules blancs**'.

Il est important de rappeler que ces codes ne peuvent jamais être attribués uniquement sur la base des résultats de laboratoire. Le médecin traitant doit interpréter ces résultats de labo et confirmer le diagnostic avant que l'on puisse procéder au codage.

6. TROUBLES DU SYSTÈME IMMUNITAIRE

Les catégories D80-D89 'Certain disorders involving the immune mechanism' regroupent les différents troubles du système immunitaire, à l'exception des maladies associées ou dues au VIH, qui sont codées dans la catégorie B20 (voir chapitre 14 de ce manuel).

6.1 Sarcoïdose

La sarcoïdose (D86 'Sarcoidosis') est une maladie à début progressif avec accumulation anormale de cellules inflammatoires formant des nodules (granulomes) dans différents organes du corps. La sarcoïdose peut être

asymptomatique ou chronique et son étiologie est inconnue. Selon les hypothèses de travail actuelles, la sarcoïdose résulterait d'une modification de la réponse immunitaire, chez des individus génétiquement prédisposés, après exposition à des agents environnementaux, professionnels ou infectieux.

Les granulomes apparaissent le plus souvent dans les poumons ou les ganglions lymphatiques, mais n'importe quel organe peut être affecté.

L'ICD-10-CM prévoit des codes distincts dans la catégorie D86 'Sarcoidosis', en fonction du site atteint, comme les poumons (D86.0), la peau (D86.3), les méninges (D86.81), les nerfs crâniens (D86.82), l'uvée de l'œil (D86.83), le rein et les uretères (D86.84), le myocarde (D86.85), les articulations (D86.86), les muscles (D86.87), et d'autres sites incluant le foie (D86.89). La sarcoïdose sans localisation spécifiée est codée D86.9.

EXERCICE 17.5

Codez les diagnostics suivants :

1. Pancytopenie congénitale	D61.09
2. Neutropénie cyclique	D70.4
3. Thrombocytopénie héréditaire	D69.42
4. Anémie, neutropénie, thrombocytopénie (pancytopenie)	D61.818
5. Purpura vasculaire par réaction auto-immunitaire (Syndrome de Gardner-Diamond)	D69.2
6. Immunodéficience cellulaire avec thrombocytopénie et eczéma	D82.0
7. Sarcoïdose des poumons et des ganglions lymphatiques	D86.2
8. Anémie pernicieuse de type Addison	D51.0
9. Gastrite aiguë avec hémorragie, déclenchée par héparine en dose thérapeutique, contact initial	K29.01 + T45.515A + D68.32
10. Syndrome lymphoprolifératif auto-immun	D89.82

1. INTRODUCTION

Les maladies du système nerveux sont classées dans le chapitre 6 "Diseases of the nervous system" (G00-G99) du livre des codes ICD-10-CM.

Les maladies de l'œil et de ses annexes se trouvent au chapitre 7 "Diseases of the eye and adnexa" (H00-H59) du livre des codes ICD-10-CM et les maladies de l'oreille et de la mastoïde se trouvent au chapitre 8 "Diseases of the ear and mastoid process" (H60-H95) du livre des codes ICD-10-CM.

2. MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX

Pour coder les maladies du système nerveux, une distinction est établie entre :

- Système nerveux central (cerveau et moelle épinière): G00-G47; G80-G99
- Système nerveux périphérique (tous les autres éléments neurologiques du reste du corps): G50-G73

La dégénérescence cérébrale, la maladie de Parkinson et la méningite sont des troubles du système nerveux central. La polyneuropathie, la myasthénie grave et la dystrophie musculaire sont des troubles du système nerveux périphérique. Le système nerveux périphérique comprend, entre autres, le système nerveux autonome. Celui-ci régule l'activité du muscle cardiaque, des muscles lisses et des glandes.

2.1. Maladies inflammatoires du système nerveux central

Les maladies inflammatoires du système nerveux central incluent la méningite et l'encéphalite. L'étiologie de ces troubles peut être à la fois infectieuse ou non infectieuse.

Les maladies infectieuses du système nerveux central sont classées de différentes manières et il est nécessaire que le codeur suive attentivement à la fois les instructions fournies dans la liste alphabétique et la liste systématique. Une codification duale est souvent requise dans laquelle la pathologie sous-jacente est mentionnée en premier lieu suivie par le code de manifestation. Par exemple, une méningite à poliovirus est codée A80.9 "Acute poliomyelitis, unspecified" avec comme manifestation le code G02 "Meningitis in other infectious and parasitic diseases classified elsewhere".

Les méningites bactériennes dues à certains micro-organismes comme les pneumocoques, les streptocoques et les staphylocoques sont classées dans la catégorie G00, avec un 4^{ème} caractère indiquant le germe responsable. Les codes G00.2-G00.8 requièrent également un code additionnel pour préciser le germe. Il faut déterminer soigneusement si la pathologie doit être codée dans le chapitre des maladies du système nerveux ou plutôt au moyen d'un code combiné du chapitre des maladies infectieuses et parasitaires, incluant la pathologie ainsi que l'organisme infectieux. Par exemple, la méningite à candida est codée B37.5 et la méningite due à la maladie de Lyme est enregistrée au moyen du code A69.21 et non à l'aide d'un code des catégories G01 ou G02.

EXERCICE 18.1

Codez les diagnostics et interventions qui suivent.

1. <u>Méningite</u> à candida	B37.5
2. <u>Encéphalite</u> à poliovirus	A80.9 + G05.3
3. <u>Encéphalite</u> due à la rubéole	B06.01
4. Herpès Zoster avec <u>méningite</u>	B02.1
5. <u>Méningite</u> à staphylocoque doré	G00.3 + B95.61

2.2. Maladie de Parkinson et parkinsonisme

La maladie de Parkinson est une maladie progressive du système nerveux central, particulièrement chez les adultes d'âge moyen. Elle est associée à une dégénérescence des noyaux gris centraux et à un déficit en neurotransmetteur dopamine. La maladie de Parkinson affecte les mouvements et les tremblements sont un signe bien connu de la maladie. Le parkinsonisme fait référence aux symptômes typiques de la maladie de Parkinson (mouvements lents et tremblements, par exemple), quelle qu'en soit la cause. Le parkinsonisme est généralement causée par une autre maladie ou a une cause externe telle qu'un médicament. La maladie de Parkinson est codée avec le code G20 et comprend le parkinsonisme primaire.

Le parkinsonisme secondaire (G21.-) est souvent un effet secondaire d'une thérapie médicamenteuse, auquel cas l'un des codes G21.0 "Malignant neuroleptic syndrome", G21.11 "Neuroleptic induced parkinsonism" ou G21.19 "Other drug induced secondary parkinsonism" est mentionné en premier lieu, suivi (le cas échéant) d'un code T43.3X5, T43.4X5, T43.505, T43.595 (voir note d'instruction sous G21.0 ou G21.11) ou d'un code des catégories T36-T50 "Poisoning by, adverse effects of and underdosing of drugs, medicaments and biological substances" avec un 5^{ème} ou un 6^{ème} caractère de valeur "5" (voir note d'instruction sous G21.19) comme code additionnel pour identifier le médicament responsable.

En cas de parkinsonisme secondaire imputable à un autre agent externe (effet toxique), un code approprié des catégories T51-T65 "Toxic effects of substances chiefly nonmedicinal as to source" est attribué, suivi du code G21.2 "Secondary parkinsonism due to other external agents".

Le parkinsonisme secondaire comprend en outre le parkinsonisme post-encéphalite (G21.3), vasculaire (G21.4), autre (G21.8) ou secondaire non spécifié (G21.9).

Le Parkinsonisme secondaire est parfois causée par la syphilis et dans ce cas, elle est codée A52.19 "Other symptomatic neurosyphilis".

Pour la maladie de Parkinson avec démence, code G20 'parkinson's disease', suivi de F02.80 'Dementia in other diseases classified elsewhere without behavioral disturbance'.

2.3. Maladie d'Alzheimer

La maladie d'Alzheimer est un processus progressif d'atrophie dégénérative des cellules nerveuses. Cette dégénérescence induit des changements mentaux allant d'un subtil recul intellectuel à une démence avec perte des fonctions cognitives et troubles de la mémoire.

La maladie d'Alzheimer est codée dans la catégorie G30 et est subdivisée comme suit: début précoce (G30.0), début tardif (G30.1), autre (G30.8) ou non spécifié (G30.9).

La démence fait partie intégrante de la maladie d'Alzheimer. Le médecin traitant ne doit pas documenter la démence séparément chez un patient atteint de la maladie d'Alzheimer. Un code de la sous-catégorie F02.8 'Dementia in other diseases classified elsewhere' est attribué en diagnostic secondaire conformément aux instructions de l'index alphabétique pour indiquer la présence ou l'absence de troubles du comportement.

Exemples:

- G30.9 Maladie d'Alzheimer non spécifiée
- G30.9+F02.80 Maladie d'Alzheimer, pas de démence avec troubles du comportement liés à la maladie
- G30.1 Maladie d'Alzheimer type 'late onset'
- G30.1+F02.81 Démence avec troubles du comportement liés à la maladie d'Alzheimer, type 'late onset'

2.4. Épilepsie

L'épilepsie est un trouble paroxystique de la fonction cérébrale caractérisé par des crises récidivantes, consistant généralement en des convulsions généralisées ou localisées. Ces crises peuvent également présenter d'autres tableaux neurologiques, par exemple des absences, des phénomènes sensoriels, dysfonctionnements psychiques,...

Les codeurs ne doivent jamais enregistrer automatiquement comme épilepsie n'importe quelle forme de convulsions ou de crises; ces phénomènes se manifestent également dans beaucoup d'autres pathologies, comme les tumeurs cérébrales, les accidents cérébrovasculaires, l'alcoolisme, les troubles électrolytiques et les états fébriles. Par exemple, la crise de grand mal peut avoir d'autres causes que l'épilepsie. Le code de l'épilepsie peut uniquement être attribué lorsque le médecin pose explicitement ce diagnostic.

Quand le tableau clinique est décrit uniquement en termes de "convulsions" ou de "crises" sans identification précise de la cause, le code R56.9 "Unspecified convulsions" est attribué.

Quand le médecin mentionne dans l'anamnèse un antécédent de crises mais sans le retenir parmi les diagnostics posés, aucun code n'est attribué pour cela excepté si une documentation claire indique que les critères pour coder ce diagnostic sont remplis et que le médecin traitant est d'accord d'ajouter un code. Notez que la classification de l'ICD-10-CM attribue la maladie convulsive et les convulsions récurrentes à l'épilepsie, code G40.909. Tandis que le terme principal "seizure" dans la liste alphabétique se réfère au code R56.9.

Les convulsions fébriles sont enregistrées au moyen d'un code de la catégorie R56.0-. Les convulsions post-traumatiques sans autre précision sont codées R56.1 "Post traumatic seizures".

ICD-10-CM prévoit une sous-classification au moyen d'un 5^{ème} caractère pour la catégorie G40 "Epilepsy and recurrent seizures" permettant d'indiquer si l'épilepsie est réfractaire ("intractable"), pour autant que le médecin le mentionne. Des termes tels que "pharmaco-résistante", "mal contrôlée" et "résistante au traitement" sont parfois utilisés comme synonymes dans les dossiers de patients. Le codeur ne peut déduire que la pathologie est impossible à traiter à partir d'informations générales dans le dossier du patient.

Le 6^{ème} caractère indique en outre la présence éventuelle d'un état de mal ("status epilepticus").

EXERCICE 18.2

Codez les diagnostics suivants. N'attribuez pas les codes de causes externes de morbidité.

1. Maladie de <u>Parkinson</u>	G20
2. <u>Parkinsonisme</u> secondaire imputable à la prescription de chlorpromazine (un neuroleptique), contact initial	G21.11 + T43.3X5A
3. <u>Épilepsie</u> réfractaire, type grand mal, avec état de mal	G40.411
4. <u>Épilepsie</u> idiopathique généralisée mal contrôlée	G40.319
5. <u>Épilepsie</u> focale résistante au traitement	G40.119
6. <u>Convulsions</u> fébriles récidivantes	R56.00
7. <u>Maladie d'Alzheimer</u> avec délire	G30.9 + F02.80+ F05

2.5. Céphalées et migraines

Les céphalées sans autre précision sont classées au chapitre 18 "Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified" (R00-R99) du livre de code ICD-10-CM sous le code R51 "Headache". La migraine est classée dans la catégorie G43, et les céphalées spécifiques dans la catégorie G44 "Other headache syndromes", du chapitre 6 "Diseases of the nervous system" (G00-G99) du livre des codes ICD-10-CM.

La migraine est un syndrome neurologique caractérisé par des sensations corporelles modifiées, des céphalées sévères, des nausées et des vomissements. Environ un tiers des personnes souffrant de migraine perçoivent une aura (anomalies visuelles, olfactives ou sensorielles autres qui sont les signes avant-coureurs d'une migraine). Les codes de la migraine permettent d'indiquer la présence éventuelle d'une migraine réfractaire ou d'un état migraineux. Les termes suivants, par exemple, peuvent être utilisés dans les dossiers de patients pour indiquer le caractère réfractaire ("intractable") d'une migraine: "pharmaco-résistante", "résistante au traitement", "mal contrôlée". L'état migraineux fait référence à une attaque de migraine sévère qui dure plus de 72 heures. Cet état doit être confirmé par le médecin.

L'ICD-10-CM classe les migraines dans la catégorie G43 comme suit:

- G43.0- "Migraine without aura"
- G43.1- "Migraine with aura"
- G43.4- "Hemiplegic migraine"
- G43.5- "Persistent migraine aura without cerebral infarction"
- G43.6- "Persistent migraine aura with cerebral infarction"
- G43.7- "Chronic migraine without aura"
- G43.A- "Cyclical vomiting"
- G43.B- "Ophthalmoplegic migraine"
- G43.C- "Periodic headache syndromes in child or adult"
- G43.D- "Abdominal migraine"
- G43.8- "Other migraine"
- G43.9- "Migraine, unspecified"

Les céphalées spécifiques sont classées au chapitre 6 "Diseases of the nervous system" (G00-G99) du livre des codes ICD-10-CM dans la catégorie G44 "Other headache syndromes":

- G44.0- "Cluster headaches and other trigeminal autonomic cephalgias (TAC)"
- G44.1 "Vascular headache, not elsewhere classified"
- G44.2- "Tension-type headache"
- G44.3- "Post-traumatic headache"
- G44.4- "Drug-induced headache, not elsewhere classified"
- G44.5- "Complicated headache syndromes"
- G44.8- "Other specified headache syndromes"

La céphalée à la suite d'une ponction lombaire est codée G97.1 "Other reaction to spinal and lumbar puncture".

2.6. Narcolepsie

La narcolepsie est un trouble neurologique chronique caractérisé par un dérèglement du rythme normal d'éveil et de sommeil. Les symptômes sont une somnolence marquée en journée, une paralysie du sommeil (paralysie à l'endormissement ou au réveil), une cataplexie (épisodes de paralysie ou faiblesse musculaire soudains et brefs) et des hallucinations vives (images oniriques vives au moment de l'endormissement). D'autres symptômes possibles sont un sommeil nocturne perturbé, des secousses des jambes, des cauchemars et des éveils fréquents. Des crises de sommeil irrésistibles peuvent survenir en journée, indépendamment de la quantité et de la qualité du sommeil de la nuit précédente. Les patients souffrant de narcolepsie peuvent tomber endormis au travail, à l'école, en mangeant, en parlant ou en conduisant.

ICD-10-CM établit une distinction entre les sous-catégories G47.41- "Narcolepsy" et G47.42- "Narcolepsy in conditions classified elsewhere". Le 6^{ème} caractère permet de distinguer la narcolepsie avec cataplexie (G47.411, G47.421) et sans cataplexie (G47.419, G47.429).

2.7. Hémiplégie / Hémiparésie

L'hémiplégie est la paralysie d'un côté du corps. Elle est classée en catégorie G81 avec un 5^{ème} caractère pour indiquer le côté affecté et si ce côté est dominant ou non.

Lorsque l'information disponible ne précise pas si le côté atteint est dominant ou non, et si la classification n'a pas de valeur par défaut, on appliquera la règle suivante: si c'est le côté gauche qui est atteint, la valeur par défaut est "non dominant". Si c'est le côté droit qui est atteint, la valeur par défaut est "dominant"; pour les patients ambidextres, la valeur par défaut est "dominant". Cette règle s'applique pour les codes de la catégorie G81 "Hemiplegia and hemiparesis" et pour les codes des sous-catégories G83.1 "Monoplegia of lower limb", G83.2 "Monoplegia of upper limb" et G83.3 "Monoplegia, unspecified".

Pour le codage de l'hémiparésie, la liste alphabétique renvoie à l'hémiplégie (note d'instruction "See Hemiplegia" en regard du terme "Hemiparesis").

L'hémiplégie survenant à la suite d'un accident vasculaire cérébral (AVC) se résout parfois rapidement et est quelquefois appelée hémiplégie transitoire. L'hémiplégie n'est pas inhérente à un AVC aigu, c'est pourquoi un code de la catégorie G81 "Hemiplegia and hemiparesis" est attribué comme code additionnel quand celle-ci survient. Même si elle disparaît sans traitement, elle influence les soins au patient. Tout déficit neurologique causé par un AVC doit être rapporté même s'il est résolu au moment de la sortie.

Une faiblesse/perte de force unilatérale clairement documentée comme étant associée à un accident vasculaire cérébral est également synonyme d'hémiparésie et d'hémiplégie. De même, la perte de force d'un membre associé à un accident vasculaire cérébral est synonyme de monoplégie. Une perte de force sans

cette association claire ne peut être assimilée à une hémiparésie / hémiplégie ou à une monoplégie, sauf si elle est associée à un autre trouble cérébral ou à un autre traumatisme.

Quand un patient est réadmis pour hémiplégie / hémiparésie ou perte de force dans un membre qualifiée de séquelle d'une pathologie cérébrovasculaire, un code de la catégorie I69 "Sequelae of cerebrovascular disease" sera utilisé pour indiquer que la pathologie est une séquelle d'AVC. (Voir le chapitre 28 "Maladies du système circulatoire" de ce manuel pour plus d'informations sur les pathologies cérébrovasculaires.)

Exemples:

- Thrombose cérébrale avec hémiplégie droite transitoire résolue au moment de la sortie:
I66.9 "Occlusion and stenosis of unspecified cerebral artery"
G81.91 "Hemiplegia, unspecified affecting right dominant side"
- Thrombose cérébrale avec hémiplégie droite, côté dominant:
I66.9 "Occlusion and stenosis of unspecified cerebral artery"
G81.91 "Hemiplegia, unspecified affecting right dominant side"
- Hémiplégie gauche, côté dominant, due à un AVC antérieur:
I69.352 "Hemiplegia and hemiparesis following cerebral infarction affecting left dominant side"
- Hémiparésie à la suite d'un ancien traumatisme de la moelle épinière au niveau lombaire
G81.90 'Hemiplegia, unspecified affecting unspecified side'
S34.109S 'Unspecified injury to unspecified level of lumbar spinal cord, sequela'

2.8. Douleur

La douleur peut être codée en fonction du site de la douleur. Ces codes se trouvent dans le livre de codes ICD-10-CM au chapitre des symptômes (par exemple, céphalée: R51) ou au chapitre du traumatisme de la partie du corps correspondante (par exemple douleur dans la jambe: M79.609).

Sauf indication contraire ci-dessous, les codes de la catégorie G89 "Pain, not elsewhere classified" peuvent être utilisés avec les codes de la douleur indiquant la localisation, si la catégorie G89 fournit davantage de détails sur la douleur aiguë ou chronique et la douleur liée à la néoplasie.

Déterminer si une douleur est aiguë, chronique ou constitue un syndrome douloureux chronique est du ressort du médecin. Il n'y a pas de limite de temps qui définisse quand une douleur devient chronique.

Si la douleur n'a pas été spécifiée comme étant aiguë ou chronique, post-thoracotomie, post-opératoire ou liée à un néoplasme, n'attribuez pas de codes de la catégorie G89. Un code de catégorie G89 ne doit pas être utilisé si la condition sous-jacente (définitive) est connue, à moins que l'admission ne soit motivée par le contrôle / la gestion de la douleur et non par le traitement de la condition sous-jacente.

S'il s'agit d'une admission pour une procédure visant le traitement de la maladie sous-jacente, telle qu'une fusion vertébrale pour le traitement de la douleur associée à une fracture vertébrale, un code pour la maladie sous-jacente (par exemple une fracture vertébrale) doit être mentionné comme diagnostic principal et aucun code de la catégorie G89 ne doit être attribué.

Admissions pour contrôle et prise en charge de la douleur

Les codes de la catégorie G89 sont utilisés comme diagnostic principal quand le contrôle ou la prise en charge de la douleur sont le motif de l'admission. Il ne s'agit donc pas d'admissions pour mise au point diagnostique ou pour traitement de la pathologie sous-jacente, mais d'admissions exclusivement en vue du contrôle ou de la prise en charge de la douleur. Dans les situations de ce genre, si la cause de la douleur est connue, elle est enregistrée comme diagnostic secondaire.

Un exemple de ce type est un patient qui présente un déplacement du disque intervertébral avec coincement du nerf et douleur dorsale sévère, admis pour injection épidurale de stéroïdes. Le but de l'injection est de soulager la douleur, mais pas de traiter le disque déplacé.

En cas d'admission pour le traitement de la douleur liée à, associée à ou due à une tumeur maligne, le code G89.3 "Neoplasm related pain (acute) (chronic)" est attribué comme diagnostic principal. Le néoplasme sous-jacent est enregistré comme diagnostic secondaire. Puisque le code du néoplasme fournit une information sur le site, aucun code additionnel pour le site de la douleur ne doit être attribué.

Si le motif du séjour est le traitement de la néoplasie et que la douleur associée à la néoplasie est également documentée, le code G89.3 'Neoplasm related pain (acute) (chronic)' peut être ajouté en tant que diagnostic secondaire. Il n'est pas nécessaire d'utiliser un code supplémentaire pour la localisation de la douleur.

S'il s'agit d'une admission pour une procédure visant à traiter l'affection sous-jacente, celle-ci doit alors être rapportée comme diagnostic principal. Par exemple, un patient est admis pour une fusion spinale afin de traiter une sténose spinale lombaire avec claudication neurogène, attribuez le code M48.062 'Spinal stenosis, lumbar region with neurogenic claudication' comme diagnostic principal. Aucun code de la catégorie G89 ne doit être attribué.

Les patients souffrant de douleur chronique chez qui les traitements conservateurs ont échoué sont parfois admis en vue du placement d'un neurostimulateur pour le contrôle de la douleur. Dans ces cas-là, le code de la douleur approprié est mentionné comme diagnostic principal. S'il s'agit d'une admission en vue d'une intervention dans le but de traiter la cause sous-jacente et lors de laquelle un neurostimulateur sera installé pour le contrôle de la douleur, le code de la pathologie sera mentionné comme diagnostic principal, suivi d'un code de la catégorie G89 comme diagnostic secondaire.

S'il s'agit d'une admission pour une raison autre que le contrôle de la douleur ou la gestion de la douleur et si un diagnostic définitif de la douleur n'a pas été établi (confirmé) par le médecin traitant, le code du site spécifique de la douleur doit d'abord être codé en premier, suivi du code approprié de la catégorie G89. Si le diagnostic définitif a été effectué, attribuez le code du diagnostic définitif.

Douleurs post-opératoires

Les douleurs après thoracotomie et autres douleurs post-opératoires sont classées dans les sous-catégories G89.1 et G89.2, selon qu'elles sont aiguës ou chroniques. La valeur par défaut pour les douleurs après thoracotomie ou autre intervention, non spécifiées comme aiguës ou chroniques, est le code de la forme aiguë. La douleur post-opératoire associée à une complication post-opératoire spécifique (telle que douleur sur fil de suture) ou associée à du matériel, implant ou greffe laissé dans le site chirurgical (comme une prothèse de hanche douloureuse) est rapportée au moyen du(des) code(s) approprié(s) du chapitre 19 "Injury, poisoning, and certain other consequences of external causes" du livre des codes ICD-10-CM. un code de la catégorie G89 est attribué comme diagnostic secondaire pour indiquer s'il s'agit d'une douleur aiguë ou chronique (G89.18 ou G89.28).

La douleur post-opératoire peut être mentionnée comme diagnostic principal quand la raison du contact ou de l'admission est le contrôle ou la prise en charge de la douleur.

La douleur post-opératoire peut être rapportée comme diagnostic secondaire lorsque celle-ci répond aux conditions de codage de symptômes comme diagnostic secondaire.

Notez que la douleur postopératoire habituelle ou attendue directement après l'intervention ne doit pas être codée.

2.9. Dysrèflexie autonome

La dysrèflexie autonome est un syndrome caractérisé par une poussée brutale d'hypertension causée par une décharge incontrôlée du système nerveux sympathique chez des personnes présentant un traumatisme médullaire généralement au niveau ou au-dessus de T6. Tout ce qui habituellement cause une douleur sous ce niveau peut déclencher une réponse parasympathique avec bradycardie, vision trouble et transpiration.

La vraie dysrèflexie autonome est potentiellement mortelle et considérée comme une urgence médicale. Le code G90.4 "Autonomic dysreflexia" est utilisé pour coder cette affection et inclut déjà toutes les manifestations. Il est donc redondant de coder chaque manifestation ou symptôme séparément.

Contrairement à d'autres cas de codification duale, où la pathologie sous-jacente est mentionnée en premier lieu, dans ce cas-ci le code de la dysrèflexie sera enregistré en premier, suivi d'un code de diagnostic secondaire pour le **facteur déclenchant** de cette pathologie potentiellement mortelle (par exemple ulcère de pression, fécalome ou infection des voies urinaires).

2.10. Catégorie G91 "Hydrocephalus" (hydrocéphalie)

Le livre des codes ICD-10-CM prévoit différents codes pour l'hydrocéphalie. Il appartient au médecin traitant de préciser dans le dossier de patient la forme d'hydrocéphalie dont il s'agit.

La catégorie G91 "Hydrocephalus" comprend par exemple les codes suivants:

G91.0 "Communicating hydrocephalus"

G91.1 "Obstructive hydrocephalus"

G91.2 "(Idiopathic) normal pressure hydrocephalus"

G91.3 "Post-traumatic hydrocephalus, unspecified"

G91.4 "Hydrocephalus in diseases classified elsewhere"

G91.8 "Other hydrocephalus"

G91.9 "Hydrocephalus, unspecified"

2.11. Encéphalopathie

L'encéphalopathie est un terme général pour décrire un trouble temporaire ou permanent de la fonction cérébrale. Ce terme très général est la plupart du temps précédé par d'autres qui seront essentiels pour attribuer le code correct. Plus de 150 termes différents modifient ou précèdent "encéphalopathie" dans la littérature médicale. Tous ne sont pas classés dans le chapitre 6 du livre des codes ICD-10-CM.

Certaines des encéphalopathies les plus fréquentes sont reprises ci-dessous:

- *Encéphalopathie anoxique*: lésions cérébrales dues à un manque d'oxygène. Ce type d'encéphalopathie est codé G93.1 "Anoxic brain damage, not elsewhere classified".
- *Encéphalopathie alcoolique*: il s'agit d'une complication grave de la maladie hépatique alcoolique généralement causée par des excès de boisson pendant plusieurs années. Elle entraîne la perte de fonctions cérébrales spécifiques (lésion du tissu cérébral) provoquée par un déficit en thiamine. L'encéphalopathie alcoolique est classée sous le code G31.2 "Degeneration of nervous system due to alcohol".
- *Encéphalopathie hépatique*: il s'agit de lésions cérébrales imputables à une maladie du foie; elle est classée dans la catégorie K72.90 'Hepatic failure, unspecified without coma' lorsque l'étiologie n'est ni connue ni précisée. L'entrée "Failure, hepatic" contient des sous-entrées pour décrire les différentes étiologies et pour l'insuffisance hépatique avec ou sans coma. L'encéphalopathie hépatique n'est pas synonyme de coma hépatique. La valeur par défaut pour l'insuffisance hépatique est sans coma.
- *Encéphalopathie métabolique*: il s'agit de lésions temporaires ou permanentes du cerveau dues à un déficit en glucose, en oxygène ou autres substances métaboliques, ou à une dysfonction d'organe. Attribuez le code G93.41 "Metabolic encephalopathy" à cette pathologie. Le code G93.41 inclut l'encéphalopathie septique.
- *Encéphalopathie toxique*: également connu sous le nom d'encéphalopathie toxico-métabolique. Cette encéphalopathie est un trouble neurologique dégénératif causé par une exposition à des substances toxiques ou à la suite d'un effet secondaire d'un médicament. L'ICD-10-CM classe cette affection sous le code G92 'Toxic encephalopathy'. Le codage et la séquence correcte des codes pour l'encéphalopathie toxique due aux médicaments dépendent du fait que la toxicité est un effet secondaire ("adverse effect") ou un empoisonnement ("poisoning"). Lorsque nous codons un effet secondaire d'un médicament correctement prescrit et correctement administré, attribuez le code approprié de la nature de l'effet secondaire, suivi du code approprié pour l'effet secondaire du médicament (T36 à T50). Le code du médicament doit avoir une valeur de 5 pour le 5^{ème} ou 6^{ème} caractère (par exemple T36.OX5). Si l'encéphalopathie toxique résulte de l'empoisonnement d'un

agent toxique, un code des catégories T51 à T65 est attribué en premier pour identifier l'agent toxique en cause

- Le code G94 'Other disorders of brain in diseases classified elsewhere' ne peut être utilisé que pour les affections pour lesquels l'index alphabétique renvoie directement au G94.
- Le code G93.49 'Other encephalopathy' doit être utilisé lorsque l'encéphalopathie est liée à une affection (par exemple une encéphalopathie due à une infection des voies urinaires), mais qu'une encéphalopathie plus spécifique (métabolique, toxique ou hypertensive) n'a pas été documentée.
- *L'encéphalopathie associée à un AVC ou stroke* n'est pas inhérente à ces troubles. Ajoutez le code G93.49 'Other encephalopathy' au code de l'AVC/stroke.
- *Encéphalopathie non précisée*: celle-ci est codée G93.40 "Encephalopathy, unspecified".

EXERCICE 18.3

Codez les diagnostics et interventions qui suivent. N'attribuez pas les codes de causes externes de morbidité.

1. <u>Céphalée</u> de tension chronique, réfractaire	G44.221
2. <u>AVC</u> avec perte de force côté gauche	I63.9 + G81.94
3. Hypertension sévère et céphalée lancinante sur <u>dysréflexie</u> autonome due à un fécalome	G90.4 + K56.41 + I10
4. <u>Douleur lombaire chronique sévère due à un disque lombaire déplacé avec névrite due à un traumatisme antérieur. Injection épidurale de stéroïdes (anti-inflammatoire) contre la douleur</u>	G89.21 + S33.101S + M54.5 + M51.16 + 3E0S33Z
5. <u>Encéphalopathie</u> métabolique	G93.41
6. <u>Encéphalopathie</u> toxico-métabolique à la suite d'une asphyxie accidentelle au monoxyde de carbone, gaz ménagers, premier contact	T58.11XA + G92

2.12. Troubles du système nerveux périphérique

Les troubles du système nerveux périphérique sont classés dans les catégories G50 à G73 selon la pathologie et les nerfs touchés. Beaucoup de codes de cette section sont des manifestations d'autres maladies et sont attribués comme diagnostics secondaires, la pathologie sous-jacente étant mentionnée en premier lieu.

2.13. "Critical illness polyneuropathy"

La polyneuropathie des soins intensifs est habituellement une complication de septicémie et de défaillance multi-organique. Elle est considérée comme une conséquence du syndrome de réponse inflammatoire systémique (SIRS - systemic inflammatory response syndrome). Des synonymes pour la "critical illness polyneuropathy" sont "neuropathie de maladie critique", neuropathie des soins intensifs, et polyneuropathie

des soins intensifs. Les patients affectés par cette pathologie présentent des modifications électrophysiologiques anormales consistant en une dégénérescence axonale des fibres motrices. Ils présentent également une faiblesse musculaire sévère rendant difficile le sevrage de la ventilation mécanique. Le code de cette pathologie est G62.81 "Critical illness polyneuropathy".

2.14. "Critical illness myopathy"

La myopathie des soins intensifs est elle aussi associée à la septicémie. Elle aussi entraîne des difficultés de sevrage des patients sous ventilation mécanique et prolonge la convalescence après la maladie. Elle est en outre associée à la prise de bloquants neuromusculaires (curare, par exemple), de corticostéroïdes (chez les patients asthmatiques ou transplantés) ainsi qu'à la neuropathie. Le code de cette pathologie est G72.81 "Critical illness myopathy".

EXERCICE 18.4

Codez les diagnostics et interventions qui suivent.

1. <u>Polyneuropathie</u> amyloïde	E85.1 + G63
2. <u>Excision de névrome</u> de Morton à hauteur des espaces 3-4 et 4-5 du pied gauche	G57.62 + 01BG0ZZ
3. Paralysie tardive sur <u>compression</u> du nerf ulnaire (cubital) droit	G56.21
4. <u>Polynévrite</u> périphérique sévère sur alcoolisme chronique	G62.1 + F10.20
5. <u>Polyneuropathie</u> nutritionnelle	E63.9 + G63
6. " <u>Tic</u> douloureux"	G50.0

3. MALADIES DE L'ŒIL ET DE SES ANNEXES

La classification des maladies de l'œil est très détaillée et il est dès lors extrêmement important pour le codeur de bien comprendre la terminologie utilisée. Certains termes peuvent paraître similaires mais avoir des significations totalement différentes. Le codeur doit analyser entièrement et correctement le diagnostic établi dans le dossier de patient avant d'attribuer un code.

Les troubles de la vue (H54) sont classés en fonction de la gravité, et l'intitulé du code mentionne d'abord l'état du moins bon œil, suivi de l'état du meilleur œil. Si la cause sous-jacente de la cécité est connue, elle est codée en premier lieu. La classification ICD-10-CM inclut un tableau (cf. tableau dans la liste systématique) reprenant la gravité des troubles de la vue, classés de la façon recommandée par un groupe de chercheurs de l'OMS. Le terme "low vision" (mauvaise vue) en catégorie H54 englobe les catégories 1 et 2 du tableau, le

terme "blindness" (cécité) regroupe les catégories 3, 4 et 5, et le terme "unqualified visual loss" (perte de la vue non précisée) correspond à la catégorie 9. Cette information a pour but de fournir des indications au codeur pour identifier des lacunes possibles dans le dossier de patient, nécessitant de se renseigner auprès du médecin. Cette information n'a pas pour but de se substituer à la documentation par le médecin traitant, qui est indispensable pour attribuer un code.

Exemples:

H54.1141 'Blindness right eye category 4, low vision left eye category 1'

H54.413A 'Blindness right eye category 3, normal vision left eye'

Attribuez le code H54.3 'Unqualified visual loss, both eyes' lorsque "cécité" ou "mauvaise vision" était documentée pour les deux yeux, mais la catégorie de handicap visuel n'était pas documentée. Attribuez un code de la sous-catégorie H54.6 'Unqualified visual loss, one eye' si "cécité" ou "mauvaise vision" d'un œil était documentée, mais la catégorie de handicap visuel n'était pas documentée. Utilisez le code H54.7 'Unspecified visual loss' lorsque des cas de "cécité" ou de "mauvaise vision" sont documentés sans préciser si un ou deux yeux ne sont atteints.

Parfois, des problèmes de vue entraînent une inclinaison de la tête, provoquant un torticolis oculaire ou torticolis induit par un problème oculaire ou torticolis neuro-ophtalmologique. Le torticolis est une position anormale de la tête. Une paralysie des muscles obliques supérieurs et inférieurs implique la nécessité pour le patient d'incliner la tête selon un certain angle pour compenser le trouble visuel. Le torticolis oculaire est enregistré par la mention du code approprié pour la pathologie de l'œil qui est à l'origine du torticolis (par exemple, nystagmus (H55.-), strabisme non précisé (H50.9), paralysie du 4^{ème} nerf principal (trochléaire) (H49.1-) en premier lieu, suivi du code R29.891 "Ocular torticollis".

3.1. Traumatismes de la cornée

Le code H16.13- "Photokeratitis" s'utilise pour une brûlure de la cornée due à la lumière (trop forte), appelée aussi kératite par ultraviolets. Cette pathologie survient principalement en haute altitude, où les champs de neige reflètent fortement la lumière (cécité des neiges) ou, moins fréquemment, lors d'une éclipse solaire. Des sources artificielles de lumière ultraviolette peuvent aussi être à l'origine d'une photokératite. Des exemples de telles sources sont les bancs solaires, les postes à souder, la foudre, les étincelles électriques et les lampes de bureau halogènes. Il s'agit toujours d'un traumatisme et le code approprié de cause externe de morbidité doit être ajouté comme diagnostic secondaire, par exemple W89.- "Exposure to man-made visible and ultraviolet light" ou X32.- "Exposure to sunlight".

Les lacérations de cornée ou de cornée et sclérotique sont classées dans la catégorie S05 "Injury of eye and orbit". Le 4^{ème} caractère indique s'il y a contusion de l'œil et des tissus orbitaires, prolapsus ou perte de tissu intraoculaire, lacération avec plaie pénétrante, présence ou non de corps étranger, avulsion de l'œil ou si la lacération est associée à d'autres affections. Le 5^{ème} caractère spécifie s'il s'agit de l'œil droit, de l'œil gauche ou si ce n'est pas précisé.

Des codes de causes externes de morbidité sont ajoutés. La réparation de la cornée est classée sous 08Q8XZZ "Repair right cornea, external approach" ou 08Q9XZZ "Repair left cornea, external approach".

3.2. Conjonctivite

La conjonctivite (catégorie H10) est une inflammation de la conjonctive qui peut être due à une infection, une allergie ou une autre cause. Lorsque la cause de la conjonctivite aiguë est un agent chimique ou toxique, le code H10.21- "Acute toxic conjunctivitis" est utilisé, précédé par un code des catégories T51-T65 pour identifier l'agent chimique et l'intention (par exemple accident, agression).

La conjonctivite papillaire géante, appelée aussi conjonctivite papillaire induite par les lentilles de contact, est une complication fréquente du port de lentilles de contact. Il s'agit d'une inflammation due à une réaction allergique aux lentilles de contact. La conjonctivite papillaire géante chronique est classée dans la sous-catégorie H10.41. La conjonctivite printanière (H10.44) résulte d'une allergie au pollen. La conjonctivite à chlamydia est classée sous A74.0 "Chlamydial conjunctivitis" ou dans la catégorie A71 "Trachoma" quand elle est due à un trachome.

Des pathologies telles que la "conjunctivochalasis" sont enregistrées au moyen du code H11.82-. Il s'agit d'une pathologie où l'excès de conjonctive repose sur le bord de la paupière inférieure, recouvrant le point lacrymal inférieur. Cette situation peut entraîner divers symptômes, allant de l'aggravation de la sécheresse oculaire à un stade doux à la perturbation de la voie lacrymale normale à un stade modéré, en passant par des problèmes d'exposition à un stade sévère. Le traitement consiste en une simple excision chirurgicale locale pour remédier aux symptômes.

Le code H16.21- "Exposure keratoconjunctivitis" s'utilise pour la sécheresse oculaire en cas de paralysie faciale, par exemple la paralysie faciale idiopathique (paralysie de Bell). La liste alphabétique fournit H04.12- "Dry eye syndrome" pour le syndrome de sécheresse oculaire, un trouble des glandes lacrymales. Ce code H04.12- n'est toutefois pas utilisé pour la sécheresse oculaire associée à une paralysie faciale, qui est due à une exposition (permanente) à l'air en raison de l'impossibilité de fermer l'œil suite à cette paralysie faciale. Dans ce cas-ci, la sécheresse oculaire ne résulte pas d'un problème de glandes lacrymales.

EXERCICE 18.5

Codez les diagnostics qui suivent. N'attribuez pas les codes de causes externes de morbidité.

1. <u>Ésotropie</u> monoculaire intermittente de l'œil droit	H50.311
2. <u>Entropion</u> sénile de la paupière supérieure gauche	H02.034
3. <u>Blépharoptose</u> congénitale bilatérale	Q10.0

4. <u>Ectropion</u> sur cicatrice de la paupière supérieure gauche	H02.114
5. <u>Conjonctivochalasis</u> bilatérale	H11.823

3.3. Cataracte

Lors du codage de la cataracte, le codeur doit éviter de faire des hypothèses sur le type de cataracte selon l'âge ou d'autres éléments. Une cataracte chez un patient âgé n'est pas nécessairement sénile ou mature ; le codeur doit être attentif à la terminologie utilisée dans le dossier du patient et si nécessaire, il doit consulter le médecin traitant pour obtenir des éclaircissements, avant de choisir un code pour la cataracte

L'ICD-10-CM suppose une relation de cause à effet entre le diabète et la cataracte basée sur le lien de l'index alphabétique par les sous-termes "with" et "in". Le diabète et la cataracte doivent être codés comme liés, même en l'absence de documentation du médecin traité qui établit explicitement le lien. Par exemple si, chez un patient diabétique, il est également indiqué qu'il existe une "cataracte liée à l'âge" ou une "cataracte sénile", la cataracte doit également être codée comme une cataracte diabétique. Sauf si le dossier du patient indique clairement que les deux troubles ne sont pas liés.

EXERCICE 18.6

Codez les diagnostics suivants. N'attribuez pas les codes de causes externes de morbidité.

1. Cataracte diabétique chez un patient <u>diabétique</u> de type 1	E10.36
2. <u>Cataracte</u> sénile débutante, œil droit, avec <u>diabète</u> sucré de type 2	<u>H25.9</u> + E11.36
3. <u>Cataracte</u> myotonique dans une maladie de Thomsen	<u>G71.12</u> + H28
4. <u>Cataracte</u> bilatérale induite par les stéroïdes. <u>Utilisation prolongée</u> de prednisolone pour asthme obstructif chronique, asthme persistant grave	<u>H26.33</u> + T38.0X5S + J44.9 + J45.50 + Z79.52
5. <u>Cataracte</u> et <u>mydriase</u> de l'œil gauche suite à un traumatisme oculaire 6 ans auparavant	<u>H26.102</u> + <u>H57.04</u> + S05.92XS

3.4. Glaucome

Le glaucome est une maladie de l'œil caractérisée par une augmentation de la pression intraoculaire entraînant des changements pathologiques de la papille optique et des anomalies du champ visuel. La catégorie H40 "Glaucoma" utilise un 3^{ème}, 4^{ème} ou 5^{ème} caractère pour identifier le type de glaucomes et le préciser, le 5^{ème} ou 6^{ème} caractère identifiant l'œil atteint. De plus, les codes des sous-catégories H40.1, H40.20, H40.22, H40.3, H40.4, H40.5, et H40.6 requièrent un 7^{ème} caractère pour indiquer le stade (non spécifié, léger, modéré, sévère ou impossible à déterminer). Attribuez autant de codes de la catégorie H40 que nécessaire pour identifier le type de glaucome, l'œil atteint et le stade du glaucome.

Il est possible qu'un patient atteint de glaucome bilatéral, présente à chaque œil un type de glaucome identique ou différent, ainsi qu'un stade identique ou différent. Des règles spécifiques ont été créées pour coder ces situations. Ces règles varient fortement selon que la classification ICD-10-CM distingue ou non la latéralité (p.ex. sous-catégories H40.10 et H40.20). Le tableau 18.1 résume ces règles.

Quand un patient est admis avec un glaucome et que le stade celui-ci progresse au cours de l'hospitalisation, seul le code du stade le plus élevé documenté est attribué. Il faut être attentif à ne pas confondre un glaucome dont le stade n'est pas spécifié ou documenté (7^{ème} caractère de valeur "0") avec un glaucome dont le stade est décrit comme « impossible à déterminer » (7^{ème} caractère de valeur "4"). L'attribution du code de « stade impossible à déterminer » doit être fondée sur la documentation clinique et est réservée aux glaucomes dont le stade ne peut être déterminé cliniquement.

La catégorie H42 "Glaucoma in diseases classified elsewhere" requiert de coder en premier lieu la cause sous-jacente, par exemple une amyloïdose (E85.-), une aniridie (Q13.1) ou des troubles métaboliques spécifiques (E70-E88). Le glaucome dans le diabète sucré est classé selon le type de diabète (E08-E13) avec .39. Notez que le glaucome dû à la syphilis est codé A52.71 "Late syphilitic oculopathy", tandis que le glaucome tuberculeux est classé sous A18.59 "Other tuberculosis of eye".

Le glaucome malin (anciennement appelé 'aqueous misdirection') est codé H40.83- "Aqueous misdirection".

Tableau 18.1: Codage du glaucome bilatéral

Glaucome bilatéral	La classification distingue la latéralité	La classification NE distingue PAS la latéralité
Même type et même stade	Attribuez un code "bilatéral" pour le type de glaucome, avec le 7 ^{ème} caractère approprié pour le stade. Exemple: glaucome bilatéral chronique à angle fermé, stade léger: H40.2231	Attribuez un code pour le type de glaucome, avec le 7 ^{ème} caractère approprié pour le stade. Exemple: glaucome bilatéral à angle ouvert, stade léger: H40.10X1
Même type, mais stade différent	Attribuez des codes distincts pour le type de glaucome pour chaque œil séparément, avec le 7 ^{ème} caractère approprié pour le stade spécifique; n'attribuez pas de code commun pour les deux yeux. Exemple: glaucome bilatéral chronique à angle fermé, stade léger à l'œil droit, modéré à l'œil gauche: H40.2211 + H40.2222	Attribuez des codes distincts pour le type de glaucome pour chaque œil séparément, avec le 7 ^{ème} caractère approprié pour le stade spécifique. Exemple: glaucome bilatéral à angle ouvert, stade léger à l'œil droit, modéré à l'œil gauche: H40.10X1 + H40.10X2
Type différent, mais même stade	Attribuez le code approprié pour chaque œil séparément au lieu d'un code de glaucome bilatéral pour les deux yeux. Exemple: glaucome chronique à angle fermé, stade léger à l'œil gauche, glaucome à angle ouvert pression basse, stade léger à l'œil droit: H40.2221 + H40.1211	Attribuez des codes distincts pour chaque œil pour le type de glaucome spécifique, avec le 7 ^{ème} caractère approprié pour le stade. Exemple: glaucome à angle ouvert, stade léger à l'œil droit, glaucome primaire à angle fermé, stade léger à l'œil gauche: H40.10X1 + H40.20X1

EXERCICE 18.7

Codez les diagnostics suivants. N'attribuez pas les codes de causes externes de morbidité.

1. <u>Glaucome</u> secondaire à une <u>luxation</u> du cristallin, œil droit	H40.51X0 + H27.131
2. <u>Exophtalmie</u> secondaire à une thyrotoxicose	E05.00
3. <u>Glaucome</u> aigu à angle étroit ("narrow-angle"), œil droit. <u>Glaucome</u> chronique "narrow-angle", œil gauche, stade sévère	H40.211 + H40.2223
4. <u>Glaucome</u> primaire bilatéral à angle ouvert, stade modéré	H40.1132

4. MALADIES DE L'OREILLE ET DE LA MASTOÏDE

Le chapitre 8 "Diseases of the ear and mastoid process" du livre des codes ICD-10-CM comprend les maladies de l'oreille externe (H60-H62), les maladies de l'oreille moyenne et de la mastoïde (H65-H75), les pathologies de l'oreille interne (H80-H83), les autres pathologies de l'oreille (H90-H94), les complications péri- et post-opératoires et les pathologies de l'oreille et de la mastoïde non classées ailleurs (H95).

4.1. Otite

Otite est un terme général pour une infection ou une inflammation de l'oreille. Les symptômes peuvent inclure des frissons, des écoulements d'oreille, des douleurs d'oreille, des bourdonnements d'oreille, une perte d'audition, un malaise, une irritabilité, des démangeaisons ou un inconfort de l'oreille et du canal acoustique, des nausées et des vomissements. Une otite peut affecter aussi bien les parties internes ou externes de l'oreille.

ICD-10-CM classe l'otite en différentes catégories selon l'élément atteint (oreille externe ou oreille moyenne) et selon l'évolution (soudaine et de courte durée (aiguë) ou récidivante sur une longue période (chronique)):

H60	"Otitis externa"
H61	"Other disorders of external ear"
H62	"Disorders of external ear in diseases classified elsewhere"
H65	"Nonsuppurative otitis media"
H66	"Suppurative and unspecified otitis media"
H67	"Otitis media in diseases classified elsewhere"

Pour l'otite externe (catégorie H60), des caractères supplémentaires viennent préciser la pathologie, telle qu'infectieuse ou non infectieuse (atteinte chimique, actinique (par les rayons UV), par contact, réactive ou eczématoïde).

La catégorie H65 "Nonsuppurative otitis media" est subdivisée afin de fournir des précisions sur le type d'otite (aiguë, subaiguë ou chronique) et le genre (sérouse, allergique ou mucoïde). La catégorie H66 "Suppurative and unspecified otitis media" est subdivisée pour indiquer si la pathologie est aiguë ou chronique et s'il y a rupture spontanée du tympan.

4.2. Surdité et perte d'audition

La perte d'audition peut être unilatérale ou bilatérale. La plupart des formes de pertes d'audition sont classées de l'une des trois manières suivantes:

- Perte auditive conductive ou de conduction (H90.0-H90.2 et H90.A11-H90.A12), due à une perturbation du système conducteur de l'oreille.
- Perte auditive neuro-sensorielle ou de perception (H90.3-H90.5 et H90.A21-H90.A22), due à une perturbation du mécanisme sensoriel ou neurologique de l'oreille.
- Perte auditive mixte conductive/neuro-sensorielle ou perte auditive mixte de conduction/perception (H90.6-H90.8 et H90.A31-H90.A32).

Une autre classification des pertes d'audition s'effectue en fonction de la cause sous-jacente, par exemple:

- Perte auditive ototoxique (H91.0-), due à l'ingestion de substances toxiques. Dans ce type de perte auditive, le code de l'agent toxique (T36-T65) identifié par un 5^{ème} ou 6^{ème} caractère de valeur "1"- "4" est mentionné en premier lieu s'il s'agit d'une intoxication. Un code T36-T50 avec un 5^{ème} ou 6^{ème} caractère de valeur "5" est mentionné en diagnostic secondaire s'il s'agit d'un effet secondaire.
- La presbycusie (H91.1-), ou perte d'audition due à l'âge, est une forme de perte auditive neuro-sensorielle ou de perception qui augmente progressivement avec l'âge.
- Perte auditive soudaine idiopathique (H91.2-) ou perte auditive soudaine et inexpliquée.

EXERCICE 18.8

Codez les diagnostics suivants. N'attribuez pas les codes de causes externes de morbidité.

1. <u>Atrésie</u> congénitale du conduit auditif externe	Q16.1
2. <u>Otite</u> moyenne bilatérale secondaire à une rougeole	B05.3
3. <u>Perte auditive</u> bilatérale neurosensorielle	H90.3
4. <u>Surdité</u> bilatérale mixte, conductive et neurosensorielle	H90.6
5. <u>Perforation</u> du tympan sur <u>otite</u> moyenne purulente chronique, de l'oreille droite	H66.3X1 + H72.91
6. <u>Otite</u> moyenne purulente aiguë, avec rupture spontanée du tympan droit	H66.011

1. INTRODUCTION

Excepté pour les néoplasmes et certaines infections majeures, les maladies du système respiratoire sont classées dans les catégories J00 à J99 du chapitre 10 'Diseases of the respiratory system' du livre des codes ICD-10-CM (liste systématique). Notez que les Streptocoques et les Neisseria font partie de la flore normale des voies respiratoires; c'est pourquoi leur présence n'indique pas nécessairement une infection. Une infection respiratoire ne peut se déduire uniquement d'un résultat de laboratoire; une confirmation du diagnostic par le médecin traitant dans le dossier patient est indispensable. Rappelez-vous que les organismes infectieux ne sont pas toujours identifiables par un examen de laboratoire, particulièrement quand l'antibiothérapie a déjà commencé; un code d'infection peut être attribué sans un résultat de laboratoire positif, à condition que le diagnostic soit confirmé par le médecin traitant dans le dossier.

2. PNEUMONIE

La pneumonie est une infection respiratoire fréquente qui peut être codée de différentes façons dans l'ICD-10-CM.

Les codes combinés indiquant à la fois la pneumonie et le germe responsable sont repris dans les chapitres 1 'Certain Infectious and Parasitic Diseases' (A00-B99) et 10 'Diseases of the Respiratory System' (J00-J99) du manuel de codage ICD-10-CM.

Voici quelques exemples de codes de pneumonie applicables:

- Pneumonie à Klebsiella:
J15.0 'Pneumonia due to Klebsiella pneumonia'
- Pneumonie à Staphylocoque doré:
J15.211 'Pneumonia due to Staphylococcus aureus'
- Pneumonie à Salmonelle:
A02.22 'Salmonella pneumonia'
- Pneumonie post-rougeole:
B05.2 'Measles complicated by pneumonia'
- Pneumonie virale suite à une grippe à influenza: J11.08 + J12.9
J11.08 'Influenza due to unidentified influenza virus with specified pneumonia'
J12.9 'Viral pneumonia, unspecified'

J17 'Pneumonia in diseases classified elsewhere', est codé en tant que manifestations d'une affection sous-jacente et est classé dans le chapitre I.. Dans ce cas, deux codes sont requis.

Exemples de codages de ce type:

- Pneumonie en cas de rhumatisme articulaire aigu I00 + J17:
I00 'Rheumatic fever without heart involvement'
J17 'Pneumonia in diseases classified elsewhere'
- Pneumonie dans la schistosomiase B65.9 + J17:
B65.9 'Schistosomiasis, unspecified'
J17 'Pneumonia in diseases classified elsewhere'

Lorsque le diagnostic de pneumonie est établi sans autre précision, il faut revoir le rapport de laboratoire et vérifier avec le médecin si on peut mentionner l'agent causal afin d'avoir un diagnostic plus précis. Quand le germe en cause ne peut pas être identifié, on attribue le code J18.9 'Pneumonia, unspecified organism'.

2.1 Pneumonie lobaire

Le diagnostic de pneumonie lobaire (pneumonie qui mentionne le lobe atteint ou la partie d'un lobe) ou de «pneumonie multilobaire» (pneumonie affectant plus d'un lobe) décrit le site spécifique de la pneumonie (plutôt que le type de pneumonie) et doit être enregistré avec un code précisant le germe responsable s'il est connu.

Exemples:

- Pneumonie à pneumocoque du lobe supérieur droit:
J13 'Pneumonia due to Streptococcus pneumoniae'
- Pneumonie multilobaire due à un staphylocoque doré sensible à la méthicilline:
J15.211 'Pneumonia due to Methicillin susceptible Staphylococcus aureus'

Si le médecin peut identifier l'organisme responsable de la pneumonie lobaire ou multilobaire, on attribue le code J18.1 'Lobar pneumonia, unspecified organism'.

2.2 Pneumopathies interstitielles

Les pneumopathies interstitielles sont un groupe de maladies fibrosantes du poumon d'origine inconnue différant par leur tableau caractéristique, leur physiopathologie et leur évolution clinique. Les sous-catégories J84.1-J84.9 comprennent des codes pour les différents types de pneumopathies interstitielles.

Par exemple:

J84.112	'Idiopathic pulmonary fibrosis'
J84.113	'Idiopathic non-specific interstitial pneumonitis'
J84.114	'Acute interstitial pneumonitis'
J84.115	'Respiratory bronchiolitis interstitial lung disease'
J84.116	'Cryptogenic organizing pneumonia'
J84.2	'Lymphoid interstitial pneumonia'
J84.89	'Other specified interstitial pulmonary diseases'

Les pneumopathies interstitielles de l'enfant (sous-catégorie J84.84-) sont plus rares que les pneumopathies interstitielles de l'adulte et sont typiquement associées à une détresse respiratoire, à une image radiologique d'infiltrats diffus et à une anomalie de l'histologie pulmonaire.

Les codes de la maladie pulmonaire interstitielle de l'enfant comprennent, par exemple:

J84.841 'Neuroendocrine cell hyperplasia of infancy'

J84.842 'Pulmonary interstitial glycogenosis'

J84.843 'Alveolar capillary dysplasia with vein misalignment'

J84.848 'Other interstitial lung diseases of childhood'

Si la pneumopathie interstitielle n'est pas plus précisée dans le dossier patient, elle est codée J84.9 'Interstitial pulmonary disease, unspecified'.

La pneumonie interstitielle lymphoïde (J84.2 'Lymphoid interstitial pneumonia') est une maladie rare avec infiltration lymphocytaire de l'interstitium et des alvéoles pulmonaires. Après les infections à *Pneumocystis carinii*, c'est la maladie pulmonaire la plus commune chez les enfants positifs au VIH 'Virus d'Immunodéficience Humaine [HIV]. On la rencontre le plus souvent chez les enfants qui présentent une infection au VIH et chez les personnes de tous âges souffrant d'un trouble auto-immunitaire.

La pneumonie interstitielle à plasmocytes B59 'Pneumocystosis' est une pneumonie aiguë très contagieuse provoquée par *Pneumocystis carinii* (PCP – pneumonie à *Pneumocystis carinii*). Cette pathologie est fréquemment rencontrée chez les patients victimes du SIDA (Syndrome d'immunodéficience acquise) et est une cause majeure de décès chez ces patients. Dans ce cas, le code B20 'Human Immunodeficiency Virus [HIV] disease' est attribué en premier lieu, suivi du code B59 'Pneumocystosis' en diagnostic secondaire. Cependant, ce type de pneumonie ne touche pas uniquement les patients atteints du SIDA, elle peut se développer également chez des patients dont l'état immunitaire est compromis pour d'autres raisons (par exemple: le cancer, la malnutrition sévère ou un affaiblissement général). Elle peut également se rencontrer chez des patients traités par certains immunosuppresseurs après une transplantation d'organe ou par médicaments antinéoplasiques. Il ne faut jamais présumer qu'il faut utiliser le code pour la pneumonie interstitielle à la plasmocytes du fait que l'état du patient est suffisamment grave pour justifier une hospitalisation. On utilise uniquement le code B59 lorsque le médecin établit clairement le diagnostic de pneumonie à plasmocytes, de pneumocystose ou de pneumonie à *Pneumocystis carinii*.

2.3 Légionellose

La légionellose A48.1 'Legionnaires' disease' est une forme de pneumonie qui est le plus souvent causée par l'inhalation de gouttelettes en suspension en provenance d'eau contaminée. Cette maladie survient généralement sous la forme de cas isolés, non associée à une épidémie reconnue. Le taux de mortalité associé à la légionellose a varié de 5% à 30% au cours de diverses épidémies.

2.4 Pneumonie à Gram négatif

La pneumonie à Gram négatif, non classée ailleurs, est codée J15.6 'Pneumonia due to other Gram-negative bacteria' ou J15.8 'Pneumonia due to other specified bacteria' (pneumonie due à d'autres bactéries spécifiée) quand il est précisé que la bactérie est anaérobie.

Quand l'organisme est identifié, l'index alphabétique prévoit un code plus spécifique. Un organisme Gram négatif réagit d'une manière particulière aux tests de colorations en laboratoire, il fait partie d'un groupe d'organismes qui nécessitent une prise en charge attentive.

La pneumonie à Gram positif, non classée ailleurs, est reprise sous le code J15.9 'Unspecified bacterial pneumonia (Pneumonia due to gram-positive bacteria)'.

Le traitement d'une pneumonie à Gram positif est plus simple et nécessite moins de moyens que celui d'une pneumonie à Gram négatif.

Les pneumonies à Gram négatif sont fréquentes chez les patients hospitalisés, les enfants, les personnes âgées, les alcooliques et les patients souffrant de pathologies chroniques, en particulier de troubles du système immunitaire. Ces bactéries infectent rarement les poumons des adultes en bonne santé. Les symptômes d'une pneumonie à Gram négatif sont similaires à ceux d'une pneumonie à Gram positif. Cependant, les patients atteints d'une pneumonie à Gram négatif sont plus malades et leur état se détériore vite car la bactérie détruit rapidement le tissu pulmonaire. Environ 25 à 50% des patients atteints d'une pneumonie à Gram négatif décèdent malgré le traitement.

Notez qu'un diagnostic de pneumonie à Gram négatif ou d'autre pneumonie bactérienne ne peut être présumé uniquement sur la base d'un examen clinique ou d'une analyse de laboratoire. Seul le médecin traitant peut poser ce diagnostic. Les résultats des examens et d'analyse peuvent toutefois aider à documenter un diagnostic ou à servir de base pour questionner le médecin.

2.5 Aspergillose

L'aspergillose pulmonaire est classée sous le code B44.9 'Aspergillosis, unspecified'. Cependant, on utilise le code B44.81 'Allergic bronchopulmonary aspergillosis' pour coder une aspergillose allergique bronchopulmonaire ou pulmonaire. Cette pneumonie éosinophile est causée par une réaction allergique au champignon *Aspergillus* qui se rencontre souvent sur les feuilles mortes, les excréments d'oiseaux, les tas de compost ou autres végétaux en décomposition.

2.6 Pneumonie d'aspiration

La pneumonie d'aspiration ou de fausse déglutition est une forme grave de pneumonie due à l'inhalation d'aliments, de liquides, d'huiles, de vomissures ou de micro-organismes depuis les voies respiratoires supérieures ou la région oro-pharyngée. La pneumonie d'aspiration est codée comme suit:

J69.0 'Pneumonitis due to inhalation of food and vomit'

J69.1 'Pneumonitis due to inhalation of oils and essences'

J69.8 'Pneumonitis due to inhalation of other solids and liquids'

Une pneumonie due à l'inhalation **de** germes pathogènes est classée comme pneumonie virale dans la catégorie J12 'Viral pneumonia, not elsewhere classified' ou bactérienne dans la catégorie J15 'Bacterial pneumonia, not elsewhere classified'

Les patients transférés d'un home vers un hôpital (aigu) à cause d'une pneumonie souffrent souvent d'une pneumonie d'aspiration due à des organismes aspirés, d'habitude des bactéries Gram-négatives.

2.7 Pneumonie associée à un respirateur

Une pneumonie associée à l'utilisation d'un respirateur est codée J95.851 'Ventilator associated pneumonia' (VAP). Si le germe est connu, Il faut ajouter un code approprié pour identifier l'organisme B95.-, B96.-, B97.-. Il ne faut pas utiliser un code complémentaire des catégories J12 à J18 pour identifier le type de pneumonie.

Par exemple, une pneumonie associée au respirateur due à un staphylocoque doré est codée J95.851 'Ventilator associated pneumonia' et B95.61 'Staphylococcus aureus as the cause of diseases classified elsewhere'.

Le code J95.851 'Ventilator associated pneumonia' (pneumonie associée au respirateur) n'est attribué que si le médecin a documenté une pneumonie associée au respirateur.

Comme pour toutes les complications péri-opératoires ou postopératoires, l'attribution du code est basée sur la documentation du médecin reliant la pathologie à la procédure. Le code J 95.851 ne devrait donc pas être accordé pour les cas où le patient a une pneumonie et est ventilé mécaniquement, à moins que le médecin traitant nomme la pneumonie comme VAP. Si la documentation dans le dossier n'est pas claire, il faut interroger le médecin.

Il est cliniquement possible qu'un patient admis pour un type de pneumonie développe pendant le séjour une pneumonie liée au respirateur. Le diagnostic principal est dans ce cas le type de pneumonie ayant justifié l'hospitalisation du patient (J12-J18) et le code J95.851 est ajouté comme diagnostic secondaire.

EXERCICE 19.1

Codez les diagnostics suivants. N'attribuez pas les codes de causes externes de morbidité.

1. Pneumonie lobaire avec grippe	J11.00 J18.1
2. Pneumonie bactérienne du lobe supérieur gauche	J15.9
3. Pneumonie à Klebsiella	J15.0
4. Pneumonie post-infection	B99.9 J17
5. Pneumonie lobaire aiguë à pneumocoque	J13
6. Pneumonie virale périhilaire	J12.9

7. Pneumonie à chlamydia, avec ventilation sous pression positive intermittente appliquée pendant 4 heures (Assistance)	J16.0 5A09358
8. Pneumonie d'aspiration par inhalation de vomissures	J69.0
9. Pneumonie interstitielle à plasmocytes due au SIDA	B20 B59
10. Pneumonie à coccidioïdomycose pulmonaire	B38.2

3. GRIPPE (INFLUENZA VIRUS)

L'ICD-10-CM classe la grippe due à **certain virus identifiés** d'Influenza dans la catégorie J09 'Influenza due to certain identified influenza viruses'. La sous-catégorie J09.X 'Influenza due to identified novel influenza A virus' sert à rapporter séparément l'influenza aviaire (grippe aviaire), l'influenza A/H5N1, l'influenza d'origine animale (non aviaire et non porcine) et la grippe porcine.

La catégorie J10 'Influenza due to other identified Influenza virus' comprend des codes pour d'autres virus identifiés et la catégorie J11 'Influenza due to unidentified influenza virus' est utilisée pour la grippe due à des virus non identifiés. La catégorie J10, Influenza due to other identified influenza virus est utilisée pour rapporter la grippe A saisonnière ordinaire ; et la catégorie J11 est utilisée pour la grippe due à des virus influenza non identifiés.

La grippe associée à n'importe quel type de pneumonie ou de bronchopneumonie est codée comme grippe avec pneumonie (J09.X1 'Influenza due to identified novel influenza A virus with pneumonia', J10.00-J10.08 'Influenza due to other identified influenza virus with pneumonia' et J11.00-J11.08 'Influenza due to unidentified influenza virus with pneumonia'), Pour les codes J09.X1, J10.08, et J11.08, un code est ajouté pour identifier le type de pneumonie.

La grippe associée à d'autres formes de pathologies respiratoires telles qu'une infection des voies respiratoires supérieures, une laryngite ou un épanchement pleural est rapportée au moyen des codes J09.X2 'Influenza due to identified novel Influenza A virus with other respiratory manifestations', J10.1 'Influenza due to other identified influenza virus with other respiratory manifestations' et J11.1 'Influenza due to unidentified influenza virus with other respiratory manifestations'.

La grippe peut aussi affecter d'autres systèmes que le système respiratoire, comme le système digestif (J09.X3 'Influenza due to identified novel Influenza A virus with gastrointestinal manifestations', J10.2 'Influenza due to other identified influenza virus with gastrointestinal manifestations' et J11.2 'Influenza due to unidentified Influenza virus with gastrointestinal manifestations'), et entraîner d'autres pathologies telles qu'une encéphalopathie, une myocardite, et une otite moyenne (J09.X9 'Influenza due to identified novel influenza A virus with other manifestations', J10.81 - J10.89 'Influenza due to other identified influenza virus with other manifestations' et J11.81 - J11.89 'Influenza due to unidentified influenza virus with other manifestations').

Par analogie avec les règles de codage pour les infections HIV, les codes des catégories J09 'Influenza due to certain identified Influenza viruses' et J10 'Influenza due to other identified Influenza virus' sont uniquement utilisés pour les cas confirmés par le médecin traitant de grippe aviaire ou de nouveau virus Influenza A ou d'autres virus Influenza identifiés. Dans ce contexte, le terme "confirmé" ne nécessite pas la présence d'un test de laboratoire positif pour l'Influenza aviaire ou pour d'autres nouveaux virus d'Influenza A ou autres virus influenza identifiés; cependant, le codage nécessite que le diagnostic soit mentionné dans la documentation du médecin

Un code des catégories J09 ou J10 n'est pas utilisé quand le diagnostic est décrit comme "présumé", "probable", "suspecté", "éventuel", "similaire à" ou '?'. Ceci est une dérogation à la règle générale de codage selon laquelle le codeur est autorisé à coder tout diagnostic "suspecté" ou "présumé" comme "établi et vrai". En pareil cas, un code de la catégorie J11 'Influenza due to unidentified Influenza virus' est utilisé.

4. MALADIES DES VOIES RESPIRATOIRES SUPÉRIEURES

La catégorie J04 'Acute laryngitis and tracheitis' prévoit des sous-catégories spécifiques pour la laryngite, la trachéite et la laryngo-trachéite. Les codes de laryngite aiguë avec obstruction et de laryngotrachéite aiguë avec obstruction se trouvent dans la catégorie J05.

La distinction entre la laryngite aiguë et la laryngotrachéite, avec ou sans obstruction, est fournie au niveau des codes.

La supraglottite est une infection des structures supraglottiques qui affecte la région des amygdales linguales, des replis épiglottiques, des fausses cordes vocales, et de l'épiglotte. C'est une infection aiguë qui semble toucher surtout les enfants mais qui peut être rapidement mortelle chez les individus de tous les âges. L'issue fatale résulte d'un œdème responsable d'une obstruction des voies respiratoires.

Comme l'infection couvre toutes les structures supraglottiques, le terme « supraglottite » est non spécifique, le diagnostic de supraglottite se code par un des codes de la catégorie J04.

Les codes pour les pathologies affectant les structures supraglottiques sont les suivants :

J04.0 Acute laryngitis

J04.1 Acute tracheitis

J04.10 Acute tracheitis without obstruction

J04.11 Acute tracheitis with obstruction

J04.2 Acute laryngotracheitis

J04.3 Supraglottitis, unspecified

J04.30 Supraglottitis, unspecified, without obstruction

J04.31 Supraglottitis, unspecified, with obstruction

La sous-catégorie J04.3 'Supraglottitis, unspecified' est utilisée pour une infection sus-glottique sans qu'un site précis de l'infection ne soit identifié ; un cinquième caractère est utilisé pour indiquer la présence ou l'absence d'obstruction.

La laryngite aiguë obstructive, ou croup (J05.0), se rencontre surtout chez les enfants, habituellement entre six mois et trois ans. Les symptômes sont une toux aboyante sévère et une difficulté à respirer due à des spasmes

ou à un gonflement du larynx. Elle peut être causée par une infection aiguë (spécialement le virus de l'Influenza ou la bactérie de la diphtérie), une allergie, une tumeur du larynx ou une obstruction causée par un objet avalé. L'épiglottite aiguë fait référence à une infection bactérienne grave des voies respiratoires supérieures à évolution rapide. Les symptômes sont un mal de gorge, un stridor et une inflammation de l'épiglotte, pouvant conduire à une obstruction soudaine des voies respiratoires supérieures susceptible d'entraîner la mort. L'affection se produit particulièrement chez les enfants entre deux et sept ans. L'infection est principalement causée par *Haemophilus influenzae*, type B, bien que des streptocoques puissent parfois en être la cause.

L'épiglottite aiguë est codée avec la sous-catégorie J05.1, un cinquième caractère indique la présence ou l'absence d'obstruction. Dans les deux catégories J04 et J05, un code supplémentaire ('use additional code' B95-B97) ' doit être utilisé pour préciser l'agent infectieux.

5. PATHOLOGIES PULMONAIRES OBSTRUCTIVES

5.1 Broncho-pneumopathie chronique obstructive

La broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) (en anglais : 'Chronic Obstructive Pulmonary Disease' (COPD)) est un terme général utilisé pour décrire une variété de pathologies caractérisées par une obstruction des voies aériennes. L'ICD-10-CM classe ces pathologies sous la catégorie J44 'Other chronic obstructive pulmonary disease'.

La catégorie J44 inclut les pathologies suivantes :

- Asthme avec broncho-pneumopathie chronique obstructive
- Bronchite chronique asthmatiforme (obstructive)
- Bronchite chronique avec obstruction des voies aériennes
- Bronchite chronique avec emphysème
- Bronchite chronique emphysémateuse
- Asthme chronique obstructif
- Bronchite chronique obstructive
- Trachéobronchite chronique obstructive

La catégorie J44 est subdivisée afin de spécifier s'il y a une infection des voies respiratoires **inférieures** (J44.0 'Chronic obstructive pulmonary disease with acute lower respiratory infection') ou s'il y a une exacerbation de la maladie (J44.1 'Chronic obstructive pulmonary disease with (acute) exacerbation').

Si c'est applicable, un code de la catégorie J45 (Asthma) est utilisé pour spécifier le type d'asthme.

Dans le cas du code J44.0, 'Chronic obstructive pulmonary disease with acute lower respiratory infection', un code additionnel est ajouté pour identifier l'infection. On utilise le code J44.0 pour le BPCO avec bronchite aiguë ou avec pneumonie mais pas pour un BPCO avec grippe, parce que la grippe comprend des infections respiratoires à la fois supérieures et inférieures. Les codes de la catégorie J44 font la distinction entre les cas sans complication (J44.9) et ceux avec exacerbation aiguë (J44.1). Une exacerbation aiguë est une aggravation ou une décompensation d'une pathologie chronique. Une exacerbation aiguë n'est pas l'équivalent d'une infection surajoutée à une pathologie chronique bien qu'une exacerbation puisse être déclenchée par une infection. Par exemple, un BPCO avec bronchite aiguë se code J44.0, et pas J44.1.

Il est possible de coder un J44.1 'Chronic obstructive pulmonary disease with (acute) exacerbation' et un J44.0 'Chronic obstructive disease with acute lower respiratory infection' lorsque le patient présente une exacerbation du BPCO et une infection respiratoire inférieure telle que bronchite ou une pneumonie.

Voici des exemples de termes classés sous le J44.1, **Chronic** obstructive pulmonary disease with (acute) exacerbation" : "exacerbation", "en exacerbation", "décompensé", "exacerbation aiguë", "exacerbé" ou "non compensé". Quand le diagnostic établi est uniquement BPCO, il faudrait revoir le dossier pour s'assurer qu'un diagnostic plus précis n'est pas documenté. Le code J44.9, 'Chronic obstructive pulmonary disease, unspecified' est utilisé uniquement quand un code plus spécifique ne peut être assigné.

Outre les codes de la catégorie J44 'Other chronic obstructive pulmonary disease', des codes peuvent également être ajoutés pour préciser s'il y a exposition à la fumée du tabac (Z77.22 'Contact with and (suspected) exposure to environmental tobacco smoke (acute) (chronic)'), des antécédents de tabagisme (Z87.891 'Personal history of nicotine dependence'), une exposition à la fumée du tabac liée à la profession (Z57.31 'Occupational exposure to environmental tobacco smoke'), une dépendance au tabac (F17.- 'Nicotine dependence') ou une consommation de tabac (Z72.0 'Tobacco use').

Notez que l'emphysème sans bronchite chronique est codé au moyen de la catégorie J43 'Emphysema', et la bronchite chronique sans précision au moyen du code J42 'Unspecified chronic bronchitis'.

5.2 Asthme

L'asthme est une hypersensibilité bronchique caractérisée par un œdème de la muqueuse, une constriction de la musculature lisse bronchique et un mucus visqueux important. Les symptômes de l'asthme sont une respiration sifflante ('wheezing'), des difficultés respiratoires non proportionnelles à l'effort et une toux. La respiration sifflante en soi n'est pas de l'asthme; en pareil cas, on utilise le code R06.2 'Wheezing'. L'asthme est classé sous la catégorie J45 'Asthma' avec un 4^{ème} caractère pour indiquer la sévérité (léger intermittent, léger persistant, modéré persistant, sévère persistant, autre et non spécifié) et avec un dernier caractère qui indique si la pathologie est non compliquée ou s'il y a présence d'un état de mal asthmatique ou d'une exacerbation.

L'état de mal asthmatique (*status asthmaticus*) est défini de manière légèrement différente par les différentes autorités mais, en général, il s'agit de l'état d'un patient qui continue à présenter des sifflements extrêmes malgré un traitement conventionnel, ou d'un patient qui souffre de crise d'asthme aiguë où l'obstruction sévère n'est pas soulagée par les méthodes thérapeutiques classiques. L'état de mal asthmatique débutant est un état chez des patients qui sont réfractaires au traitement ou qui ne répondent pas aux traitements habituels ; dans le cas d'un état de mal asthmatique avancé, les patients développent des crises d'asthme pouvant aller jusqu'à l'insuffisance respiratoire, avec des symptômes ou des signes d'hypercapnie (excès de dioxyde de carbone/CO₂ dans le sang). Le dernier caractère « 2 » est utilisé pour les 2 types d'état de mal asthmatique. L'utilisation de ce dernier caractère indique habituellement qu'il est urgent de traiter cet asthme aigu sévère.

D'autres termes décrivant un état de mal asthmatique sont:

- Crise d'asthme difficile à traiter, intraitable
- Asthme réfractaire
- Sifflement sévère difficile à traiter (chez un patient asthmatique)

- Obstruction des voies respiratoires ne répondant plus aux broncho-dilatateurs chez un patient asthmatique
- Crise d'asthme sévère et prolongée

Le codeur ne doit jamais présumer un état de mal asthmatique sans mention précise de celui-ci par le médecin. Un asthme décrit comme aigu, caractérisé par un sifflement prolongé ou sévère, ou un asthme traité par corticostéroïdes systémiques, peuvent indiquer au codeur l'existence éventuelle d'un état de mal asthmatique et celui-ci doit dans ce cas interroger le médecin.

Les exacerbations d'un asthme sont des épisodes aigus ou subaigus d'aggravation progressive de la dyspnée, de la toux, des sifflements et d'oppression thoracique ou des combinaisons de ces symptômes. Le dernier caractère « 1 » est utilisé pour un asthme qualifié d'«exacerbé » ou « en exacerbation aiguë ».

L'asthme qualifié d'obstructif ou diagnostiqué en combinaison avec un BPCO est classé dans la catégorie J44, Other chronic obstructive pulmonary disease. On code en plus le type d'asthme (catégorie J45) seulement quand le type spécifique d'asthme est documenté par le médecin. Si le dossier ne spécifie pas le type d'asthme, on n'utilise pas le code J45.909, Unspecified asthma, uncomplicated. « Non spécifié » n'est pas un type d'asthme.

Un code d'asthme avec le dernier caractère « 1 » avec exacerbation aiguë ne peut être utilisé avec un code d'asthme dont le dernier caractère est « 2 ». En présence de documentation mentionnant à la fois exacerbation et état asthmatique, seul le code avec le dernier caractère « 2 » est utilisé.

Un diagnostic de bronchite asthmatique sans autre précision se code J45.9-. Si le diagnostic est précisé comme étant « exacerbé » ou comme « bronchite asthmatique chronique acutisée » (aiguë sur chronique), on attribue le code J44.1.

Un diagnostic de bronchite asthmatique avec BPCO ou de bronchite asthmatique chronique est codé J44.9.

Voici quelques exemples de codage de l'asthme:

- Bronchite asthmatique avec *status asthmaticus*:
J45.902 'Unspecified asthma with status asthmaticus'
- Asthme chez l'enfant
J45.909 'Unspecified asthma, uncomplicated' (code pour "Childhood asthma" par l'index)
- Asthme modéré persistant associé à BPCO
J44.9 'Chronic obstructive pulmonary disease, unspecified'
J45.40 'Moderate persistent asthma, uncomplicated'
- Bronchite chronique asthmatique avec exacerbation aiguë
J44.1 'Chronic pulmonary disease with (acute) exacerbation'
J45.901 'Unspecified asthma with exacerbation'
- Asthme psychogène
J45.909 'Unspecified asthma, uncomplicated'
F54 'Psychological and behavioral factors associated with disorders or diseases classified elsewhere'

5.3 Bronchospasmes

Les bronchospasmes font partie intégrante de l'asthme ou de tout autre type d'obstruction chronique des voies respiratoires, de sorte qu'aucun code additionnel n'est nécessaire pour en indiquer la présence. Le code J98.01 'Acute bronchospasm' ne s'utilise que si aucune cause sous-jacente n'est connue.

EXERCICE 19.2

Codez les diagnostics suivants. N'attribuez pas les codes de causes externes de morbidité.

1. Asthme allergique dû à la poussière domestique	J45.909
2. Bronchite chronique associée à BPCO décompensée	J44.1
3. Exacerbation aiguë de bronchite asthmatique chronique	J44.1 + J45.901
4. Emphysème	J43.9
5. Bronchopathie chronique /Maladie pulmonaire chronique obstructive avec exacerbation aiguë	J44.1
6. Emphysème avec bronchite chronique obstructive	J44.9
7. Asthme léger intermittent avec status asthmaticus	J45.22
8. Bronchite aiguë avec bronchectasies	J47.0
9. Perforation du tympan droit par suite de grippe avec otite moyenne	<u>J11.83</u> H72.91
10. Exacerbation d'un asthme sévère persistant	J45.51

6. ATÉLECTASIE

L'atélectasie du poumon est souvent une découverte radiologique ou un résultat d'autres études radiologiques. C'est une pathologie dans laquelle les alvéoles pulmonaires sont affaissées. Elle peut être causée par une expiration normale ou par différentes pathologies. L'atélectasie réduit la fonction respiratoire.

Le collapsus pulmonaire est une pathologie grave, tandis qu'une légère atélectasie a ordinairement peu d'incidence sur l'état du patient ou sur son traitement. Souvent, de petites zones d'atélectasie sont détectées sur une radiographie des poumons, mais leurs conséquences cliniques sont limitées et elles ne font donc l'objet d'aucun examen complémentaire ni de traitement. Le code J98.11 'Atelectasis' ne peut pas être attribué sur la seule base d'une imagerie médicale; il ne peut être enregistré que si le médecin traitant juge cette pathologie pertinente pour ce séjour.

7. ÉPANCHEMENT PLEURAL

L'épanchement pleural est une accumulation anormale de liquide dans l'espace pleural. Il survient principalement en association avec des pathologies pulmonaires ou cardiaques telle que la décompensation cardiaque (congestive) ou mais aussi avec d'autres maladies.

L'épanchement pleural fait généralement partie intégrante de la pathologie sous-jacente et le traitement est avant tout axé sur cette pathologie sous-jacente. Dans ce genre de situations, seul le code de la pathologie sous-jacente est attribué.

Par contre, cet épanchement pleural fait parfois l'objet d'un examen particulier (p. ex. par radiographie en décubitus dorsal ou par thoracocentèse diagnostique) L'épanchement pleural peut être traité par thoracocentèse thérapeutique (drainage pleural). L'épanchement pleural (J91.8 'Pleural effusion in other conditions classified elsewhere') sera codé à part en diagnostic secondaire si la pathologie requiert un examen diagnostique (particulier) ou une intervention thérapeutique. On codera d'abord la maladie sous-jacente suivie du code J91.8 'Pleural effusion in other conditions classified elsewhere'. Un épanchement pleural mentionné uniquement dans le rapport d'imagerie médicale n'est pas codé.

- L'épanchement pleural dû à la tuberculose est classé sous A15.6 'Tuberculous pleurisy' excepté s'il résulte d'une tuberculose primaire progressive (A15.7 'Primary respiratory tuberculosis').
- L'épanchement pleural dû au lupus érythémateux disséminé est codé M32.13 'Lung involvement in systemic lupus erythematosus'.
- L'épanchement pleural dû à la grippe est rapporté au moyen de 2 codes, à savoir un code pour le type de grippe avec manifestations respiratoires (J09.X2 'Influenza due to identified novel influenza A virus with other respiratory manifestations', J10.1 'Influenza due to other identified influenza virus with other respiratory manifestations', ou J11.1 'Influenza due to unidentified influenza virus with other respiratory manifestations'), et un code J91.8 'Pleural effusion in other conditions classified elsewhere', pour préciser l'épanchement pleural associé.
- L'épanchement pleural malin peut être dû à un drainage lymphatique pleural perturbé suite à une tumeur médiastinale (le plus souvent un lymphome) et non à un envahissement direct de la plèvre par la tumeur. L'épanchement pleural malin est codé J91.0 'Malignant pleural effusion', avec le néoplasme sous-jacent mentionné en premier lieu.

8. INSUFFISANCE RESPIRATOIRE

L'insuffisance respiratoire est une pathologie potentiellement mortelle qui est toujours due à une affection sous-jacente. Elle peut être le stade final d'une maladie ou une combinaison de différents processus physiopathologiques.

L'insuffisance respiratoire résulte de maladies aiguës ou chroniques entraînant une obstruction des voies respiratoires, une infiltration parenchymateuse ou un œdème pulmonaire Elle peut découler d'une anomalie de l'un des composants du système respiratoire, du système nerveux central, du système nerveux périphérique, des muscles respiratoires et des muscles de paroi la thoracique. Le diagnostic repose principalement sur les résultats de l'analyse des gaz sanguins artériels, qui varient d'un individu à l'autre, en fonction de divers facteurs. Le codeur ne doit jamais présumer d'un diagnostic d'insuffisance respiratoire.

L'insuffisance respiratoire est classée comme aiguë (J96.0- 'Acute respiratory failure'), chronique (J96.1- 'Chronic respiratory failure'), aiguë et chronique combinée (J96.2- 'Acute and chronic respiratory failure') ou non précisée (J96.9- 'Respiratory failure, unspecified'). Il existe un cinquième caractère permettant éventuellement de préciser avec hypoxie et/ou avec hypercapnie ou ni l'un ni l'autre des diagnostics n'ont été spécifiés dans le dossier patient.

Lorsque l'insuffisance respiratoire fait suite à une intervention chirurgicale, le code J95.821, 'Acute postprocedural respiratory failure' (Insuffisance respiratoire aiguë postprocédurale) ou le code J95.822 'Acute and chronic postprocedural respiratory failure' (Insuffisance respiratoire postprocédurale aiguë sur insuffisance respiratoire chronique) est attribué.

L'examen minutieux du dossier médical est nécessaire pour le codage et l'ordre de codage de l'insuffisance respiratoire. **Le codeur doit examiner les circonstances d'admission pour déterminer le diagnostic principal.** Le code J96 .0-, 'Acute respiratory failure', ou le code 'J96.2-, Acute and chronic respiratory failure', peut être attribué comme diagnostic principal lorsqu'il s'agit de la condition établie après étude comme étant responsable de l'admission à l'hôpital et la sélection se base sur l'index alphabétique et sur la liste tabulaire. L'insuffisance respiratoire est codée en diagnostic secondaire si elle se développe après l'admission. Lorsqu'un patient est admis avec une insuffisance respiratoire et une autre affection aiguë (par exemple, infarctus du myocarde, pneumonie par aspiration, accident vasculaire cérébral), le diagnostic principal dépend de la situation individuelle du patient et de la raison de son admission à l'hôpital. Cette directive s'applique que l'autre affection aiguë soit une affection respiratoire ou qu'elle soit non respiratoire. Le médecin doit être interrogé pour obtenir des éclaircissements si la documentation ne permet pas de déterminer laquelle de ces deux conditions est la raison de l'admission. La directive concernant deux diagnostics ou plus répondant tous à la définition du diagnostic principal (Section II, C) peut être appliquée dans des situations où l'insuffisance respiratoire et le/les autre(s) problème(s) de santé aigus sont responsables à part égale de l'admission à l'hôpital.

Voici quelques exemples.

Exemple 1 : Patient avec myasthénie chronique grave en exacerbation aiguë accompagnée d'une insuffisance respiratoire aiguë est admis en raison de son insuffisance respiratoire:

Diagnostic principal: J96.00 'Acute respiratory failure, unspecified whether with hypoxia or hypercapnia'

Diagnostic secondaire: G70.01 'Myasthenia gravis with (acute) exacerbation'

Exemple 2 : Un patient avec emphysème développe une insuffisance respiratoire aiguë. Le patient est admis via les urgences pour traitement de l'insuffisance respiratoire.

Diagnostic principal : J96.00 Acute respiratory failure, unspecified whether with hypoxia or hypercapnia

Diagnostic secondaire : J43.9 Emphysema, unspecified

Exemple 3 : Un patient est hospitalisé avec insuffisance respiratoire aiguë et hypoxie. Il a été intubé et le médecin indique dans son rapport que le patient a été admis à l'hôpital pour traitement de l'insuffisance respiratoire aiguë avec hypoxie. Le patient souffre également d'insuffisance cardiaque congestive.

Diagnostic principal : J96.01 'Acute respiratory failure with hypoxia'

Diagnostic secondaire : I50.9 'Heart failure, unspecified'

Certaines directives de codage spécifiques à chaque chapitre de l'ICD-10-CM (par exemple, grossesse, intoxications, VIH, nouveau-né) fournissent un ordre de codage. Ces directives (spécifiques) ont préséance sur les codes J96.0- ou J96.2- lors du codage d'une insuffisance respiratoire associée à une affection de l'un de ces chapitres.

Exemple 4 : Patiente hospitalisée après un accouchement en raison d'une insuffisance respiratoire aiguë sur embolie pulmonaire:

Diagnostic principal : O88.23 'Thromboembolism in the puerperium'

Diagnostic secondaire: J96.00 'Acute respiratory failure, unspecified whether with hypoxia or hypercapnia'

Dans cet exemple, le code d'obstétrique est codé en premier lieu parce que les règles de codage spécifiques au chapitre 15 (Section I, C, 1, a, 1) sont prioritaires sur celles des autres chapitres.

Exemple 5 : Patient admis en raison d'une overdose accidentelle de cocaïne associée à une insuffisance respiratoire aiguë :

Diagnostic principal : T40.5X1A 'Poisoning by cocaine, accidental, initial encounter'

Diagnostic secondaire 1: J96.00 'Acute respiratory failure, unspecified whether with hypoxia or hypercapnia'

Diagnostic secondaire 2: F14.10 'Cocaine abuse, uncomplicated'

Dans l'exemple 5, l'intoxication sera codée en premier lieu parce que les règles spécifiques de codage du chapitre (Section I, C, 19, e, 5, b) stipulent que ces codes doivent être codés en premier lieu, suivis par le code de la manifestation. L'insuffisance respiratoire aiguë est ici la manifestation de l'intoxication.

Exemple 6 : Patient admis avec insuffisance respiratoire aiguë due à une infection par *Pneumocystis carinii* dans le cadre du SIDA:

Diagnostic principal : B20 'Human immunodeficiency virus [HIV] disease'

Diagnostic secondaire 1: J96.00 'Acute respiratory failure, unspecified whether with hypoxia or hypercapnia'

Diagnostic secondaire 2: B59 'Pneumocystosis'

Dans cet exemple, le VIH est codé en premier lieu parce que les règles spécifiques de codage du chapitre (Section I, C, 1, a, 2, a) stipulent que lorsqu'un patient est hospitalisé pour une pathologie liée au VIH (en l'occurrence, infection à *Pneumocystis carinii*), le diagnostic principal doit être VIH (B20), suivi de toutes les pathologies liées au VIH.

En cas de notes d'instruction dans la Liste Systématique, fournissant un ordre de codage, le séquençage de l'insuffisance respiratoire dépend de ces notes.

Exemple 7 : Patient hospitalisé avec septicémie grave à *Staphylococcus aureus* et insuffisance respiratoire aiguë :

Diagnostic principal : A41.01 'Sepsis due to Methicillin susceptible *Staphylococcus aureus*'

Diagnostic secondaire 1: R65.20 'Severe sepsis without septic shock'

Diagnostic secondaire 2: J96.00 'Acute respiratory failure, unspecified whether with hypoxia or hypercapnia'

Dans cet exemple, la septicémie est codée en premier lieu parce que les instructions de la sous-catégorie R65.2- 'severe sepsis' (sepsis sévère) stipulent que l'infection sous-jacente doit être codée en premier lieu. De plus, la sous-catégorie R65.2- a également une note 'use additional code' pour préciser les dysfonctions d'organes comme l'insuffisance respiratoire aiguë (J96.0-). D'après cette instruction, l'insuffisance respiratoire est enregistrée en diagnostic secondaire.

9. SYNDROME DE DETRESSE RESPIRATOIRE AIGUË

Le Syndrome de Détresse Respiratoire Aiguë (SDRA, en anglais 'ARDS Acute Respiratory Distress Syndrome') est une pathologie pulmonaire qui entraîne une hypoxémie. Le SDRA est potentiellement mortel parce que des organes comme les reins et le cerveau ont besoin de sang riche en oxygène pour fonctionner correctement. Le SDRA peut survenir comme complication d'une intervention chirurgicale, d'une transfusion, dans les 24 à 48 h après un traumatisme (traumatisme, brûlure, noyade, transfusion sanguine massive, abus de drogues/alcool) ou une maladie aiguë (p. ex. pneumonie infectieuse, sepsis, pancréatite aiguë). Les patients atteints de SDRA souffrent de dyspnée, de tachypnée et parfois de confusion mentale. Des maladies de longue durée comme la malaria peuvent aussi déclencher un SDRA, survenant peu après un épisode aigu de l'infection. Le SDRA est codé J80 'Acute Respiratory Distress Syndrome'.

10. ŒDÈME PULMONAIRE AIGU

L'œdème pulmonaire aigu est un état pathologique dans lequel il y a une accumulation excessive et diffuse de liquide dans les tissus et dans l'espace alvéolaire des poumons. On distingue 2 catégories qui reflètent l'origine de cette pathologie : cardiogénique (d'origine cardiaque) et non cardiogénique.

10.1 Œdème pulmonaire cardiogénique

L'œdème pulmonaire aigu (OAP) d'origine cardiaque est une manifestation de l'insuffisance cardiaque et est inclus dans les sous-catégories et codes suivants:

I01.- 'Acute rheumatic fever with heart involvement ' (Maladie cardiaque rhumatismale, aiguë)

I09.81 'Rheumatic heart failure' (Décompensation cardiaque rhumatismale)

I11.- 'Hypertensive heart disease' (Maladie cardiaque hypertensive)

I50.- Décompensation cardiaque

I50.1 Décompensation ventriculaire gauche

L'œdème pulmonaire aigu n'est pas inclus dans les codes de l'infarctus aigu du myocarde (sous-catégories I21.01-I22.9), les codes de la cardiopathie ischémique aiguë (I24.0-I24.9), ni dans les codes de la catégorie de la cardiopathie ischémique chronique (I25.-).

Lorsqu'un œdème pulmonaire est présent en même temps qu'une maladie cardiaque ou une décompensation cardiaque, on présume que cet œdème est associé à une décompensation cardiaque gauche (I50.1) à moins que la décompensation ne soit décrite plus précisément (systolique, diastolique, systolique et diastolique ou congestive sans précision) auquel cas un code de décompensation cardiaque **congestive** (I50.2- à I50.9) est utilisé.

L'œdème pulmonaire est inclus dans les codes I50.-, aucun code supplémentaire n'est assigné pour cet œdème pulmonaire pour les maladies de cette catégorie.

10.2 Œdème pulmonaire non cardiogénique

L'œdème pulmonaire aigu non cardiogénique se produit en l'absence de maladie cardiaque ou de décompensation cardiaque. Il est codé de différentes manières selon l'affection causale.

Lorsque la cause d'un œdème pulmonaire non cardiogénique n'est pas précisée, on utilise le code J81- 'Pulmonary edema (Œdème pulmonaire)'.

Lorsque la cause d'un œdème pulmonaire aigu non cardiogénique est précisée, on le code comme suit:

- L'œdème pulmonaire post-radique (pneumonie post-radique) est une inflammation des poumons en réaction à des radiations. Il est codé J70.0 'Acute pulmonary manifestations due to radiation'.
- L'œdème pulmonaire dû à des produits, gaz, ou vapeurs chimiques est codé J68.1 'Pulmonary edema due to chemicals, gases, fumes and vapors'.
- L'œdème pulmonaire dû à l'aspiration d'eau en cas de noyade est codé T75.1- 'Unspecified effects of drowning and nonfatal submersion'.
- L'œdème pulmonaire dû à la haute altitude est codé T70.29- 'Other effects of high altitude'.
- L'œdème pulmonaire aigu en cas d'overdose de drogues ou de médicaments est enregistré comme une intoxication, avec le code J81.0 'Acute pulmonary edema' comme diagnostic secondaire. On code en outre la dépendance à la substance ou l'abus de celle-ci.

Des codes de causes externes de morbidité doivent être attribués en plus pour préciser les circonstances.

Un œdème pulmonaire chronique et un œdème pulmonaire non spécifié qui ne sont pas précisés comme étant d'origine cardiaque se codent J81.1 'Chronic pulmonary edema', excepté si l'index alphabétique ou la liste systématique fournissent d'autres instructions.

L'œdème pulmonaire dû à une surcharge congestive, telle que dans les cas de fibrose pulmonaire (J84.10 'Pulmonary fibrosis, unspecified'), de sténose congénitale des veines pulmonaires (Q26.8 'Other congenital malformations of great veins') ou d'embolie pulmonaire (I26.99 'Other pulmonary embolism without acute cor pulmonale') est non cardiogénique. Cette pathologie relève du code J81.0 'Acute Pulmonary edema' quand elle

est décrite comme aiguë, ou du code J81.1 'Chronic pulmonary edema' (Œdème pulmonaire chronique) quand elle est décrite comme chronique ou qu'elle n'est pas précisée, (excepté si l'index alphabétique ou la liste systématique fournissent d'autres instructions). Il ne faut pas confondre cette pathologie avec celle associée à une insuffisance cardiaque.

11. INTERVENTIONS CHIRURGICALES

Lors de l'attribution des codes ICD-10-PCS pour les interventions réalisées sur le système respiratoire, il importe que la documentation disponible fournisse une information sur le site de l'intervention. Les valeurs pour le 'Body part' (partie de corps) incluent le lobe spécifique du poumon (si disponible), ou au moins s'il s'agit du poumon droit ou gauche ou des deux poumons. De nombreuses 'Root Operations' (interventions de base) réalisées ne proposent pas de valeur "non spécifié" pour le Body part en l'absence d'information quant au côté droit ou gauche des poumons, plèvre (ou du diaphragme).

Des exemples de telles interventions de base sont : 'Destruction', 'Drainage', 'Excision', 'Insertion' et 'Extirpation'.

Il est également important de bien comprendre l'approche chirurgicale pour sélectionner le code ICD-10-PCS correct. Par exemple, les interventions thorascopiques s'effectuent via l'insertion d'un thoracoscope dans la cage thoracique au travers de petites incisions pratiquées dans la paroi thoracique. La voie d'abord des interventions thorascopiques est codée par la valeur (percutaneous endoscopic)(percutanée, endoscopique). Les interventions mentionnées comme « bronchoscopiques » impliquent le passage d'un bronchoscope par le nez (ou parfois par la bouche) jusqu'aux voies aériennes via la gorge. La valeur de la voie d'approche pour ces interventions est 'via natural or artificial opening endoscopic' (par orifice naturel ou artificiel, endoscopique) parce qu'elles impliquent le passage par un orifice naturel (nez ou bouche) et l'utilisation d'un endoscope. Une mini-thoracotomie est une procédure mini invasive qui requiert une petite incision. Si c'est cette approche est réalisée afin de visualiser le site opératoire à l'œil nu elle est codée avec une approche « ouverte ». Si cette mini-thoracotomie est réalisée afin d'assurer le passage d'un endoscope, elle est codée avec une approche « percutanée endoscopique ».

12. BIOPSIE DE BRANCHE, DE PLEVRE ET DE POUMON

Une biopsie endoscopique de bronche s'effectue par le passage d'un endoscope dans la lumière de la trachée et de la bronche, où un fragment de tissu est prélevé pour examen anatomo-pathologique.

Une biopsie bronchique par brossage utilise un bronchoscope avec une petite brosse à poils raides pour récolter des cellules des voies respiratoires. Une biopsie par brossage répond bien à la définition de l'opération de base 'Extraction' de tout un 'Body part' (partie de corps) ou d'une partie de 'Body part' par l'usage de la force. Par exemple : une biopsie par brossage de la bronche lobaire supérieure droite est codée 0DB48ZX, 'Extraction of right upper lobe bronchus, via natural or artificial opening endoscopic, diagnostic'.

Une biopsie endoscopique du poumon est réalisée en passant un endoscope à travers la bronche principale vers les bronches plus petites et les alvéoles. Les biopsies de bronche et de poumon peuvent être réalisées séparément ou lors d'une même opération, auquel cas les deux codes sont attribués ensemble. L'intervention

de base « Excision » est utilisée avec la voie d'abord 'via natural or natural opening endoscopic' (par orifice naturel ou artificiel, endoscopique). Par exemple, biopsie endoscopique du lobe pulmonaire moyen droit par excision 0BBD8ZX 'Excision of right middle lobe of the lung, via natural or artificial opening endoscopic, diagnostic'.

Un autre type de biopsie pulmonaire est la biopsie thoracoscopique. Au cours de cette intervention, de petites incisions sont faites dans la paroi thoracique et un thoracoscope est introduit à travers celles-ci pour prélever des échantillons dans le cadre d'un examen anatomo-pathologique. La voie d'abord pour ces interventions est percutaneous endoscopic' (percutanée, endoscopique) car un endoscope est inséré à travers la peau. Par exemple, une biopsie thoracoscopique du poumon droit est codée 0BBK4ZX 'Excision of right lung, percutaneous endoscopic approach, diagnostic'.

Quand on prélève du liquide (par opposition à tissu solide) à des fins biopsiques, l'intervention de base utilisée est « drainage » et le qualifieur est « diagnostic ». Par exemple, quand on prélève du liquide de la cavité pleurale droite avec une aiguille fine, on code 0B9N3ZX 'drainage of right lower lung lobe, via natural or artificial opening, endoscopic, diagnostic'.

Le lavage broncho-alvéolaire diagnostique (BAL), également appelé « biopsie de liquide » est une intervention diagnostique réalisée via un bronchoscope sous anesthésie locale. Il consiste à laver le tissu alvéolaire et les voies aériennes périphériques pour ainsi obtenir de petits échantillons de tissu. Le BAL est codé par l'intervention de base « drainage » car il implique l'aspiration de liquide. Le 'Body part' (partie de corps) 'lung' (poumon) saisit l'organe, en tout ou en partie, intéressé par la procédure. Par exemple, un lavage broncho-alvéolaire du lobe inférieur du poumon droit est codé 0B9F8ZX 'Drainage of right lower lung lobe, via natural or artificial opening endoscopic, diagnostic'.

Il ne faut pas confondre le BAL (diagnostique) et le lavage pulmonaire complet. Le lavage pulmonaire complet (rinçage pulmonaire) est une intervention thérapeutique réalisée en cas de protéinose alvéolaire pulmonaire. L'intervention est réalisée sous anesthésie générale et ventilation mécanique. Les poumons sont lavés et vidangés avec une solution saline, un poumon à la fois. Le second poumon est habituellement lavé 3 à 7 jours après le premier poumon. Cette intervention est codée 3E1F88Z, 'Irrigation of respiratory tract using irrigating substance, via natural or artificial opening, endoscopic'. Il ne faut pas oublier de coder la ventilation mécanique réalisée.

13. ABLATION DE POUMON ET PLEURODESE

La destruction de tumeur (**en anglais, on parle de**) est une alternative à l'enlèvement chirurgical de lésions pulmonaires. La destruction peut être réalisée par l'utilisation de chaleur extrême, de congélation chimique (cryoablation), d'ultrasons focalisés, de micro-ondes ou de radiofréquences. Ces interventions sont généralement réalisées par des radiologues interventionnels utilisant la guidance par image – comme la tomographie computerisée (CT), les ultrasons ou la fluoroscopie – pour permettre l'insertion d'une sonde directement jusqu'à la lésion.

ICD-10-PCS classe ce type de procédure sous l'intervention de base "Destruction", au sens de "éradication physique de tout ou d'une partie de 'body part' (partie de corps) par utilisation directe d'énergie, de force ou d'agent destructeur". Les codes ICD-10-PCS pour la destruction n'établissent aucune distinction entre les différentes sources d'énergie utilisées pour détruire la tumeur.

Voici quelques exemples:

- Ablation (Destruction) du lobe pulmonaire supérieur gauche, par voie ouverte
0B5G0ZZ 'Destruction of Left Upper Lung Lobe, Open Approach'
- Ablation (Destruction) du poumon gauche, par voie percutanée
0B5L3ZZ 'Destruction of Left Lung, Percutaneous Approach'
- Ablation (Destruction) du lobe pulmonaire inférieur gauche, par thoroscopie
0B5J4ZZ 'Destruction of Left Lower Lung Lobe, Percutaneous Endoscopic Approach'

La destruction ('ablation') bronchoscopique (par thermoplastie) du muscle lisse des voies respiratoires est une intervention réalisée pour traiter les patients asthmatiques, elle est réalisée à l'aide d'un bronchoscope et d'un cathéter qui délivre de l'énergie sous forme de radiofréquence dans les voies respiratoires dans le but de réduire l'excès de muscle lisse. Ainsi, le territoire qui se contracte en réponse aux stimuli externes (comme la poussière et les autres allergènes) devient plus petit.

Par exemple:

- Destruction bronchique (ablation bronchique) par thermoplastie de la bronche souche droite:
0B538ZZ 'Destruction of right main bronchus, via natural or artificial opening endoscopic'

La pleurodèse est une procédure réalisée pour prévenir les pneumothorax récidivants ou les épanchements pleuraux récurrents en oblitérant artificiellement l'espace pleural. Il y a deux grands types de pleurodèse: mécanique et chimique. La pleurodèse mécanique (pleurabrasion) est réalisée via une thoracotomie ou par thoroscopie. La procédure consiste à abraser le feuillet pariétal de la plèvre au moyen d'un tampon rugueux, de gaze ou d'une brosse rotative mécanique. La pleurodèse mécanique (chirurgicale) est codée avec l'intervention de base "Destruction" (par exemple 0B5N0ZZ, Destruction of right pleura, open approach). La pleurodèse chimique utilise des substances telles que la bléomycine, la povidone-iodine (Bétadine®), la tetracycline et la moutarde azotée (mustine/chlorméthine) mais la substance la plus fréquemment utilisée est le talc.

Une méthode de pleurodèse par talcage se fait par thoroscopie sous video-assistance ('VATS (video-assisted thoracoscopic surgery', chirurgie thoracoscopique video-assistée), qui est une procédure mini-invasive réalisée pour traiter le poumon, la plèvre ou le médiastin. Une petite caméra est introduite au travers d'une petite incision de la paroi thoracique; la caméra transmet les images pour guider le chirurgien dans la réalisation de l'intervention. Quand une pleurodèse par talcage est réalisée via VATS pour traiter un pneumothorax spontané récurrent, le talc est injecté dans la cavité pleurale pour créer des adhérences (inflammatoires) entre les surfaces pleurales viscérales et pariétales qui obturent la cavité pleurale et préviennent la récurrence du pneumothorax (avec collapsus du poumon dû à la fuite d'air). **L'intervention de base "Destruction" n'est pas appropriée pour cette procédure. Il faut coder 3E0L4GC-Introduction of Other Therapeutic Substance into Pleural Cavity, Percutaneous Endoscopic Approach'.**

Pour l'inspection de la cavité pleurale, le code 0BjQ4ZZ 'Inspection pleura, percutaneous endoscopic approach' doit être utilisé pour saisir la composante endoscopique de la procédure.

Voici d'autres exemples d'interventions pulmonaires courantes:

- Excision de lésion du lobe moyen droit, par thoroscopie:
0BBD4ZZ 'Excision of Right Middle Lung Lobe, Percutaneous Endoscopic Approach'

- Résection segmentaire du lobe supérieur droit, par voie ouverte:
0BBC0ZZ 'Excision of Right Upper Lung Lobe, Open Approach'
- Lobectomie du lobe supérieur gauche, par voie ouverte:
0BTG0ZZ 'Resection of Left Upper Lung Lobe, Open Approach'
- Drainage percutané de la cavité pleurale droite avec un matériel (« device »)
0W9930Z 'Drainage of Right Pleural cavity with Drainage Device, Percutaneous Approach'

14. VENTILATION MÉCANIQUE

La ventilation mécanique (respirateur artificiel) est un processus par lequel la fonction respiratoire du patient est assistée ou remplacée par un appareil. ICD-10-PCS classe la ventilation mécanique sous la section Assistance et remplacement des fonctions extracorporelles 'Extracorporeal assistance and performance section' (Assistance et remplacement des fonctions extracorporels) (1^{er} caractère/section = 5).

La ventilation mécanique est considérée comme non invasive (Noninvasive Ventilation Procedures) dans le cas d'un-masque facial, un masque nasal, un oreiller nasal, une pièce buccale ou un masque oro-nasal.

L'ICD-10-PCS classe ces types de ventilation mécanique (non invasive) sous l'intervention de base 'Assistance' parce qu'elle répond à la définition de "reprise partielle d'une fonction physiologique par des appareils extracorporels".

Le 5^{ème} caractère de cette section fournit des valeurs pour la durée de la ventilation : moins de 24 heures consécutives (valeur = 3), 24-96 heures consécutives (valeur = 4), ou plus de 96 heures consécutives (valeur = 5).

Le 7^{ème} caractère de cette section, le qualificatif, précise le type de ventilation à l'aide des valeurs suivantes:

7	Pression positive continue (CPAP)
8	Pression positive intermittente (BiPAP)
9	Pression négative continue
B	Pression négative intermittente
Z	Pas de qualificatif

Voici quelques exemples:

- Ventilation non invasive (par masque) moins de 24h, sous pression positive continue:
5A09357 'Assistance with respiratory ventilation, less than 24 consecutive hours, continuous positive airway pressure'
- Ventilation par masque 24-96h, sous pression positive continue.
5A09457 'Assistance with respiratory ventilation, 24-96 consecutive hours, continuous positive airway pressure'
- Ventilation non invasive 24-96 h, sous pression positive intermittente:
5A09458 'Assistance with respiratory ventilation, 24-96 consecutive hours, intermittent positive airway pressure'
- Ventilation non invasive plus de 96h, sous pression négative continue:
5A09559 'Assistance with respiratory ventilation, greater than 96 consecutive hours, continuous negative airway pressure'

- Ventilation non invasive plus de 96h :

5A0955Z 'Assistance with respiratory ventilation, greater than 96 consecutive hours

La ventilation mécanique est considérée comme **invasive** quand elle est réalisée via une interface invasive telle qu'une intubation endo-trachéale ou une trachéotomie et que le patient reçoit cette ventilation de manière ininterrompue. Une intubation endotrachéale requiert le placement non chirurgical d'un tube trachéal par voie orale ou nasale. Quand le codage se justifie, l'intubation se code 0BH17EZ, 'Insertion of endotracheal airway into trachea, via natural or artificial opening' (insertion d'un tube endotrachéal via voie naturelle ou artificielle) ou 0BH18EZ, 'Insertion of endotracheal airway into trachea via natural or artificial opening endoscopic' (Insertion d'un tube endotrachéal par approche endoscopique via un orifice naturel ou artificiel).

Si on intube le patient ou si on réalise une trachéotomie pendant le séjour d'un patient, il faut coder cette intubation ou cette trachéotomie.

ICD-10-PCS classe les codes de ventilation mécanique invasive sous l'intervention de base 'Performance' (remplacement) parce que ces procédures reprennent complètement la fonction physiologique de la respiration au moyen d'appareils extracorporels.

De même que pour les interventions de base 'Assistance', le 5^{ème} caractère fournira des indications sur la durée de la ventilation : moins de 24 heures consécutives (valeur = 3), 24-96 heures consécutives (valeur = 4) ou plus de 96 heures consécutives (valeur = 5).

Voici quelques exemples:

- Prise en charge complète de la fonction ventilatoire, non mécanique, un épisode
5A19054 "Respiratory ventilation, single, nonmechanical"
- Respiration artificielle pendant 12 heures
5A1935Z 'Respiratory ventilation, less than 24 consecutive hours'
- Respiration artificielle pendant 36 heures
5A1945Z 'Respiratory ventilation, 24-96 consecutive hours'
- Respiration artificielle pendant 5 jours:
5A1955Z 'Respiratory ventilation, 24-96 consecutive hours'

Durée de la ventilation mécanique

Le calcul de la durée de la ventilation commence à partir de l'un des événements décrits ci-dessous:

- Une intubation endotrachéale réalisée dans l'hôpital suivie d'une ventilation mécanique
- Le début de la ventilation mécanique par une trachéotomie réalisée dans l'hôpital (y compris le service d'urgences)
- L'admission d'un patient qui serait déjà sous ventilation mécanique par intubation ou trachéotomie réalisée avant l'admission à l'hôpital.

Quand un patient est sous ventilation mécanique pendant une longue période, une trachéostomie peut être réalisée au niveau de la trachée cervicale antérieure. Un tube trachéal est souvent inséré pour maintenir la trachéostomie ouverte et permettre le branchement du respirateur.

La durée de la ventilation mécanique est calculée à partir du moment où la ventilation mécanique est réellement entamée.

Parfois, il est nécessaire de remplacer le tube endotrachéal, par exemple à cause d'une fuite. Le retrait suivi d'un remplacement immédiat ne signifie pas l'interruption de la ventilation. Chez certains patients, la ventilation mécanique est entamée à l'aide d'un tube endotrachéal, mais ultérieurement une trachéotomie est pratiquée pour la suite de la ventilation mécanique. Il faut continuer à compter le nombre d'heures de ventilation à partir du moment où la ventilation s'est faite via la première intubation.

Une fois que l'état du patient est stabilisé et qu'il ne doit plus être ventilé de manière continue, différentes méthodes sont appliquées pour le sevrage (weaning) afin de permettre au patient de reprendre progressivement une respiration spontanée. Durant le sevrage, le patient est surveillé avec contrôle de la stabilité cardiopulmonaire. La période de sevrage est incluse dans la durée de la ventilation.

La période de sevrage se termine quand le patient est extubé et que la ventilation mécanique est arrêtée. Notez qu'un sevrage n'est pas toujours requis.

Pour les patients qu'on doit sevrer d'une ventilation intermittente, il faut calculer la durée complète d'essai de sevrage, c'est-à-dire le temps où le patient est sous ventilation mécanique et les périodes où il en est sevré jusqu'à ce qu'il soit extubé et que la ventilation mécanique soit arrêtée.

Si le patient est sous ventilation mécanique uniquement la nuit et n'est pas en période de sevrage, il faut compter la durée de ventilation sur base du temps où le patient est effectivement mis sous ventilation. Pour l'utilisation la nuit, il faut utiliser la durée 'less than 24 consecutive hours' (moins de 24h).

La durée de la ventilation se termine avec l'un des événements décrits ci-dessous:

- Le retrait du tube endotrachéal (extubation)
Le débranchement entre la canule de trachéotomie et le respirateur après que la période de sevrage soit complètement terminée
- La sortie de l'hôpital ou le transfert vers un autre hôpital pour les patients encore sous ventilation mécanique

Parfois, l'état du patient qui a déjà connu une période de ventilation au cours de son séjour se détériore et une nouvelle période de ventilation est nécessaire. Il faut utiliser les mêmes règles pour le calcul de la durée de ventilation de cette nouvelle période. Dans ces cas, on utilisera donc deux codes pour rapporter chaque période de ventilation mécanique continue.

La ventilation mécanique appliquée pendant une intervention chirurgicale n'est pas codée lorsqu'elle constitue un élément normal de l'intervention (anesthésie).

Cependant, lorsque le médecin documente que le patient connaît des problèmes spécifiques nécessitant de le ventiler plus longtemps que normalement ou si le patient est ventilé plus longtemps que prévu après l'intervention, la ventilation peut être codée séparément.

Si la ventilation mécanique postopératoire est maintenue plus de deux jours ou si le médecin a clairement indiqué une période prolongée inattendue de la ventilation, alors la ventilation mécanique doit être codée. Le nombre d'heures de ventilation mécanique est compté à partir du moment de l'intubation.

Quand un patient dépendant de l'oxygène est admis à l'hôpital avec son propre équipement ventilatoire, il est approprié d'enregistrer l'assistance ventilatoire tant que le patient est évalué ou surveillé à l'hôpital. Le fait que l'équipement soit la propriété du patient n'a pas d'influence sur le codage de l'assistance ventilatoire. Il faut compter le nombre d'heures comme décrit plus haut.

Complications de trachéotomie

Les complications de trachéotomie sont classées dans la sous-catégorie J95.0 'Tracheostomy complications'. de ce chapitre.

- Les infections d'une trachéotomie sont classées sous le code J95.02 'Infection of tracheostomy stoma', avec un code complémentaire pour identifier le type d'infection et/ou un code des catégories B95-B97 pour identifier le germe responsable, ou A40.-, A41.-
- En cas de sepsis; une hémorragie de trachéotomie est codée J95.01 'Hemorrhage from tracheostomy stoma'
- Une complication mécanique ou un dysfonctionnement sont codés J95.03 'Malfunction of tracheostomy stoma' ;
- Une fistule trachéo-oesophagienne après trachéotomie st codée J95.04 'Tracheo-esophageal fistula following tracheostomy';
- Les complications non spécifiées sont reprises sous J95.00 'Unspecified tracheostomy complication';
- Les autres complications sont codées J95.09 'Other tracheostomy complication'.

EXERCICE 19.3

L'exercice suivant montre des exemples de pathologies classées au chapitre 10 de l'ICD-10-CM. Codez les diagnostics et interventions qui suivent. N'attribuez pas les codes de causes externes de morbidité.

1. Sinusite chronique du maxillaire gauche	J32.0
Sinusectomie maxillaire gauche, ouverte, totale	09TR0ZZ
2. Infection aiguë des voies respiratoires supérieures, à pneumocoque,	<u>J06.9</u>
Convulsions fébriles	B95.3
	R56.00
3. Déviation du septum nasal, rhinite allergique, sinusite ethmoïdale	<u>J34.2</u>
Excision du septum nasal, par voie percutanée	J30.9
	J32.2
	09BM3ZZ
4. Œdème pulmonaire chronique	J81.1
5. Rhinite allergique chronique due au pollen d'arbre	J30.1
6. Insuffisance cardiaque congestive avec épanchement pleural	I50.9
7. Insuffisance respiratoire aiguë sur hémorragie intracérébrale	I61.9

	J96.00
8. Pharyngite aiguë due à une infection à staphylocoque doré	J02.8 B95.61
9. Bronchite chimique chronique due à l'inhalation de vapeurs chlorées il y a 2 ans	T59.4X1S J68.4
Biopsie bronchoscopique de la bronche inférieure droite	0BB68ZX
10. Pneumothorax sous tension gauche, total, spontané récidivant	J93.0
Pleurodèse chirurgicale de la plèvre gauche vidéo-assistée par thoracoscopie (VATS)	0B5P4ZZ
11. Admission pour insuffisance respiratoire aiguë due à une exacerbation aiguë de BPCO	J96.00 J44.1
12. Trachéo-bronchite aiguë due à une infection RSV (Respiratory Syncytial Virus)	J20.5
13. Pneumonie anaérobie à Gram négatif	J15.8
14. Insuffisance pulmonaire due à un choc	J98.4
15. SDRA dû à une infection à hantavirus	J80 B33.4
16. Trachéostomie infectée par un abcès du cou à staphylocoque	J95.02 L02.11 B95.8

*Insuffisance respiratoire aiguë

Le diagnostic d'insuffisance respiratoire aiguë devrait être rapporté par le médecin. Mais il arrive que les médecins hospitaliers utilisent d'autres termes pour exprimer un tableau **clinique** d'« insuffisance respiratoire aiguë » (ex : on trouvera parfois dans le dossier « détresse respiratoire aiguë », tableau clinique d'une urgence respiratoire). La recherche des codes correspondant à ces termes peut ne pas aboutir aux codes J96.-. C'est pourquoi, **en présence de diagnostics autres que « insuffisance respiratoire aiguë » mais correspondant à un tableau clinique d'urgence respiratoire**, pour pouvoir enregistrer un code J96.- dans le RHM, il faut retrouver au moins un critère gazométrique (tel un résultat de mesure transcutanée de saturation en oxygène) dans le dossier du patient.

Parmi les gestes thérapeutiques en cas d'**urgence** respiratoire **sévère**, on notera entre autres une oxygénothérapie à haut débit, une assistance ventilatoire ou une suppléance ventilatoire.

En cas d'**insuffisance respiratoire chronique** avec **oxygénothérapie au long cours** (convention oxygène), les codes J96.1- peuvent être enregistrés pour le séjour à coder sans que le diagnostic d'insuffisance respiratoire chronique ne soit repris.

Chez l'adulte, le diagnostic d'insuffisance respiratoire est basé principalement sur l'analyse des gaz du sang **artériel** (chute de la PaO₂ et/ou élévation de la PaCO₂ et/ou chute du pH). Mais l'interprétation des gaz du sang varie en fonction de l'âge du patient et en fonction de leurs gaz sanguins habituels s'il s'agit de patients insuffisants respiratoires chroniques. Chez l'enfant, le recours aux prélèvements **artériels** est réservé aux seuls cas graves.

L'évaluation par le médecin de l'insuffisance respiratoire est davantage réalisée sur base de critères cliniques tels que la cyanose, l'altération de l'état de conscience et dans la mesure du possible sur une mesure de la saturation transcutanée en O₂.

Terminologie médicale

Hypoxie= chute de la PaO₂

Hypercapnie= élévation de la PaCO₂

Acidose= chute du pH

-L'insuffisance respiratoire aiguë sans autre précision se code J96.00

-Si le médecin ne qualifie pas lui-même l'**insuffisance respiratoire aiguë** avec les termes « avec hypoxémie/hypoxémique/hypoxique » ou « avec hypercapnie/hypercapnique », les critères cliniques suivants permettront d'utiliser le code approprié.

Critères cliniques

Insuffisance respiratoire aiguë avec hypoxie J96.01

- Gaz du sang artériel : PaO₂ ≤ 60 mmHg
- Et/ou mesure transcutanée : SaO₂ ≤ 88%

Insuffisance respiratoire aiguë avec hypercapnie J96.02

- Gaz du sang artériel : PaCO₂ ≥ 50 mmHg
- Et/ou Gaz du sang artériel : pH < 7,35 (**avec acidose respiratoire**)

Insuffisance respiratoire aiguë sur chronique avec hypoxie

- Gaz du sang artériel : chute de la PaO₂ de 10 à 15 mmHg par rapport à la valeur habituelle de ce patient

Insuffisance respiratoire aiguë sur chronique avec hypercapnie

- PaCO₂ ≥ 50 mmHg si elle est normale habituellement
- Ou élévation de la PaCO₂ de 10 mmHg au moins par rapport à la PaCO₂ habituellement anormale
- Ou pH < 7,35 s'il est normal habituellement (avec acidose respiratoire)
- Ou chute de pH de 0,05 au moins par rapport au pH habituellement anormal (avec acidose respiratoire).

Le cas échéant, on ajoute un diagnostic d'acidose s'il est repris dans le dossier.

Chapitre 20:

MALADIES DU SYSTÈME GASTRO-INTESTINAL

1. INTRODUCTION

Les maladies du système gastro-intestinal sont classées dans le chapitre 11 'Diseases of the Digestive System' (K00-K95) de l'ICD-10-CM du livre de codes. Les principes de codage des chapitres précédents de ce manuel sont applicables à ce chapitre, avec une attention particulière pour les codes combinés ainsi que les nombreuses notes d'exclusion de ce chapitre.

2. HÉMORRAGIES GASTRO-INTESTINALES

Les hémorragies gastro-intestinales se manifestent de différentes manières :

- L'hématémèse (vomissement de sang) indique une hémorragie aiguë du tractus gastro-intestinal haut.
- Le mélaena (présence de sang noir dans les selles) indique une hémorragie du tractus gastro-intestinal haut ou bas.
- La perte de sang occulte (présence de sang dans les selles qui peut être détectée uniquement par examen de laboratoire) indique une hémorragie gastro-intestinale haute ou basse.
- L'hématochézie (présence de sang rouge dans les selles) indique souvent une hémorragie du tractus gastro-intestinal bas.

Les causes les plus fréquentes des hémorragies gastro-intestinales sont les ulcères gastriques et intestinaux, ainsi que les maladies diverticulaires de l'intestin. Une hémorragie diverticulaire s'arrête spontanément dans 80% des cas, tandis que pour les 20 autres pourcents, il y aura un deuxième ou troisième épisode de saignement. Pour les ulcères du tractus gastro-intestinal, les gastrites, les angiodysplasies, les duodénites, les gastro-duodénites, la maladie de Crohn, les colites ulcéraives, la diverticulose et la diverticulite, ICD-10-CM dispose de codes spécifiques pour indiquer la présence ou non d'une hémorragie ou d'un saignement associé.

Voici quelques exemples :

- Gastrite aiguë avec hémorragie
K29.01 'Acute gastritis with bleeding'
- Diverticulite de l'intestin grêle avec hémorragie
K57.13 'Diverticulitis of small intestine without perforation or abscess with bleeding'
- Angiodysplasie du duodénum avec hémorragie
K31.811 'Angiodysplasia of stomach and duodenum with bleeding'

Comme indiqué dans la Section I.A.15 de l'Official Coding Guidelines, la classification présume une relation causale entre les deux pathologies liées par les termes « with » ou « in » dans l'index alphabétique ou dans la liste tabulaire. L'ICD-10-CM fournit un tel lien pour les saignements dans certaines pathologies gastro-intestinales telles que les ulcères, gastrites, duodénites, œsophagites ulcéraives et les diverticuloses. A moins

que le médecin ne documente une cause différente au saignement ou ne dise qu'il n'y a pas de relation entre les pathologies, il est approprié d'utiliser un code combiné pour ces pathologies. Si des codes sont disponibles pour les sites de saignement décrits plus haut, on n'utilise pas de code K92.0 'Hematemesis', K92.1 'Melena'; of K92.2 'Gastrointestinal hemorrhage, unspecified'. Ces derniers codes ne sont acceptables que quand la classification ne présume pas de lien entre saignement et maladie ou quand le diagnostic énoncé par le médecin indique clairement que le saignement est dû à une autre pathologie.

Parfois, des patients ayant un antécédent récent d'hémorragie gastro-intestinale sont admis pour une endoscopie afin d'identifier le site hémorragique, mais l'examen ne révèle plus aucun saignement. Si le médecin documente un diagnostic clinique basé sur un « antécédent » récent de saignement ou sur d'autres données, le fait qu'il n'y ait pas de saignement durant l'épisode de soins n'empêche pas l'attribution d'un code combiné mentionnant une hémorragie et un site (probable), ou d'un code d'hémorragie gastro-intestinale des séries K92.0 à K92.2 si la cause du saignement n'a pas pu être déterminée.

En cas d'admission pour une hémorragie rectale, une colonoscopie peut être réalisée. Si on diagnostique en outre des hémorroïdes internes ou externes sans préciser un lien causal entre l'hémorragie et les hémorroïdes, il faut interroger le médecin pour déterminer si l'hémorragie est due aux hémorroïdes ou si les hémorroïdes doivent être considérées comme une découverte fortuite.

Si les hémorroïdes sont découvertes fortuitement et ne sont pas à l'origine de l'hémorragie, le code K62.5, 'Hemorrhage of anus and rectum' (Hémorragie de l'anus et du rectum) est attribué, suivi du code approprié pour les hémorroïdes sans mention de complication.

En revanche, si le médecin fait le lien entre l'hémorragie et les hémorroïdes, on utilise les codes K64.8 'Other hemorrhoids' (pour les hémorroïdes internes) et K64.4 'Residual hemorrhoidal skin tags' (pour les hémorroïdes externes). Le terme 'bleeding' est un modificateur non essentiel sous le terme 'Hemorrhoids' dans l'index alphabétique et dans les termes d'inclusion des codes K64.0-K64.3, c'est pourquoi, le saignement est inclus dans le code des hémorroïdes et ne doit pas être codé en plus.

3. MALADIES DE L'OESOPHAGE

L'œsophagite est classée dans la catégorie K20, avec différentes pathologies spécifiques:

- K20.0 'Eosinophilic esophagitis' (Œsophagite à éosinophiles)
- K20.8 'Other esophagitis' (Autre œsophagite)
- K20.9 'Esophagitis, unspecified' (Œsophagite non spécifiée)

L'œsophagite avec reflux gastro-œsophagien est codée K21.0, 'Gastro-esophageal reflux disease with esophagitis'.

L'œsophagite associée à d'autres maladies de l'œsophage est classée dans la catégorie K22, 'Other diseases of esophagus' (Autres maladies de l'œsophage), comme notamment:

- K22.10 'Ulcer of esophagus without bleeding' (L'œsophagite ulcéreuse sans saignement),
- K22.11 'Ulcer of esophagus with bleeding' (L'œsophagite ulcéreuse avec saignement)

D'autres maladies de l'œsophage sont classées dans la catégorie K22, comme la dyskinésie de l'œsophage et le spasme de l'œsophage qui sont codés K22.4 'Dyskinesia of esophagus'

L'œsophage de Barrett (codes K22.70 à K22.71-) est une pathologie précancéreuse dans laquelle les cellules normales de la muqueuse œsophagienne sont remplacées par des cellules épithéliales du tube gastrique. L'hémorragie de l'œsophage est codée K22.8, 'Other specified diseases of esophagus', excepté si l'hémorragie est causée par des varices œsophagiennes. Les varices œsophagiennes ne sont pas classées dans les maladies du système digestif, mais dans les maladies du système circulatoire. Elles sont codées comme suit:

I85.00	'Esophageal varices without bleeding'
I85.01	'Esophageal varices with bleeding'

Quand les varices œsophagiennes sont associées à des maladies hépatiques dues à l'alcool, à une cirrhose hépatique, à une schistosomiase, à une maladie toxique du foie ou à une hypertension portale, il faut utiliser deux codes, avec en premier lieu le code de la pathologie sous-jacente, suivi en diagnostic secondaire d'un code pour les varices œsophagiennes secondaires (I85.10 'Esophageal varices without bleeding' (varices œsophagiennes secondaires sans saignement) ou I85.11 'Esophageal varices with bleeding' (varices œsophagiennes secondaires avec saignement)).

Voici quelques exemples.

- Varices œsophagiennes hémorragiques sur cirrhose hépatique
K74.60 'Unspecified cirrhosis of liver'
I85.11 'Secondary esophageal varices with bleeding'
- Varices œsophagiennes hémorragiques sur hypertension portale
K76.6 'Portal hypertension'
I85.11 'Secondary esophageal varices with bleeding'

Le traitement des varices œsophagiennes consiste majoritairement en une ligature des veines œsophagiennes que l'ICD-10-PCS classe sous la Root Operation (intervention de base) "Occlusion" signifiant "fermeture complète d'un orifice ou de la lumière d'un 'Body Part' (partie de corps) tubulaire. La procédure peut être réalisée via une approche ouverte, percutanée, percutanée endoscopique ou endoscopique via un orifice naturel ou artificiel.

Exemples:

06L0ZZ	'Occlusion of esophageal vein, open approach'
06L33ZZ	'Occlusion of esophageal vein, percutaneous approach'
06L34ZZ	'Occlusion of esophageal vein, percutaneous endoscopic approach'

Une procédure connexe est la ligature élastique endoscopique ('endoscopic banding') des varices œsophagiennes. Cette procédure consiste en placement d'élastiques ('Rubber bands') autour des varices œsophagiennes via un endoscope flexible. Le code 06L38CZ, 'Occlusion of esophageal vein with extraluminal device, via natural or artificial opening endoscopic' (Occlusion de veines œsophagiennes avec matériel extraluminal, avec approche endoscopique par les voies naturelles ou par voie artificielle) est utilisé pour cette procédure.

Un autre traitement des varices œsophagiennes est l'injection endoscopique d'agent sclérosant ou sclérothérapie, que l'ICD-10-PCS classe dans les interventions de base "Introduction". Par exemple, l'injection endoscopique d'agent sclérosant dans une varice du bas œsophage est codée 3E0G8TZ, 'Introduction of destructive agent into upper GI, via natural or artificial opening, endoscopic' (Introduction d'agent destructif dans le tube digestif supérieur avec approche endoscopique par les voies naturelles ou par voie artificielle).

4. ULCÈRES DE L'ESTOMAC ET DE L'INTESTIN GRÊLE

Des codes combinés existent pour les ulcères gastriques, duodénaux et gastro-jéjunaux, qui indiquent la présence conjointe d'une hémorragie, d'une perforation ou des deux. Ces codes combinés font également la distinction entre ulcères aigus et chroniques.

Les ulcères de l'estomac et de l'intestin grêle sont souvent décrits comme "peptiques" sans autre précision du site. Il faut rechercher dans le dossier du patient une indication concernant la localisation. Les codes de la catégorie K27 'Peptic ulcer, site unspecified' (Ulcère peptique, site non spécifié) ne seront jamais utilisés quand un code plus spécifique peut être attribué.

Voici quelques exemples:

- Ulcère gastrique chronique avec perforation
K25.5 'Chronic or unspecified gastric ulcer with perforation'
- Ulcère duodéal aigu, sans complication
K26.3 'Acute duodenal ulcer without hemorrhage or perforation'
- Ulcère gastrique chronique avec hémorragie et perforation
K25.6 'Chronic or unspecified gastric ulcer with both hemorrhage and perforation'

5. LÉSIONS DE DIEULAFOY

Les lésions de Dieulafoy sont une cause rare d'hémorragies gastro-intestinales graves. En cas d'hémorragie gastro-intestinale associée à des lésions de Dieulafoy, on n'attribue pas de code distinct pour l'hémorragie gastro-intestinale car elle fait partie intégrante de la maladie.

Le code K31.82, 'Dieulafoy lesion (hemorrhagic) of stomach and duodenum', s'applique aux lésions de Dieulafoy de l'estomac ou du duodénum.

Le code K63.81, 'Dieulafoy lesion of intestine', s'applique aux lésions de Dieulafoy de l'intestin.

Le code K22.8, 'Other specified diseases of esophagus' (autres maladies spécifiées de l'œsophage), est utilisé pour les lésions de Dieulafoy de l'œsophage.

Les lésions de Dieulafoy de l'œsophage provoquent d'habitude des hémorragies sévères. Des injections d'adrénaline par endoscopie sont réalisées pour contrôler le saignement. Lorsque cette injection est la seule composante thérapeutique d'une procédure endoscopique, elle peut être codée pour rapporter que la procédure est plus qu'une procédure diagnostique. Par exemple, quand on injecte de l'adrénaline pour contrôler un saignement au niveau du fundus gastrique durant une oesophagogastroduodénoscopie, on codera 3E0G8GC, 'Introduction of other therapeutic substance into upper GI, via natural or artificial

opening endoscopic'(introduction d'autre substance thérapeutique dans le tractus gastro-intestinal supérieur, avec une approche endoscopique par voies naturelle ou artificielle).

6. COMPLICATIONS D'ORIFICES ARTIFICIELS DU SYSTÈME GASTRO-INTESTINAL

Les complications de colostomie, d'entérostomie, de gastrostomie ou d'œsophagostomie sont classées sous la catégorie K94, 'Complications of artificial openings of the digestive system', plutôt que sous les complications de soins chirurgicaux et médicaux (catégories T80-T88, 'Complications of surgical and medical care').

6.1. Complications de colostomie et d'entérostomie

Les complications de colostomie et d'entérostomie sont classées dans la sous-catégorie K94.0, Colostomy complications et K94.1, Enterostomy complications. Des codes supplémentaires sont utilisés pour spécifier le type d'infection, comme une cellulite de la paroi abdominale (L03.311) ou un sepsis (A40.-, A41.-) si cette information est disponible dans le dossier. Exemples:

- Hémorragie à hauteur d'une colostomie
K94.01 'Colostomy hemorrhage'
- Occlusion d'une colostomie
K94.03 'Colostomy malfunction'
- Infection d'une entérostomie avec cellulite de la paroi abdominale
K94.12 'Enterostomy infection'
L03.311 'Cellulitis of abdominal wall'

6.2. Complications de gastrostomie ou d'œsophagostomie

Le code K94.22, 'Gastrostomy infection' est utilisé pour une infection de gastrostomie. Un code complémentaire est attribué pour préciser le type d'infection si cette information figure dans le dossier du patient.

Le code K94.23, 'Gastrostomy malfunction' est utilisé pour un dysfonctionnement de gastrostomie tel qu'une complication mécanique.

Le code K94.32 'Esophagostomy infection' est utilisé pour une infection de d'oesophagostomie. Un code supplémentaire est attribué pour préciser le type d'infection, s'il est documenté.

Une complication mécanique d'oesophagostomie est codée K94.33, 'Esophagostomy malfunction'.

7. DIVERTICULOSE ET DIVERTICULITE

Un diverticule est une petite poche ou un appendice s'ouvrant sur un organe tubulaire (œsophage, intestin) ou un organe en forme de poche (vessie). Une diverticulose se réfère à la présence d'un ou de plusieurs diverticules du site concerné. Une diverticulite est l'inflammation d'un diverticule existant. Un diagnostic de diverticulite suppose la présence de diverticules. C'est pourquoi seul le code de la diverticulite est attribué, même si les 2 pathologies (diverticulose et diverticulite) sont mentionnées dans les diagnostics faits par le médecin.

Voici quelques exemples:

- Diverticulose du duodénum, sans complication
K57.10 'Diverticulosis of small intestine without perforation or abscess without bleeding'
- Diverticulose du duodénum et diverticulite, sans autre complication
K57.12 'Diverticulitis of small intestine without perforation or abscess without bleeding'
- Diverticulite du jéjunum avec hémorragie
K57.13 'Diverticulitis of small intestine without perforation or abscess with bleeding'
- Diverticulite du caecum avec perforation et abcès
K57.20 'Diverticulitis of large intestine with perforation and abscess without bleeding'

ICD-10-CM part du principe qu'une diverticulose, non spécifiée autrement, est une pathologie de l'intestin.

DIVERTICULES CONGÉNITAUX OU ACQUIS

Les diverticules peuvent être congénitaux ou acquis. Pour certains sites, ICD-10-CM part du principe que la pathologie est congénitale, excepté si elle est spécifiée autrement ; pour d'autres sites, l'hypothèse est que le diverticule est acquis. Par exemple, un diverticule du colon est supposé acquis, sauf s'il est précisé comme congénital ; mais un diverticule de l'œsophage est supposé congénital sauf précision contraire. L'index alphabétique présente les entrées relatives aux diverticules du colon et de l'œsophage comme suit:

Diverticulum, diverticula ... K57.90 ...

-colon – See Diverticulosis, intestine, large ...

--congenital Q43.8 ...

-esophagus (congenital) Q39.6

--acquired (epiphrenic) (pulsion) (traction) K22.5 ...

-Meckel's (displaced) (hypertrophic) Q43.0

Les diverticules acquis de l'œsophage sont souvent décrits en fonction du type de diverticule (diverticule de pulsion ou de traction) ou de la portion concernée de l'œsophage (diverticule pharyngo-œsophagien, médio-thoracique ou épiphrénique). Tous se voient attribuer le même code: K22.5, 'Diverticulum of esophagus, acquired'.

Par exemple:

- Diverticule de Zenker (pulsion) au niveau de l'œsophage cervical
K22.5 'Diverticulum of esophagus, acquired'
- Diverticule de traction à hauteur du tiers médian de l'œsophage
K22.5 'Diverticulum of esophagus, acquired'
- Diverticule épiphrénique de l'œsophage
K22.5 'Diverticulum of esophagus, acquired'

8. POLYPES DU COLON

Les polypes du colon sont des excroissances qui se forment sur la paroi (interne) colique. Le type de polype sert à prédire si ce polype a un potentiel malin. Les polypes adénomateux et les adénomes sont le type de polypes les plus fréquents et celui qui a le plus tendance à devenir malin. Les polypes hyperplasiques sont le deuxième type de polype en fréquence et ont un faible potentiel malin, c'est pourquoi leur protocole de surveillance est différent des polypes adénomateux. Le code K63.5 'Polyp of colon' est le code par défaut quand le polype n'est pas documenté par le médecin comme étant adénomateux ou néoplasique, même si le site spécifique est connu et indexé (ex : colon sigmoïde ou transverse).

La catégorie D12 'Benign neoplasm of colon, rectum, anus and anal canal' est assigné suivant la localisation anatomique du polype adénomateux (néoplasique).

Un polype sessile dentelé est un type d'adénome connu aussi sous le nom d'adénome sessile dentelé. Il faut utiliser un code de la catégorie D12 pour un polype sessile dentelé. Le code D12.8 'Benign neoplasm of rectum' est utilisé pour un polype hyperplasique du rectum avec foyers adénomateux. C'est un polype mixte qui est traité cliniquement comme un adénome et qui requiert une surveillance et un suivi plus stricts.

Le code Z87.19 'Personal history of other diseases of digestive system' (Histoire personnelle de maladies du système digestif) est utilisé pour un antécédent personnel de polype du colon hyperplasique et pour un antécédent de polype rectal. Un code de la sous-catégorie Z86.01, 'Personal history of benign neoplasm' est utilisé pour un antécédent d'adénome ou de polype néoplasique. Le code Z86.010, 'Personal history of colonic polyps' (Histoire personnelle de polype du colon) est utilisé pour un antécédent de polype du colon non spécifié.

9. INTERVENTIONS DU SYSTÈME GASTRO-INTESTINAL

Deux règles d'ICD-10-PCS sont importantes pour le codage des interventions du système gastro-intestinal.

La première, qui s'applique uniquement au système gastro-intestinal, concerne le choix entre les parties du corps "voies digestives supérieures" et "voies digestives inférieures" prévues pour les interventions de base "Change"(changement), "Inspection", "Removal" (Enlèvement), et "Revision". Les voies digestives supérieures comprennent la partie du tractus gastro-intestinal qui va de l'œsophage jusque et y compris le duodénum. Les voies digestives inférieures comprennent la partie du tractus gastro-intestinal qui va du jéjunum jusque et y compris le rectum et l'anus. Par exemple, dans l'intervention de base 'Inspection' (table ODJ), l'inspection du jéjunum est codée en utilisant le Body part (Partie de corps) "Lower intestinal tract".

La deuxième règle, qui ne s'applique pas seulement au système gastro-intestinal, rappelle que l'anastomose d'un organe tubulaire n'est pas codée séparément. Comme indiqué au chapitre 10 "Interventions de base ICD-10-PCS" de la section médicale et chirurgicale de ce manuel, la directive stipule que les différentes étapes pour atteindre et refermer le site opératoire ne sont pas codées séparément. Par exemple, en cas de résection du colon sigmoïde et réalisation d'une anastomose entre le colon descendant et le rectum, l'anastomose n'est pas codée séparément.

La chirurgie de fermeture de stomie est connue sous plusieurs noms en anglais (stoma reversal surgery, stoma closure, stoma takedown).

Durant la fermeture d'une iléostomie, une incision est faite autour de la stomie, l'intestin est extrait de la cavité abdominale, les 2 extrémités de l'intestin sont excisées et une anastomose est faite à l'aide de points ou d'agrafes. La fermeture d'iléostomie est codée avec l'intervention de base 'Excision'. L'anastomose des extrémités intestinales est inhérente à la procédure et n'est pas codée séparément.

De la même manière, durant une fermeture de colostomie transverse ou colostomie avec boucle (loop colostomy), une incision est faite autour de la stomie pour accéder à l'abdomen et au colon distal. Les extrémités intestinales sont excisées et une anastomose bout à bout est réalisée. L'intervention de base (RO) est 'Excision' pour la fermeture de la colostomie transverse avec boucle. Si les extrémités du colon sont suturées ensemble sans excision de colon, l'intervention de base (RO) est 'Repair'.

La fermeture d'un Hartmann (stomie terminale) est complexe et requiert une approche plus invasive, pour accéder aux 2 extrémités de l'intestin qui ne sont pas proches l'une de l'autre. L'extrémité stomiale et l'extrémité distale de l'intestin sont mobilisées pour qu'elles se rejoignent et soient reconnectées. Après l'anastomose, l'intestin retrouve sa position anatomique propre. 'Reposition' est l'intervention de base (RO) pour la fermeture d'un Hartmann. 'Reposition' représente bien l'objectif de la procédure qui est de déplacer tout ou une partie de Body part à sa place normale ou à une place adéquate.

L'entrée dans l'Index sous 'Takedown, Stoma' dirige le codeur vers ' see Excision ' ou 'see Reposition ; les codeurs noteront qu'il y a différents types de procédures avec différentes opérations de base (RO) pour la fermeture de stomie. Les codes de procédures ICD-10-PCS ne doivent jamais être attribués uniquement sur ce que l'index propose. Une révision soigneuse des documents du dossier doit être faite pour déterminer ce qui a été réalisé durant la procédure.

L'aspiration à l'aiguille fine ("Fine Needle Aspiration FNA") consiste à introduire une aiguille à travers un tissu. L'aspiration est réalisée pour faire une biopsie. L'Index des Procédures renvoie l'aspiration à l'aiguille fine à l'intervention de base 'Drainage' quand un liquide ou un gaz est aspiré et à l'intervention de base 'Excision ' quand du tissu (solide) est prélevé. Si le dossier ne spécifie pas si c'est un fluide ou du tissu qui est aspiré, il faut utiliser l'intervention de base 'Excision' avec le Body part (partie de corps) approprié.

Les biopsies par brossage pour obtenir des échantillons de cellules sont rapportées avec l'opération de base «'Extraction' d'un Body part et avec le qualificatif 'diagnostic ; par exemple, biopsie par brossage de l'estomac via oesophagogastrroduodenoscopie est codée 0DD68ZX 'Extraction of stomach, via natural or artificial opening endoscopic, diagnostic' (extraction de l'estomac par approche endoscopique via orifice naturel ou artificiel).

EXERCICE 20.1

Codez les diagnostics et interventions qui suivent. N'attribuez pas les codes de causes externes de morbidité.

1. Ulcère gastrique aigu avec hémorragie gastro-intestinale massive Laparotomie exploratoire avec résection du pylore et anastomose bout à bout du reste de l'estomac et du duodénum	K25.0 0DT70ZZ
2. Ulcère duodénal avec perforation et hémorragie	K26.6
3. Ulcère gastrique pénétrant Résection ouverte de la jonction oesophagienne (Gastrectomie subtotale), voie ouverte avec anastomose oesophagienne Vagotomie	K25.5 0DT40ZZ 008Q0ZZ
4. Ulcère gastrique hémorragique	K25.4
5. Mucosite gastro-intestinale ulcérée due à de fortes doses de chimiothérapie pour myélome multiple, contact ultérieur	K92.81 T45.1X5D C90.00
6. Hémorragie due à une lésion de Dieulafoy à hauteur du duodénum. Placement de clips par voie endoscopique pour contrôler l'hémorragie	K31.82 0W3P8ZZ
7. Obstruction d'une sonde de jéjunostomie (malfunction) Remplacement de la sonde de jéjunostomie	K94.13 0D2DXUZ

10. MALADIES DU SYSTÈME BILIAIRE ET DU FOIE

Les cholécystites aiguës et chroniques sans lithiase associée sont classées dans la catégorie K81, 'cholecystitis', avec un 4^{ème} caractère précisant la nature de la pathologie:

K81.0 'Acute cholecystitis' (Cholécystite aiguë)

K81.1 'Chronic cholecystitis' (Cholécystite chronique)

K81.2 'Acute cholecystitis with chronic cholecystitis' (Cholécystite aiguë sur cholécystite chronique)

K81.9 'Cholecystitis, unspecified' (Cholécystite non spécifiée)

La catégorie K80 comprend des codes combinés permettant d'identifier les différentes combinaisons de lithiases de la vésicule biliaire et/ou des voies biliaires avec ou sans cholécystite/cholangite:

K80.0- à K80.2- 'Calculus of gallbladder'

K80.3- à K80.5- 'Calculus of bile duct'

K80.6- à K80.7- 'Calculus of both gallbladder and bile ducts'

Le 4^{ème} caractère des groupes K80.0-, K80.1-, K80.2-, K80.4-, K80.6- et K80.7- indique l'éventuelle présence d'une cholécystite associée. Dans la sous-catégorie K80.3, le 4^{ème} caractère indique la présence d'une cholangite au lieu d'une cholécystite, tandis que dans la sous-catégorie K80.5, le 4^{ème} caractère précise l'absence de cholangite ou de cholécystite. Les codes K80.66 et K80.67 sont des codes combinés qui indiquent des lithiases de la vésicule et des voies biliaires associées à une cholécystite aiguë ou chronique. Dans la catégorie K80 'Cholelithiasis', le 5^{ème} caractère précise la présence ou non d'une obstruction associée. Les codes K82.0 'Obstruction of gallbladder' (Obstruction de vésicule) et K83.1 'Obstruction of bile duct' (Obstruction de voie biliaire) s'utilisent exclusivement en cas d'obstruction sans lithiasse.

10.1. Cholestérol

La cholestérol est une pathologie caractérisée par des dépôts anormaux de cholestérol et d'autres lipides dans la paroi de la vésicule biliaire. Dans sa forme diffuse, elle est connue sous le nom de vésicule 'fraise'. Ce diagnostic est habituellement posé par l'anatomopathologiste sur base des examens des prélèvements tissulaires et est souvent une découverte fortuite sans signification clinique. Il ne doit pas être codé quand une autre pathologie vésiculaire est présente.

10.2. Syndrome post-cholécystectomie

Le syndrome post-cholécystectomie (K91.5) est une pathologie dans laquelle les symptômes suggestifs d'une maladie des voies biliaires persistent ou se développent après une cholécystectomie sans cause démontrable ni anomalie trouvée pendant l'examen. Un code de complication postopératoire des catégories T80 à T88 'Complications of surgical and medical care, NEC' n'est pas ajouté au code K91.5 'Postcholecystectomy syndrome'.

10.3 Encéphalopathie hépatique

Il faut être très attentif quand on code une encéphalopathie hépatique car encéphalopathie n'est pas synonyme de coma hépatique. L'encéphalopathie hépatique fait référence à la perte de fonction cérébrale résultant d'une incapacité du foie à détoxifier le sang. L'accumulation de toxique dans le cerveau peut arriver au point que le patient fasse un coma hépatique. Il est de la responsabilité du médecin de documenter si oui ou non le patient souffre d'encéphalopathie hépatique avec coma. Quand on code une encéphalopathie hépatique, le code par défaut est « sans coma ». L'entrée dans l'index ICD-10-CM Diseases and Injury par 'Encephalopathy, hepatic' signale "see 'Failure, hepatic'".

Si on regarde à l'index 'Failure, hepatic', il y a plusieurs sous-entrées pour des codes qui décrivent spécifiquement la défaillance (failure) avec ou sans coma.

Le code approprié pour l'encéphalopathie hépatique dépend de la cause sous-jacente, telle que maladie hépatique due à des médicaments et toxiques (K71.10), due à l'alcool (K70.40), postprocédurale (K91.82) ou due à une hépatite virale (B15-B19). Il faut coder K72.90 'Hepatic failure, unspecified without coma' si la documentation dans le dossier médical ne parle que d'encéphalopathie hépatique sans autre précision quant à la cause sous-jacente.

10.4. Cholécystectomie

Une cholécystectomie (exérèse de la vésicule) peut être totale (intervention de base "Resection") ou partielle (intervention de base "Excision") et peut être réalisée soit par laparotomie (voie ouverte), soit par laparoscopie avec petite incision (less-invasive laparoscopic incision) (approche percutanée endoscopique). Lors du codage d'une cholécystectomie, le codeur consultera le protocole opératoire pour déterminer si on a réalisé simultanément une exploration ou une incision des voies biliaires pour extraire les lithiases ou pour lever une obstruction, ainsi que pour voir si une cholangiographie intra-opératoire a été réalisée.

10.5. Ablation de lithiases biliaires

Les lithiases biliaires peuvent être enlevées de différentes manières. Une cholécystectomie enlève automatiquement toute lithiasse de la vésicule. Par ailleurs, une cholécystostomie peut être réalisée pour enlever toutes les lithiases de la vésicule biliaire sans ablation de la vésicule. L'ICD-10-PCS classe l'enlèvement des lithiases biliaires sous l'intervention de base "Extirpation" avec des valeurs distinctes pour l'organe (4^{ème} caractère) selon les différentes voies biliaires.

Les lithiases des voies biliaires peuvent être enlevées de différentes façons. On distingue les voies d'abord suivantes: ouverte, percutanée, endoscopique percutanée, via orifice naturel ou artificiel ou via orifice naturel ou artificiel avec endoscopie.

La lithotripsie ou lithotritie extracorporelle par ondes de choc (LEC) détruit les lithiases biliaires sans chirurgie invasive. Les avantages d'une lithotritie par rapport à la chirurgie conventionnelle pour l'enlèvement de calculs sont un raccourcissement de la durée d'hospitalisation et le risque moins élevé de complications potentielles associées à une intervention chirurgicale. Le médecin peut choisir de réaliser une fragmentation des lithiases comme unique procédure pour permettre une expulsion spontanée des fragments, ou il peut réaliser des procédures supplémentaires pour enlever physiquement les fragments. L'ICD-10-PCS classe ces interventions sous l'intervention de base "Fragmentation" avec l'approche "External".

Par exemple, la lithotripsie extracorporelle d'une lithiasse du canal hépatique gauche est codée 0FF6XZZ 'Fragmentation in left hepatic duct, external approach' (Fragmentation dans le canal hépatique gauche, approche externe). Cependant, si la lithotripsie implique l'enlèvement de fragments, la procédure est classée à l'intervention de base 'Extirpation'. Parmi les procédures réalisées avec lithotritie extracorporelle avec ondes de choc, il y a la cholangiopancréaticographie rétrograde endoscopique ('ERCP endoscopic retrograde cholangiography' (cholangiographie endoscopique rétrograde) et la sphinctérotomie endoscopique pancréatique.

EXERCICE 20.2

Codez les diagnostics et interventions qui suivent. N'attribuez pas les codes de causes externes de morbidité.

1. Cholécystite aiguë avec lithiasse de la vésicule et de la voie biliaire	K80.62
Cholécystectomie totale par laparoscopie	0FT44ZZ
2. Cholécystite chronique avec lithiasse de la voie biliaire commune	K80.44
Cholécystectomie totale ouverte	0FT40ZZ
Exploration de la voie biliaire commune par voie ouverte	0FC90ZZ
avec ablation de lithiasse de la voie biliaire commune	
Cholangiographie intra-opératoire (vésicule et voies biliaires avec un produit de contraste hyperosmolaire, fluoroscopie)	BF130ZZ
Appendicectomie ouverte de passage	0DTJ0ZZ
3. Obstruction des voies biliaires extrahépatiques	K83.1
4. Cholécystite aiguë et chronique avec cholestérolase	K81.2
Cholécystectomie totale par laparoscopie	0FT44ZZ
5. Cholécystite aiguë avec cholédocholithiasse	K80.42
6. Lithiasses de la vésicule et des voies biliaires (sans cholécystite)	K80.70
7. Cholécystite aiguë et chronique avec lithiasses de la vésicule et des voies biliaires, et obstruction	K80.67

11. ADHÉRENCES

Les adhérences intestinales et péritonéales sont classées sous les codes: K66.0 'Peritoneal adhesions (postprocedural)(postinfection)'(Adhérences péritonéales (postprocédures) (postinfection)); K56.50 'Intestinal adhesions [bands], unspecified as to partial versus complete obstruction' (Adhérences [brides] intestinales non spécifiées si avec obstruction partielle ou complète) ; K56.51 'Intestinal adhesions [bands], with partial obstruction' (Adhérences [brides] intestinales avec obstruction partielle ; K56.52 'Intestinal adhesions [bands], with complete obstruction' (Adhérences [brides] intestinales avec obstruction complète) ou les codes de la catégorie K56.6 'Other and unspecified intestinal obstruction' Obstruction intestinale autre ou non spécifiée). Ces codes ne s'appliquent pas aux adhérences péritonéales pelviennes. Ces pathologies sont codées N73.6, 'Female pelvic peritoneal adhesions (postinfective)' (Adhérence pelviennes chez la femme (postinfectieuses)) ou N99.4 'Postprocedural pelvic peritoneal adhesions' (Adhérences pelviennes postprocédures).

Les adhérences mineures ne causent habituellement pas de symptôme et n'augmentent pas la difficulté des interventions chirurgicales. Lorsqu'elles peuvent facilement être levées lors d'une autre intervention, on ne code pas le diagnostic ni la levée chirurgicale de ces adhérences. Par exemple, des adhérences mineures autour de la vésicule peuvent être levées facilement lors d'une ablation de la vésicule. Dans ce cas, aucun code de diagnostic n'est ajouté pour les adhérences, ni aucun code de procédure pour la lyse. En revanche, un bride d'adhérences serrée provoque parfois une occlusion ou empêche le chirurgien d'accéder à l'organe à enlever et une lyse chirurgicale est requise avant que l'intervention ne puisse être réalisée. En pareil cas, le

codage des adhérences et de leur lyse est approprié quand l'importance clinique des adhérences et la complexité de la lyse d'adhérences sont documentées par le médecin.

Il est important pour les codeurs de ne pas coder les adhérences et leur lyse sur la seule mention des données figurant dans le protocole opératoire. La documentation de l'importance clinique peut apparaître sous l'une de ces formes (non exhaustif): 'adhérences multiples dont la lyse requiert une durée importante' " adhérences étendues entraînant une lyse fastidieuse, "adhérences étendues et denses", "adhérences multiples", etc. En cas de doute sur l'importance pour le codage d'une "adhérence" ou d'une "lyse" mentionnée dans le protocole opératoire, il faut consulter le chirurgien traitant.

La lyse d'adhérences est classée dans l'ICD-10-PCS sous l'intervention de base "Release" (libération). Dans l'intervention de base "Release", la valeur du 4^{ème} caractère ('Body part' (partie de corps)) est choisie en fonction de l'organe qui a été libéré et non en fonction du tissu qui a été manipulé ou sectionné pour libérer l'organe. Par exemple, lors d'une lyse d'adhérences de l'intestin grêle par voie ouverte, la valeur 8 est codée pour l'organe "intestin grêle" et le code de l'intervention est 0DN80ZZ 'Release small intestine, open approach' (Libération de l'intestin grêle, voie ouverte).

12. HERNIES DE LA CAVITÉ ABDOMINALE

Les hernies sont classées par type et par site et des codes combinés sont utilisés pour indiquer toute gangrène ou obstruction associée.

Pour les hernies inguinales et fémorales (ou crurales), le codeur précisera si la hernie est unilatérale ou bilatérale et si elle est récidivante, c'est-à-dire si elle a été traitée lors d'une intervention précédente.

Une hernie incisionnelle est classée comme hernie ventrale (paroi abdominale). Les hernies décrites comme incarcerated, non réductibles ou étranglées sont considérées comme obstructives. Une hernie avec à la fois gangrène et obstruction est classée sous les hernies avec gangrène. Une lecture attentive du dossier patient et des notes d'instructions est une étape importante dans le codage de ces pathologies.

Voici quelques exemples:

- Hernie inguinale bilatérale avec obstruction mais sans gangrène, pas d'antécédent de traitement antérieur
K40.00 'Bilateral inguinal hernia with obstruction (without gangrene), not specified as recurrent'
- Hernie inguinale unilatérale récidivante avec gangrène
K40.41 'Unilateral inguinal hernia with gangrene, recurrent'
- Hernie crurale (fémorale) bilatérale récidivante, avec gangrène
K41.11 'Bilateral femoral hernia, with gangrene, recurrent'
- Hernie diaphragmatique avec gangrène
K44.1 'Diaphragmatic hernia with gangrene'
- Hernie ombilicale avec obstruction mais sans gangrène
K42.0 'Umbilical hernia with obstruction, without gangrene'
- Hernie crurale incarcerated, sans signe de gangrène
K41.30 'Unilateral femoral hernia, with obstruction, without gangrene, not specified as recurrent'

Les hernies peuvent être traitées par voie laparoscopique via une petite incision ou par voie chirurgicale ouverte traditionnelle. Lors du codage des cures de hernies ('Hernia repair'), il importe d'associer le code de diagnostic correct (unilatéral ou bilatéral) à la cure de hernie (unilatérale ou bilatérale) réalisée. Le codeur ne doit évidemment pas utiliser un code de cure bilatérale lorsque la hernie est décrite comme unilatérale.

Il faut également bien comprendre comment la cure de hernie est réalisée sur le plan technique. Bien que la documentation de base parle souvent de "herniorraphie" ou de "cure de hernie", deux interventions de base sont disponibles dans l'ICD-10-PCS: 'Repair' (Réparation) et 'Supplement' (Ajout). La herniorraphie est classée sous l'intervention de base 'Repair', excepté si l'intervention utilise du matériel biologique ('graft' - greffe) ou synthétique ('mesh' - filet), auquel cas l'intervention de base est 'Supplement'. Ensuite, les herniorraphies sont classées sous le système anatomique 'Anatomical regions, lower extremities' (systèmes anatomiques, membres inférieurs) ou "Anatomical regions, general" (systèmes anatomiques, général) et sous le 'Body part' (partie de corps) approprié selon l'endroit où la hernie est située. Par exemple, une cure de hernie inguinale bilatérale par voie ouverte est codée 0YQA0ZZ 'Repair, bilateral inguinal region, open approach' (Réparation de région inguinale, approche ouverte) tandis qu'une cure ouverte de hernie abdominale est codée 0WQF0ZZ, 'Repair, abdominal wall, open approach' (Réparation de paroi abdominale, approche ouverte).

Exemples:

- Cure classique de hernie inguinale droite, par voie ouverte
0YQ50ZZ 'Repair Right Inguinal Region, Open Approach' (Réparation de région inguinale droite, approche ouverte)
- Cure de hernie inguinale droite, par voie endoscopique percutanée, avec insertion d'un filet
0YU54JZ 'Supplement Right Inguinal Region with Synthetic Substitute, Percutaneous Endoscopic Approach' (Réparation de région inguinale droite avec un filet, voie endoscopique percutanée (laparoscopique))
- Cure de hernie inguinale bilatérale, par voie percutanée
0YQA3ZZ 'Repair Bilateral Inguinal Region, Percutaneous Approach' (Réparation de région inguinale bilatérale, approche percutanée)

EXERCICE 20.3

Codez les diagnostics et interventions qui suivent. N'attribuez pas les codes de causes externes de morbidité.

1. Hernie inguinale droite directe et hernie inguinale gauche	K40.20
Cure des deux hernies inguinales par voie ouverte	0YQA0ZZ
2. Hernie inguinale gauche incarcerated	K40.30
Herniorraphie gauche, par voie laparoscopique, avec insertion de filet	0YU64JZ
3. Hernie inguinale gauche récidivante	K40.91
Cure de hernie inguinale gauche, par voie endoscopique percutanée	0YQ64ZZ
4. Hernie ombilicale avec gangrène	K42.1
Cure de hernie ombilicale par voie ouverte	0WQF0ZZ
5. Hernie ombilicale incarcerated	K42.0
Cure de hernie ombilicale par voie laparoscopique avec insertion de filet	0WUF4JZ
6. Œsophagite de reflux secondaire à une hernie hiatale	K21.0
Cure abdominale de la hernie hiatale par voie ouverte	K44.9
	0BQT0ZZ
7. Hernie incisionnelle récidivante avec obstruction et gangrène	K43.1

13. APPENDICITE

La catégorie K35 'Acute appendicitis' utilise un 4^{ème} caractère pour indiquer la présence d'une péritonite généralisée (K35.2 'Acute appendicitis with generalized peritonitis' (Appendicite aiguë avec péritonite généralisée)) ou localisée (K35.3 'Acute appendicitis with localized peritonitis' (Appendicite aiguë avec péritonite localisée)). Un cinquième caractère précise s'il y a perforation, gangrène ou abcès. Une appendicite aiguë non spécifiée est codée K35.80. Parfois, l'appendice se rompt pendant l'appendicectomie; ceci n'est toutefois pas considéré comme une complication de l'intervention

La catégorie K37 'Unspecified appendicitis' (Appendicite non spécifiée) est un code vague qui ne devrait pas être utilisé dans les hôpitaux aigus. La plupart du temps, une information complémentaire est disponible dans le dossier médical.

L'exérèse chirurgicale de l'appendice est codée sous l'intervention de base "Resection". L'appendicectomie "de passage" fait référence à l'exérèse de l'appendice comme mesure prophylactique de routine au cours d'une autre chirurgie abdominale. L'ICD-10-PCS n'établit aucune distinction entre cette appendicectomie de passage et une appendicectomie "thérapeutique" pour une pathologie de l'appendice.

14. DIARRHÉE

Un code des catégories A00 à A09 'Intestinal infectious diseases' est utilisé pour la diarrhée infectieuse lorsque le germe responsable est connu. Le code A09 'Infectious gastroenteritis and colitis, unspecified' est utilisé

pour la diarrhée infectieuse non précisée ou la diarrhée décrite uniquement comme "dysentérique", "endémique" ou "épidémique". Vérifiez soigneusement l'index alphabétique avant de coder, car la diarrhée peut être liée à une grande variété de pathologies. Le code de symptôme R19.7 'Diarrhea, unspecified' est attribué lorsqu'aucun terme secondaire approprié ne peut être trouvé sous le terme principal "diarrhea".

Voici quelques exemples:

- Entérocolite pseudomembraneuse récidivante
A04.71 'Enterocolitis due to Clostridium difficile recurrent'
- Diarrhée d'origine inconnue
R19.7 'Diarrhea, unspecified'
- Diarrhée parasitaire à coccidia
A07.3 'Isosporiasis diarrhea'
- Diarrhée chronique
K52.9 'Noninfective gastroenteritis and colitis, unspecified (gastroentérite et colite non infectieuses, non spécifiées)'
- Diarrhée infantile
R19.7 'Diarrhea, unspecified'
- Diarrhée fonctionnelle
K59.1 'Functional diarrhea'

15. CONSTIPATION

La constipation par transit ralenti (K59.01) résulte d'un ralentissement des matières fécales dans le colon secondaire à un dysfonctionnement des cellules musculaires lisses. Une 'outlet dysfunction constipation' (K59.02) (défécation anormale ou dyschésie) est due à des difficultés d'évacuer le rectum lors des essais de défécation.

Le traitement de ces deux types de constipation est fort différent. La constipation due au transit lent est traitée au moyen de laxatifs ou par chirurgie. Des exercices de relaxation avec biofeedback sont enseignés pour traiter la constipation due à des difficultés d'évacuation.

Des médicaments peuvent altérer l'innervation du tractus gastro-intestinal et inhiber le transit intestinal. La constipation qui est un effet secondaire du médicament est rapportée avec le code K59.03 'Drug induced constipation' (Diarrhée induite par les médicaments). Un code additionnel T36-T50 est attribué avec un 5^{ème} ou 6^{ème} caractère « 5 » pour identifier l'effet adverse du médicament. Par exemple une constipation induite par un opioïde est codé K59.03 suivi du T40.2X5- « Adverse effect of other opioids ». La constipation chronique idiopathique ou constipation fonctionnelle (K59.04) est une constipation en l'absence d'anomalie physiologique.

Une constipation non spécifiée est codée K59.00.

16. CHIRURGIE BARIATRIQUE ET COMPLICATIONS

La chirurgie bariatrique fait référence aux interventions réalisées chez des patients souffrant d'obésité morbide dans le but de perdre du poids. Différents types d'interventions gastriques de malabsorption ou de restriction

sont réalisées chez ces patients sévèrement obèses afin de perdre du poids lorsque les autres méthodes ont échoué. Ces interventions peuvent être pratiquées isolément ou en combinaison.

Les interventions générant une malabsorption sont les techniques les plus fréquentes. La perte de poids est le résultat d'une diminution de l'ingestion d'aliments et de l'absorption de calories et de nutriments.

Les interventions restrictives réduisent l'ingestion d'aliments, mais n'interfèrent pas avec le processus normal de digestion.

Les interventions restrictives pour obésité comprennent la procédure de pose d'anneau gastrique ajustable et la gastroplastie verticale (par agrafage +/- anneau de restriction).

La perte de poids est obtenue par la réduction de la taille de l'estomac (opérations restrictives) avec du matériel implanté, tel qu'un anneau gastrique, ou par l'enlèvement d'une partie de l'estomac ou par l'enlèvement et la déviation/ rerouting/ bypass d'une petite poche gastrique vers l'intestin grêle (opérations malabsorptives) tel qu'un bypass gastrique.

Les interventions restrictives comme la pose d'un anneau sont classées sous l'intervention de base « Restriction ».

Pour le codage des interventions de "by-pass", il est important de connaître la partie court-circuitée. En effet, l'ICD-10-PCS utilise le 4^{ème} caractère pour préciser le body part (partie de corps) d'origine (par exemple, l'estomac) et le 7^{ème} caractère pour la partie du corps de destination (par exemple, le jéjunum) du "by-pass".

Exemples :

- Intervention laparoscopique restrictive de l'estomac
0DV64CZ 'Laparoscopic gastric restrictive procedure'
- Révision d'un anneau gastrique par laparoscopie
0DW64CZ 'Laparoscopic revision of gastric band'
- Bypass gastrique (estomac vers iléon), voie ouverte
0D160ZB 'Open gastric bypass (stomach to ileum)'
- Gastrectomie verticale (Sleeve) par laparoscopie
0DB64Z3 'Laparoscopic vertical (sleeve) gastrectomy'

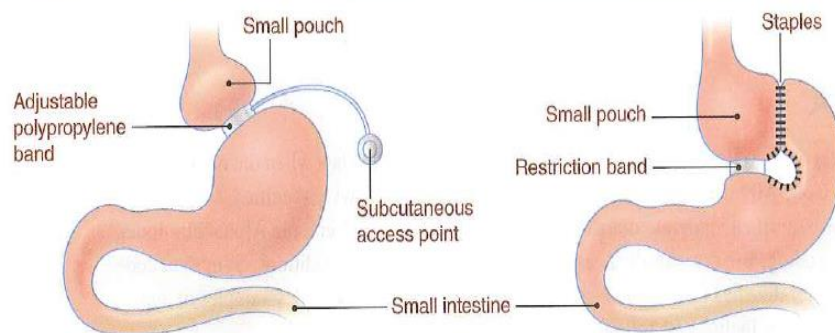
La catégorie K95, 'Complications of bariatric procedures', a été créée pour identifier correctement les complications de la chirurgie bariatrique.

- K95.01 'Infection due to gastric band procedure' (Infection due à la mise en place d'un anneau gastrique)
- K95.09 'Other complications of gastric band procedure' (Autres complications de mise en place d'un anneau gastrique)
- K95.81 'Infection due to other bariatric procedure' (Infection due à une procédure bariatrique, autre)
- K95.89 'Other complications of other bariatric procedure' (Autres complications de procédure bariatrique)

En cas d'infections, des codes additionnels sont utilisés pour spécifier le type d'infection, comme une cellulite de la paroi abdominale (L03.311) ou une septicémie (A40.-, A41.-) et l'organisme tel un germe bactérien ou viral responsable (B95.-, B96.-).

FIGURE 20.1.1

Types of Bariatric Surgery

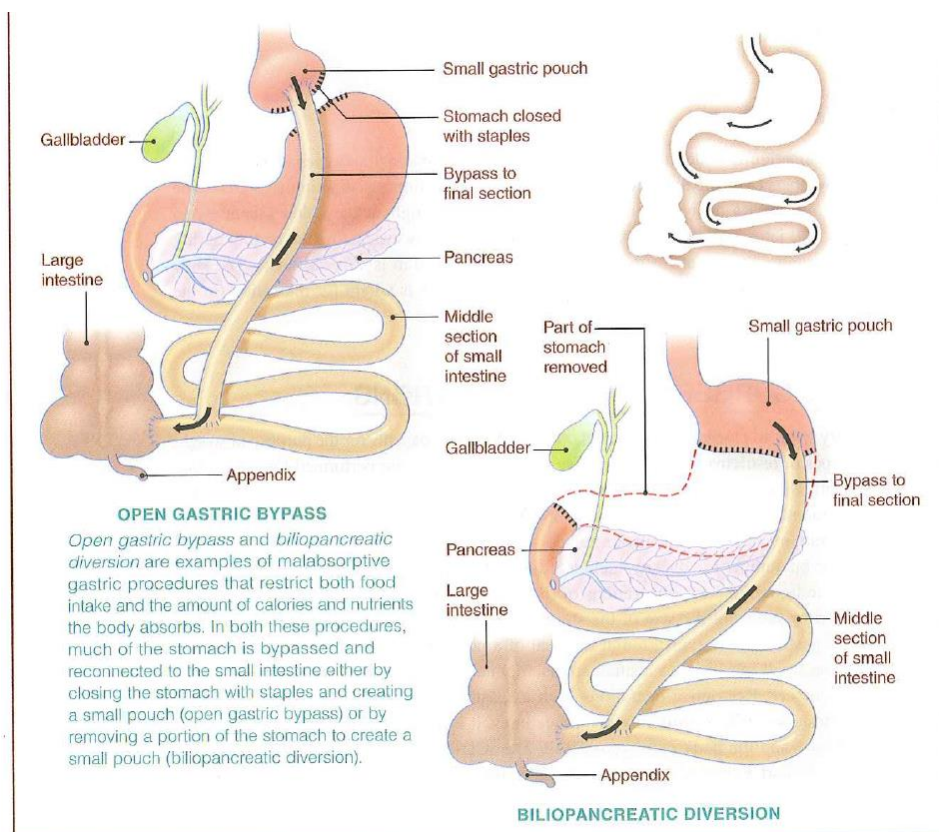


ADJUSTABLE GASTRIC BANDING

Adjustable gastric banding and vertical banded gastroplasty are gastric surgeries used to restrict and decrease food intake. The adjustable polypropylene band may be tightened or loosened over time to change the size of the gastric passage. The vertical banded gastroplasty utilizes a restriction band and staples to create a small stomach pouch. The band delays the emptying of food from the pouch, causing a feeling of fullness.

VERTICAL BANDED GASTROPLASTY

FIGURE 20.1.2



COPYRIGHT ©2011 BY HEALTH FORUM, INC., AN AMERICAN HOSPITAL ASSOCIATION COMPANY. ALL RIGHTS RESERVED.

EXERCICE 20.4

Codez les diagnostics et interventions qui suivent. N'attribuez pas les codes de causes externes de morbidité.

1. Appendicite aiguë rompue avec occlusion intestinale post-opératoire	<u>K35.32</u>
Appendicectomie par voie ouverte	K91.30
	0DTJ0ZZ
2. Hépatite aiguë et cirrhose hépatique débutante sur alcoolisme chronique	<u>K70.10</u>
	K70.30
	F10.288
3. Abscès périrectal	<u>K61.1</u>
Atonie du côlon	K59.8
Drainage percutané (par incision) de l'abcès périrectal	0D9P3ZZ
4. Coma hépatique alcoolique avec ascite massive, secondaire à une cirrhose de Laennec	<u>K70.41</u>
	K70.31
sur alcoolisme chronique	F10.288
Ponction d'ascite	0W9G3ZZ

5. Obstruction intestinale sur bride péritonéale	K56.50
Lyse ouverte des adhérences sur le gros intestin	0DNE0ZZ
6. Diverticulose et diverticulite du côlon droit	K57.32
Hémi-colectomie droite avec anastomose bout à bout, voie ouverte	0DTF0ZZ
7. Infection de gastrostomie avec abcès de la paroi abdominale à streptocoque B	<u>K94.22</u>
	L02.211
	B95.1
8. Polype du rectum	K62.1
Colonoscopie avec polypectomie	0DBP8ZZ
9. Intestin neurogène	K59.2
10. Obésité morbide	E66.01
By-pass de l'estomac vers l'iléon par laparoscopie	0D164ZB

Chapitre 21

Maladies du système urogénital

1. INTRODUCTION

Les maladies du système génito-urinaire sont classées dans le chapitre 14 'Diseases of Genitourinary System' (N00-N99) du livre des codes de l'ICD-10-CM, excepté celles qui sont classées en fonction de l'étiologie, comme certaines infections facilement transmissibles, les maladies néoplasiques et les pathologies compliquant la grossesse, l'accouchement et le post-partum.

Lorsque vous recherchez des sous-termes dans l'index alphabétique, vous devez accorder une attention particulière aux termes "urethra" et "ureter", car ils sont souvent confondus.

2. INFECTIONS DES VOIES GENITO-URINAIRES

Les médecins utilisent souvent le terme « infection urinaire » pour des pathologies telles que l'urétrite, cystite ou pyélonéphrite. L'urétrite et la cystite sont des infections des voies urinaires basses, la pyélonéphrite est une infection des voies urinaires hautes. Le terme principal pour la pathologie spécifique doit être recherché au niveau de l'index alphabétique avant de consulter le terme principal « infection ».

Par exemple, sous le terme principal « cystite », les sous-termes identifient les infections diphtériques (A36.85) ou à chlamydia (A56.01).

Quand il n'y a pas de sous-terme précisant le germe, le code de la pathologie est attribué avec un code complémentaire des catégories B95 à B97 pour préciser le germe.

Par exemple, il n'y a pas de sous-terme pour Escherichia coli sous le terme principal « cystite » ; dès lors, on attribue les codes N30.90 "Cystitis, unspecified without hematuria" et B96.20 "Unspecified Escherichia coli [E. coli] as the cause of diseases classified elsewhere" pour la cystite à E. coli.

Exemples:

- Cystite à trichomonas:
A59.03 "Trichomonal cystitis and urethritis"
- Cystite aiguë à Proteus:
N30.00 "Acute cystitis without hematuria"
B96.4 "Proteus (mirabilis) (morganii) as the cause of diseases classified elsewhere"
- Pyélonéphrite chronique à E. coli:
N11.9 "Chronic tubulo-interstitial nephritis, unspecified"
B96.20 "Unspecified Escherichia coli [E. coli] as the cause of diseases classified elsewhere"

Les infections urinaires qui se développent dans le décours d'une chirurgie sont rarement des vraies infections postopératoires et ne sont habituellement pas classées comme telles. Cependant, quand une intervention chirurgicale concerne les voies urinaires, il est pertinent que le codeur demande au médecin si l'infection est en lien avec cette intervention.

Quand l'infection est liée à la présence d'un implant, d'une greffe ou de matériel (tel un cathéter supra-pubien ou à demeure), un code de la subcatégorie T83.5 "Infection and inflammatory reaction due to prosthetic device, implant and graft in urinary system" ou T83.6 "Infection and inflammatory reaction due to prosthetic device, implant and graft in genital tract" est attribué. Un code complémentaire peut être utilisé pour identifier l'infection.

Le codage d'une infection postopératoire des voies urinaires est, comme pour toute complication postopératoire, basé sur la documentation du médecin traitant, qui doit indiquer que l'infection a été causée par la procédure.

En l'absence de documentation confirmant la relation entre l'infection et la procédure chirurgicale, seule l'infection des voies urinaires est alors codée: N39.0 "Urinary tract infection, site not specified" (Infection des voies urinaires, site non spécifié).

Si le médecin indique que l'infection urinaire est due à une sonde urinaire, on code le T83.511 "Infection and inflammatory reaction due to indwelling urinary catheter" (Infection et réaction inflammatoire due au cathéter urinaire à demeure) et le code N39.0 "Urinary tract infection, site not specified" (Infection des voies urinaires, site non spécifié). Le germe doit également être codé lorsque celui-ci est connu.

Exercice 21.1

Codez les diagnostics et interventions qui suivent. N'attribuez pas les codes de causes externes de morbidité.

1 urethrite à gonocoque	<u>A54.01</u>
2 <u>Abcès</u> du scrotum droit à streptocoque du groupe B <u>Incision</u> percutanée et drainage de l'abcès scrotal	<u>N49.2</u> B95.1 0V953ZZ
3 <u>Pyélonéphrite</u> aiguë sur infection à Helicobacter Pylori	<u>N10</u> B96.81
4 <u>Cystite</u> chronique, <u>infection</u> à pseudomonas avec hématurie	<u>N30.21</u> B96.5
5 <u>Cystite</u> chronique à Monilia	B37.41
6 <u>Infection</u> des voies urinaires à candida	B37.49

3. L'HEMATURIE

L'hématurie fait référence à la présence de sang dans les urines. L'hématurie macroscopique réfère à une hématurie tellement importante qu'il est possible de la voir à l'œil nu. L'hématurie microscopique signifie que la présence de sang est visible uniquement à l'examen microscopique.

L'ICD-10-CM propose des codes distincts pour l'hématurie macroscopique (R31.0) , l'hématurie essentielle microscopique bénigne (R31.1) , l'hématurie microscopique asymptomatique (R31.21) , l'autre hématurie microscopique (R31.29) et l'hématurie non spécifiée (R31.9).

L'hématurie est un symptôme qui fait partie intégrante de beaucoup de pathologies génito-urinaires. Par exemple, si le dossier médical mentionne une hématurie sur lithiase rénale, seul le code N20.0 "Calculus of kidney" est attribué. Dans ce cas l'hématurie fait partie de cette pathologie et aucun code additionnel ne doit être ajouté.

Un certain degré d'hématurie après une intervention sur les voies urinaires ou après une prostatectomie est considérée comme normale. Elle n'est pas codée comme une complication postopératoire excepté si elle est bien mentionnée par le médecin traitant comme étant persistante ou excessive.

L'hématurie microscopique ne doit pas être confondue avec l'hémoglobinurie qui est codée R82.3 "Hemoglobinuria". L'hémoglobinurie est un résultat anormal et fait référence à la présence d'hémoglobine libre dans les urines décelée à l'examen de laboratoire. Elle est rapportée uniquement quand le médecin mentionne son importance clinique.

Les codes de la catégorie N30 "Cystitis" fournissent des codes combinés dont le 5^{ème} caractère identifie la présence ou non d'une hématurie.

4. INCONTINENCE URINAIRE

L'incontinence à l'effort (stressincontinence) est une perte d'urine involontaire lors d'activités où la pression dans l'abdomen augmente, comme tousser, éternuer, rire, les mouvements brusques, le soulèvement, etc...

L'incontinence à l'effort est plus fréquente chez les femmes et est généralement liée aux changements physiques résultant de la grossesse et de l'accouchement. Les interventions sur la prostate sont la principale cause d'incontinence chez l'homme. L'incontinence à l'effort est codée avec le code N39.3 "Stress incontinence (female) (male)"(Incontinence à l'effort (femme) (homme)

L'incontinence par impériosité ou incontinence d'urgence est caractérisée par une envie soudaine et intense d'uriner, suivie d'une perte involontaire d'urine. Il est souvent désigné par l'un des termes suivants: "vessie hyperactive" ou "vessie spastique". L'incontinence par impériosité est codée avec le code N39.41 "Urge incontinence »(Incontinence par impériosité).

L'incontinence urinaire due à un trouble cognitif, à un handicap physique sévère ou à une immobilité est codée R39.81 "Functional urinary incontinence". L'incontinence urinaire d'origine non organique est codée F98.0 "Enuresis not due to a substance or known physiological condition".

Les autres types d'incontinence sont classés dans la sous-catégorie N39.4 "Other specified urinary incontinence".

L'« Incontinence mixte » est par définition la combinaison d'une « incontinence d'urgence » et d'une "incontinence de stress" et porte le code N39.46 « Mixed incontinence (male) (female) » (Incontinence mixte (homme) (femme)). Le code ne peut être utilisé que pour cette combinaison spécifique. S'il existe une combinaison différente de types d'incontinence, un code d'incontinence distinct est attribué à chacun des types présents.

Quand la cause sous-jacente de l'incontinence est connue, le code de cette pathologie est mentionné en premier lieu suivi du code approprié d'incontinence.

Le code N32.81 «Vessie hyperactive» est ajouté lorsqu'une vessie hyperactive est associée à une incontinence à l'effort (N39.3 «'Stress incontinence (female) (male) » (Incontinence à l'effort (femme) (homme)) ou à une forme d'incontinence relevant de la sous-catégorie N39.4 «Other specified urinary incontinence » (Autre incontinence urinaire précisée).

Le traitement de l'incontinence dépend en grande partie du type particulier d'incontinence présente. S'il s'agit d'un déficit intrinsèque du sphincter, des injections de collagène sont parfois réalisées. Le code 3E0K3GC "Introduction of other therapeutic substance into genitourinary tract, percutaneous approach" est attribué pour ce traitement.

Les autres traitements de l'incontinence sont de nature chirurgicale. Le codage du traitement dépend dans ce cas de l'intervention réalisée. Typiquement, ces interventions sont classées sous les interventions de base « Réparation », « Repositionnement » ou « Ajout ».

Exemples:

0TSC0ZZ	"Reposition bladder neck, open approach"
0TSD4ZZ	"Reposition urethra, percutaneous endoscopic approach"
0TUC7KZ	"Supplement bladder neck with nonautologous tissue substitute, via natural or artificial opening"
0TQDXZZ	"Repair urethra, external approach"

5. MALADIES RENALES

Les maladies rénales sont classées dans les catégories N00 à N29.

Dans la glomérulonéphrite, il y a une inflammation des deux reins en l'absence d'infection. Un syndrome néphrotique est caractérisé par un tableau clinique complexe comprenant un œdème, une albuminurie et une perméabilité accrue de la membrane basale glomérulaire. Parfois, un syndrome néphrotique n'a pas de cause démontrable. Dans d'autres cas, il est causé par une glomérulonéphrite ou par d'autres affections telles que le diabète, le lupus systémique, l'hypertension ou l'amyloïdose.

Le terme « néphropathie » est un terme très général qui indique la présence d'une maladie rénale, mais il est indispensable d'apporter des précisions complémentaires pour permettre un codage correct. Une infection du rein non spécifiée est codée avec N15.9 "Renal tubulo-interstitial disease, unspecified".

Les maladies rénales compliquant la grossesse, l'accouchement ou le postpartum sont classées dans le chapitre 15 'Pregnancy, Childbirth, and the Puerperium' (O00-O9A) du livre des codes de l'ICD-10-CM.

5.1 Néphropathies chroniques et terminales

La "Maladie rénale chronique" (Insuffisance rénale chronique - CKD) est considéré comme un terme plus actuel et plus précis que "insuffisance rénale chronique". La maladie rénale chronique se développe en tant que complication d'autres affections telles que le diabète sucré, l'hypertension artérielle primitive, la glomérulonéphrite, la néphrose, la néphropathie interstitielle, le lupus systémique, l'uropathie obstructive et la maladie polykystique des reins.

L'ordre de priorité des codes de la maladie rénale chronique et ceux de la pathologie sous-jacente se base sur les conventions de la liste systématique.

Habituellement, les patients vivent de nombreuses années avec une maladie rénale chronique. Quand cette néphropathie évolue vers l'insuffisance rénale terminale, stade où la fonction rénale ne peut plus répondre aux besoins, une dialyse ou une transplantation est habituellement requise.

L'ICD-10-CM classe l'insuffisance rénale chronique (CKD) en fonction de la sévérité de l'atteinte rénale selon la classification proposée par la "National Kidney Foundation classification". Ainsi la maladie rénale chronique a été catégorisée en 5 stades en fonction du taux de filtration glomérulaire (GFR) . (voir tableau 21.2)

La catégorie N18 "Maladie rénale chronique (CKD)" contient une subdivision à 4 caractères où le 4^{ème} caractère permet de préciser les différents stades de la maladie rénale chronique.

Les codes à 4 caractères sont les suivants :

- N18.1 "Chronic kidney disease, stage 1"
- N18.2 "Chronic kidney disease, stage 2 (mild)"
- N18.3 "Chronic kidney disease, stage 3 (moderate)"
- N18.4 "Chronic kidney disease, stage 4 (severe)"
- N18.5 "Chronic kidney disease, stage 5"

N18.6 "End stage renal disease"

N18.9 "Chronic kidney disease, unspecified"

Code N18.6 "End stage renal disease" (insuffisance rénale au stade terminal (ESRD)) est un syndrome complexe, caractérisé par une série variable et non consistante de modifications biochimiques et cliniques qui ont une influence sur la régulation de la balance hydrique, sur l'équilibre acido-basique, sur la balance électrolytique, sur l'élimination des déchets et sur diverses fonctions endocriniennes.

Le code N18.6 "ESRD (End-stage renal disease)" (Insuffisance rénale terminale) sera enregistré pour la phase terminale de la néphropathie chronique et se distingue du code N18.5 par le fait que la dialyse ou la transplantation rénale devient indispensable pour maintenir le patient en vie.

Pour les patients atteints d'insuffisance rénale en phase terminale, le code Z99.2 "Dependence on renal dialysis" (Dépendance à la dialyse rénale) est ajouté en tant que diagnostic secondaire pour enregistrer le statut de dialyse.

Dès qu'une néphropathie rénale est prise en charge par de la dialyse, on utilise toujours le code N18.6 « End stage renal disease (ESRD) » indépendamment du taux de la GFR. Si le médecin mentionne à la fois dans le dossier n'importe quel autre stade de la maladie rénale chronique en même temps que le stade terminal de celle-ci, seul le code N18.6 "End stage renal disease" doit être attribué.

Il est essentiel que le médecin traitant indique explicitement la présence d'une "lésion rénale chronique", d'une "maladie rénale chronique" ou d'une "insuffisance rénale chronique" dans le dossier du patient.

Si le médecin établit le diagnostic "insuffisance rénale chronique" sans spécifier de stade, le codeur peut consulter les résultats du laboratoire pour attribuer le 4ème caractère correct en fonction de la valeur de GFR la plus faible déterminée pendant le séjour en cours.

Par contre, une diminution de la GFR sans mention explicite d'une pathologie rénale par le médecin traitant ne peut pas être interprétée par le codeur pour coder une néphropathie chronique (N18.-).

Le code N18.9 "Chronic kidney disease, unspecified" (Néphropathie chronique non spécifiée) ne doit être utilisé que si le dossier mentionne une néphropathie chronique ou une insuffisance rénale chronique sans aucune autre précision et aucune valeur de GFR actuelle n'est disponible sur la base de laquelle le stade de l'insuffisance rénale chronique peut être spécifié

Tableau 12.1

STADE	DEFINITION	FGR (ml/min/1.73 m ²)	Traduction ICD-10-CM	Code ICD-10-CM
1	Atteinte rénale avec GFR intacte ou augmentée	≥ 90	Néphropathie chronique stade I	N18.1
2	Atteinte rénale avec légère réduction de GFR	60-89	Néphropathie chronique stade II (légère)	N18.2
3	Atteinte rénale avec réduction modérée de GFR	30-59	Néphropathie chronique stade III (modérée)	N18.3
4	Atteinte rénale avec réduction sévère de GFR	15-29	Néphropathie chronique stade IV (sévère)	N18.4
5	Insuffisance rénale	<15	Néphropathie chronique stade V	N18.5
6	Insuffisance rénale terminale : nécessité d'une thérapie restaurant la fonction rénale	Dialyse (ou soins palliatifs)	ESRD : Stade terminal de l'insuffisance rénale	N18.6

La transplantation rénale peut être indiquée chez les patients atteints d'insuffisance rénale sévère en cas d'hypertension grave incontrôlable, d'infections, de diabète sucré ou de glomérulonéphrite.

Les patients qui ont subi une transplantation rénale peuvent encore présenter un certain degré d'insuffisance rénale chronique. Cela est dû au fait qu'un rein greffé ne restaure pas toujours complètement la fonction rénale. Dans ce cas, Z94.0 "Kidney transplant status " (pour indiquer que le patient est porteur d'une greffe de rein) est codé avec le code approprié pour l'insuffisance rénale chronique.

Il est incorrect de considérer une néphropathie de grade 2 ou 3 ("légère" ou "modérée") après une greffe de rein comme une complication de la transplantation, à moins que le médecin ne l'ait déclaré tel quel dans le dossier.

En cas d'échec ou de rejet de la greffe ou d'une autre complication de transplantation chez un patient atteint d'insuffisance rénale chronique de grade 4-5 ou d'insuffisance rénale terminale, on utilise le code T86.1- "Complications of kidney transplant" (Complications de la transplantation du rein).

Si un patient souffre d'une maladie rénale chronique après une greffe de rein et si la documentation disponible ne permet pas de savoir s'il existe un échec ou un rejet de greffon, le médecin doit être questionné : la documentation, post-greffe de rein, de 'ESDR' ou 'une maladie rénale chronique' à elle seule ne suffit pas pour coder une complication de greffe.

5.2 Insuffisance rénale aiguë

L'insuffisance rénale aiguë est une entité clinique complètement différente de l'insuffisance rénale chronique. L'IRC et l'insuffisance rénale aiguë ne peuvent être considérées comme des phases différentes d'un même état.

En cas d'insuffisance rénale chronique, les reins sont incapables à long terme de fonctionner correctement. L'insuffisance rénale aiguë, en revanche, est la perte soudaine (en quelques heures ou quelques jours) de la fonction rénale ou une diminution importante de sa fonction rénale à la suite de lésions rénales graves.

L'insuffisance rénale aiguë peut être causée par des substances néphrotoxiques, une destruction des tissus (rhabdomyolyse) due à un traumatisme ou une intervention chirurgicale, une hypoperfusion dans le contexte d'un choc chirurgical ou traumatique, une obstruction des voies urinaires (par exemple, la lithiase), des brûlures et par un grand nombre d'autres affections.

Pour que le codage soit correct, le médecin traitant doit mentionner explicitement le diagnostic d'insuffisance rénale aiguë. Le codage correct pour cette pathologie est basé sur les données cliniques présentes dans le dossier médical du patient.

- Code N17.- «Acute kidney failure »(Insuffisance rénale aiguë) est utilisé chez les patients présentant une insuffisance rénale aiguë sévère (par exemple, dans le contexte d'un sepsis ou d'un SIRS non infectieux avec insuffisance organique multiple (MOF) et / ou si un traitement de dialyse est nécessaire pour le traitement).
- Le code R39.2 "Extrarenal uremia" (urémie prérénale) est utilisé en cas d'insuffisance rénale prérénale. L'insuffisance rénale prérénale est généralement une forme bénigne et réversible d'insuffisance rénale aiguë causée par des facteurs compromettant la perfusion rénale, tels que la perte de volume, l'insuffisance cardiaque, une diminution du débit sanguin, etc.
La réhydratation et la correction de la diminution du volume suffisent dans la plupart des cas pour une récupération rapide de la fonction rénale.
- Si une insuffisance rénale aiguë documentée n'est pas spécifiée comme «prérénale» ou «extrarénale» (R39.2) et ne correspond pas à l'image d'une insuffisance rénale aiguë (N17.-), le code «par défaut» N28.9 "Disorder of kidney and ureter, unspecified" (acute renal disease,NOS) sera utilisé. Ce code est également utilisé lorsqu'une insuffisance rénale aiguë est mentionnée dans le dossier sans autre précision.
- En cas de doute, le médecin traitant devrait être consulté pour obtenir des informations supplémentaires pour permettre le codage correct d'une insuffisance rénale aiguë documentée.

L'attribution d'un code d'insuffisance rénale aiguë peut également être basée sur la classification RIFLE. Cette classification internationalement reconnue définit la présence et la gravité des lésions rénales aiguës en fonction de l'augmentation de la concentration de créatinine sérique, de la diminution du taux de filtration glomérulaire et de la diminution du débit urinaire.

Les critères, détaillés dans le tableau 21.2 ci-dessous, sont purement indicatifs. Le critère le plus anormal détermine le stade de la maladie rénale à coder.

Tableau 21.2 Classification RIFLE (utilisée uniquement chez l'adulte)

Définition	Créatinine sérique	GFR	Débit urinaire	Terminologie ICD-10-CM	Code ICD-10-CM
Risk (R)	x 1.5	- 25%	< 0.5 ml/kg/h pendant 6h	Extrarenal uremia/ prerenal uremia	R39.2
Injury (I)	x 2	- 50%	< 0.5 ml/kg/h pendant 12h	Disorder of kidney and ureter, unspecified (acute renal disease, NOS)	N28.9
Failure (F)	x 3 ou ≥ 4 mg/dl	- 75%	< 0.3 ml/kg/h pendant 24 h ou anurie ≥ 12h	Acute kidney failure	N17.-

L'insuffisance rénale non spécifiée comme aiguë ou chronique est identifiée par le code N19 "Unspecified kidney failure". En cas de doute par rapport au(x) (différents) terme(s) utilisé(s) par le médecin traitant dans le dossier médical pour désigner une insuffisance rénale, celui-ci devrait être consulté pour des précisions.

En cas d'insuffisance rénale aiguë (RIFLE F) ou d'insuffisance rénale chronique (CKD-IRC) à la suite d'une intervention et s'il est clairement indiqué qu'il existe un lien de causalité entre les deux, on utilise le code N99.0 "Postprocedural (acute) (chronic) kidney failure" suivi d'un code approprié pour préciser la complication.

S'il existe une autre forme d'insuffisance rénale (par exemple, insuffisance rénale prérénale aiguë (Rifle R)) à la suite d'une intervention, le code N99.89 'Other postprocedural complications and disorders of genitourinary system' est utilisé suivi d'un code approprié pour l'insuffisance rénale pour préciser la complication.

Si, à la suite d'une opération, il existe une insuffisance rénale aiguë (Rifle F) ou une insuffisance rénale chronique (IRC) et s'il est clairement indiqué qu'il existe un lien de causalité entre les deux, on utilise le code N99.0 "postprocedural (acute)(chronic)kidney failure' suivi d'un code d'insuffisance rénale précisant la complication.

Si une forme différente d'insuffisance rénale survient à la suite d'une intervention (par exemple, insuffisance rénale prérénale aiguë (Rifle R)), le code N99.89 "Other postprocedural complications and disorders of genitourinary system" est suivi d'un code pour le insuffisance rénale pour préciser la complication.

5.3 Maladie rénale avec hypertension

Quand un patient présente à la fois une maladie rénale chronique ou une néphrosclérose et une hypertension, l'ICD-10-CM considère par défaut qu'il existe un lien entre les deux pathologies (sauf si le médecin nie explicitement ce lien entre les 2 pathologies). Ce sont dès lors les codes de la catégorie I12 "Hypertensive

chronic kidney disease” qui doivent être attribués. Un code approprié de la catégorie N18 est attribué comme diagnostic complémentaire pour identifier le stade de la maladie rénale chronique (cf. tableau 21.1).

En présence d'une hypertension et d'atteintes cardiaque et rénale chronique, il faut, par défaut, attribuer un code combiné de la catégorie I13 « Hypertensive heart and chronic kidney disease » Il faut également attribuer un code de la catégorie I50 pour identifier le type d'insuffisance cardiaque (si elle est présente), et un code de catégories N18 pour identifier le stade de la maladie rénale chronique (cf tableau 21.1).

- Dans la catégorie I12 “Hypertensive chronic kidney disease” le 4^{ème} caractère indique le stade de la néphropathie rénale chronique comme suit :
 - 4^{ème} caractère ‘0’ pour la néphropathie hypertensive chronique de stade 5 ou terminale
 - 4^{ème} caractère ‘9’ pour la néphropathie hypertensive chronique de stade 1 à 4 ou non spécifié
- Dans la catégorie I13 “Hypertensive heart and chronic kidney disease” le 4^{ème} et 5^{ème} caractères ont les indications suivantes :
 - 4^{ème} caractère ‘0’ pour la cardiopathie hypertensive AVEC insuffisance cardiaque et AVEC néphropathie hypertensive chronique de stade 1 à 4 ou non spécifié
 - 4^{ème} caractère ‘1’ pour la cardiopathie hypertensive, SANS insuffisance cardiaque, AVEC néphropathie hypertensive chronique. Le 5^{ème} caractère indique le stade de la néphropathie chronique comme suit :
 - 5^{ème} caractère ‘0’ pour la néphropathie chronique de stade 1 à 4 ou non spécifié
 - 5^{ème} caractère ‘1’ pour la néphropathie chronique de stade 5 ou terminale
 - 4^{ème} caractère ‘2’ pour cardiopathie hypertensive AVEC insuffisance cardiaque et AVEC néphropathie hypertensive chronique de stade 5 ou terminale.

L'insuffisance rénale aiguë n'est pas causée par l'hypertension et n'est pas incluse dans les codes de la maladie rénale hypertensive. Quand l'insuffisance rénale aiguë et l'hypertension sont présentes en même temps, attribuez un code distinct pour chacune des 2 pathologies.

Les codes des catégories I12 et I13 ne s'appliquent pas dans les situations suivantes :

- La néphropathie est une insuffisance rénale aiguë
- l'hypertension est décrite comme secondaire
- Le médecin traitant indique clairement que l'insuffisance rénale chronique n'est pas liée à l'hypertension

Voici des exemples de codes appropriés pour la maladie rénale avec hypertension :

- Néphropathie hypertensive avec insuffisance rénale chronique :
 - I12.9 “Hypertensive chronic kidney disease with stage 1 through stage 4 chronic kidney disease, or unspecified chronic kidney disease”
 - N18.9 “Chronic kidney disease, unspecified”

- Cardiopathie et néphropathie hypertensive chronique, avec insuffisance rénale chronique de stade 3 :
I13.10 "Hypertensive heart and chronic kidney disease without heart failure, with stage 1 through stage 4 chronic kidney disease, or unspecified chronic kidney disease"
N18.3 "Chronic kidney disease, stage 3 (moderate)"
- Cardiopathie et néphropathie hypertensive chronique, avec insuffisance rénale chronique de stade 5 et insuffisance cardiaque congestive :
I13.2 "Hypertensive heart and chronic kidney disease with heart failure and with stage 5 chronic kidney disease, or end stage renal disease"
N18.5 "Chronic kidney disease, stage 5"
I50.9 "Heart failure, unspecified"
- Insuffisance rénale aiguë, hypertension :
N28.9 "Disorder of kidney and ureter, unspecified"
I10 "Essential (primary) hypertension"

Tableau 21.3 Néphropathie hypertensive chronique, cardiopathie hypertensive et néphropathie chronique et les stades d'application de la néphropathie chronique

Catégories I12 – I13 : codes	Codes requis pour les stades de l'IRC(CKD)	
	N18.1 – N18.4 ou N18.9 : stadium 1-4 ou non spécifié	N18.5 ou N18.6 : Stade 5 ou ESRD
I12.0		X
I12.9	X	
I13.0	X	
I13.10	X	
I13.11		X
I13.2		X

5.4 Maladie rénale et diabète sucré

Les complications rénales du diabète sont codées dans les catégories E08 à E13 avec '.21' pour la néphropathie diabétique, '.22' pour la néphropathie diabétique chronique et '.29' pour les autres complications rénales diabétiques. Il est possible que le médecin mentionne que la maladie rénale résulte à la fois de l'hypertension et du diabète sucré. Dans cette situation, un code combiné de la catégorie I12 ou I13 AVEC un

code des catégories E08 à E13 avec '.2-' sont attribués. Un code de la catégorie N18 est attribué pour préciser le stade de la maladie rénale chronique.

Voici quelques exemples de codes appropriés pour les maladies rénales dues au diabète :

- Néphropathie diabétique :
E11.21: "Type 2 diabetes mellitus with diabetic nephropathy"
- Néphropathie chronique de stade 4 due à l'hypertension et à un diabète de type 1 :
I12.9: "Hypertensive chronic kidney disease with stage 1 through stage 4 chronic kidney disease, or unspecified chronic kidney disease"
E10.22: "Type 1 diabetes mellitus with diabetic chronic kidney disease"
N18.4: "Chronic kidney disease, stage 4 (severe)"
- Néphropathie chronique de stade 3 due à un diabète de type 1 :
E10.22 'Type 1 diabetes mellitus with diabetic chronic kidney disease'
N18.3 'Chronic kidney disease, stage 3 (moderate)'

De plus amples informations à propos du diabète et de ses complications sont présentées dans le chapitre 15 'endocrinologie' de ce manuel.

6. DIALYSE RENALE

Si les reins ne fonctionnent pas correctement, il peut s'avérer nécessaire d'initier une dialyse rénale comme traitement de remplacement du rein afin d'éliminer les déchets et l'excès de liquide du corps.. Il y a 2 types de dialyse rénale : la dialyse péritonéale et l'hémodialyse.

Les patients atteints d'insuffisance rénale chronique terminale ont recours à une dialyse régulière afin de contrôler les symptômes associés à l'insuffisance rénale.

En général, la dialyse est réalisée en ambulatoire. Cependant, il est périodiquement nécessaire d'apporter des soins au cathéter de dialyse tels qu'un rinçage, ajustement ou un remplacement du cathéter. Les admissions pour ces types de soins sont codées Z49.01 "Encounter for fitting and adjustment of extracorporeal dialysis catheter" pour le cathéter extracorporel, ou Z49.02 "Encounter for fitting and adjustment of peritoneal dialysis catheter" pour le cathéter péritonéal.

D'autres admissions peuvent avoir lieu pour tester le bon fonctionnement de la dialyse, ils sont codés Z49.31 "Encounter for adequacy testing for hemodialysis" ou Z49.32 "Encounter for adequacy testing for peritoneal dialysis"

Lorsqu'un patient présentant une néphropathie chronique et nécessitant une dialyse rénale est admis pour un trouble autre que son trouble rénal, le code Z99.2 " Dependence on renal dialysis" (Dépendance à la dialyse rénale) est ajouté à titre de diagnostic secondaire La condition qui justifie l'admission est codée comme diagnostic principal, conformément aux règles générales de codage.

Le code Z91.15 "Patient's noncompliance with renal dialysis" peut être codé si l'on sait que le patient ne suit pas correctement sa dialyse .

6.1. Dialyse péritonéale

En dialyse péritonéale, le fluide de rinçage est introduit dans la cavité abdominale (intrapéritonéale) via un cathéter de dialyse péritonéale. Les déchets sanguins passent par le péritoine vers ce liquide de rinçage. Le liquide de rinçage est éliminé après quelques heures avec les déchets (toxines urémiques) , après quoi un nouveau liquide de rinçage est introduit.

La création d'une fistule cutanéopéritonéale pour la dialyse péritonéale chronique est codée comme suit:

W1G?J4 " Bypass peritoneal cavity to cutaneous with synthetic substitute", où le 5ème caractère (?) Dépend de la voie d'accès utilisée.

La procédure de dialyse péritonéale elle-même est codée comme suit:

3E1M39Z " Irrigation of peritoneal cavity using dialysate, percutaneous approach".

Dans certains cas, un cathéter de dialyse péritonéale (DP) est placé en prévision d'une dialyse future (cathéter de MP sous-cutané de Moncrief-Popovich - cathéter de PD sous-cutané pour une extériorisation ultérieure). Dans ces cas, la partie externe du cathéter est initialement enfouie sous la peau, ce qui entraîne la guérison du "manchon externe" dans un environnement stérile et réduit le risque de péritonite. Un tel cathéter de dialyse intégré garantit que le patient est prêt pour la dialyse péritonéale en cas de détérioration soudaine de la fonction rénale, nécessitant un traitement de remplacement de la fonction rénale.

L'externalisation" du cathéter de DP sous-cutané est codée avec l'intervention de base "Révision" (revision). La définition de cette intervention de base est la suivante: "Corriger," dans la mesure du possible, une partie d'un dispositif défectueux ou la position d'un dispositif déplacé ".

Avec le cathéter « intégré », il n'y a pas de dysfonctionnement et le cathéter n'a pas besoin d'être réparé non plus. Cependant, on suppose que le cathéter, tant qu'il est "enterré", est "déplacé" et "non fonctionnel". Le cathéter de dialyse péritonéale est repositionné pendant l'externalisation, de sorte qu'il puisse être utilisé correctement dans la position correcte.

L'externalisation d'un cathéter de dialyse péritonéale est codée 0JWT?3Z ' revision of infusion device in trunk subcutaneous tissue and fascia » (Révision du dispositif de perfusion dans le tissu sous-cutané et du fascia du tronc, où le 5ème caractère (?) Dépend du chemin d'accès utilisé.

6.2. Hémodialyse

En hémodialyse, le sang est prélevé du corps et filtré à travers un dialyseur ou un rein artificiel, pour ensuite être remis dans l'organisme. Il y a 3 types d'accès en hémodialyse: le cathéter intraveineux, le greffon artériovoineux et la fistule artériovoineuse.

Le code pour la procédure d'hémodialyse est 5A1D?0Z 'Performance of urinary filtration', où le 5ème caractère est déterminé par la durée (moins de 6 heures par jour, 6-18 heures par jour ou plus de 18 heures par jour) et la continuité de la dialyse (intermittente, à long terme ou permanente).

L'hémodialyse intermittente est le type de dialyse couramment utilisé dans l'Insuffisance rénale terminale (ESRD): elle implique généralement des séances de dialyse de 4 heures, trois fois par semaine. Dans ces cas, le code correct pour la procédure de dialyse est: 5A1D70Z " Performance of urinary filtration, intermittent, less than 6 hours per day ".

Il existe également 2 autres formes de traitement de remplacement du rein : PIRRT (Prolonged Intermittent Renal Replacement Therapy) et CRRT (Continuous Renal Replacement Therapy)

Ces formes de dialyse sont utilisées en soins intensifs chez les patients gravement atteints d'insuffisance rénale aiguë.

- PIRRT est un synonyme de SLED (Sustained Low-Efficiency Dialysis) et EDD (Extended Daily Dialysis)

Avec cette forme de dialyse, une séance dure généralement 6-18 heures par jour. Il s'agit d'une méthode de dialyse «plus douce» qui utilise des vitesses de pompe plus faibles et des débits de dialysat plus faibles, ce qui améliore la stabilité hémodynamique.

- Le CRRT est parfois aussi appelé CVVH (Continuous Veno-Venous Hemofiltration). Les séances de dialyse sous cette forme durent au minimum 18 heures. C'est la forme d'hémodialyse la plus douce et la plus lente. La CVVH est utilisée chez les patients présentant une instabilité hémodynamique due à une insuffisance rénale aiguë.

Exemples de procédures de codage d'hémodialyse (source: AHA CC 4Q 2017 pages 71-73 Hemodialysis and renal replacement therapy)

- Insuffisance rénale aiguë traitée avec PIRRT pendant 4 jours en cours d'hospitalisation
5A1D80Z "Performance de la filtration urinaire, intermittente prolongée, 6-18 heures par jour"
- Insuffisance rénale aiguë accompagnée d'une instabilité hémodynamique traitée par CRRT pendant 36 heures. L'état du patient est ensuite stabilisé et une hémodialyse intermittente est débutée par des séances de 3 heures pendant 5 jours.
5A1D90Z "Performances de la filtration urinaire en continu, plus de 18 heures par jour"
5A1D70Z "Performances de la filtration urinaire, intermittentes, moins de 6 heures par jour"

6.2.1. Hémodialyse par cathéter

L'hémodialyse via un cathéter est généralement une solution à court terme, bien que dans certaines circonstances, un cathéter soit également utilisé comme accès permanent pour la dialyse.

Un cathéter de dialyse est inséré dans une grande veine du cou ou du thorax.

Par rapport à une voie d'accès artério-veineuse, le risque d'infection sur les cathéters est plus grand et le filtrage est parfois moins adéquat.

Le codage de la pose d'un cathéter d'hémodialyse dépend du type de cathéter (dispositif).

- Le placement d'un cathéter de dialyse veineux est codé comme "insertion of infusion device, percutaneous approach"(insertion d'un dispositif de perfusion, approche percutanée)
- Lors de la pose d'un cathéter tunnelisé, 2 codes sont utilisés, l'un pour le cathéter "infusion device catheter »(cathéter de dispositif de perfusion") et l'autre pour le VAD tunnelisé « vascular Access Device » (dispositif d'accès vasculaire) .
- Dans le cas d'un VAD totalement implantable (TIVAD), 2 codes sont également utilisés: un pour le cathéter ("infusion device catheter"(cathéter de dispositif de perfusion") et un pour le VAD totalement implantable.

Le choix du correct « body part » (partie du corps) lors de la mise en place du "infusion device catheter"(cathéter pour dispositif de perfusion)" d'un VAD est basé sur la position finale de l'embout du cathéter (et non sur l'endroit où le cathéter est inséré).

Par exemple: lors de la pose d'un cathéter de dialyse, la veine jugulaire interne droite est abordée. Le cathéter est passé à travers cet accès et placé dans la veine cave supérieure.

Le body part (partie du corps) correcte dans ce cas est "la veine cave supérieure" et NON "la veine jugulaire interne" et le code correct pour la procédure dans ce cas est 02HV33Z "Insertion of infusion Device into Superior vena Cava, percutaneous Approach (insertion d'un dispositif de perfusion dans la veine cave supérieure, approche percutanée).

Un cathéter de dialyse tunnelisé est placé à travers une petite incision dans le cou. La pointe du cathéter est avancée dans la veine cave supérieure ou dans l'oreillette droite. L'autre extrémité du cathéter est tunnelisé par voie sous-cutanée et quitte le corps par une petite incision dans la paroi thoracique.

Pour le placement d'un cathéter de dialyse tunnelisé avec la pointe du cathéter dans l'oreillette droite, les codes sont les suivants :

- 02H633Z " Insertion of infusion device into right atrium, percutaneous approach " pour la pose du cathéter veineux central **ET**
- 0JH63XZ " Insertion of tunneled vascular access device into chest subcutaneous tissue and fascia, percutaneous approach " pour la mise en place du DAV.

Lorsqu'un cathéter tunnelisé est retiré et qu'un nouveau cathéter est ensuite poussé dans le tunnel existant sous guidage fluoroscopique jusqu'à l'oreillette droite, l'intervention de base «Change»(changer) est utilisée. Ceci est conforme à la définition de cette opération de base : "retirer un" dispositif "d'une" partie du corps "en plaçant un" dispositif "identique ou similaire au même endroit, sans inciser ou percer la peau ou les muqueuses"

Comme pour toutes les interventions codées avec l'intervention de base "Change", le seul chemin d'accès correct ici est "External".

"Port-a-Cath", "cathéter de port" et "port d'accès veineux" sont des termes utilisés pour faire référence à un TIVAD (dispositif d'accès vasculaire implantable total). Ces dispositifs sont constitués de 2 parties: un port d'injection et un système de cathéter. Aucune partie d'un TIVAD n'est externe. L'orifice d'injection est placé sous la peau dans une poche créée dans la paroi thoracique antérieure. La porte est accessible par voie percutanée à l'aide d'une aiguille. Le cathéter est inséré dans l'une des grosses veines thoraciques et tunnelisé par voie sous-cutanée. La pointe du cathéter est avancée dans la veine cave supérieure ou dans l'oreillette droite.

Par exemple: la partie cathéter d'un Port-a-Cath est poussée via la veine subclaviaire droite dans la veine cave supérieure et le port d'injection est placé en sous-cutané dans la paroi thoracique antérieure. Le codage correct est alors le suivant:

- 02HV33Z " Insertion of Infusion Device into Superior Vena Cava, Percutaneous Approach' pour le placement du catheter **ET**
- 0JH60WZ " Insertion of totally implantable vascular access device into Chest Subcutaneous Tissue and Fascia, Open Approach " pour la mise en place du port d'injection sous-cutané.

Parfois, des patients sont admis pour le placement d'un cathéter ou un port d'accès, sans dialyse pendant la même admission. Si le patient est dialysé pendant ce type d'admission, un code de procédure pour la dialyse doit être ajouté.

Lorsqu'un patient est admis pour le retrait, le remplacement, le rinçage ou le nettoyage d'un cathéter de dialyse, le code Z49.01 «Encounter for fitting and adjustment of extracorporeal dialysis catheter» est utilisé à cet effet s'il s'agit d'un cathéter extracorporel et le code Z49.02 «Encounter for fitting and adjustment of peritoneal dialysis catheter» als het gaat om een peritoneale katheter» s'il s'agit d'un cathéter péritonéal.

Exemples:

- Un patient présentant une insuffisance rénale chronique au stade terminal est admis pour le placement d'un cathéter Hickman pour la dialyse rénale. Le cathéter est poussé à travers la veine sous-claviaire droite vers la veine cave supérieure (aucune dialyse n'est effectuée):
N18.6 'End stage renal disease'
Z99.2 'Dependence on renal dialysis'
02HV33Z 'Insertion of Infusion Device into Superior Vena Cava, Percutaneous Approach'
- Un patient atteint d'insuffisance rénale chronique au stade terminal est admis pour le nettoyage de son cathéter d'hémodialyse. Le patient est également hémodialysé pendant 5 heures au cours de la même admission:
Z49.01 'Encounter for fitting and adjustment of extracorporeal dialysis catheter'
N18.6 'End stage renal disease'
Z99.2 'Dependence on renal dialysis'
5A1D70Z 'Performance of urinary filtration, Intermittent, Less than 6 hours Per Day'

6.2.2. « Greffon » artério-veineux

Quand l'accès pour une hémodialyse se fait à l'aide d'un greffon tubulaire qui permet de connecter une artère à une veine, la connexion est connue sous le nom de greffon artério-veineux. Quand le greffon est cicatrisé, l'hémodialyse est réalisée par ponction du greffon pour accéder aux vaisseaux sanguins.

La création d'un greffon artério-veineux est codée au niveau de l'intervention de base 'bypass'(pontage) et le 6^{ème} caractère « j » du code indique qu'il s'agit d'un greffe synthétique.

Par exemple,

Greffon artério-veineux brachio-céphalique gauche :

03180JD "Bypass left brachial artery to upper arm vein with synthetic substitute, open approach"

6.2.3. Fistule artério-veineuse

En hémodialyse, l'accès via des fistules artério-veineuses est indiqué quand un accès vasculaire permanent est requis. Pour ceci, une artère est connectée chirurgicalement directement à une veine (d'un système haute pression vers un système basse pression). Au cours de la "maturation" de la fistule, la veine devient plus large et plus forte, ce qui en fait un moyen d'accès fiable pour les ponctions fréquentes dans le contexte de l'hémodialyse chronique.

La création d'une fistule artério-veineuse dans ICD-10-PCS est codée au niveau de l'intervention de base 'bypass' (pontage). Le 4^{ème} caractère 'partie du corps' représente la partie du corps à l'origine du pontage; le qualificatif spécifie la partie du corps de destination du pontage.

Dans le contexte d'un accès vasculaire pour l'hémodialyse, il s'agit généralement d'un pontage de l'artère vers la veine (du système haute pression au système basse pression).

Par exemple :

Fistule artério-veineuse brachiocéphalique gauche :

03180ZD "Bypass left brachial artery to upper arm vein, open approach"

La fistule artério-veineuse présente peu de complications et a une durée de vie plus longue que les autres types d'accès pour l'hémodialyse. Normalement, il faut 2 à 3 mois pour qu'une fistule artério-veineuse devienne mature. Une fistule qui ne se développe pas ou qui n'arrive pas à maturité est considérée comme une complication mécanique et est codée T82.590- "Other mechanical complication of surgically created arteriovenous fistula".

La sténose d'une veine et la présence de multiples veines "concurrentes" sont les principales causes de non maturation d'une fistule artérioveineuse. Le traitement peut consister en une artériovenostomie où une nouvelle fistule AV est créée. Les autres options de traitement appartiennent au domaine de la radiologie interventionnelle, telles que la dilatation au ballon (angioplastie), la révision de la fistule AV et / ou la fermeture des veines "concurrentes" pour lesquelles diverses techniques sont possibles.

D'autres exemples de complications mécaniques liées aux fistules artério-veineuses sont les défauts mécaniques (T82.510- "breakdown"), les déplacements (T82.520- "Displacement") et les fuites (T82.530- "leakage").

Les complications mécaniques des cathéters de dialyse vasculaire sont classées dans la sous-catégorie T82.4 "Mechanical complication of vascular dialysis catheter".

Exercice 21.2	
Codez les diagnostics et intervention qui suivent. N'attribuez pas les codes de cause externe de morbidité.	
1 <u>Maladie</u> rénale au stade terminal Dialyse péritonéale	N18.6 Z99.2 3E1M39Z
2 <u>Maladie</u> rénale chronique de stade 5 avec besoin de dialyse chronique <u>Insertion</u> de cathéter dans la veine sous-clavière G pour dialyse rénale <u>Hemodialyse</u> Intermittente pendant 4 heures	N18.6 Z99.2 05H633Z 5A1D70Z
3 <u>Sténose</u> de fistule artério-veineuse pour dialyse, 1er contact <u>Angioplastie</u> percutanée par ballon de l'artère radiale droite	T82.858A 037B3ZZ
4 <u>Maladie</u> rénale hypertensive stade terminal, en dialyse Sessions d'hémodialyse Intermittente pendant 4 heures par jour	<u>I12.0</u> N18.6 Z99.2 5A1D70Z

7. COMPLICATIONS DE CYSTOSTOMIE

Les complications de cystostomie sont classées dans la sous-catégorie N99.51 "complication of cystostomy" (complication de cystostomie). Le code N99.511 "Cystotomy infection" est attribué pour une infection de cystostomie. Un code additionnel doit être attribué pour spécifier le type d'infection, comme un abcès de la paroi abdominale (L02.211) ou une cellulite de la paroi abdominale (L03.311), avec un code complémentaire pour identifier le germe.

Un dysfonctionnement de cystostomie est codé N99.512 "Cystostomy malfunction" ; les autres complications de cystostomie, comme une fistule, une hernie ou un prolapsus, sont codés N99.518 "Other cystostomy complication". Notez qu'une complication mécanique de cathéter urinaire à demeure est classée dans la sous-catégorie T83.0 "Mechanical complication of urinary catheter" et pas dans les complications de cystostomie (N99.51-).

8. LA CYSTOSCOPIE COMME VOIE D'ABORD OPERATOIRE

La cystoscopie est utilisée comme voie d'abord pour beaucoup d'interventions réalisées dans le diagnostic ou le traitement des pathologies des voies urinaires et elle n'est pas codée de manière distincte quand elle est la voie d'abord de l'intervention. ICD-10-PCS classe l'approche cystoscopique comme « via natural or artificial opening , endoscopic » (par orifice naturel ou artificiel, endoscopique).

Pour les procédures qualifiées de "transurétrale", l'approche est " via natural or artificial opening , endoscopic » (par ouverture naturelle ou artificielle). La voie d'abord correcte pour les procédures décrites comme "transurétrale urétéroscopiques" est " via natural or artificial opening , endoscopic » (par ouverture naturelle ou artificielle, endoscopique).

Quand une cystoscopie est réalisée pour visualiser et/ou explorer manuellement la vessie (sans réalisation d'une autre intervention), elle est codée au niveau de l'intervention de base « inspection » (inspection) avec le code 0TJB8ZZ "Inspection of bladder, via naturel or artificial opening endoscopic".

9. ABLATION DE CALCUL URINAIRE

Les calculs urinaires sont une affection relativement courante. Ils s'évacuent souvent spontanément sans intervention médicale. Lorsqu'une intervention est nécessaire, différents types d'intervention peuvent être effectués. 'Extracorporele shock wave lithotripsy ' (**ESWL**) (lithotripsie extracorporelle par ondes de choc) utilise des ondes de choc qui écrasent les pierres. Cela facilite leur migration par les voies urinaires et leur évacuation plus rapide.

La lithotripsie par onde de choc extracorporelle (ESWL '*Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy*') du rein, des uretères et/ou de la vessie se code en ICD-10-PCS avec l'intervention de base « fragmentation »(fragmentation), et la voie d'abord « **external approach** »(**externe**).

Par exemple :

ESWL d'une lithiase de l'uretère droit :

0TF6XZZ "Fragmentation in right ureter, external approach".

Si les calculs ne sont pas traitables par ESWL, un traitement endoscopique est recommandé.

L'urétéroscopie est la méthode la plus couramment utilisée pour visualiser les calculs dans les voies urinaires supérieures. En outre, des techniques percutanées peuvent également être utilisées, telles que, par exemple, la néphroLitholapaxie percutanée (élimination de calculs rénaux percutanés).

La lithotripsie par **ultrasons** requiert un endoscope rigide et est communément réalisée **par approche rénale percutanée**. Les lithotripteurs à ultrasons sont utilisés dans le traitement des gros calculs de la vessie. La technique par ultrasons nécessite un endoscope relativement grand et rigide et son application est donc limitée aux calculs dans la vessie et la partie distale de l'uretère.

La lithotripsie associée à l'élimination des fragments de pierre est codée avec l'opération de la racine "extirpation". La fragmentation n'est pas codée séparément car, selon la définition de l'opération de racine, "l'extirpation" est inhérente à cette procédure: "*Taking or cutting out solid matter from a body part - the solid matter may be an abnormal byproduct of a biological function or a foreign body; it may be imbedded in a body part or in the lumen of a tubular body part. **The solid matter may or may not have been previously broken into pieces***"

Exemple :

Fragmentation urétéroscopique de calculs dans l'uretère gauche avec élimination de fragments de calculs :
0TC78ZZ 'Extirpation of Matter from Left Ureter, Via Natural or Artificial Opening Endoscopic'.

Si une pierre au rein est relativement grosse ou si sa localisation ne permet pas la lithotripsie, elle peut être retirée par **néphrostomie percutanée**. C'est ce qu'on appelle l'enlèvement de calculs rénaux percutanés ou néphrolitholapaxie percutanée. Cette procédure crée un tunnel vers le rein à travers une petite incision dans le dos. Un tube est inséré qui fournit un accès direct au rein. La pierre est enlevée par le tube. Le prélèvement d'un calcul rénal via une néphrostomie percutanée est codé avec l'opération de base "Extirpation" avec l'approche "percutanée" ou "endoscopique percutanée".

Les calculs rénaux peuvent migrer dans les voies urinaires, du rein à la vessie en passant par l'uretère. Lors du codage d'un enlèvement de pierre, la position du calcul au début de la procédure détermine la valeur du caractère du « body part » dans le code de procédure.

Exercice 21.3

Codez les diagnostics et interventions qui suivent. N'attribuez pas les codes des causes externes de morbidité.

1 <u>Lithiase</u> de l'uretère droit	N20.1
<u>Diverticule</u> du calice droit	N28.89
<u>Kyste</u> rénal gauche unique (acquis)	N28.1
2 <u>Lithiase</u> rénale impactée avec rein <u>médullaire en éponge</u>	N20.0
ESWL de la lithiase du rein gauche	Q61.5
	0TF4XZZ
3 <u>Lithiase</u> de la vessie	N21.0
<u>Lithotripsie</u> de la vessie avec fragmentation par ultra-sons et extirpation des fragments par voie percutanée endoscopique	0TCB4ZZ

10. MALADIES DE LA PROSTATE ET LEUR TRAITEMENT

Les maladies des organes génitaux masculins sont classées dans les catégories N40 à N53 et les maladies de la prostate sont classées dans les catégories N40 à N42. Les néoplasmes de la prostate sont classés comme suit dans ICD-10-CM :

C61 "Malignant neoplasm of prostate"

D29.1 "Benign neoplasm of prostate"

D07.5 "carcinoma in situ of prostate"

L'hyperplasie de la prostate est classée dans la catégorie N40 « Benign prostatic hyperplasia » dont le 4^{ème} caractère fournit une spécificité additionnelle concernant la présence ou non de symptômes des voies urinaires basses. Comme indiqué par la note d'instruction « use additional code » (utilisez un code complémentaire), sous le code N40.1 « Benign prostatic hyperplasia with lower urinary tract symptoms », un code complémentaire doit être utilisé pour identifier les symptômes associés quand ils sont spécifiés, comme par exemple une vidange incomplète de la vessie (R39.14), la nycturie (R35.1), une difficulté à la miction (R39.16), une pollakiurie (fréquence de miction accrue) (R35.0), une difficulté à initier la miction (retard de miction) (R39.11), une incontinence urinaire (N39.4-), une obstruction urinaire (N13.8), une rétention urinaire (R33.8), une urgence mictionnelle (R39.15) ou une faiblesse du jet (R39.12).

Les troubles inflammatoires de la prostate peuvent être trouvés dans la catégorie N41. Les autres troubles de la prostate sont classés dans la catégorie N42.

Pour coder une prostatectomie, il est nécessaire de déterminer si l'exérèse de la prostate est complète (intervention de base « Résection ») ou partielle (intervention de base « Excision »), et de voir si l'approche chirurgicale est 'open' (ouverte), 'percutaneous endoscopic' (percutanée endoscopique), 'via natural or artificial opening' or 'via natural or artificial opening, endoscopic' (par orifice naturel ou artificiel ou par orifice naturel ou artificiel, endoscopique).

Par exemple :

- Résection transurétrale de la prostate (voir « TURP » ou « Trans Urethral Resection of Prostate ») : 0VB08ZZ 'Excision of Prostate, Via Natural or Artificial Opening Endoscopic'
L'intervention de base est 'Excision'; dans le cas d'un TURP, seul une partie de la prostate est enlevée (cf. dans l'index 'TURP').

Dans le cas d'une prostatectomie radicale, il faut vérifier quelles structures sont effectivement enlevées pour un codage de procédures adéquat.

Différentes sources d'énergie peuvent être utilisées pour la destruction du tissu prostatique : ablation par micro-ondes, ablation par radiofréquence, ablation par ultrasons, ablation au laser et cryoablation. L'ablation du tissu prostatique est codée dans tous ces cas (quelle que soit la source d'énergie utilisée) avec l'intervention de base "Destruction".

11. ENDOMETRIOSE

L'endométriose est une pathologie qui se traduit par la présence dans différents sites de la cavité pelvienne de tissu aberrant qui ressemble presque parfaitement à la muqueuse de l'utérus (endomètre). Pour cette pathologie, on attribue un code de la catégorie N80 "Endometriosis" dont le 4^{ème} caractère précise le site où est trouvé le tissu aberrant.

Par exemple :

N80.1 "Endometriosis of ovary"

N80.2 "Endometriosis of fallopian tube"

N80.5 "Endometriosis of intestine"

12. PROLAPSUS GENITAUX

Il s'agit d'un déplacement vers le bas des organes génitaux associant à des degrés divers les organes pelviens (utérus, vagin, vessie et rectum). Pour le codage des prolapsus génitaux, il est nécessaire de déterminer en premier lieu si la pathologie affecte la paroi vaginale, l'utérus ou les deux et si le prolapsus est complet ou non.

Par exemple :

N81.2 "Incomplete uterovaginal prolapse" - L'utérus descend dans l'orifice vaginal et le col se retrouve partiellement dans le vagin

N81.3 "Complete uterovaginal prolapse" - L'entièreté de l'utérus et du col font saillie dans l'orifice vaginal et le vagin est inversé

Le code N99.3 "Prolapse of vaginal vault after hysterectomy" est attribué pour le prolapsus de la voûte vaginale qui se produit après une hystérectomie ; ceci n'est pas classé comme une complication chirurgicale. Cette affection peut être due à la technique chirurgicale ou au relâchement des structures portantes après la chirurgie.

Un entérocele pelvien ou vaginal, une hernie intestinale à travers une muqueuse vaginale intacte, est codé N81.5 "Vaginal enterocele", qu'il soit congénital ou acquis.

Le prolapsus utérin chez une patiente enceinte est classé dans le chapitre 15 'Pregnancy, Childbirth and the Puerperium' (O00-O9A) du livre des codes de l'ICD-10-CM.

13. HYPERPLASIE ENDOMETRIALE

L'hyperplasie endométriale consiste en une prolifération excessive des cellules de la muqueuse interne de l'utérus.

L'affection est considérée comme un facteur de risque pour le développement de cancer de l'endomètre et nécessite un suivi attentif.

Pour l'hyperplasie de l'endomètre, ICD-10-CM propose les codes qui suivent :

N85.00	"Endometrial hyperplasia, unspecified"
N85.01	"Benign endometrial hyperplasia"
N85.02	"Endometrial intraepithelial neoplasia (EIN)"

14. DYSPLASIE DU COL, DU VAGIN ET DE LA VULVE

Le néoplasme intra-épithélial du col (CIN), également connu sous le nom de dysplasie cervicale, est une transformation potentiellement pré-maligne et une croissance anormale (dysplasie) des cellules squameuses de la surface du col. Le CIN I est codé N87.0 "Mild cervical dysplasia" et le CIN II est codé N87.1 "Moderate cervical dysplasia". Cependant, la dysplasie cervicale spécifiée comme CIN III, ou dysplasie sévère du col utérin, est un carcinome in situ du col et est codée D06.- "Carcinoma in situ of cervix uteri".

Le néoplasme vaginal intra-épithélial (VAIN) fait référence à des résultats histologiques pré-malins au niveau du vagin, caractérisés par des changements dysplasiques. Il est rare et généralement asymptomatique. Comme le CIN, il est classé en 3 stades VAIN I, VAIN II et VAIN III.

Le code N89.0 "Mild vaginal dysplasia" est attribué pour le VAIN I tandis que le VAIN II est codé N89.1 "Moderate vaginal dysplasia".

Comme le CIN III, le VAIN III, ou dysplasie vaginale sévère, est considéré comme un carcinome in situ et est codé D07.2 "Carcinoma in situ of vagina".

Le néoplasme intra-épithélial de la vulve (VIN) fait référence aux changements qui surviennent dans la peau qui recouvre la vulve. Dans certains cas, le VIN peut disparaître sans traitement. Le VIN est classé comme suit :

VIN I, ou dysplasie légère de la vulve	N90.0 "Mild vulvar dysplasia"
VIN II, ou dysplasie modérée de la vulve	N90.1 "Moderate vulvar dysplasia"
VIN III est classée en	D07.1 "Carcinoma in situ of vulva"

Les diagnostics de CIN III, VAIN III et VIN III peuvent être posés uniquement sur base de l'examen anatomo-pathologique des tissus.

R87.61- 'Abnormal cytological findings in specimens from cervix uteri' ou R87.62- «Abnormal cytological findings in specimens from vagina » sont utilisés en cas de résultats cytologiques anormaux d'un examen du col ou du vagin sans confirmation histologique (par exemple: résultat anormal frottis col utérin ou vagin).

Si une situation similaire se produit après l'examen cytologique de la vulve, le code R87.69 Abnormal cytological findings from other genital organs' est utilisé.

15. HYSTERECTOMIE

Une hystérectomie peut être réalisée pour différentes indications : fibromes utérins symptomatiques, prolapsus utérin, endométriose et tumeurs malignes de l'utérus, du col utérin ou des ovaires.

En fonction de l'indication chirurgicale, le chirurgien peut choisir d'enlever tout l'utérus ou seulement une partie de celui-ci.

Lors du codage d'une hystérectomie, il est important de savoir si le col de l'utérus a été retiré également lors de la procédure. Certaines des tables de l'ICD-10-PCS du chapitre «Système de reproduction de la femme» comportent un «body part » (partie du corps) (4ème caractère) distinct pour l'utérus (utérus) et le col utérin (col utérin).

Dans la table ICD-10-PCS 'Système reproducteur féminin, Résection', une nouvelle valeur de qualificatif 'L' a été ajoutée à la partie du corps 'Uterus' pour spécifier, le cas échéant, qu'il s'agit d'une hystérectomie supracervicale.

(source: AHA CC - New qualifier values - Fourth Quarter ICD-10 2017 Pages: 64-68 Effective with discharges: October 1, 2017-)

Dans une hystérectomie supracervicale ou subtotal, seule la partie supérieure de l'utérus est retirée, laissant le col de l'utérus intact. La procédure est codée comme une "résection" de l' "uterus", avec le 7ème caractère (qualificatif) "L" pour "supracervical".

Exemple :

Hystérectomie supracervicale par voie laparoscopique

0UT94ZL 'Resection of Uterus, **supracervical**, Percutaneous endoscopic approach'

Avec une **hystérectomie totale**, l'utérus et le col de l'utérus sont enlevés. La procédure est codée de la même manière qu'une hystérectomie supracervicale - seule la valeur du 7ème caractère (qualificateur) est différente, à savoir "Z" pour "no qualifier " au lieu de "L" pour "supracervical".

Exemple :

Hystérectomie totale par voie laparoscopique

0UT94ZZ 'Resection of Uterus, Percutaneous endoscopic approach'

16. ABLATION DE L'ENDOMETRE

L'ablation de l'endomètre est utilisée comme alternative à l'hystérectomie chez les femmes présentant un saignement dysfonctionnel qui ne répondent pas au traitement hormonal. La procédure est également utilisée pour traiter les fibromes utérins et les polypes de l'endomètre. Un hystéroscope équipé d'une "bille roulante" ou d'un fil en forme de U est administré par voie intra-utérine.

La muqueuse utérine est retirée par laser, radiofréquence, énergie électromagnétique ou électrocoagulation. L'ablation de l'endomètre est classée dans l'opération de racine "Destruction".

Par exemple:

Ablation laser hystéroscopique de la muqueuse utérine

0U5B8ZZ "Destruction de l'endomètre par voie endoscopique à ouverture naturelle ou artificielle"

17. MALADIES DU SEIN

Les néoplasmes du sein sont classés dans le chapitre 2 "Neoplasms" du livre des codes de l'ICD-10-CM. Cependant, le codeur doit être conscient que des termes tels que « croissance », « kyste » et « masse » ne réfèrent pas nécessairement à une maladie néoplasique. Quand une chirurgie est réalisée, le rapport anatomo-pathologique fournit une information plus spécifique pour choisir un code.

Exemples:

- Mastopathie kystique diffuse du sein droit:
N60.11 'Diffuse cystic mastopathy of right breast'
- Tumeur bénigne du sein droit chez la femme:
D24.1 "Tumeur bénigne ou sein droit":
- Autre néoplasme bénin de la peau du tronc:
D23.5 'Other benign neoplasm of skin of trunk'
- Gynécomastie
N62 'Hypertrophy of breast'
- Carcinome du quadrant supéro-externe du sein droit chez l'homme:
C50.421 "'Malignant neoplasm of upper-outer quadrant of right male breast'
- Carcinome du quadrant supéro-externe du sein droit chez la femme
C50.411 'Malignant neoplasm of upper-outer quadrant of right female breast'

Les médecins documentent parfois l'emplacement d'une masse dans le sein en fonction des positions des aiguilles sur une horloge. Les hôpitaux peuvent choisir de développer des directives de codage spécifiques qui relient les positions de l'horloge aux quadrants du sein afin de permettre un codage correct des tumeurs du sein.

Les codes pour la chirurgie du sein figurent dans la classification ICD-10-PCS sous le Système anatomique "Peau et sein" avec la valeur de caractère "H". Les biopsies mammaires sont classées dans l'opération de base "Drainage" ou "Excision" selon que la biopsie comprend l'enlèvement de liquide (« Drainage ») dans le cas d'un kyste, ou de tissu (« Excision ») dans le cas d'une masse ou d'une grosseur

Dans l'ICD-10-PCS, les biopsies sont codées avec un 7ème caractère (qualificatif) "X" pour "diagnostic".

Si la procédure est décrite comme une "biopsie excisionnelle", il s'agit généralement d'une excision de la lésion dans son ensemble et non d'une simple biopsie. Dans ce cas, l'intervention est codée avec l'intervention de base "Excision" avec le septième caractère (qualificateur) "Z" pour "No Qualifier (Aucun qualificateur)". Le terme "tumorectomie", « lumpectomie » décrit également l'excision locale d'une lésion du sein et est codé de la même manière.

Quand une chirurgie du sein est réalisée pour une suspicion de néoplasme, il est fréquent de réaliser une biopsie avant que la chirurgie définitive ne commence. Les coupes à congélation rapide sont revues rapidement par un anatomo-pathologiste qui détermine s'il y a malignité. Le pathologiste établit immédiatement le diagnostic (bénin / malin) sur la base duquel il est déterminé comment l'opération doit se dérouler.

Si une biopsie par une excision, une extraction (curettage) ou un drainage (aspiration) est suivi d'une intervention plus définitive telle qu'une destruction, une excision ou une résection du même site, la biopsie et l'intervention plus définitive sont toutes deux codées. Par exemple, si une biopsie de sein est réalisée, suivie d'une mastectomie partielle du même site opératoire durant le même épisode chirurgical, les deux interventions, biopsie et mastectomie partielle, sont codées.

Suite aux avancées dans le traitement du cancer, les mastectomies radicales ne sont plus réalisées aussi souvent que par le passé car une tumorectomie ou une mastectomie radicale modifiée apparaissent aussi efficaces dans la plupart des cas.

Lors d'une mastectomie radicale (mastectomie de Halsted), les structures suivantes sont retirées "en bloc": tout le tissu mammaire, y compris le haut de la peau, le muscle grand pectoral majeur et mineur et les ganglions lymphatiques axillaires (niveaux 1, 2 et 3).

Dans la version modifiée de la mastectomie radicale, le muscle pectoral est conservé.

ICD-10-PCS requiert des codes distincts pour tous les composants inclus dans la mastectomie radicale.

Exemple:

- Une mastectomie radicale gauche avec curage axillaire gauche et excision du muscle grand pectoral gauche :
0HTU0ZZ 'Resection of left breast, open approach'
07T60ZZ 'Resection of left axillary lymphatic, open approach'
0KTJ0ZZ 'Resection of left thorax muscle, open approach'

- Mastectomie radicale modifiée gauche
0HTU0ZZ 'Resection of left breast, open approach'
07T60ZZ 'Resection of left axillary lymphatic, open approach'

Une mastectomie épargnant la peau est une variante de la mastectomie traditionnelle, dans laquelle la peau du sein est épargnée et le tissu mammaire sous-jacent, le mamelon et l'aréole sont enlevés.

Le code de procédure correct pour une mastectomie épargnant la peau à gauche est "0HTU0ZZ Resection of Left Breast, Open Approach". Il n'est pas nécessaire d'ajouter un code de procédure distinct pour la résection du mamelon.

Le codeur doit revoir le protocole opératoire attentivement avant d'attribuer ces codes d'interventions.

L'insertion d'expandeur tissulaire est une autre intervention fréquemment associée à la chirurgie du sein. Cette insertion permet, lors de la reconstruction chirurgicale à un stade ultérieur, la fermeture par lambeau du site, rendant non nécessaire une greffe de peau. Habituellement, après l'insertion de l'expandeur, une solution saline est injectée à intervalles réguliers dans celui-ci pour augmenter graduellement sa taille.

ICD-10-PCS classe ces interventions au niveau de l'intervention de base « insertion » avec la valeur de matériel « N » pour l'expandeur tissulaire :

Par exemple

Insertion d'un expandeur tissulaire, sein droite

0HHT0NZ "Insertion of tissue expander into right breast, Open approach"

18. RECONSTRUCTION MAMMAIRE

La reconstruction mammaire est réalisée pour différentes raisons (fig. 21.1). Les prothèses sont souvent mises en place pour des patientes qui ont subi une mastectomie.

La reconstruction mammaire et la mastectomie peuvent être réalisées en même temps (reconstruction mammaire primaire). Dans d'autres cas, la reconstruction a lieu à une date ultérieure. c'est ce que l'on appelle une reconstruction mammaire secondaire. Quand on sait que les patientes recevront une radiothérapie postopératoire, la reconstruction est habituellement retardée.

Une reconstruction mammaire secondaire peut être réalisée en une fois ou en plusieurs phases (admissions multiples).

Le code Z42.1 "Encounter for breast reconstruction following mastectomy" est le diagnostic principal correct pour chaque admission dans le contexte d'une reconstruction mammaire secondaire.

Parfois, le but de la reconstruction mammaire est esthétique, à savoir d'améliorer l'apparence par l'augmentation mammaire (mammoplastie d'augmentation). Les prothèses mammaires sont alors habituellement utilisées.

La réduction mammaire (mammoplastie de réduction) est réalisée chez les patientes dont la taille des seins interfère avec les activités de la vie quotidienne ou provoque une gêne importante.

La réduction mammaire peut également être effectuée pour des raisons esthétiques.

Si le but d'une mammoplastie est de réduire la taille des seins (pas esthétiquement), le code N62 "Hypertrophy of breast" (Hypertrophie du sein) est mentionné comme diagnostic principal.

Si une mammoplastie (augmentation ou réduction mammaire) est réalisée pour des raisons purement esthétiques, le code Z41.1 "Encounter for cosmetic surgery" est mentionné comme diagnostic principal.

Voici quelques exemples de codage de reconstruction :

0HRT0JZ "Replacement of right breast with synthetic substitute, open approach"

0HRU075 "Replacement of left breast using latissimus dorsi myocutaneous flap, open approach"

0HRUX7Z "Replacement of left breast with autologous tissue substitute, external approach"

0KXH0ZZ "Transfer right thorax muscle, open approach"

0HRV079 "Replacement of bilateral breast using gluteal artery perforator flap, open approach"

0HRW0JZ "Replacement of right nipple with synthetic substitute, open approach"

Lors du codage d'une reconstruction mammaire, il convient de garder à l'esprit que le terme principal "Reconstruction" de l'index alphabétique de la classification ICD-10-PCS fait uniquement référence aux opérations de base "Répair", "Remplacement" et "Supplément".

Lors de la reconstruction du lambeau de transfert du muscle transverse rectus abdominis (TRAM), une partie du muscle abdominal, qui reste connectée à son apport sanguin et à son système nerveux d'origine, est déplacée vers la poitrine. L'opération de base correcte pour cette procédure de reconstruction est "Transfer" avec la définition de "moving, without taking out, all or a portion of a body part to another location to take over the function of all or a portion of a body part".

Les problèmes liés aux déformations et disproportions après chirurgie de reconstruction peuvent pousser les patientes à chercher des soins médicaux complémentaires. L'irrégularité des contours, l'excès de tissu au niveau du sein reconstruit ou une difformité du sein reconstruit sont attribués sous le code N65.0 "Deformity of reconstructed breast". L'asymétrie mammaire, la disproportion entre le sein naturel et le sein reconstruit et la ptose du sein naturel comparé au sein reconstruit sont classés sous le code N65.1 "Disproportion of reconstructed breast".

Parfois, des complications se développent chez les patientes ayant des implants mammaires pour lesquelles on conseille l'ablation de ceux-ci. Pour ces cas, le code du diagnostic principal dépend de la nature de la complication.

Si le motif de l'admission est une rupture de l'implant, le code T85.41x- "Breakdown (mechanical) of breast prosthesis and implant" est placé comme diagnostic principal.

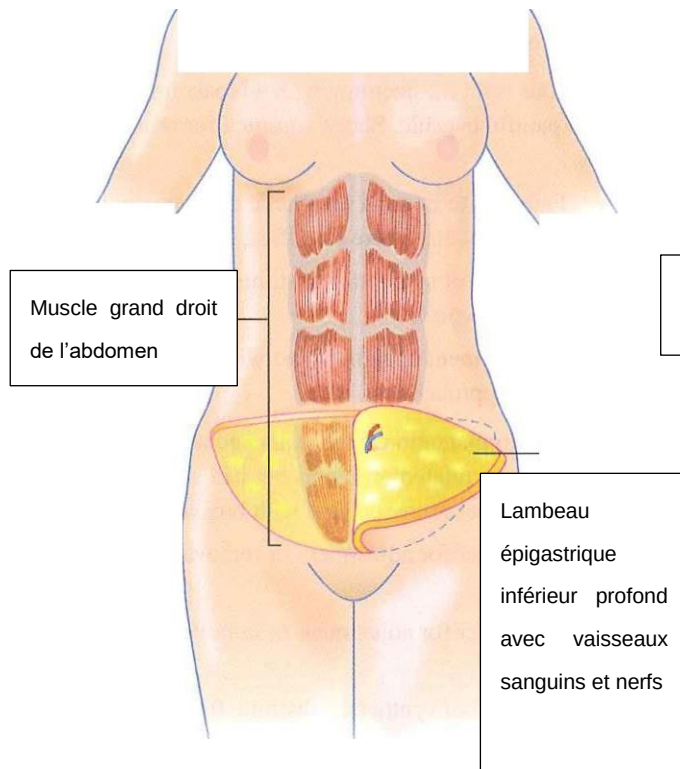
Si le retrait de l'implant s'explique par une contracture capsulaire de l'implant mammaire, le code T85.44x - "Capsular contracture of breast implant" est indiqué comme diagnostic principal.

Les autres complications possibles des implants mammaires sont la malposition (T85.42x 'Displacement of breast prosthesis and implant') et une fuite de l'implant (T85.43x 'Leakage of breast prosthesis and').

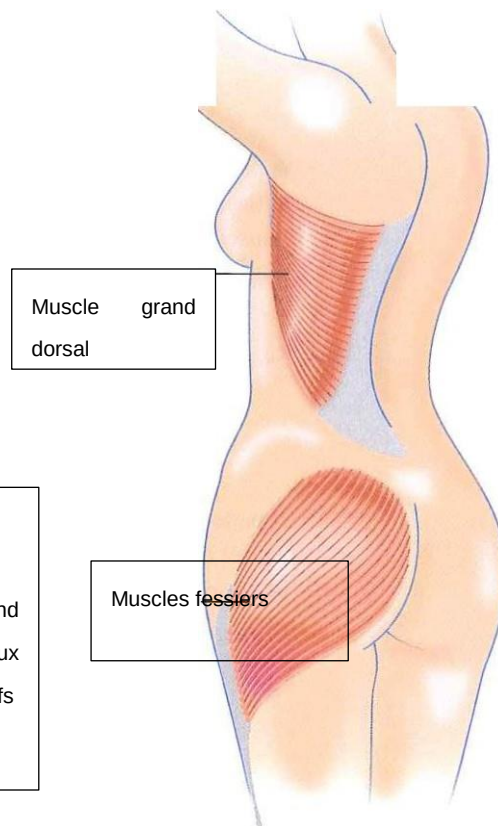
L'ablation d'implant mammaire est classée au niveau de l'intervention de base «Removal »(enlèvement) et le matériel est « synthetic substitute», par exemple : 0HPT0JZ "Removal of synthetic substitute from right breast, open approach"

FIGURE 211 Reconstruction mammaire

VUE FRONTALE



VUE DORSO-LATERALE



Lambeau du muscle grand droit de l'abdomen (TRAM) : La peau, la graisse et le **muscle grand droit** de l'abdomen sont déplacés vers le thorax.

Lambeau épigastrique inférieur profond (DIEP) : La peau et la graisse abdominales sont enlevées ainsi que les artères perforantes pour être greffées au niveau du thorax par microchirurgie

Lambeau du grand dorsal: la peau, la graisse et le muscle du grand dorsal sont tirés de la partie supérieure du dos sous la peau jusqu'à la région thoracique.

Lambeau fessier : la peau, la graisse et les muscles fessiers sont enlevés pour être greffés au niveau du thorax.

Parfois les patientes demandent l'ablation de l'implant par crainte de complications qui pourraient survenir dans le futur, alors qu'il n'y a pas de complication actuellement. Dans ces cas, attribuez le code Z45.81- "Encounter for adjustment or removal of breast implant".

Exemples:

- Une patiente vient consulter en raison de la rupture d'un implant mammaire au sein gauche. Elle se présente pour le retrait de l'implant et l'insertion d'un nouvel implant mammaire:

T85.41xA "Breakdown (mechanical) of breast prosthesis and implant, initial encounter"

0HPU0JZ "Removal of synthetic substitute from left breast, open approach"

0HRU0JZ "Replacement of left breast with synthetic substitute, open approach"

- Une patiente a déjà subi une mastectomie à droite avec la pose simultanée d'un implant mammaire. Elle souffre d'une douleur au niveau de la capsule. Elle est admise pour ablation et réinsertion d'implant :

T85.848A "Pain due to other internal prosthetic devices, implants and grafts, initial encounter"

0HPT0JZ "Removal of synthetic substitute from right breast, open approach"

0HRT0JZ "Replacement of right breast with synthetic substitute, open approach"

- Des implants mammaires bilatéraux ont été insérés chez une patiente il y a trois ans. Elle est maintenant admise pour le retrait électif des implants. Il n'y a pas de problèmes liés aux implants, mais la patiente est inquiète car les journaux font état de maladies associées aux implants mammaires.

Z45.811 "Encounter for adjustment or removal of right breast implant"

Z45.812 "Encounter for adjustment or removal of left breast implant"

0HPT0JZ "Removal of synthetic substitute from right breast, open approach"

0HPU0JZ "Removal of synthetic substitute from left breast, open approach"

Exercice 21.4

Codez les diagnostics et interventions qui suivent. N'attribuez pas les codes de cause externe de morbidité.

1 <u>Hydronéphrose</u> avec <u>pyélite</u> chronique	N13.6
<u>Pyélonéphrite</u> focale, chronique, gauche	N11.8
2 <u>Glomérulonéphrite</u> rapidement progressive	N01.9
3 <u>Epididymite</u> syphilitique	A52.76
4 <u>Prostatite</u> chronique à <i>Proteus</i>	<u>N41.1</u> B96.4
5 <u>Phimosi</u> s et <u>balanoposthite</u>	N47.1

	N47.6
6 <u>Hydrocèle</u> droit enkysté, chez l'homme <u>Excision</u> d'hydrocèle du cordon spermatique, par voie ouverte	N43.0 0VBF0ZZ
7 <u>Hypertrophie</u> bénigne de la prostate avec obstruction urinaire Prostatectomie transurétrale totale par cystoscopie	<u>N40.1</u> N13.8 0VB08ZZ
8 <u>Cervicite</u> aiguë et chronique <u>Hystérectomie</u> totale par voie vaginale	N72 0UT97ZZ
9 <u>Maladie</u> inflammatoire chronique du petit bassin <u>Dysménorrhée</u>	N73.1 N94.6
10 <u>Ménométrorrhagie</u> <u>Polype</u> de l'endomètre <u>Kystes</u> du corps jaune des 2 ovaires <u>Hystérectomie</u> abdominale totale <u>Salpingo-ovariectomie</u> bilatérale	N92.1 N84.0 N83.11 0UT90ZZ 0UT20ZZ 0UT70ZZ
11 <u>Cystocèle</u> avec <u>prolapsus</u> utérin incomplet et <u>incontinence</u> de stress Réparation du cystocèle (par voie ouverte) <u>Suspension</u> vaginale de l'utérus (par voie ouverte)	N81.2 N39.3 0JQC0ZZ 0US90ZZ
12 <u>Endométriose</u> du péritoine pelvien	N80.3
13 <u>Kyste</u> dermoïde de l'ovaire gauche <u>Résection</u> cunéiforme du kyste de l'ovaire par laparoscopie	D27.1 0UB14ZZ
14 <u>Stérilité</u> sur <u>adhérences</u> du péritoine pelvien avec <u>sténose tubaire</u> Hystérosalpingographie avec produit de contraste	<u>N73.6</u> N97.1 BU18YZZ
15 <u>Dysménorrhée</u> psychogène	F45.8
16 <u>Adhérences</u> d'ovaire et de trompes de Fallope <u>Lyse</u> des adhérences par laparoscopie	N73.6 0UN24ZZ 0UN74ZZ
17 <u>Ménorragie</u> Dilatation et curetage avec <u>ablation</u> de l'endomètre par voie vaginale	N92.0 0U5B7ZZ
18 <u>Fibrome</u> sous-muqueux de l'utérus <u>Hystérectomie</u> partielle vaginale assistée par laparoscopie (laissant le col intact)	D25.0 0UT9FZL

1. INTRODUCTION

Le Chapitre 12 "Diseases of the skin and subcutaneous tissue" (L00-L99) du livre des codes de ICD-10-CM traite des affections touchant la peau et le tissu sous-cutané. Ce chapitre est organisé selon les subdivisions suivantes:

L00-L08	'Infections of the skin and subcutaneous tissue'
L10-L14	'Bullous disorders'
L20-L30	'Dermatitis and eczema'
L40-L45	'Papulosquamous disorders'
L49-L54	'Urticaria and erythema'
L55-L59	'Radiation-related disorders of the skin and subcutaneous tissue'
L60-L75	'Disorders of skin appendages'
L76	'Intraoperative and postprocedural complications of skin and subcutaneous tissue'
L80-L99	'Other disorders of the skin and subcutaneous tissue'

Les affections des ongles, des glandes sudoripares, des cheveux et des follicules pileux sont comprises dans ce chapitre. Les affections congénitales de la peau, des cheveux et des ongles sont classées dans le chapitre 17 'Congenital malformations, deformations and chromosomal abnormalities', au niveau des catégories Q80 à Q84.

Les néoplasmes cutanés sont classés dans le Chapitre 2 "Neoplasms" (C00-D49) du livre des codes de l'ICD-10-CM.

2. DERMATITES DUES AUX MÉDICAMENTS

L'ICD-10-CM utilise comme synonyme et indifféremment les termes « dermatite » (dermite) et « eczéma » dans les catégories L20 à L30.

La dermatite de contact est un rash localisé ou une irritation de la peau causée par le contact avec des allergènes (dermatite allergique de contact) ou des irritants (dermatite irritative de contact).

La catégorie L23 "Allergic contact dermatitis" est utilisée pour classer les dermatites allergiques de contact dues aux métaux, aux produits adhésifs, aux cosmétiques, aux médicaments, aux teintures, aux produits chimiques, aux aliments et aux plantes en contact avec la peau.

La catégorie L24 "Irritant contact dermatitis" est utilisée pour les dermatites irritatives de contact provoquées par contact de la peau avec des irritants tels que des détergents, des huiles et des graisses et des solvants.

La catégorie L25 "Unspecified contact dermatitis" est utilisée quand on ne précise pas si la dermatite est due au contact avec un irritant ou allergène.

La catégorie L27 "Dermatitis due to substances taken internally" est réservée aux dermatites par ingestion de substances.

Lors du codage des **dermatites causées par des médicaments**, le codeur doit d'abord déterminer si l'affection correspond à une réaction secondaire d'un médicament correctement administré ou à un empoisonnement par un médicament pris incorrectement.

- Quand la dermatite est due à un médicament pris correctement (selon la prescription), elle est codée comme une réaction secondaire.
- Quand la dermatite est due à une prise incorrecte de médicament, elle est classée comme un empoisonnement par drogues, médicaments et substances biologiques.

Lors du codage des dermatites allergiques, irritatives ou non spécifiées de contact, et des dermatites provoquées par des substances ingérées, un code des catégories T36 à T65 ("Poisoning by, adverse effects of and underdosing of drugs, medications and biological substances" et "Toxic effects of substances chiefly nonmedicinal as to source") doit être attribué pour indiquer les circonstances de l'empoisonnement ou de l'effet secondaire (par exemple accidentel, intentionnel auto-infligé...) et le type de médicament impliqué.

L'ordre de codage des codes des catégories T36-T65 dépend des circonstances:

Quand l'affection est due à un empoisonnement, le code des catégories T36-T65 est mentionné en premier lieu; il est mentionné comme diagnostic secondaire quand l'affection est une réaction secondaire. (cf Chapitre 32 « Empoisonnement, effets toxiques, effets secondaires et sous-dosage de médicaments » de ce manuel).

Exemples :

- Contact initial pour une dermatite due à une réaction allergique à des comprimés de pénicilline, pris selon la prescription (effet secondaire).
L27.0 "Generalized skin eruption due to drugs and medications taken internally"
T36.0X5A "Adverse effect of penicillins, initial encounter"
- Contact initial pour une dermatite due à l'ingestion accidentelle des comprimés de pénicilline de la maman (empoisonnement).
T36.0X1A "Poisoning by penicillins, accidental (unintentional), initial encounter"
L27.0 "Generalized skin eruption due to drugs and medications taken internally"

Dans le premier exemple qui se rapporte à une réaction secondaire à un médicament pris correctement selon la prescription, le code de la dermatite est placé en premier lieu, suivi du code de la réaction secondaire à la pénicilline.

Dans le second exemple, le code T36.0X1A "Poisoning by penicillins, accidental, initial encounter" est placé en premier lieu avec un code complémentaire pour indiquer l'effet de l'empoisonnement, à savoir la dermatite.

L'érythrodysesthésie palmo-plantaire (PPE), aussi appelée syndrome mains-pieds, est un exemple de dermatite spécifique, qui survient comme réaction secondaire à un médicament antinéoplasique ou à une substance biologique utilisée pour le traitement du cancer. Dans ce cas, attribuez le code L27.1 "Localized skin eruption due to drugs and medicaments taken internally", suivi du code T45.1X5A "Adverse effect of antineoplastic and immunosuppressive drugs, initial encounter".

3. ÉRYTHÈME MULTIFORME

L'érythème multiforme est un trouble cutané se traduisant par des rougeurs symétriques avec surélévation de la peau partout sur le corps, ressemblant souvent à des cibles car il s'agit de cercles foncés de couleur gris-pourpre au milieu. Dans certains cas, il existe des symptômes systémiques sévères. L'érythème multiforme peut apparaître suite à une prise de médicaments, des infections virales ou des maladies systémiques. La cause exacte est inconnue. Si l'affection est une réaction secondaire induite par un médicament, attribuez le code L51- "Erythema multiforme" en premier lieu. Attribuez comme code complémentaire un code des catégories T36 à T50 "Poisoning by, adverse effects of and underdosing of drugs, medicaments and biological substances" avec un 5^{ème} ou 6^{ème} caractère de valeur "5" pour identifier le médicament original.

Les patients présentant un érythème multiforme peuvent également souffrir de toute une variété d'autres manifestations associées, comme une arthropathie (M14.8- 'Arthropathies in other specified diseases classified elsewhere') un ulcère de la cornée (H16.0- 'Corneal ulcer'), ou une stomatite (K12.- 'Stomatitis and related lesions'), qui doivent être codées séparément. De plus, un code de la catégorie L49 "Exfoliation due to erythematous conditions according to extent of body surface involved" est ajouté pour préciser le pourcentage de surface concernée par l'exfoliation cutanée.

4. ULCÈRES CUTANÉS

La plupart des **ulcères cutanés chroniques** sont classés dans les catégories L89 "Pressure ulcer" et L97 "Non-pressure chronic ulcer of lower limb, not elsewhere classified".

Si une affection causale sous-jacente est mentionnée par le médecin traitant, un lien causal est supposé et il faut coder l'affection sous-jacente en premier lieu et l'ulcère des membres inférieurs comme code complémentaire.

Un code de la catégorie L97 peut être mentionné comme diagnostic principal si aucune affection sous-jacente responsable n'est documentée comme étant la cause de l'ulcère.

Le code I96 "Gangrene, not elsewhere classified" doit être mentionné en premier lieu en cas de gangrène s'il y a présence de gangrène à côté d'un ulcère

Les ulcères chroniques de la peau non spécifiés autrement sont classés dans la sous-catégorie L98.4 "Non-pressure chronic ulcer of skin, not elsewhere classified".

Les codes de la catégorie L89 "Pressure ulcer" sont des codes combinés identifiant à la fois le site de l'ulcère et le stade de celui-ci. Un 5^{ème} caractère permet d'identifier le site spécifique de l'ulcère (Exemples : le coude (L89.0-) ; le dos (L89.1-), ...) Le 6^{ème} caractère indique la sévérité de l'ulcère en identifiant le stade de l'ulcère de pression en: stade indéterminable, stade 1, stade 2, stade 3, stade 4 ou non spécifié.

Le choix du code relatif au stade de l'ulcère doit être guidé par la documentation clinique du stade (aussi dans le dossier infirmier) ou par les termes de l'index alphabétique.

Il faut être attentif à ne pas confondre les ulcères de pression de stade non spécifié ou non documenté (L89.-9 "Pressure ulcer, unspecified stage") avec les ulcères de pression pour lesquels la documentation indique que le stade est impossible à déterminer (L89.--0 "Pressure ulcer, unstageable")(par ex. ulcère couvert par une escarre ou qui a été traitée par une greffe musculaire ou cutanée).

Etablir le stade des ulcères de pression nécessite de prendre en compte les profondeurs de perte tissulaire et de tissu exposé.

Il faut interroger le médecin si le terme clinique ne peut être trouvé dans l'index ou s'il n'y a pas de documentation concernant le stade dans l'index alphabétique. Si aucune précision concernant le stade ne peut être obtenue, l'ulcère sera codé comme un ulcère de stade non spécifié L89.--9 'Pressure ulcer, unspecified stage'. Le diagnostic d'ulcère de décubitus doit cependant avoir été posé par le médecin en charge du patient.

La documentation des ulcères de pression peut parfois faire référence à « lésion tissulaire profonde » ou « pressure injury ». Il faut revoir attentivement la documentation clinique si le terme réfère à une lésion traumatique (telle qu'une contusion) ou à un ulcère de pression.

L'index alphabétique pour "Injury, deep tissue" renvoie le codeur à "see Contusion, by site"; tandis que pour "Injury, deep tissue, meaning pressure ulcer", celui-ci est renvoyé à "see Ulcer, pressure, unstageable, by site". C'est pourquoi une lésion tissulaire profonde (signifiant ulcère de pression) est codée comme un ulcère de pression de stade indéterminable et une pressure injury non traumatique est codée également comme un ulcère de pression avec le stade approprié.

Un ulcère de Kennedy est un ulcère de pression qui se développe en fin de vie et est associé à une dysfonction de plusieurs organes. Ce type d'ulcère ne répond pas au traitement classique. Attribuez le code L89 "Pressure ulcer" approprié pour un ulcère de Kennedy.

Si un patient est admis avec un ulcère de décubitus d'un stade donné et que cet ulcère progresse vers un stade plus élevé, 2 codes séparés doivent être utilisés. Un code pour le site d'ulcère et le stade à l'admission et un second code pour le même site d'ulcère mais avec le stade le plus élevé durant le séjour. Par exemple, pour un patient admis avec un ulcère de pression de stade 2 du talon gauche qui progresse vers un stade 3 durant l'hospitalisation, il faut attribuer les codes L89.622 "Pressure ulcer of left heel, stage 2" et L89.623 "Pressure ulcer of left heel, stage 3".

Il faut faire bien attention de distinguer les ulcères de décubitus documentés comme "cicatrisés" (pas de code à attribuer) de ceux "en voie de cicatrisation" (attribuer le code approprié pour le stade qui est documenté). Pour les ulcères qui sont présents à l'admission et cicatrisés à la sortie, attribuez le code pour le site de l'ulcère de pression et le stade à l'admission. Si la documentation ne fournit pas d'information sur le stade de l'ulcère de pression en voie de cicatrisation, attribuez le code approprié pour le stade non spécifié.

L'artériosclérose des extrémités inférieures est classée dans les sous-catégories I70.2 "Atherosclerosis of native arteries of the extremities" à I70.7 "Atherosclerosis of other type of bypass graft(s) of the extremities", avec un 5^{ème} caractère "3", "4" ou "5" quand elle est associée à une ulcération. Un code complémentaire de la catégorie L97 "Non-pressure chronic ulcer of lower limb, not elsewhere classified" est attribué pour indiquer la sévérité de l'ulcère. En présence de gangrène, attribuez un code I70.26- "Atherosclerosis of native arteries of extremities with gangrene" ou I70.36- "Atherosclerosis of unspecified type of bypass graft(s) of the extremities with gangrene" avec un code complémentaire de la sous-catégorie L98.49- "Non-pressure chronic ulcer of skin of other sites" pour identifier la sévérité de l'ulcère, si d'application.

Des ulcères de stase sont généralement dus à des veines variqueuses des membres inférieurs et sont codés au niveau de la catégorie I83 "Varicose veins of lower extremities" et non dans les catégories concernant les affections de la peau.

Lorsque le médecin utilise le terme d' "ulcère de stase" et que des varices ne sont pas présentes, l'index renvoie par défaut au code I87.2 "Venous insufficiency (chronic) (peripheral)". Cependant si le médecin a identifié une autre cause qu'une insuffisance veineuse pour cet "ulcère de stase" (par exemple une stase lymphatique), ce code I87.2 ne peut pas être utilisé, même si l'index renvoie le codeur au code d'insuffisance veineuse.

En effet, une règle de base du codage spécifie qu'une recherche complémentaire doit être faite lorsque l'intitulé du code suggéré par l'index alphabétique n'identifie manifestement pas correctement l'affection. En pareil cas, il convient de coder la cause de l'ulcère avec le code approprié à cette affection. L'ulcère sera lui codé à l'aide du code de la catégorie L97 "Non-pressure chronic ulcer of lower limb, not elsewhere classified" ou de la sous-catégorie L98.4 "Non-pressure chronic ulcer of skin, not elsewhere classified" qui correspond à sa localisation. Lorsque qu'il existe un doute pour le codeur quant à la présence de varices ou quant à la nature de l'affection responsable à l'ulcère de stase, il convient de demander des précisions au médecin en charge du patient.

5. LA CELLULITE CUTANÉE

La cellulite est une infection aiguë et diffuse de la peau et des tissus mous, qui résulte habituellement d'une perte d'intégrité de la peau, telle qu'une plaie punctiforme, une laceration ou un ulcère. Cliniquement, la cellulite se présente habituellement par une rougeur, un gonflement, une douleur ou de la chaleur débutant brutalement dans la région infectée. Cependant, les codeurs ne peuvent pas présumer la présence d'une cellulite sur la base de la présence d'une référence à une rougeur au niveau des bords d'une plaie ou d'un ulcère.

Le codage de la cellulite secondaire à un traumatisme superficiel, une brûlure ou une engelure requiert deux codes, un pour le traumatisme et un pour la cellulite. L'ordre dans lequel il faut placer les codes dépend des circonstances d'admission.

- Lorsque le patient est examiné principalement pour le traitement d'une plaie ouverte, le code approprié de la plaie ouverte est mentionné en premier lieu, suivi du code de la cellulite.
- Si la plaie en elle-même est banale, ou qu'elle a été traitée précédemment et que maintenant le patient est examiné pour le traitement de la cellulite à cette localisation, le code de la cellulite doit être mentionné en premier lieu, suivi d'un code complémentaire pour la plaie ouverte.

Exemples :

- Un patient s'occurrence une lacération à la jambe droite lors d'une randonnée il y a deux jours et à son retour, il se présente à l'hôpital. Au moment où il est examiné, une cellulite a commencé à se développer. La plaie est nettoyée des corps étrangers, un débridement non excisionnel est réalisé et un traitement par antibiotique est débuté pour la cellulite.

S81.821A "Laceration with foreign body, right lower leg, initial encounter"

L03.115 "Cellulitis of right lower limb"

0HDKXZZ "Extraction of right lower leg skin, external approach"

- Un patient se fait une plaie punctiforme au doigt droit en enlevant une agrafe au bureau. Cinq jours plus tard, il est admis à l'hôpital en raison d'une cellulite du doigt et est traité par des antibiotiques intraveineux. La plaie en elle-même ne requiert pas de traitement, c'est pourquoi aucun code de traumatisme n'est attribué.

L03.011 "Cellulitis of right finger"

La cellulite et la lymphangite cutanées sont toutes les deux incluses dans la catégorie L03 "Cellulitis and acute lymphangitis". Cependant, des codes distincts sont disponibles pour la cellulite et pour la lymphangite. Un code complémentaire doit être attribué pour préciser le germe responsable (B95-B96), si cette information est disponible. Le germe responsable est habituellement un streptocoque.

La cellulite peut aussi se présenter sous la forme d'une infection de plaie postopératoire ou comme le résultat de l'effraction cutanée encourue lors d'un traitement intraveineux.

Exemple :

Un patient a subi une appendicectomie 6 jours auparavant et est réadmis pour une cellulite à staphylocoque du site d'incision superficielle.

T81.41XA "Infection following a procedure, superficial incisional surgical site, initial encounter"

L03.311 "Cellulitis of abdominal wall"

B95.8 "Unspecified staphylococcus as the cause of diseases classified elsewhere"

La cellulite se développe fréquemment comme une complication des ulcères cutanés chroniques. Dans ce cas, on attribue deux codes :

- Un code de la catégorie L89 "Pressure ulcer" ou L97 "Non-pressure chronic ulcer of lower limb, not elsewhere classified" ou de la sous-catégorie L98.4 "Non-pressure chronic ulcer of skin, not elsewhere classified".
- Un code la cellulite associée.

Le choix du diagnostic principal dépend des circonstances de l'admission.

La cellulite décrite comme gangréneuse est classée sous le code I96 "Gangrene, not elsewhere classified". En cas de gangrène associée à un ulcère ou à un traumatisme, celle-ci est codée en premier lieu et le code du traumatisme ou de l'ulcère est mentionné comme diagnostic secondaire (cf la note d'instruction sous les catégories L89 'Pressure ulcer' ou L97 'Non-pressure chronic ulcer of lower limb, not elsewhere classified').

6. AUTRES CELLULITES

Bien que la cellulite se développe le plus souvent au niveau de la peau et du tissu sous cutané, elle peut également survenir ailleurs,. Dans de tels cas, des codes d'autres chapitres d'ICD-10-CM sont enregistrés.

La cellulite des organes génitaux féminins externes est classée parmi les affections inflammatoires et codée N76.4 "Abscess of vulva". La cellulite pelvienne chez la femme est classée comme une affection inflammatoire et codée à l'aide de la catégorie N73 "Other female pelvic inflammatory diseases". Occasionnellement, la cellulite pelvienne survient suite à un avortement, un accouchement, une grossesse molaire ou ectopique; elle est classée dans ce cas dans le chapitre 15 "Pregnancy, childbirth and the puerperium" du livre des codes de ICD-10-CM. Chez les patients masculins, la cellulite pelvienne est codée K65.0 "Generalized (acute) peritonitis".

7. EXCISION D'UNE LÉSION

Pour attribuer correctement le code de procédure lors de l'exérèse d'une lésion, il est important de déterminer en premier lieu si la procédure a été réalisée au niveau de la peau (système anatomique « peau et sein »), ou du tissu sous-cutané et des fascias (système anatomique « tissu sous-cutané et fascia »). Ensuite, il faut déterminer si l'intervention de base réalisée est une excision ("Excision") ou une destruction ("Destruction"). Pour la plupart des excisions ou destructions cutanées, l'approche utilisée sera externe (External).

Par exemple :

- Une excision simple concernant uniquement la peau de la face est classée à l'intervention de base « excision » et codée 0HB1XZZ Excision de peau de la face, approche externe.
- La destruction (*ablation* en anglais) de lésion par cautérisation, cryochirurgie, fulguration, ou laser est classée à l'intervention de base « destruction » comme la fulguration d'un molluscum pendulum cutané de la paroi thoracique et est codée 0H55XZZ Destruction de peau thoracique, approche externe.

Quand l'exérèse de la lésion va au-delà de la peau et implique les tissus sous-jacents et/ou adjacents tels que le tissu sous-cutané ou les fascias, la procédure est classée dans le système anatomique "tissu sous-cutané et fascia". La description du chirurgien doit être suivie attentivement lors de l'attribution des codes pour déterminer s'il s'agit d'une intervention de base "Excision" ou "Destruction" et pour déterminer la voie d'abord ouverte ("Open") ou percutanée ("Percutaneous").

Par exemple :

- Excision d'un sarcome de Kaposi du tissu sous-cutané de la cuisse droite est classée à l'intervention de base « excision » et codée 0JBL0ZZ "Excision of Right Upper Leg Subcutaneous Tissue and Fascia, Open Approach"
- Fulguration 'ouverte' d'une lésion bénigne du tissu sous-cutané du bras droit est classée à l'intervention de base « destruction » et codée 0J5D0ZZ "Destruction of Right Upper Arm Subcutaneous Tissue and Fascia, Open Approach"

8. DÉBRIDEMENT

Un débridement de la peau et du tissu sous-cutané est une procédure au cours de laquelle du matériel enflammé, mort (dévitalisé), nécrotique et du matériel étranger sont ôtés d'une lésion traumatique ou infectée jusqu'à ce que le tissu sain soit exposé.

- Le débridement excisionnel de la peau ou du tissu sous-cutané est l'exérèse chirurgicale à l'aide d'un scalpel de ce type de tissu, de nécrose ou d'escarre et est classée sous l'intervention de base "Excision". Le débridement excisionnel implique une excision par opposition à un débridement mécanique (brossage, grattage, lavage). Le débridement excisionnel implique l'utilisation d'un scalpel pour enlever du tissu dévitalisé. L'utilisation d'un instrument tranchant pour l'ablation mineure de fragments détachés n'est pas un débridement excisionnel.
- Le débridement non excisionnel de la peau et du tissu sous-cutané est une intervention non opératoire : brossage, irrigation, grattage ou lavage de tissu dévitalisé de tissu nécrosé, d'escarre ou de corps étrangers par le médecin ou un autre prestataire de soins.

La plupart des procédures de débridement non excisionnel sont classés sous l'intervention de base "Extraction" excepté quand on réalise une irrigation du tissu dévitalisé. Dans ce cas, le débridement est codé dans la section "Administration" sous l'intervention de base "Irrigation ». À titre d'exemples de débridements non excisionnels, citons les débridements par aspiration sous vide ou par ultrasons.

Le type de débridement réalisé (excisionnel ou non) doit être spécifié dans le dossier du patient. Si la documentation n'est pas claire ou s'il y a la moindre question à propos de la procédure, il faut consulter le médecin traitant pour obtenir des éclaircissements.

Lors du codage du débridement d'autres zones que la peau, le débridement est codé sous l'intervention de base "Excision" (pour le débridement excisionnel) ou "Extraction" (pour le débridement non excisionnel) de la partie du corps concernée.

Lors du codage d'un débridement concernant de multiples couches d'un même site, le codeur doit attribuer uniquement le code correspondant à la couche la plus profonde du débridement. Par exemple, une excision

ouverte et un débridement d'une plaie du coccyx impliquant l'os est codée 0QBS0ZZ "Excision of coccyx, open approach".

Un débridement réalisé en association avec une autre procédure est souvent inclus dans le code de la procédure, mais pas toujours.

9. GREFFES DERMQUES RÉGÉNÉRATIVES

Actuellement, plusieurs nouvelles techniques permettant de régénérer ou de remplacer de manière permanente des couches cutanées sont utilisées pour le traitement des brûlures sévères. Les procédures impliquant l'application de greffes sont classées sous l'intervention de base "Remplacement" ("Replacement"). Pour toutes les procédures de remplacement de la peau, l'approche est "externe". Pour l'intervention de base "Replacement", la valeur du caractère "matériel" précise l'utilisation de substituts synthétiques (6^{ème} caractère "J"), de substituts tissulaires autologues (6^{ème} caractère "7") ou de substitut tissulaire non autologue (6^{ème} caractère "K").

Pour choisir la valeur du caractère "matériel", il faut suivre ces instructions :

- Si le matériel utilisé est issu d'une origine vivante ou biologique, la greffe doit être codée comme "substitut tissulaire non autologue" ; si ce n'est pas le cas, il est considéré comme "substitut synthétique"
- Si le matériel utilisé issu d'une origine vivante ou biologique est combiné avec un substitut synthétique, la greffe doit être codée comme "substitut tissulaire non autologue"
- Si les 2 produits sont utilisés séparément (synthétique et biologique), coder chacun séparément

Le code T85.693- "Other mechanical complication of artificial skin graft and decellularized allodermis" est attribué pour les échecs ou rejets de ces systèmes. Les codes T86.820 "Skin graft (allograft) rejection" et T86.821 "Skin graft (allograft) (autograft) failure" sont attribués pour les complications d'autres greffes cutanées. Le code Z96.81 "Presence of artificial skin" est attribué pour indiquer que le patient est porteur d'une greffe cutanée artificielle.

EXERCICE 22.1

Les exercices qui suivent proposent des exemples d'affections classées dans ce chapitre.

Codez les diagnostics et procédures suivants.

1. <u>Ulcère</u> variqueux de la jambe droite avec inflammation sévère	I83.219 L97.919
2. <u>Fistule</u> pilonidale avec abcès <u>Excision</u> de sinus pilonidal localisé au niveau de la peau	L05.02 0HB8XZZ

3. Large <u>abcès</u> du tronc, à <u>staphylocoque</u> doré Incision et <u>drainage</u> de l'abcès du tronc	<u>L02.219</u> B95.61 0H95XZZ
4. Déformation par de la <u>corne</u> cutanée dure du petit orteil droit Déformations par de la <u>corne</u> molle des 3 ^{ème} , 4 ^{ème} et 5 ^{ème} orteils droits	L84
5. <u>Cicatrice</u> chéloïde de la main gauche sur <u>brûlure</u> antérieure <u>Excision</u> de cicatrice de la main gauche	<u>L91.0</u> T23.002S 0HBGXZZ
6. Acné <u>rosacée</u> chronique, enflammée et purulente de la lèvre inférieure <u>Excision</u> large d'acné rosacée chronique de la lèvre inférieure (externe) avec <u>greffe</u> (<u>Remplacement</u>) autologue d'épaisseur totale, sur le déficit de la lèvre inférieure	L71.8 0CR1X7Z
7. <u>Urticaire</u> géant, premier contact	T78.3XXA
8. <u>Dermatite</u> de contact de la paupière	H01.119
9. <u>Kératose</u> séborrhéique au niveau de la tête du second métatarse, pied droit	L82.1
10. <u>Cellulite</u> de l'anus	K61.0
11. <u>Lymphangite</u> aiguë, bras droit, due à une infection par <u>streptocoque du groupe A</u>	<u>L03.123</u> B95.0
12. Ulcère diabétique gangréneux du pied droit sur <u>trouble circulatoire périphérique</u>	<u>E11.621</u> E11.52 L97.519
13. <u>Débridement</u> (excisionnel) chirurgical de la peau et du fascia du pied droit	0JBQ0ZZ
14. Ongle <u>incarné</u> infecté du gros orteil droit <u>Ablation</u> de l'ongle par électrocautérisation	L60.0 L03.031 0H5RXZZ

15. <u>Cellulite</u> de la fesse	L03.317
16. <u>Cellulite</u> de la paupière supérieure gauche	H00.034
17. <u>Débridement</u> non excisionnel par brossage d'un ulcère diabétique du talon droit	<u>E11.621</u> L97.419 0HDMXZZ

Chapitre 23: Maladies du système musculo-squelettique et du tissu conjonctif

1. INTRODUCTION

Le chapitre 13 " Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue " (M00-M99) du livre des codes de l'ICD-10-CM respecte les directives de codage générales qui ont déjà été discutées dans ce manuel.

Une compréhension des termes suivants peut être utile au codeur pour attribuer les codes du chapitre 13 du livre des codes ICD-10-CM :

Arthropathie = trouble d'une articulation

Arthrite = inflammation d'une articulation

Dorsopathie = trouble du dos

Myélopathie = trouble de la moelle épinière

Radiculopathie = atteinte d'un ou plusieurs nerfs, provoquant une douleur (douleur radiculaire), une faiblesse, un engourdissement ou difficulté à contrôler un ou plusieurs muscles spécifiques.

Dans l'ICD-10-CM, la plupart des arthropathies sont classées dans les catégories M00 à M25 et la plupart des dorsopathies dans les catégories M40 à M54.

1.1. Site et latéralité

La plupart des codes du chapitre 13 « Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue » (M00-M99) du livre de codes ICD-10-CM permettent de désigner le site et la latéralité. Le site se réfère à l'os, à l'articulation ou au muscle concerné. Pour certaines affections dans lesquelles plus d'un os, plus d'une articulation ou plus d'un muscle sont habituellement impliqués (par exemple l'ostéoarthrose), un code « sites multiples » est disponible. Si un code « sites multiples » n'est pas fourni et que plus d'un os, plus d'une articulation ou plus d'un muscle sont atteints, des codes distincts doivent être utilisés pour indiquer les sites concernés.

1.2. Os versus articulation

Dans certaines affections, l'os peut être atteint à l'extrémité supérieure ou inférieure (par exemple : nécrose avasculaire de l'os, M87 "Osteonecrosis" et ostéoporose, M80 "Osteoporosis with current pathological

fracture" ou M81 "Osteoporosis without current pathological fracture"). Même si la portion de l'os atteinte peut se situer au niveau de l'articulation, le site désigné sera l'os et non l'articulation.

1.3. Pathologies musculo-squelettiques traumatiques aiguës versus chroniques ou récidivantes

Ce chapitre ('Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue') contient des affections osseuses, articulaires ou musculaires qui sont le résultat d'un précédent traumatisme, ainsi que d'affections récidivantes ou chroniques. L'ICD-10-CM classe les traumatismes aigus actuels dans le chapitre 19 « Injuries » du manuel de codage ICD-10-CM.

2. AFFECTIONS DE DOS

Les douleurs de dos décrites comme « lumbago » ou comme « dorsalgie basse » sans autre précision sont codées M54.5 'Low back pain'. Les maux de dos non spécifiés sont codés M54.9 "Dorsalgia, unspecified".

Les troubles des disques intervertébraux sont classés dans la catégorie M50 "Cervical disorders" et M51 "Thoracic, thoracolumbar, and lumbosacral intervertebral disc disorders". Pour les problèmes liés aux disques cervicaux (catégorie M50 "Cervical disc disorders"), il faut utiliser, pour chaque sous-catégorie (de 4 caractères), le code du niveau cervical atteint le plus élevé, au moyen d'un 5^{ème} caractère.

Par exemple, pour décrire une hernie de disque intervertébral, cervical avec myélopathie des niveaux C3-C4 et C5-C6, il faut utiliser le code M50.01 'Cervical disc disorder with myelopathy, high cervical region', pour C3-C4, le niveau le plus élevé.

La présence ou l'absence de myélopathie est une distinction importante à faire lors de l'attribution des codes concernant certains problèmes de dos. Les codes de hernies discales sans myélopathie incluent les paresthésies mais pas les paralysies. Les termes inclus dans les troubles des disques intervertébraux avec myélopathie sont classés dans les sous-catégories M50.0 "Cervical disc disorder with myelopathy" et M51.0 "Thoracic, thoracolumbar and lumbosacral intervertebral disc disorders with myelopathy" dont un 5^{ème} ou 6^{ème} caractère indique le site concerné.

En voici des exemples :

- Hernie de disque intervertébral, cervical, région cervicale, C5-C6, sans myélopathie
M50.222 "Other cervical disc displacement at C5-C6 level"
- Hernie de disque intervertébral, lombosacré, avec myélopathie, région lombaire
M51.06 "Intervertebral disc disorders with myelopathy, lumbar region"
- Hernie de disque intervertébral, thoracique, sans myélopathie
M51.24 "Other intervertebral disc displacement, thoracic region"

Les catégories M50 "Cervical disc disorders" et M51 "Thoracic, thoracolumbar, and lumbosacral intervertebral disc disorders" sont aussi subdivisées selon la présence ou non de radiculopathie en sous-catégories M50.1 "Cervical disc disorder with radiculopathy" et M51.1 "Thoracic, thoracolumbar and lumbosacral intervertebral disc disorders with radiculopathy" dont un 5^{ème} ou un 6^{ème} caractère indique le site concerné.

La douleur dorsale associée à la hernie du disque intervertébral est incluse dans le code de la hernie; aucun code supplémentaire n'est attribué.

La chirurgie d'excision ou de destruction de la hernie discale est classée dans l'ICD-10-PCS en fonction du type de chirurgie réalisée.

Voici quelques exemples :

- Excision ouverte de hernie discale intervertébrale lombosacrée.
0SB40ZZ "Excision of Lumbosacral Disc, Open Approach"
- Destruction par chimionucléolyse de disque intervertébral thoraco-lombaire déplacé, approche percutanée.
0R5B3ZZ "Destruction of Thoracolumbar Vertebral Disc, Percutaneous Approach"
- Destruction percutanée de disque intervertébral lombaire.
0S523ZZ "Destruction of Lumbar Vertebral Disc, Percutaneous Approach"
- Excision ouverte d'articulation vertébrale cervicale.
0RB10ZZ "Excision of Cervical Vertebral Joint, Open Approach"

Le code 00JU0ZZ "Inspection of spinal canal, open approach", est attribué pour une laminectomie réalisée dans le but d'explorer le canal spinal. La laminectomie réalisée à des fins d'excision de hernie discale représente l'approche opératoire et n'est pas codée séparément. Au lieu de cela, l'intervention de base « Excision » est codée pour enregistrer l'excision du disque.

Lorsqu'une foraminotomie / laminectomie décompressive est réalisée pour traiter une sténose foraminale en relâchant la pression et en libérant la racine du nerf spinal, ainsi qu'une discectomie pour traiter une hernie discale lombaire, chaque intervention chirurgicale a un objectif procédural distinct et doit être codée séparément. Les « root operation » « intervention de base » sont "Excision" pour la discectomie et "Release" pour la foraminotomie / laminectomie décompressive.

3. ARTHRITE

« Arthrite » est un terme commun utilisé pour désigner une grande variété d'affections qui touchent principalement les articulations. Les symptômes associés sont l'inflammation, le gonflement, la douleur, la raideur et les problèmes de mobilité. L'arthrite peut survenir de façon indépendante mais elle est également une manifestation d'une autre affection. Les codes combinés doivent être utilisés quand ils sont disponibles et les règles de codification double (« dual coding ») doivent être appliquées quand il n'existe pas de codes combinés.

Voici quelques exemples :

- Arthrite de l'épaule droite due à des cristaux de phosphate dicalcique.
M11.811 "Other specified crystal arthropathies, right shoulder"
- Arthrite de Charcot sur diabète de type 2.
E11.610 "Type 2 diabetes mellitus with diabetic neuropathic arthropathy"
- Arthrite sur leucémie.
C95.90 "Leukemia, unspecified not having achieved remission"
M36.1 "Arthropathy in neoplastic disease"
- Arthrite sur hémophilie
D66 "Hereditary factor VIII deficiency"
M36.2 "Hemophilic arthropathy"
- Arthrite associée à la maladie de Lyme.
A69.23 "Arthritis due to Lyme disease"

L'ostéoarthrose est une maladie articulaire dégénérative dont souffrent habituellement les personnes âgées et consiste en une dégénérescence chronique du cartilage articulaire et une hypertrophie osseuse. Cette affection est caractérisée par une douleur et un gonflement. Les codes des catégories M15 à M19 (« Osteoarthritis ») sont assignés pour l'ostéoarthrose, sauf si la colonne vertébrale est atteinte auquel cas on attribue un code de la catégorie M47 "Spondylose".

Le premier axe pour coder l'ostéoarthrose est le site, à savoir l'atteinte de sites multiples (M15.-, "Polyosteoarthritis") ou d'une articulation unique. L'atteinte bilatérale d'une articulation déterminée est codée à l'aide des catégories M16 à M19.

Le second axe est de préciser si l'affection est primaire, secondaire (par exemple, posttraumatique) ou généralisée. L'ostéoarthrose primaire, aussi connue sous le nom d'arthrite dégénérative, affecte les articulations de la colonne vertébrale, de la hanche et du genou, ainsi que certaines petites articulations des mains et des pieds.

L'ostéoarthrose primaire est la forme la plus fréquente de l'ostéoarthrose, elle résulte de l'usure normale des cartilages liée à l'âge. Lorsque la forme de l'ostéoarthrose n'est pas précisée, par défaut elle est primaire. L'ostéoarthrose secondaire est liée à une cause spécifique comme un traumatisme, ou est en lien à l'obésité, la génétique, l'inactivité ou une autre pathologie.

L'ostéoarthrose secondaire, aussi appelée arthrite mono-articulaire, est confinée aux articulations d'une seule région.

Quand le site de l'ostéoarthrose n'est pas documenté, codez le M19.90 'Unspecified osteoarthritis, unspecified site'.

L'arthrose qui implique plusieurs sites mais qui n'est pas spécifiée comme généralisée est codée M15.9 "Polyosteoarthritis, unspecified".

L'arthrite rhumatoïde (catégories M05 à M06), une autre forme très commune d'arthrite, est une maladie auto-immune qui affecte tout le corps.

L'arthrite pyogène (M00.- "Pyogenic arthritis") est due à une infection et est classée en fonction du germe causal (Staphylocoque, Pneumocoque, Streptocoque ou autre bactérie), avec des caractères complémentaires qui spécifient les articulations impliquées. Un code complémentaire est assigné pour caractériser le germe responsable. La catégorie M01 "Direct infections of joint in infectious and parasitic diseases classified elsewhere" est utilisée pour rapporter les infections directes d'articulations dans le cadre de maladies infectieuses et parasitaires. La pathologie sous-jacente, telle que la lèpre, la mycose ou la fièvre paratyphoïde, doit être codée en premier lieu.

L'arthrite goutteuse est classée dans la goutte idiopathique. La catégorie M10 "Gout" est subdivisée pour distinguer s'il s'agit d'une forme idiopathique (M10.0-), si elle est due au plomb (M10.1-), à un médicament (M10.2-), à une atteinte rénale (M10.3-) ou s'il s'agit d'une autre forme secondaire (M10.4-). La goutte non spécifiée est codée M10.9. Si on mentionne que la goutte est chronique, elle est classée dans la catégorie M1A "Chronic gout", avec l'ajout d'un 7^{ème} caractère pour spécifier la présence ou non de tophus (dépôt sous-cutané de cristaux d'acide urique).

Exercice 23.1

Codez les diagnostics et interventions qui suivent. N'attribuez pas les codes de cause externe de morbidité.

1. <u>Arthrite</u> goutteuse aiguë du pied droit	M10.071
2. <u>Arthrite</u> rhumatoïde chronique nodulaire avec polyneuropathie	M05.50
3. <u>Arthrite</u> traumatique de la cheville gauche sur ancienne luxation traumatique Arthrodèse arthroscopique de la cheville gauche	M12.572 S93.05XS 0SGG4ZZ
4. <u>Hernie</u> de disque intervertébral L4-L5 Laminectomie avec <u>excision</u> du disque L4-L5 (voie ouverte)	M51.26 0SB20ZZ
5. <u>Entorse</u> lombo-sacrée chronique, contact ultérieur	S33.9XXD

4. DERANGEMENT

Les dérangements internes du genou sont classés dans la catégorie M23 'Internal derangement of knee'. Les dérangements d'autres articulations spécifiques sont classés dans la catégorie M24 "Other specific joint derangements" où les caractères complémentaires précisent le site atteint. Les luxations récidivantes (récurrentes) non traumatiques du genou sont classées dans la sous-catégorie M22.0- "Recurrent dislocation

of patella”. Les luxations ou subluxations récidivantes d’articulations sont classées sous M24.4- “Recurrent dislocation of joint”. Les lésions traumatiques d’articulations sont codées au moyen des codes du chapitre 19 « Injuries » de l’ICD-10-CM. Par exemple : une luxation traumatique du genou est codée S83.104- “Unspecified dislocation of right knee”, S83.105- “Unspecified dislocation of left knee” ou S83.106- “Unspecified dislocation of unspecified knee”. Une lésion du ménisque ou du cartilage du genou consécutive à un traumatisme récent est classée dans la sous-catégorie S83.2- “Tear of meniscus, current injury”.

Exercice 23.2

Codez les diagnostics et interventions qui suivent. N’attribuez pas les codes de cause externe de morbidité.

1. <u>Dérangement</u> récidivant de la cheville gauche	M24.472
2. <u>Dérangement</u> récidivant du genou	M23.90
3. Dérangement (dislocation) du genou droit suite à une chute récente, premier contact.	S83.104A

5. OSTÉOPOROSE

L’ostéoporose est une affection systémique qui affecte tous les os du système musculo-squelettique et qui conduit à un risque accru de fractures pathologiques. L’ostéoporose est classée dans les catégories M80 “Osteoporosis with current pathological fracture” à M81 “Osteoporosis without current pathological fracture” selon la présence ou non de fracture pathologique. Comme l’ostéoporose est une maladie systémique, le site ne fait pas partie des codes de la catégorie M81 “Osteoporosis without current pathological fracture”. Les codes de la catégorie M80 “Osteoporosis with current pathological fracture” identifient l’ostéoporose et le site de la fracture pathologique.

6. FRACTURES PATHOLOGIQUES

Les fractures pathologiques surviennent sur des os affaiblis par la maladie. Ces fractures sont habituellement spontanées mais apparaissent parfois à la suite d’un traumatisme léger (tel qu’une chute mineure) qui, en principe, ne devrait pas occasionner de fractures sur un os sain. Il existe plusieurs causes sous-jacentes aux fractures pathologiques comme l’ostéoporose, les métastases osseuses, l’ostéomyélite, la maladie de Paget, l’atrophie de non-utilisation, l’hyperparathyroïdie et des maladies nutritionnelles et congénitales.

Les fractures décrites comme spontanées sont toujours des fractures pathologiques. Lorsqu’une fracture est décrite comme fracture de compression, le dossier doit être revu pour déterminer si un traumatisme significatif a eu lieu. Une chute d’une hauteur, telle qu’un plongeur, avec fracture de compression de la colonne

vertébrale est classée comme un traumatisme (injury), mais une fracture de compression chez un patient âgé à la suite d'un léger trébuchement ou d'un autre traumatisme mineur, est habituellement considérée comme pathologique, particulièrement lorsque le patient souffre d'une autre affection sous-jacente qui occasionne fréquemment de telles fractures. Le médecin doit être interrogé pour clarifier les choses.

Toutes les fractures pathologiques sont classées dans les catégories et sous-catégories suivantes selon la cause sous-jacente :

- Catégorie M80 "Osteoporosis with current pathological fracture"
- Sous-catégorie M84.4- "Pathological fracture, not elsewhere classified"
- Sous-catégorie M84.5- "Pathological fracture in neoplastic disease"
- Sous-catégorie M84.6- "Pathological fracture in other disease"
- Sous-catégorie M84.7- "Nontraumatic fracture, not elsewhere classified"

Des caractères complémentaires sont utilisés pour indiquer l'os atteint. Les valeurs de 7^{ème} caractère suivantes sont requises pour coder les fractures pathologiques :

A = "Initial encounter for fracture" (contact initial pour fracture)

D = "Subsequent encounter for fracture with routine healing" (contact subséquent pour fracture avec consolidation normale)

G = "Subsequent encounter for fracture with delayed healing" (contact subséquent pour fracture avec consolidation retardée)

K = "Subsequent encounter for fracture with non-union" (contact subséquent pour fracture avec pseudarthrose)

P = "Subsequent encounter for fracture with malunion" (contact subséquent pour fracture avec cal vicieux)

S = "Sequela" (séquelle)

Pour les exemples, consultez le chapitre 30 qui détaille les traumatismes.

L'attribution du 7^{ème} caractère concernant les fractures pathologiques doit être réalisée en respectant les directives suivantes :

- « A » est utilisé quand le patient reçoit un traitement actif de la fracture pathologique. Les exemples de traitement actif sont l'intervention chirurgicale, l'admission aux urgences et l'évaluation et le traitement des lésions aiguës. Le fait d'attribuer un 7^{ème} caractère A est basé sur le fait de recevoir un traitement actif et non sur le fait que le patient est réévalué par un nouveau médecin pour la première fois.
- « D » est utilisé quand le patient a subi un traitement actif complet et est en phase de guérison de routine.
- « G », « K » et « P » sont utilisés pour des contacts subséquents pour le traitement de problèmes associés à la consolidation tels que consolidation retardée, cal vicieux et pseudarthrose.
- « S » est utilisé pour les contacts concernant le traitement des séquelles ou des effets résiduels (lésions résiduelles) après que la phase aiguë de la fracture soit terminée.

- Les soins pour les complications du traitement chirurgical de fracture durant la phase de consolidation ou de guérison doivent être enregistrés au moyen des codes appropriés pour les complications.

La séquence des codes de fractures pathologiques dépend des circonstances de l'admission.

Une fracture pathologique est codée comme diagnostic principal si le patient est admis **seulement** pour le traitement de la fracture pathologique. Lorsque le traitement du patient n'est pas dirigé vers le traitement de la fracture pathologique, le code de la pathologie sous-jacente responsable de la fracture pathologique est mentionné en premier lieu, avec un code complémentaire pour la fracture.

Voici un exemple :

- Admission pour une fracture pathologique chez un patient présentant un néoplasme connu :
Si le traitement se focalise sur la fracture, un code de la sous-catégorie M84.5 "Pathological fracture in neoplastic disease" doit être mentionné en premier lieu, suivi du code du néoplasme.
Si le traitement se focalise sur le néoplasme, avec une fracture pathologique associée, le code du néoplasme doit être mentionné en tant que diagnostic principal, suivi d'un code de la sous-catégorie M84.5 "Pathological fracture in neoplastic disease" pour la fracture pathologique.

Pour un même os, n'attribuez jamais en même temps un code de fracture traumatique et un code de fracture pathologique.

Voici des exemples de codage approprié :

- Contact initial pour fracture aiguë du tibia droit et déficits osseux majeurs sur ostéoporose sénile :
M80.061A "Age-related osteoporosis with current pathological fracture, right lower leg, initial encounter for fracture"
M89.761 "Major osseous defect, right lower leg"
- Contact ultérieur pour fracture pathologique de la hanche en voie de consolidation, sur métastase osseuse d'un cancer de l'ovaire qui a été enlevé 5 ans auparavant et pour lequel le traitement est terminé :
M84.559D "Pathological fracture in neoplastic disease, hip, unspecified, subsequent encounter for fracture with routine healing"
C79.51 "Secondary malignant neoplasm of bone"
Z85.43. "Personal history of malignant neoplasm of ovary"

7. FRACTURES DE STRESS

Les fractures de stress diffèrent des fractures pathologiques en ce sens qu'elles résultent de l'application d'une surcharge sur un os et les tissus adjacents de soutien sans que ceux-ci n'aient eu le temps de s'adapter pour supporter de telles forces, tandis que les fractures pathologiques sont toujours dues à une affection sous-jacente telle que le cancer ou l'ostéoporose, qui affaiblissent l'os.

Les fractures de stress ne se voient généralement pas à la radiographie, et il peut se passer des jours, voire des semaines, avant que le trait de fracture ne soit visible sur la radiographie. Les fractures de stress sont classées dans la sous-catégorie M84.3 "Stress fracture". Des codes supplémentaires de cause externe de morbidité doivent être ajoutés pour identifier la cause de la fracture de stress, par exemple le code Y93.01 "Activity, Walking, marching and hiking". D'autres termes utilisés pour désigner les fractures de stress sont : « fracture de fatigue », « fracture de marche ».

8. FRACTURES FEMORALES ATYPIQUES

Les « fractures fémorales atypiques » sont une forme de fracture de stress associée à l'ostéoporose. Ces fractures surviennent chez des patients recevant un traitement au bisphosphonate à long terme ou d'autres médicaments tels que les glucocorticoïdes. Les « fractures atypiques du fémur » se produisent dans la région sous-trochantérienne de la hanche ou dans la diaphyse fémorale. Elles peuvent être complètes et entreprendre les deux corticales, ou elles peuvent être incomplètes, impliquant uniquement le cortex latéral. Les « fractures fémorales atypiques » sont classées dans la sous-catégorie M84.75. Le terme « fracture fémorale atypique » doit se retrouver tel quel dans le dossier médical pour pouvoir utiliser ce code M84.75. Un septième caractère est nécessaire pour coder une fracture fémorale atypique afin d'indiquer un contact initial, un contact subséquent ou une séquelle. De plus, si la fracture est due à l'utilisation à long terme de bisphosphonates par le patient, attribuez également le code "Z79.83 Long term (current) use of bisphosphonates".

9. FRACTURES PERIPROTHETIQUES

Les fractures périprothétiques sont des fractures qui se produisent autour d'une prothèse. Les fractures périprothétiques ne sont pas des complications de la prothèse, mais elles résultent des mêmes conditions que les autres fractures : traumatisme ou origine pathologique. Ces fractures peuvent se produire autour de toute prothèse, mais les sites les plus courants sont la hanche (M97.01-, M97.02-), le genou (M97.11-, M97.12-), la cheville (M97.21-, M97.22-), épaule (M97.31-, M97.32-) et coude (M97.41-, M97.42-). Attribuez le code M97.8- pour une fracture périprothétique autour de l'articulation "autre" et le code M97.9- pour une fracture périprothétique autour d'une articulation "non spécifiée".

10. DIRECTIVES CONCERNANT LES PARTIES DU CORPS DU SYSTEME MUSCULO SQUELETTIQUE

La plupart des directives de l'ICD-10-PCS concernant les parties du corps sont décrites dans le chapitre 8 de ce manuel, « Introduction à la classification ICD-10-PCS et aux conventions ICD-10-PCS ». Cependant, il existe des directives spécifiques qui se rapportent plus particulièrement à ce chapitre et qui décrivent les tendons, ligaments, bourses et fascia jouxtant une articulation.

Les procédures réalisées sur les composantes des articulations (tendons, ligaments, bourses et fascia supportant une articulation) sont codées à l'aide de la partie du corps qui appartient au système anatomique de ces articulations. Les procédures réalisées sur les structures articulaires elles-mêmes sont codées à l'aide

de la partie du corps appartenant au système anatomique des articulations. Par exemple, la réparation des ligaments croisés antérieurs du genou est codée à l'aide de la partie du corps « knee bursae and ligaments » du système anatomique « bourses et ligaments ». Une arthroscopie du genou avec shaving de cartilage articulaire est codée à l'aide de la partie du corps « knee joint » dans le système anatomique « lower joints ».

11. REPLACEMENT D'ARTICULATION

11.1. Remplacement d'articulation ou prothèse

Le remplacement d'articulation est classé dans la section médico-chirurgicale sous l'intervention de base « Remplacement » (remplacement). L'attribution du code dépend de l'articulation atteinte. Lors du codage de prothèses de la hanche, le 6^{ème} caractère désigne le type de surface portante, comme repris ci-dessous :

0 = polyéthylène (matériel synthétique)

1 = métal

2 = métal sur polyéthylène

3 = céramique

4 = céramique sur polyéthylène

6 = zirconium oxydé sur polyéthylène

J = synthétique

Lorsque le type de surface portante n'est pas indiqué dans le dossier, attribuez le 6^{ème} caractère "J" (avec substitut synthétique) ou retournez vers le médecin pour obtenir l'information.

Le 7^{ème} caractère décrit si la prothèse a été cimentée ou non. Si on ne peut déterminer si la prothèse a été cimentée ou non, attribuez le 7^{ème} caractère "Z", pas de qualifier.

La rotule fait partie d'un remplacement total de l'articulation du genou. Pour coder un remplacement total du genou, attribuez la valeur "C" pour "Knee joint, right" ou "D" pour "Knee joint, left" pour le « body part » figurant au tableau OSR, Remplacement, articulation inférieure. Ces « body part » incluent le tibia, le fémur et la rotule remplacées par une prothèse totale de genou.

Si le remplacement implique également la mise en place d'un stimulateur de croissance osseuse, ce dernier doit être codé séparément à l'aide de l'intervention de base « Insertion » et en tant que matériel « bone-growth stimulator » (6^{ème} caractère M).

Voici d'autres exemples :

- Remplacement du cotyle droit avec prothèse en céramique
0SRA03Z "Replacement of Right Hip Joint, Acetabular Surface with Ceramic Synthetic Substitute, Open Approach"
- Remplacement total de la cheville gauche avec prothèse synthétique cimentée
0SRG0J9 "Replacement of Left Ankle Joint with Synthetic Substitute, Cemented, Open Approach"

- Remplacement de la tête fémorale gauche (métal)
0SRS01Z "Replacement of Left Hip Joint, Femoral Surface with Metal Synthetic Substitute, Open Approach"
- Remplacement du cotyle (polyéthylène) de la hanche droite, non cimentée
0SRA00A "Replacement of Right Hip Joint, Acetabular Surface with Polyethylene Synthetic Substitute, Uncemented, Open Approach"
- Remplacement total du coude droit (synthétique)
0RRL0JZ "Replacement of Right Elbow Joint with Synthetic Substitute, Open Approach"

L'ICD-10-PCS ne fournit pas de code pour indiquer qu'un remplacement bilatéral a été réalisé. Cela explique pourquoi il faut attribuer tant le code de l'articulation gauche que celui de l'articulation droite en cas de remplacement bilatéral.

Occasionnellement, une prothèse peut être ôtée à la suite d'une infection, et une nouvelle prothèse est mise en place un mois ou deux plus tard, lorsque que l'infection est complètement guérie. La première admission pour un tel problème est codée T84.5- "Infection and inflammatory reaction due to internal joint prosthesis" avec un code supplémentaire pour identifier l'infection et un code d'intervention pour l'ablation de prothèse (par ex 0SP90JZ "Removal of Synthetic Substitute from Right Hip Joint, Open Approach"). Assignez un code 0SH908Z "Insertion of Spacer into Right Hip Joint, Open Approach" si un spacer est installé.

Lors de l'admission suivante, le diagnostic principal est Z47.32 "Aftercare following explanation of hip joint prosthesis", avec comme codes d'intervention l'enlèvement du spacer (p. ex. 0SPB08Z "Removal of spacer from left hip joint, open approach") et la pose d'une nouvelle prothèse (p. ex. 0SRB029 "Replacement of left hip joint with Metal on Polyethylene Synthetic Substitute, Cemented, open approach").

Si une prothèse d'articulation est enlevée et remplacée dans le cadre d'une même admission, on code les deux interventions (ablation et remplacement). Par exemple : l'ablation complète de la prothèse de hanche droite et la pose d'une nouvelle prothèse cimentée (métal) dans le même temps sont codées comme suit : 0SP90JZ "Removal of Synthetic Substitute from Right Hip Joint, Open Approach" et 0SR9019 "Replacement of Right Hip Joint with Metal Synthetic Substitute, Cemented, Open Approach".

11.2. Révisions

D'autre part, si le dysfonctionnement d'un appareil est corrigé, on assigne un code pour l'intervention de base « Révision », par exemple, 0SW90JZ « Revision of synthetic substitute in right hip joint, open approach ».

Attention : ce qui est indiqué dans le dossier suite à une 'révision' ne correspond pas nécessairement à l'intervention de base « Révision ».

Chaque fois qu'une prothèse est corrigée **mais pas enlevée**, cette intervention est codée comme une « Révision ». La définition de l'intervention de base « Révision » est « est de corriger, dans la mesure du possible, la position d'un matériel déplacé ou le mauvais fonctionnement de ce matériel **sans le retirer et le remplacer entièrement par un nouveau matériel** ». La reprise complète d'une intervention est codée en fonction

de l'intervention de base qui a été réalisée de manière effective et non avec « révision » (Chapitre 10 « Interventions de base dans l'ICD-10-PCS dans la section médico-chirurgicale »).

Les codes de révision de prothèse de hanche identifient le composant articulaire spécifique révisé (surface acétabulaire, surface fémorale).

11.3. Remplacement partiel d'une prothèse ou conversion d'une prothèse partielle en une prothèse totale

Si une prothèse articulaire est partiellement remplacée, on code tant l'enlèvement que la pose de la partie révisée. P. ex. : en cas de mauvais fonctionnement de la partie acétabulaire de la prothèse de hanche droite, il est décidé de remplacer cette partie (polyéthylène) par voie ouverte, et cette opération est codée comme suit : 0SP90JZ 'Removal of synthetic Substitute from Right Hip Joint, Open Approach' et 0SR902Z, 'Replacement of Right Hip Joint with Metal on Polyethylene Synthetic Substitute, Open Approach'.

Si un composant articulaire a partiellement été remplacé par le passé, le remplacement de l'autre partie ou de toutes les parties est considéré comme un « Remplacement ». P. ex., si un patient est admis pour la conversion d'une hémiarthroplastie antérieure de la hanche droite en une prothèse complète de la hanche droite (métal sur polyéthylène) par voie ouverte, ceci doit être codé 0SP90JZ "Removal of synthetic substitute from right hip joint, open approach" et 0SR902Z "Replacement of right hip joint with metal on polyethylene, synthetic substitute, open approach".

11.4. Resurfaçage

Le resurfaçage de la hanche implique l'abrasion des surfaces usées de la tête fémorale et du cotyle tout en maintenant le col fémoral et la majorité de la tête fémorale. L'intervention se termine par le remplacement de nouvelles surfaces portantes. Une arthroplastie de surfaçage est classée à l'intervention de base « ajout » ('Supplement') car elle répond à la définition « introduire un matériel (biologique ou synthétique) qui renforce physiquement et/ou qui améliore la fonction d'une partie ou de la totalité d'une partie du corps ». Le 4^{ème} caractère (partie du corps) identifie la partie articulaire spécifique surfacée (un surfaçage total comprend à la fois le cotyle et le fémur ; un resurfaçage partiel remplace uniquement la surface du fémur ou du cotyle). Exemples :

- Resurfaçage de la hanche droite, total, cotyle et fémur
0SU90BZ Supplement Right Hip Joint with Resurfacing Device, Open Approach
- Resurfaçage de la hanche droite, partiel, tête fémorale
0SUR0BZ "Supplement Right Hip Joint, Femoral Surface with Resurfacing Device, Open Approach"
- Resurfaçage de la hanche droite, partiel, cotyle
0SUA0BZ "Supplement Right Hip Joint, Acetabular Surface with Resurfacing Device, Open Approach"

La sous-catégorie Z96.6 "Presence of orthopedic joint implants" peut être codée comme diagnostic secondaire en présence d'une prothèse articulaire et si celle-ci a un impact significatif en termes de soins au patient.

Exercice 23.3

Codez les diagnostics et interventions qui suivent. N'attribuez pas les codes de cause externe de morbidité.

1. <u>Ostéoarthrose</u> primaire de la hanche droite	M16.11
<u>Remplacement</u> total de la hanche avec surface portante en céramique, cimentée	0SR9039
2. <u>Remplacement</u> total du genou droit (synthétique)	0SRC0JZ

12. ARTHRODESE VERTEBRALE ET REPRISE D'ARTHRODESE

Une arthrodèse vertébrale est une intervention chirurgicale au cours de laquelle 2 ou plusieurs vertèbres sont fusionnées pour corriger un problème des vertèbres. Les vertèbres peuvent être fusionnées par greffe osseuse, par substitut osseux développé génétiquement ou par mise en place de matériel métallique. L'objectif d'une arthrodèse est de diminuer la douleur lorsque le traitement conservatoire a échoué.

Le non-développement d'os solide après arthrodèse de 2 ou plusieurs vertèbres est appelé non-union ou pseudarthrose. Les symptômes peuvent n'apparaître que des mois, voire des années, après l'arthrodèse d'origine. Le traitement d'une pseudarthrose symptomatique consiste en une reprise de l'arthrodèse. L'intervention comprend un enlèvement en profondeur du tissu fibreux de la région de l'arthrodèse et l'ajout d'une nouvelle greffe osseuse.

La structure d'une vertèbre est décrite comme composée de 3 colonnes, antérieure, moyenne et postérieure. La colonne antérieure est composée du ligament longitudinal antérieur, de l'anneau antérieur et de la portion antérieure du corps vertébral. La colonne moyenne est composée du ligament longitudinal postérieur, de l'anneau postérieur et de la portion postérieure du corps vertébral. La colonne postérieure reprend les structures vertébrales postérieures au ligament longitudinal postérieur : pédicules, lame, facettes, apophyses transverses ou 'fusion des gouttières'.

Lors d'une arthrodèse antérieure, les corps de vertèbres adjacentes sont fusionnés (arthrodèse intercorporeale). La partie antérieure de la colonne vertébrale peut être fusionnée par une technique antérieure, latérale ou postérieure. Lors d'une arthrodèse postérieure, les structures postérieures de vertèbres adjacentes (pédicules, lame, facettes, apophyses transverses ou 'fusion des gouttières') sont fusionnées au moyen de greffons osseux, de vis pédiculaires et de barres. Une arthrodèse de la partie postérieure de la colonne vertébrale peut être réalisée par des techniques postérieures, postéro-latérales ou latérales transverse.

Traditionnellement, trois approches de base ont été utilisées pour l'arthrodèse vertébrale ou la reprise d'arthrodèse : antérieure, postérieure ou latérale transverse. L'approche antérieure classique requiert une incision de la nuque ou de l'abdomen et l'arthrodèse est réalisée à partir de la partie antérieure de la vertèbre à travers l'anneau antérieur. Dans l'approche postérieure classique, l'incision est faite dans le dos du patient directement sur la vertèbre. Une autre approche est la voie latérale transverse pour laquelle l'incision est faite sur le côté du patient et la vertèbre est approchée par la lame.

L'arthrodèse vertébrale et la reprise d'arthrodèse sont codées à l'intervention de base « fusion » - joindre ensemble des parties d'articulation rendant l'articulation immobile. Le body part à coder pour une articulation vertébrale rendue immobile par une intervention d'arthrodèse est classée selon le niveau de la vertèbre, à savoir cervical, thoracique, lombaire, lombo-sacré ou sacro-coccygien. Il est possible de distinguer à chaque niveau vertébral s'il s'agit d'une seule articulation ou de plusieurs articulations.

Si plusieurs articulations vertébrales sont fusionnées, un code d'intervention distinct est utilisé pour chaque arthrodèse vertébrale qui utilise un matériel et/ou un qualificatif différent. Par exemple, 'Fusion of Lumbar Vertebral Joint, Posterior Approach, Anterior Column, Open Approach' (0SG00ZJ), et 'Fusion of Lumbar Vertebral Joint, Posterior Approach, Posterior Column, Open Approach' (0SG00Z1) sont codées séparément car les interventions concernent des parties différentes de la colonne (colonne antérieure versus colonne postérieure).

Aucun code n'est ajouté pour l'insertion du matériel de fixation tels que tiges, plaques, vis. Ils font partie intégrante de la « root operation » « intervention de base » « fusion ».

Occasionnellement, des instruments, appelés matériel intervertébral d'arthrodèse, sont utilisés pour stabiliser et fusionner des espaces de disques dégénérés, et pour ainsi produire un segment immédiatement stable pour l'arthrodèse et pour soulager la douleur. Ces appareils sont aussi connus comme cage de fusion, Bak® cage, cage d'arthrodèse 'ray threaded', cage synthétique, spacer, ou cheville osseuse. Des combinaisons d'appareils et de matériels sont souvent utilisées pour rendre une articulation vertébrale immobile. Quand des combinaisons d'appareil sont utilisées sur une même articulation, la valeur à utiliser pour le matériel dans le code de l'intervention suit les règles suivantes :

- Si un matériel intervertébral d'arthrodèse est utilisé pour immobiliser l'articulation (seul ou en association avec d'autres matériels comme un greffon osseux), le caractère « matériel » du code de l'intervention prend la valeur « matériel intervertébral d'arthrodèse ».
- Si un greffon osseux est le seul matériel utilisé pour immobiliser une articulation, le caractère « matériel » du code de l'intervention prend la valeur « substitut tissulaire non autologue » ou « substitut tissulaire autologue ».
- Si un mélange de greffons osseux autologues et non autologues est utilisé (avec ou sans matériel expanseur ou liant, biologique ou synthétique) pour rendre l'articulation immobile, le caractère « matériel » du code de l'intervention prend la valeur « substitut tissulaire autologue ».

Voici quelques exemples :

- En cas d'arthrodèse d'articulation vertébrale utilisant un matériel intervertébral d'arthrodèse de type cage de fusion contenant une greffe osseuse, le caractère « matériel » du code de l'intervention prend la valeur « matériel intervertébral d'arthrodèse ».
- En cas d'arthrodèse d'articulation vertébrale utilisant comme matériel intervertébral d'arthrodèse une cheville osseuse faite d'os de cadavre et emballée dans un mélange d'os local morcelé et de matrice osseuse déminéralisée, le caractère « matériel » du code de l'intervention prend la valeur « matériel intervertébral d'arthrodèse ».
- En cas d'arthrodèse d'articulation vertébrale utilisant un greffon osseux autologue et un greffon de banque d'os, le caractère « matériel » du code de l'intervention prend la valeur « substitut tissulaire autologue ».

L'excision synchrone d'os local pour greffe (par exemple pour la fusion vertébrale) prélevé dans une partie différente du corps (par exemple, la crête iliaque) est rapportée séparément (« intervention de base » « root operation » « excision »).

Cependant, dans l'ICD-10-PCS, le tissu prélevé localement (par exemple, la moelle osseuse prélevée du fémur et utilisée comme autogreffe de cellules souches) n'est pas codé séparément.

Si la protéine de la morphogénèse osseuse (BMP), une protéine génétiquement modifiée, est insérée pour aider à créer un substitut de greffe osseuse, elle est identifiée avec le caractère du « device » du code de fusion. Lorsqu'une approche ouverte est utilisée, attribuez le code 3E0U0GB, « Introduction of recombinant bone morphogenetic protein into joints, open approach ».

Une fusion vertébrale à 360 degrés est une fusion des parties antérieures et postérieures de la colonne vertébrale. Une fusion à 360 degrés peut être réalisée par une seule incision (généralement via l'approche latérale transverse) ou par deux incisions: une incision antérieure pour une fusion antérieure, puis le patient est physiquement retourné et une incision postérieure est réalisée pour la fusion postérieure. Deux codes sont requis, par exemple, lorsque la fusion lombaire des corps vertébraux des parties postérieures et antérieures des vertèbres L3-L4 est réalisée via une approche postérieure ouverte utilisant une greffe osseuse autologue, attribuez les codes 0SG0071 Fusion of lumbar vertebral joint with autologous tissue substitute, posterior approach, posterior column, open approach et 0SG00AJ, Fusion of lumbar vertebral joint with interbody fusion device, posterior approach, anterior column, open approach.

Une brève explication des interventions fréquentes d'arthrodèse et de reprise d'arthrodèse sont mentionnées ci-dessous :

- ALIF (anterior lumbar interbody fusion) = arthrodèse lombaire de la colonne antérieure et moyenne des vertèbres réalisée par fusion des vertèbres par une incision antérieure, soit transpéritonéale soit rétropéritonéale. Elle peut également être réalisée par voie laparoscopique.
- AxiaLIF (axial lumbar interbody fusion) = arthrodèse percutanée de la colonne antérieure de L5-S1. Une AxiaLIF® 360 ° fait référence à la combinaison d'une procédure AxiaLIF® de la colonne antérieure et d'une arthrodèse de colonne postérieure, pouvant inclure l'utilisation de vis au niveau des pédicules ou des facettes. AxiaLIF® 360 ° décrit une arthrodèse percutanée à 360 °.
- DLIF (direct lateral lumbar interbody fusion) = arthrodèse lombaire latérale directe (DLIF) est une alternative peu invasive à l'arthrodèse vertébrale conventionnelle. La DLIF est réalisée par voie

latérale, ce qui permet de limiter les lésions des tissus mous. L'intervention peut être réalisée uniquement au niveau de L4-L5 ou à des niveaux plus élevés et requiert une dissection à travers le muscle psoas.

- PLIF (posterior lumbar interbody fusion)= arthrodèse lombaire postérieure (PLIF) concerne les parties antérieures et moyennes par voie postérieure.
- TLIF (transforaminal lumbar interbody fusion) = arthrodèse lombaire transforaminale (TLIF) concerne l'arthrodèse transverse latérale des vertèbres par voie postérieure. Exemple : TLIF de la colonne lombaire aux niveaux L3-L4 et L4-L5 avec une cage et un greffon osseux autologue. 0SG14AJ 'Fusion of 2 or more Lumbar Vertebral Joints with Interbody Fusion Device, Posterior Approach, Anterior Column, Percutaneous Endoscopic Approach'.
- XLIF (extreme lateral interbody fusion)= arthrodèse latérale extrême (XLIF®) est une chirurgie vertébrale moins invasive de la colonne antérieure. L'arthrodèse est réalisée soit par voie percutanée, soit par voie latérale via un écarteur en forme de tube circulaire.

13. VERTEBROPLASTIE ET CYPHOPLASTIE

Une vertébroplastie percutanée est une technique utilisée pour traiter les fractures par tassement vertébral. L'intervention consiste en une insertion de ciment (matériel de type colle) (polyméthylméthacrylate) dans le corps vertébral pour stabiliser et soutenir le corps vertébral collabé ou écrasé. L'ICD-10-PCS classe cette intervention sous l'intervention de base « Ajout » ('Supplement') avec « substitut synthétique » comme valeur pour le caractère « matériel ». Par exemple, une vertébroplastie lombaire percutanée est codée 0QU03JZ "Supplement Lumbar Vertebra with Synthetic Substitute, Percutaneous Approach".

L'intervention ARCUATE™ XP est une variante de la vertébroplastie percutanée au cours de laquelle un ostéotome est utilisé pour couper des arcs osseux dans l'os spongieux du corps vertébral. Les arcs créés avec l'ostéotome permettent une dispersion du ciment osseux quand celui-ci est ensuite injecté dans le corps vertébral.* L'intervention ARCUATE™ XP est également codée sous l'intervention de base « Ajout ».

La cyphoplastie est une augmentation vertébrale percutanée utilisant un ballon gonflable qui, lors de fractures de tassement, est déployé dans le but de rétablir la taille de la vertèbre. Après que le ballon a été enlevé, la cavité est remplie avec du polyméthylméthacrylate qui durcit pour stabiliser l'os. Le codage d'une « augmentation vertébrale percutanée » requiert 2 codes, un pour l'intervention de base « repositionnement » et un autre pour l'intervention de base « ajout ». D'autres interventions similaires telles que « arcuplasty », « cyphoplasty », « skyphoplasty » et spineoplasty » sont codées de la même manière. Par exemple, une cyphoplastie lombaire percutanée devrait être codée 0QS03ZZ 'Reposition Lumbar Vertebra, Percutaneous Approach' et 0QU03JZ 'Supplement Lumbar Vertebra with Synthetic Substitute, Percutaneous Approach'.

Bien que ces interventions soient similaires, il n'y a pas de ballon impliqué dans une vertébroplastie et on n'essaie pas de restaurer la hauteur de la vertèbre pour réduire la fracture de tassement; c'est pourquoi

uniquement la « root operation » « intervention de base » « supplement » est codée pour la vertébroplastie et non la «reposition».

Si une biopsie vertébrale est réalisée pendant la cyphoplastie de la vertèbre lombaire, assignez les codes 0QB03ZX 'Excision of Lumbar Vertebra, Percutaneous Approach, Diagnostic', 0QS03ZZ 'Reposition Lumbar Vertebra, Percutaneous Approach' et 0QU03JZ 'Supplement Lumbar Vertebra with Synthetic Substitute, Percutaneous Approach'. La biopsie n'est pas une part inhérente de la cyphoplastie et doit donc être codée séparément si elle est réalisée.

14. PROTHESE DE DISQUE

Les arthroplasties vertébrales peu invasives sont réalisées comme alternative à l'arthrodèse. Ces interventions sont réalisées pour remplacer le noyau du disque dégénéré et restaurer ou maintenir une fonction normale du disque en insérant une prothèse artificielle du disque. Les prothèses sont utilisées pour remplacer le disque dans son entièreté ou pour remplacer le noyau du disque.

L'insertion de prothèse de disque est classée sous l'intervention de base « Remplacement » selon le segment traité, par exemple cervical (0RR30JZ "Replacement of Cervical Vertebral Disc with Synthetic Substitute, Open Approach"), thoracique (0RR90JZ "Replacement of Thoracic Vertebral Disc with Synthetic Substitute, Open Approach") ou lombosacré (0SR40JZ "Replacement of Lumbosacral Disc with Synthetic Substitute, Open Approach"). L'ICD-10-PCS ne différencie pas les prothèses partielles des prothèses totales.

Les codes de révision ou de remplacement sont utilisés respectivement pour rapporter aussi bien une réparation (intervention de base « Révision ») qu'une ablation de la prothèse de disque suivie d'une insertion synchrone d'une nouvelle prothèse (assignez 2 codes d'intervention : 1 pour l'« enlèvement » ('Removal') et un autre pour le « remplacement » ('Replacement')). Ces codes spécifient la partie de colonne traitée mais ils ne permettent pas de distinguer les prothèses partielles des prothèses totales.

15. DECOMPRESSION SPINALE

Les patients souffrant de sténose spinale ou de maladie dégénérative du disque peuvent être traités par des techniques conservatoires comprenant la physiothérapie et la prise en charge de la douleur. Quand ces techniques ne permettent pas de soulager les patients, la décompression chirurgicale peut être une alternative. La décompression chirurgicale implique l'ablation d'os ou de tissu responsable de la pression sur le cordon médullaire ou sur la racine nerveuse. Les interventions chirurgicales habituelles de décompression incluent la laminotomie, la laminectomie, la foraminotomie et la facetectomie.

Il faut veiller à comprendre l'objectif de la procédure. Par exemple, le terme laminectomie via de l'index alphabétique de la ICD-10-PCS renvoie l'utilisateur à " see Release, Central Nervous System and Cranial Nerve"; " see Release, Peripheral Nervous System"; " see Excision, Lowers Bones"; et "see Excision, Upper Bones." Lorsqu'une chirurgie décompressive est effectuée pour libérer la pression et libérer une partie du corps (telle que la racine nerveuse) de la contrainte, le code approprié de la « root operation » « intervention

de base » est "Release", plutôt que de la « root operation » « intervention de base » "Excision". La "libération" consiste à libérer une partie du corps d'une contrainte physique anormale par une incision ou un recours à la force. Lors d'une « libération », une partie du tissu contraignant peut être enlevée mais la partie du corps même n'est pas ôtée.

16. PRESERVATION DE LA MOBILITE VERTEBRALE

Le segment spinal peut être instable selon l'étendue d'os ou de tissu enlevé pendant l'intervention de décompression. La stabilisation du segment spinal est principalement réalisée par arthrodèse. Cependant, de nouvelles techniques préservant la mobilité vertébrale malgré la stabilisation de la colonne, ont été développées.

Le matériel de préservation de mobilité de la colonne placé dans la partie postérieure de la colonne comprend :

- Des appareils interépineux (p. ex. les systèmes X-Stop™, Wallis® et Coflex™)
- Des appareils de stabilisation dynamique avec vis pédiculaires (par ex Dynesys® et M-Brace™)
- Des appareils de remplacement des facettes (p. ex. The Total Facet Arthroplasty System et The Artificial Facet Replacement System™)

Les interventions de base « Insertion », « Révision » ou « Remplacement » sont utilisées respectivement pour les insertions, révisions et remplacements du matériel de préservation de la mobilité vertébrale postérieure. Ces codes incluent les appareils de stabilisation dynamique et toute facetectomie synchrone (partielle ou totale) réalisée au même niveau. Si une décompression chirurgicale synchrone est aussi réalisée (foraminotomie, laminectomie, laminotomie), celle-ci est codée comme intervention additionnelle.

Exemples :

- Insertion de matériel interépineux, de stabilisation vertébrale, dans les articulations de vertèbres dorsales, par voie percutanée. 0RH63BZ "Insertion of Interspinous Process Spinal Stabilization Device into Thoracic Vertebral Joint, Percutaneous Approach"
- Révision de matériel de fixation interne, articulation de vertèbre cervicale, par voie ouverte. 0RW104Z "Revision of Internal Fixation Device in Cervical Vertebral Joint, Open Approach"
- Insertion de matériel de stabilisation vertébrale basé sur les pédicules, articulation lombo-sacrée, par voie ouverte. 0SH30CZ "Insertion of Pedicle-Based Spinal Stabilization Device into Lumbosacral Joint, Open Approach"
- Révision de matériel de fixation interne, articulation de vertèbre dorsale, par voie percutanée. 0RW634Z "Revision of Internal Fixation Device in Thoracic Vertebral Joint, Percutaneous Approach"
- Remplacement d'articulation de vertèbre lombaire, substitut synthétique, par voie ouverte. 0SR00JZ "Replacement of Lumbar Vertebral Joint with Synthetic Substitute, Open Approach"
- Révision de substitut synthétique d'articulation lombosacrée, par voie ouverte. 0SW30JZ "Revision of Synthetic Substitute in Lumbosacral Joint, Open Approach"

17. PLICA SYNDROME

Bien que le plica syndrome puisse parfois être observé dans d'autres régions du corps, il affecte essentiellement le genou. Ce syndrome apparaît quand les replis synoviaux présents très tôt dans le développement fœtal n'ont pas évolué vers une grande unité synoviale. Les patients souffrant de ce syndrome présentent souvent douleur et gonflement, faiblesse, blocage et sensation de claquement du genou. L'objectif thérapeutique est de diminuer l'inflammation synoviale et d'amincir la plica. Les mesures thérapeutiques habituelles visent à réduire les symptômes dans les 3 mois ; si cela ne suffit pas, une chirurgie arthroscopique ou ouverte peut être requise pour enlever la plica. Assignez le code M67.5 "Plica Syndrome" pour la pathologie et le code « Excision » de l'articulation du genou pour l'intervention.

18. FASCIITE

La fasciite nécrosante est une infection fulminante qui commence par une cellulite sévère ou importante qui s'étend aux fascias superficiels et profonds, entraînant des thromboses des vaisseaux sous-cutanés et une gangrène des tissus sous-jacents. Un streptocoque du groupe A est le germe le plus communément responsable de cette pathologie, mais toute bactérie peut en être la cause. Le code M72.6 "Necrotizing fasciitis" est attribué pour cette pathologie, avec un code additionnel pour l'organisme quand l'information est connue.

Exercice 23.4

Codez les diagnostics et interventions qui suivent. N'attribuez pas les codes de cause externe de morbidité.

1. <u>Polymyosite</u> aiguë.	M33.20
Légère <u>scoliose</u> thoracogénique.	M41.30
<u>Biopsie</u> percutanée d'un muscle du tronc à gauche	0KBG3ZX
2. <u>Ténosynovite</u> sclérosante du pouce gauche et du majeur	M65.842
3. <u>Ostéomyélite</u> <u>aigue</u> du fémur distal gauche	E11.69
due à un <u>diabète</u> de type 2 avec arthropathie diabétique.	E11.618
Séquestrectomie percutanée et excision percutanée de trajet fistuleux du fémur distal gauche	M86.152 0QCC3ZZ 0QBC3ZZ
4. <u>Capsulite</u> adhérente de l'épaule gauche	M75.02
<u>Libération</u> du ligament coraco-huméral par voie arthroscopique	0MN24ZZ

5. Pseudarthrose de <u>fracture</u> du col fémoral gauche, contact ultérieur	S72.002K
<u>Grefe</u> osseuse iliaque d'interposition (inlay) au niveau de la pseudarthrose du col fémoral gauche (voie ouverte) (' <u>Supplement</u> ')	0QU707Z
Excision d'os de la crête iliaque gauche pour la greffe (percutané) (' <u>Excision</u> ')	0QB33ZZ
6. <u>Luxation</u> récidivante de la rotule	M22.00
7. <u>Déformation</u> de l'annulaire gauche sur ancienne lacération du muscle et du tendon extenseur de l'annulaire gauche	M20.002
<u>Transfert</u> du tendon du fléchisseur de la phalange distale vers la phalange médiane (voie ouverte)	S56.426S 0LX80ZZ
8. <u>Spondylose</u> cervicale C5-C6, C6-C7	M47.812
<u>Arthrodèse</u> cervicale, partie antérieure, C5-C6, C6-C7, ouverte, approche antérieure, avec matériel inter-corporel	0RG20A0
9. <u>Contracture</u> de Dupuytren (main droite).	M72.0
Incision et <u>division</u> de fascia palmaire (voie ouverte)	0J8J0ZZ
10. Multiples <u>fractures</u> de tassement de vertèbres et <u>manques</u> osseux majeurs sur <u>ostéoporose</u> sénile (premier contact)	M80.08XA M89.78
11. <u>Sténose</u> spinale lombaire avec neuroclaudication	M48.062
Laminectomie décompressive avec système de stabilisation de Dynesys pour libérer la moelle épinière	0SH00CZ 00NY0ZZ
12. Hernie discale et spondylose dégénérative C5-C6	M50.122
Avec radiculopathie C6	M47.22
Arthrodèse antérieure C5-C6 avec matériel inter-corporel et allogreffe	0RG10A0

Chapitre 24:

COMPLICATIONS DE GROSSESSE, ACCOUCHEMENT ET POST-PARTUM

1. INTRODUCTION

Les pathologies qui surviennent pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum sont considérées comme une complication de ceux-ci et/ou sont influencées par la grossesse, sauf si le médecin traitant précise expressément que la pathologie en question n'affecte pas la grossesse ou n'est pas influencée en soi par la grossesse.

Les pathologies qui surviennent pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum sont codées dans les catégories O00 à O9A du chapitre 15 'Pregnancy, childbirth and the puerperium' du manuel de codage ICD-10-CM.

Les codes du chapitre 15 du manuel de codage ICD-10-CM ont priorité sur les codes des autres chapitres, mais les codes des autres chapitres peuvent être mentionnés comme diagnostics secondaires quand ils apportent plus de spécificité.

Les codes du chapitre 15 'Pregnancy, Childbirth and the Puerperium' du manuel de codage ICD-10-CM font référence à la mère uniquement et sont mentionnés uniquement dans le dossier de la mère. Ils ne sont jamais mentionnés dans le dossier du nouveau-né ; d'autres codes sont prévus à cet effet. (Voir chapitre 27 'Affections périnatales' de ce manuel).

Les codes des catégories O00 à O08 sont attribués aux grossesses se terminant par un avortement, y compris aux grossesses ectopiques et aux grossesses molaires. (La sélection des codes pour ces pathologies est traitée dans le chapitre 25 'Avortement et grossesse ectopique' de ce manuel).

Lorsque le médecin traitant indique explicitement que la pathologie à l'origine de l'admission de la patiente n'a aucun rapport avec la grossesse et n'affecte pas celle-ci, la pathologie en question est alors codée en diagnostic principal à l'aide du code approprié d'un autre chapitre que le chapitre 15 du manuel de codage ICD-10-CM et le code Z33.1 'Pregnant state, incidental' est ajouté en diagnostic secondaire.

Le processus du travail et de l'accouchement se décompose en 3 phases. La première commence au début des contractions utérines régulières et se termine lorsque le col est complètement dilaté. La seconde phase commence à la dilatation complète du col et se poursuit jusqu'à ce que l'enfant ait été complètement expulsé. La troisième phase commence à l'expulsion de l'enfant et se poursuit jusqu'à

ce que le placenta et les membranes aient été expulsés et que la contraction utérine soit complète. Le post-partum débute à la fin de la troisième phase du travail et dure 6 semaines.

Occasionnellement, la grossesse se prolonge au-delà du terme normal. Elle est alors considérée comme une grossesse prolongée/grossesse post-terme.

On attribue les 2 codes suivants aux grossesses de plus de 40 semaines:

- O48.0 Post-term pregnancy (40 à 42 semaines complètes de gestation)
- O48.1 Prolonged pregnancy (au-delà de 42 semaines complètes de gestation)

2. DERNIER CARACTERE PRECISANT LE TRIMESTRE

La majorité des codes du chapitre 15 'Pregnancy, Childbirth and the Puerperium' du manuel de codage ICD-10-CM contient un dernier caractère correspondant au trimestre de la grossesse. N'oubliez pas de consulter la liste systématique pour pouvoir attribuer le caractère final correspondant au trimestre puisque les codes figurant dans l'index alphabétique ne sont pas complets.

La délimitation dans le temps des trimestres de la grossesse est indiquée au début du chapitre 15 du manuel de codage ICD-10-CM et est définie par la note d'instruction comme suit :

- Premier trimestre : moins de 14 semaines, 0 jour
- Second trimestre : 14 semaines, 0 jour à moins de 28 semaines, 0 jour
- Troisième trimestre : 28 semaines, 0 jour jusqu'à l'accouchement.

L'attribution du dernier caractère précisant le trimestre doit impérativement s'appuyer sur les données que le prestataire de soins a fournies à propos du trimestre /nombre de semaines.

Tous les codes du chapitre 15 ne requièrent pas une indication du trimestre. Si le trimestre n'est pas une composante du code, c'est soit parce que la pathologie se développe d'office au cours d'un trimestre bien précis, soit parce que le concept de trimestre de la grossesse ne s'applique pas. Par exemple, la catégorie, O48 'Late pregnancy', n'inclut pas la notion de trimestre puisqu'il s'agit d'une catégorie qui s'utilise par définition uniquement pour les grossesses qui durent plus de 40 semaines complètes.

Certains codes ont un caractère uniquement pour certains trimestres car, si la pathologie ne se rencontre qu'au cours de certains trimestres, elle peut néanmoins concerner plusieurs trimestres. Par exemple, la sous-catégorie O60.0 'Preterm labor without delivery' s'utilise pour un début de travail spontané avant 37 semaines complètes de gestation. Il n'y a pas de code pour un travail prématuré au cours du premier trimestre (moins de 14 semaines).

Si une pathologie compliquant la grossesse se développe déjà avant l'admission (contact) actuelle ou s'il s'agit d'une pathologie préexistante, on attribuera au caractère relatif au trimestre la valeur du trimestre correspondant à l'admission actuelle.

Exemple:

Une patiente enceinte de 16 semaines (2^e trimestre) qui a un diabète de type I, sans complication, antérieur à la grossesse est admise en vue d'un cerclage urgent par voie transvaginale dans le cadre d'un raccourcissement du col.

O26.872 'Cervical shortening, second trimester'

O24.012 'Pre-existing type 1 diabetes mellitus, in pregnancy, second trimester'

E10.9 'Type 1 diabetes mellitus without complications'

Z3A.16 '16 weeks gestation of pregnancy'

Procédure:

0UVC7ZZ 'Restriction of cervix, via natural or artificial opening'

Remarque: le cerclage, en vue d'une restriction de l'ouverture du col, est réalisé au moyen d'une suture. Le recours à une suture n'est pas considéré comme un « device » en ICD-10-PCS. Le 6^{ème} caractère dans le code devient donc « Z : no device » à la place de « D : intraluminal device » (version 2017) (AHA CC, Q3, 2015)

Il arrive que l'hospitalisation d'une patiente présentant une grossesse compliquée couvre plus d'un trimestre. Dans de telles circonstances, le trimestre de la complication ante-partum doit être assigné en fonction du trimestre durant lequel la complication apparaît et non en fonction du trimestre de la sortie.

Exemple:

Une femme est admise à l'hôpital à 27 semaines complètes de grossesse, avec une appendicite aiguë compliquant sa grossesse. Elle requiert en urgence une appendicectomie par laparoscopie qu'elle tolère bien. Elle reste hospitalisée pendant 2 semaines afin de recevoir des antibiotiques par voie intraveineuse pour fièvre postopératoire

O99.612 'Diseases of the digestive system complicating pregnancy, second trimester'.

K35.80 'Unspecified acute appendicitis'

Z3A.27 '27 weeks gestation of pregnancy'.

Procédure:

0DTJ4ZZ 'Resection of Appendix, Percutaneous Endoscopic Approach'

Remarque:

L'appendicite s'étant développée au cours du second trimestre, on code O99.612 'Diseases of the digestive system complicating pregnancy, second trimester' et non le O99.613 'Diseases of the digestive system complicating pregnancy, third trimester',

Il existe une exception à la règle mentionnée ci-dessus lorsque la patiente accouche au cours de la même hospitalisation. Dans ce cas et lorsqu'il existe une option «pendant l'accouchement» ('in childbirth') pour la complication obstétricale, on attribuera le code «pendant l'accouchement».

Exemple:

Une patiente est admise pendant le 3^e trimestre, à 36 semaines, pour malnutrition et reste hospitalisée jusqu'à ce qu'elle accouche à 39 semaines d'un petit garçon en bonne santé.

O25.2 'Malnutrition in childbirth'

E46 'Unspecified protein-calorie malnutrition'

Z37.0 'Single live birth'

Z3A.36 '36 weeks gestation of pregnancy'

Remarque:

La patiente ayant accouché pendant ce séjour, on attribuera le code O25.2 'Malnutrition in childbirth' à la malnutrition, et non le code O25.13 'Malnutrition in pregnancy, third trimester'

Il importe également de noter que même si chaque catégorie du chapitre 15 du manuel de codage ICD-10-CM contient des codes précisant le trimestre, il existe aussi un code 'unspecified trimester', qui ne peut être utilisé que dans de rares cas, par exemple quand les informations du dossier ne permettent pas de déterminer le trimestre et lorsqu'il n'est pas possible d'obtenir une clarification.

Les codes de la catégorie Z3A 'Weeks of gestation' s'utilisent uniquement dans le dossier de la mère pour apporter une information complémentaire sur la durée de la grossesse.

Les codes de la catégorie Z3A 'Weeks of gestation' réfèrent à des semaines complètes de grossesse. Par exemple : admission d'une patiente à 42 semaines 2/7 de grossesse pour induction et accouchée à 42 semaines 2/7. Utilisez le code Z3A.42 '42 Weeks gestation of pregnancy'

La date de l'admission doit être utilisée pour coder le nombre de semaines de grossesse des patientes hospitalisées.

Les codes de la catégorie Z3A sont attribués pour tous les séjours concernant des grossesses y compris les admissions pour avortement, (catégorie O00 – O08), les admissions pour interruption élective de grossesse (Z33.2).

Remarque:

Sur le plan clinique une grossesse est considérée comme étant à terme lorsqu'elle atteint 37 semaines complètes, sans dépasser 42 semaines.

3. RESULTAT DE L'ACCOUCHEMENT

Comme les codes du chapitre 15 du manuel de codage ICD-10-CM n'indiquent pas le résultat de la grossesse, un code de la catégorie Z37 'Outcome of delivery' est attribué en diagnostic secondaire pour apporter cette information quand une patiente accouche à l'hôpital.

Les codes de la catégorie Z37 ne sont pas ajoutés si l'accouchement s'est déroulé en dehors de l'hôpital.

Le 4^e caractère indique à la fois si la naissance est unique ou multiple et si l'enfant est vivant ou mort-né. Pour les naissances multiples, plus que gémellaires, un caractère complémentaire indique le nombre d'enfants (triplés, quadruplés,...) et s'ils sont tous vivants, si certains sont vivants ou s'ils sont tous mort-nés. Ces codes sont utilisés uniquement dans le dossier de la mère et pas dans celui de l'enfant, et sont attribués uniquement pour l'épisode de soins durant lequel a lieu l'accouchement.

Quelques exemples de codage correct:

- Accouchement spontané à 40 semaines, présentation céphalique, d'un garçon né vivant.
O80 'Encounter for full-term uncomplicated delivery'
Z37.0 'Single live birth'
Z3A.40 '40 weeks gestation of pregnancy'
- Accouchement spontané à 39 semaines, jumeaux, un enfant né vivant (bébé A), l'autre mort-né (bébé B).
O30.003 'Twin pregnancy, unspecified number of placenta and unspecified number of amniotic sacs, third trimester'
O36.4xx2 'Maternal care for intrauterine death, fetus 2'
Z3A.39 '39 weeks gestation of pregnancy'
Z37.3 'Twins, one liveborn and one stillborn'

EXERCICE 24.1

Dans l'exercice qui suit, n'attribuez pas les codes d'accouchement, attribuez uniquement les codes Z pour le résultat de l'accouchement. Rappelez-vous que dans la pratique courante, le code de l'accouchement précède le code Z.

1 Accouchement de jumeaux, tous deux mort-nés (outcome of delivery)	Z37.4
2 Accouchement de triplés, un mort-né (outcome of delivery)	Z37.61
3 Accouchement d'une fille, vivante (outcome of delivery)	Z37.0
4 Accouchement d'un enfant mort-né(outcome of delivery)	Z37.1

4. 7^{EME} CARACTERE ET PATHOLOGIES FŒTALES

Les codes des catégories/sous-catégories qui suivent requièrent une extension à un 7^e caractère pour identifier le fœtus auquel le code de complication s'applique:

O31	Complications specific to multiple gestation
O32	Maternal care for malpresentation of fetus
O33.3	Maternal care for disproportion due to outlet contraction of pelvis
O33.4	Maternal care for disproportion of mixed maternal and fetal origin
O33.5	Maternal care for disproportion due to unusually large fetus
O33.6	Maternal care for disproportion due to hydrocephalic fetus
O33.7	Maternal care for disproportion due to other fetal deformities
O35	Maternal care for known or suspected fetal abnormality and damage
O36	Maternal care for other fetal problems
O40	Polyhydramnios
O41	Other disorders of amniotic fluid and membranes
O60.1	Preterm labor with preterm delivery
O60.2	Term delivery with preterm labor
O64	Obstructed labor due to malposition and malpresentation of fetus
O69	Labor and delivery complicated by umbilical cord complications

Le 7^{ème} caractère de valeur « 1 » à « 9 » est réservé aux cas des grossesses multiples pour identifier le fœtus auquel le code s'applique. Le 7^e caractère de valeur « 0 », pas d'application ou non spécifié, est utilisé dans les situations suivantes:

- Gestation unique.
- Les informations du dossier ne permettent pas de déterminer quel est le fœtus affecté et il n'est pas possible d'obtenir des clarifications.
- Il n'est cliniquement pas possible de déterminer quel fœtus est atteint.

Remarquez que comme le 7^{ème} caractère n'est pas mentionné dans l'index, il faut consulter la liste systématique pour pouvoir attribuer correctement le 7^e caractère des codes de grossesses multiples du chapitre 15 du manuel de codage ICD-10-CM.

Lors de grossesses multiples, certains médecins préfèrent identifier chaque fœtus par une lettre, comme fœtus A, fœtus B, etc., plutôt que par des nombres (fœtus 1, fœtus 2, etc.). Dans de tels cas, le fœtus A équivaut au fœtus 1, le fœtus B équivaut au fœtus 2 et ainsi de suite. L'identification du fœtus, soit par un chiffre, soit par une lettre est basée sur la documentation du prestataire de soins.

Si une complication touche tous les bébés (par ex. travail prématuré, grossesse post-terme...), un code doit être attribué pour chaque fœtus. Par exemple, on code « O60.14X1 Preterm labor third trimester with preterm delivery third trimester, fetus 1 » et on code "O60.14X2 Preterm labor third

trimester with preterm delivery third trimester, fetus 2", de cette manière, il apparaît que la complication atteint chaque enfant.

Un code de la catégorie O30 'Multiple gestation' est attribué pour apporter une information complémentaire telle que le nombre de fœtus (par ex. grossesse de triplés), le nombre de sacs amniotiques et le nombre de placentas. Le risque de complications augmente avec les grossesses multiples et le traitement dépendra du nombre de placenta et du nombre de sacs amniotiques.

5. **CODES POUR LES GROSSESSES A HAUT RISQUE**

Les codes issus de la catégorie O09 'Supervision of high risk pregnancy' sont uniquement utilisés pour les séjours prénataux (sans accouchement). Pour les complications durant un séjour d'accouchement résultant d'une grossesse à haut risque, seul les codes appropriés de complications du chapitre 15 seront utilisés. S'il n'y a aucune complication durant le travail ou l'accouchement, il faut utiliser le code O80 'Encounter for full-term uncomplicated delivery'.

Le manuel ICD-10-CM contient des codes pour les types suivants de grossesse à haut risque:

O09.00-O09.03	Supervision of pregnancy with history of infertility
O09.10-O09.13	Supervision of pregnancy with history of ectopic pregnancy
O09.211-O09.299	Supervision of pregnancy with other poor reproductive or obstetric history
O09.30-O09.33	Supervision of pregnancy with insufficient antenatal care
O09.40-O09.43	Supervision of pregnancy with grand multiparity
O09.511-O09.529	Supervision of elderly (pregnancy for female 35 years and older at expected date of delivery) primigravida and multigravida
O09.611-O09.629	Supervision of young (pregnancy for a female less than 16 years old at expected date of delivery) primigravida and multigravida
O09.70-O09.73	Supervision of high-risk pregnancy due to social problems
O09.811-O09.899	Supervision of other high-risk pregnancies (includes pregnancy resulting from assisted reproductive technology [O09.81-] and pregnancy with history of in utero procedure during previous pregnancy [O09.82-])

6. CHOIX DU DIAGNOSTIC PRINCIPAL

Lors des admissions pour accouchement eutocique ou autres soins obstétriques, le diagnostic principal sera attribué conformément aux directives suivantes.

6.1. Épisodes sans accouchement

Pour les épisodes de soins sans accouchement, le diagnostic principal correspond à la complication de la grossesse qui a nécessité l'admission. S'il devait y avoir plus d'une complication et que toutes sont suivies ou traitées, n'importe quel code de complications peut être mentionné en diagnostic principal.

6.2. Admission pour accouchement eutocique

Le code O80 "Encounter for full-term uncomplicated delivery" s'utilise uniquement lorsqu'il y a un accouchement tout à fait normal d'un enfant unique. Il ne peut y avoir aucune complication du post-partum et toutes les complications de l'ante-partum qui ont eu lieu au cours de la grossesse doivent avoir été résolues avant l'admission en vue de l'accouchement. Le code O80 est toujours en diagnostic principal. Le code O80 ne peut pas être utilisé si n'importe quel autre code du chapitre 15 du manuel de codage ICD-10-CM est nécessaire pour décrire une complication de la période anténatale, de l'accouchement ou de la période périnatale. Les codes des autres chapitres peuvent être mentionnés en diagnostic secondaire complétant le code O80, mais si et seulement si le médecin a indiqué que cette pathologie n'a aucun lien avec la grossesse et ne la complique en rien.

Il faut que chacun des critères qui suivent soit rempli pour pouvoir utiliser le code O80:

- L'accouchement doit être tout à fait normal (ne demandant aucune assistance ou une assistance minime, avec ou sans épisiotomie).
- Il n'y a pas de manipulation fœtale (par ex. rotation) ni d'instrumentation (forceps).
- Il s'agit d'un accouchement spontané, par voie vaginale avec présentation céphalique.
- Au moment de l'accouchement, la présentation peut être uniquement céphalique (tête) ou occipitale. Des termes tels que « occipito-antérieur droit » (ROA), « occipito-antérieur gauche » (LOA), « occipito-postérieur droit » (ROP), « occipito-postérieur gauche » (LOP), et « vertex » décrivent une présentation occipitale. Toute autre présentation, telle que siège, face ou front, interdit l'utilisation du code O80.
- Toute complication en ante-partum au cours de la grossesse doit avoir été résolue avant le séjour de l'accouchement.
- Il ne peut y avoir d'anomalie pendant le travail ni à l'accouchement.
- Il ne peut y avoir de complication du post-partum
- Aucune intervention autre que celles qui suivent ne peut avoir été réalisée : épisiotomie sans forceps, épisiorraphie, amniotomie (rupture artificielle de la poche des eaux), assistance manuelle à l'accouchement (sans forceps), administration d'analgésiques et/ou d'anesthésiques, monitoring fœtal, induction du travail (en l'absence d'indication médicale) et stérilisation. Si une autre intervention est réalisée, le code O80 ne peut pas être assigné.

- Le résultat de l'accouchement doit être un enfant unique né vivant, Z37.0. En cas de naissance multiple ou de mort-né, le code O80 ne peut pas être assigné.

Exemples:

- Une patiente ayant accouché tout à fait normalement d'un enfant né vivant (38 semaines) souffre d'hémorragie du post-partum quelques heures après l'accouchement.

O72.1 'Other immediate postpartum hemorrhage'

Z3A.38 '38 weeks gestation of pregnancy'

Z37.0. 'Single live birth'

Remarque:

Bien qu'en soi l'accouchement fut normal, des complications se sont produites pendant cet épisode de soins (à savoir l'accouchement); c'est pourquoi le code O80 'Encounter for full-term uncomplicated delivery' ne peut pas être utilisé.

- L'anamnèse prénatale d'une patiente qui a eu un accouchement eutocique (à 40 semaines) d'un enfant né vivant mentionne qu'elle a eu une infection urinaire au 3^e mois de grossesse. Elle a été traitée par cotrimoxazole en ambulatoire. Il n'y a pas eu de récurrence d'infection pendant la grossesse et il n'y a pas d'infection au moment de l'accouchement.

O80 'Encounter for full-term uncomplicated delivery'

Z37.0 'Single live birth'

Z3A.40. '40 weeks gestation of pregnancy'

EXERCICE 24.2

Inscrivez une croix à côté de chaque circonstance d'accouchement pour laquelle le code O80 'Encounter for full-term uncomplicated delivery' peut être utilisé

1. Enfant né vivant, à terme, présentation par le siège	
2. Enfant né vivant, prématuré, présentation céphalique	
3. Mort-né, à terme, présentation occipitale	
4. Enfant né vivant, à terme, présentation occipitale; épisiotomie suivie de suture	X
5. Enfant né vivant, à terme présentation occipitale, utilisation élective de forceps	
6. Enfant né vivant, à terme, présentation occipitale; abcès du sein en post-partum	
7. Enfant vivant, à terme, présentation par siège convertie en céphalique par version avant l'accouchement	

6.3. Admission pour accouchement ne remplissant pas les critères d'attribution du code O80

Quand une patiente enceinte est admise (en raison d'une complication) et accouche pendant l'admission, le diagnostic principal est la raison de l'admission. S'il y a plusieurs raisons (complications) pour l'admission, on code comme diagnostic principal la complication qui est la plus liée à l'accouchement. Les complications qui surviennent pendant l'accouchement sont codées comme diagnostics secondaires.

En cas de césarienne :

- Admission pour une complication résultant de la réalisation d'une césarienne : on code celle-ci comme diagnostic principal
- Admission pour une complication mais celle-ci n'est pas la raison de la césarienne : on code celle-ci encore comme diagnostic principal.

Exemples:

- Une patiente qui a déjà accouché précédemment par césarienne basse, est admise dans ce contexte, pour un second accouchement, par césarienne classique planifié à 39 semaines. Elle a également un diabète de type I préexistant. La césarienne est réalisée sans complication.

O34.211 'Maternal care for transversed scar from previous cesarean delivery'

O24.02 'Pre-existing type 1 diabetes mellitus, in childbirth'.

E10.9 'Type 1 diabetes mellitus without complications'

Z37.0 'Single live birth'

Z3A.39 '39 weeks of gestation of pregnancy'

Procédure:

10D00Z0 'Extraction of Products of Conception, Classical, Open Approach'

- Une patiente, à 40 semaines de grossesse, est admise à l'hôpital pour obstruction du travail sur présentation par siège. La version est un échec et la patiente accouche par césarienne quelques heures après.

O64.1XX0 "Obstructed labor due to breech presentation".

Z37.0 "Single live birth"

Z3A.40 "40 weeks gestation of pregnancy"

Procédure:

10D00Z0 'Extraction of Products of Conception, Classical, Open Approach'

10S0XZZ 'Reposition Products of Conception, External Approach'

Remarque:

Le code O32.1xx0 "Maternal care for breech presentation" ne peut pas être ajouté en diagnostic secondaire, vu la note d'exclusion de type I ('malpresentation of fetus with obstructed labor' (O64.-)) mentionnée sous la catégorie O32. Le code O64.1XX0 identifie déjà la présentation par siège.

- Admission en raison d'une pré-éclampsie. Pendant l'accouchement par voie vaginale, on remarque des décélérations fœtales. On code la pré-éclampsie comme diagnostic principal et les décélérations comme diagnostic secondaire.

Occasionnellement, une césarienne peut être réalisée sans indication médicale; dans ce cas, il n'y a pas de raison médicale qui justifie un accouchement par césarienne. Par exemple, une patiente opte pour la césarienne par crainte d'un accouchement par voie vaginale. Attribuez dans ce cas en diagnostic principal le code O82 "Encounter for cesarean delivery without indication".

Quant au code O75.82 "Onset (spontaneous) of labor after 37 completed weeks of gestation but before 39 completed weeks gestation, with delivery by (planned) cesarean section", il est attribué pour décrire les accouchements planifiés par césarienne quand le début du travail débute après 37 mais avant 39 semaines complètes de gestation.

6.4. Admission pour d'autres soins obstétricaux

Quand l'admission se fait pour des raisons obstétricales autres que l'accouchement, le diagnostic principal doit correspondre à la complication qui a nécessité l'admission. Lorsqu'il y a des complications multiples et que toutes sont suivies ou traitées, n'importe lequel des codes de complications peut être mentionné en premier lieu. S'il n'y a pas de complication obstétricale présente, les règles qui suivent vous indiqueront quel diagnostic principal sélectionner:

- Si la raison de l'admission n'est pas liée à une pathologie obstétricale mais que la patiente est enceinte, le code Z33.1 "Pregnant state, incidental" sera mentionné en diagnostic secondaire. Ce code ne sera jamais attribué en diagnostic principal, et aucun code du chapitre 15 "Pregnancy, Childbirth, and the Puerperium" du manuel de codage ICD-10-CM ne peut lui être associé. Le médecin traitant doit indiquer expressément dans le dossier que la pathologie à l'origine de l'admission de la patiente ne complique pas la grossesse.
- Quand une patiente n'accouche pas à l'hôpital, qu'elle y est ensuite admise pour des soins de routine du post-partum et qu'il n'y a pas de complication, le code Z39.0 "Encounter for care and examination of mother immediately after delivery", est attribué en diagnostic principal. En présence de complication du post-partum, le code de la pathologie est mentionné en diagnostic principal et le code Z39.0 n'est pas attribué.

Exemple: une femme est admise après accouchement dans le parking de l'hôpital. À son admission, on note qu'elle a une déchirure périnéale du premier degré. Le code O70.0 "First degree perineal laceration during delivery" est attribué plutôt que le code Z39.0 'Encounter for care and examination of mother immediately after delivery'.

- Le code Z39.1 "Encounter for care and examination of lactating mother" est attribué pour les consultations liées à l'allaitement (par ex. supervision, conseil ..). Cependant, si la patiente présente en post-partum une pathologie liée à l'allaitement, on attribue le code approprié de la catégorie O92 "Other disorders of breast and disorders of lactation associated with pregnancy and the puerperium".

EXERCICE 24.3	
Codez les diagnostics qui suivent :	
1. Placement en observation ante-partum d'une patiente à 12 semaines de <u>grossesse</u> , avec antécédent d'accouchements d'enfant mort-né	O09.291 Z3A.12
2. Hospitalisation d'une femme en bonne santé, après accouchement d'un enfant unique né vivant dans le taxi en route vers l'hôpital, (<u>Admission for</u>)	Z39.0
3. Hospitalisation pour traitement antibiotique intraveineux d'une patiente qui a accouché chez elle d'un enfant unique né vivant 3 jours plus tôt; la patiente souffre maintenant d'un abcès du sein (<u>Puerperial</u>)	O91.12

7. PATHOLOGIES FŒTALES AFFECTANT LA PRISE EN CHARGE DE LA GROSSESSE DE LA MÈRE

Les codes des catégories O35 'Maternal care for known or suspected fetal abnormality and damage' et O36 "Maternal care for other fetal problems" ne s'utilisent que si la pathologie fœtale influe sur la prise en charge des soins maternels lors de l'épisode de soins concerné. De tels effets peuvent être documentés par des études diagnostiques complémentaires du problème fœtal, par une observation complémentaire, par des soins particuliers ou par le fait qu'on interrompe la grossesse. L'existence d'une pathologie fœtale ne justifie en soi pas l'attribution d'un code des catégories précitées; ce n'est le cas que lorsque la pathologie du fœtus affecte la prise en charge des soins maternels lors de l'épisode de soins concerné.

Par exemple: si la femme enceinte reçoit des soins médicaux supplémentaires en raison d'un rythme cardiaque anormal du fœtus, un code de la série O36.811- 'Maternal care for abnormalities of the fetal heart ritme or rhythm', est alors codé. Cette série de codes spécifie également le foetus auquel le problème s'applique s'il s'agit d'une grossesse multiple. On code plusieurs codes si plusieurs foetus ont un problème de rythme cardiaque.

Si les mouvements réduits de l'enfant sont la raison de la réalisation d'une césarienne ou de l'induction d'un accouchement, un code de la série O36.81- 'Decreased fetal movements' est attribué. Cependant, si des actes complémentaires ne sont pas effectués pour des mouvements réduits, à ce moment-là on n'attribue pas de code de la série O36.81-. Il doit donc y avoir clairement une adaptation du traitement de la mère. Au début de la grossesse, il n'est pas toujours évident de vérifier si le foetus est viable ou non. Une évaluation complémentaire, quelques semaines après, peut être nécessaire. Si le rythme cardiaque foetal n'est pas entendu, une échographie complémentaire est parfois nécessaire pour déterminer la viabilité. On utilise le code O36.80 'Pregnancy with inconclusive fetal viability' pour coder de telles admissions.

7.1. Grossesses multiples

La catégorie O30 'Multiple gestation' s'utilise pour identifier les grossesses multiples. Dans la catégorie O30, le 5^e caractère indique le nombre de placentas et de sacs amniotiques, tandis que le 6^e caractère précise le trimestre. Le risque de complications augmente dans les cas de grossesse multiple et le traitement variera en fonction du nombre de placentas et de sacs amniotiques.

7.2. Admission pour chirurgie in utero

La chirurgie pratiquée sur le fœtus in utero (tandis que le fœtus est encore dans l'utérus) est considérée comme un contact obstétrical. Les codes du chapitre 16 'Certain conditions originating in the perinatal period' du manuel de codage ICD-10-CM, codes périnataux, ne peuvent pas être utilisés dans le dossier de la mère pour identifier les pathologies fœtales donnant lieu à une chirurgie in utero. Ces pathologies fœtales in utero se voient assigner un code de la catégorie O35 'Maternal care for known or suspected fetal abnormality and damage'. On leur attribue en outre le code ICD-10-PCS approprié pour l'intervention réalisée.

Le code O35.7- "Maternal care for (suspected) damage to fetus by other medical procedures" décrit les complications maternelles et fœtales résultant d'une chirurgie fœtale in utero réalisée durant la grossesse actuelle. Le code O35.7- s'utilise pour le suivi de grossesse affectée par la chirurgie in utero réalisée durant la grossesse actuelle. Si le nouveau-né présente un problème ou une complication à la suite de la chirurgie in utero, attribuez dans le dossier du nouveau-né le code P96.5 "Complication to newborn due to (fetal) intrauterine procedure".

Si la femme enceinte a un antécédent de chirurgie in utero pendant une grossesse antérieure, ceci peut être codé à l'aide d'un code de la série O09.82- 'Supervision of pregnancy with history of in utero procedure during previous pregnancy'. Ce code peut être attribué comme diagnostic secondaire, accompagné d'un code de la série O35.7-

ICD-10-PCS classe la chirurgie in utero dans la section 'Obstétrique' (Obstetrics), le système anatomique 'grossesse' (pregnancy), l'intervention de base 'réparation' (repair), la partie du corps 'produit de conception' (products of conception). Par exemple, le traitement chirurgical in utero d'une hernie diaphragmatique congénitale est codé 10Q00ZK "Repair respiratory system in products of conception, open approach".

Par analogie avec le codage des interventions sur le diaphragme dans la section médico-chirurgicale, les interventions sur le diaphragme dans la section obstétrique sont elles aussi codées comme 'respiratoires'. Dans la section obstétrique, on utilisera à cette fin le qualificatif 'respiratory system' (septième caractère), tandis que les interventions sur le diaphragme seront codées dans la section médico-chirurgicale, le système anatomique 'Respiratory system', la partie du corps 'Diaphragm Right' ou 'Diaphragm Left'.

7.3 Incompatibilité Rhésus

Un accouchement chez une mère rhésus négatif qui reçoit une injection de gammaglobulines est enregistré à l'aide du code O26.893 'Other specified pregnancy related condions, third trimester', ainsi que Z29.13 ' Encounter for prophylactic RH0 (D) immune globuline' et 3E0234Z 'Introduction of Serum, Toxoid and Vaccine into Muscle, Percutaneous Approach'

8. PATHOLOGIES COMPLIQUANT LA GROSSESSE, L'ACCOUCHEMENT OU LE POST-PARTUM

Certaines catégories du chapitre 15 "Pregnancy, childbirth and the puerperium" du manuel de codage ICD-10-CM distinguent les pathologies de la mère qui existent avant la grossesse (préexistantes) de celles qui résultent directement de la grossesse. Pour l'attribution correcte des codes du chapitre 15 'Pregnancy, Childbirth, and the Puerperium' du manuel de codage ICD-10-CM, il importe d'évaluer si une pathologie est préexistante à la grossesse ou bien si elle se développe pendant la grossesse ou est due à celle-ci.

Par exemple, l'hypertension compliquant la grossesse, l'accouchement et le post-partum est classée dans la catégorie O10 "Pre-existing essential hypertension complicating pregnancy, childbirth and the puerperium" quand elle est préexistante à la grossesse, dans la catégorie O13 "Gestational [pregnancy-induced] hypertension without significant proteinuria" quand elle est gestationnelle (induite par la grossesse) et dans la catégorie O16 « Unspecified maternal hypertension » quand elle est non spécifiée.

Les catégories qui ne font pas la distinction entre les pathologies préexistantes à la grossesse et les pathologies gestationnelles peuvent être utilisées pour les deux.

Il est permis d'utiliser les codes spécifiques du post-partum avec les codes compliquant la grossesse et l'accouchement si la pathologie du post-partum a lieu durant le séjour de l'accouchement.

Certains codes pour de telles complications sont très spécifiques et d'autres par contre ont une application plus large. Quand un code du chapitre 15 'Pregnancy, Childbirth, and the Puerperium' du manuel de codage ICD-10-CM ne décrit pas suffisamment une pathologie, on pourra ajouter d'autres codes issus d'autres chapitres afin de clarifier les choses.

Exemples:

- Une patiente avec antécédents d'herpès vaginal avec récides par poussées et sous traitement de longue durée (Valaciclovir) est admise à 39 semaines de grossesse à l'hôpital pour accoucher d'une petite fille en bonne santé. Au moment de l'accouchement, elle ne présente ni symptôme, ni rechute d'herpès.

O98.32 'Other infections with a predominantly sexual mode of transmission complicating childbirth'

A60.04 'Herpesviral vulvovaginitis'

Z79.899 'Other long term (current) drug therapy'

Z37.0 'Single live birth'

Z3A.39 '39 weeks gestation of pregnancy'

Remarque:

L'herpès vaginal est une infection chronique latente causée par un virus qui reste présent dans l'organisme et provoque des récurrences sous forme de poussées actives. La patiente est, de surcroît, toujours sous traitement de longue durée par Valaciclovir. On assigne dès lors le code actif A60.04 'Herpesviral vulvovaginitis', et non un code Z pour antécédent personnel (Z86.19 'Personal history of other infectious and parasitic diseases').

- Nécrose hémorragique centrale du foie sans défaillance hépatique, qui complique une grossesse de 10 semaines :

O26.611 'Liver and biliary tract disorders in pregnancy, first trimester'

K76.2 'Central hemorrhagic necrosis of liver'

Z3A.10 '10 weeks gestation of pregnancy'

D'autres codes, comme par exemple le code O21.0 'Mild hyperemesis gravidarum', les codes de la sous-catégorie O26.7 'Subluxation of symphysis (pubis) in pregnancy, childbirth and the puerperium', suffisent à décrire la pathologie de façon complète, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'ajouter un code supplémentaire provenant d'autres chapitres (codage redondant).

Exemples :

- Patiente enceinte admise à 15 semaines de grossesse, présente une cystite:

O23.12 "Infections of bladder in pregnancy, second trimester"

Z3A.15 "15 weeks gestation of pregnancy".

8.1. Hypertension

L'hypertension pendant la grossesse est toujours considérée comme un facteur compliquant la grossesse, l'accouchement et le post-partum. Pour attribuer correctement le code, il importe de déterminer si l'hypertension est préexistante ou apparaît pendant la grossesse. L'hypertension préexistante est classée comme suit dans la catégorie O10 'Pre-existing hypertension complicating pregnancy, childbirth and the puerperium':

O10.01-O10.03	Pre-existing essential hypertension complicating pregnancy, childbirth and the puerperium
O10.111-O10.13	Pre-existing hypertensive heart disease complicating pregnancy, childbirth and the puerperium
O10.211-O10.23	Pre-existing hypertensive chronic kidney disease complicating pregnancy, childbirth and the puerperium
O10.311-O10.33	Pre-existing hypertensive heart and chronic kidney disease complicating pregnancy, childbirth and the puerperium

O10.411-O10.43	Pre-existing secondary hypertension complicating pregnancy, childbirth and the puerperium
O10.911-O10.93	Unspecified pre-existing hypertension complicating pregnancy, childbirth and the puerperium

Lors de l'attribution d'un des codes de la catégorie O10 "Pre-existing hypertension complicating pregnancy, childbirth and the puerperium" qui inclut la maladie cardiaque hypertensive ou la maladie rénale hypertensive chronique, il est nécessaire d'ajouter un deuxième code de la catégorie appropriée de l'hypertension pour préciser le type de maladie cardiaque hypertensive (catégorie "I11 Hypertensive heart disease"), l'insuffisance cardiaque (catégorie I50 "Heart failure"), la maladie rénale chronique (catégorie I12 "Hypertensive chronic kidney disease"), ou la maladie hypertensive cardiaque et rénale chronique (catégorie I13 "Hypertensive heart and chronic kidney disease") ou hypertension secondaire (catégorie I15 'secondary hypertension').

Les patientes sans hypertension préexistante peuvent développer au cours de la grossesse une hypertension transitoire, gestationnelle ou induite par la grossesse. Cette pathologie est essentiellement une augmentation de la pression artérielle et se résout relativement vite après l'accouchement. Cette pathologie est codée sous la catégorie O13 "Gestational [pregnancy-induced] hypertension without significant proteinuria".

L'hypertension pendant la grossesse conduit parfois à une situation pathologique décrite comme éclampsie ou prééclampsie. La prééclampsie est une pathologie caractérisée par une pression artérielle élevée accompagnée d'une protéinurie très élevée. Les femmes atteintes de prééclampsie présentent souvent un gonflement des pieds, des jambes et des mains. L'éclampsie est la phase finale et la plus sévère de la prééclampsie. L'éclampsie se traduit la plupart du temps par des crises d'épilepsie et conduit au coma, voire au décès de la mère et de l'enfant.

La (pré)éclampsie peut survenir avant, pendant ou après la naissance. Elle survient très rarement dans la période post-partum.

- Quand la pré-éclampsie **s'ajoute à une hypertension préexistante**, on attribue un code de la catégorie O11 "Pre-existing hypertension with pre-eclampsia" avec un code additionnel de la catégorie O10 "Pre-existing hypertension complicating pregnancy, childbirth and the puerperium" pour identifier le type d'hypertension.
- Quand la pré-éclampsie arrive **indépendamment de toute hypertension préexistante**, elle est classée dans la catégorie O14 "Pré-éclampsia".
- L'éclampsie qu'elle soit ou non due à une hypertension pré-existante, une hypertension gravidique ou une hypertension maternelle non spécifiée est classée dans la catégorie O15 "Eclampsia".

L'hypertension gestationnelle associée à de l'albuminurie (albumine dans les urines), de l'œdème (accumulation anormale de liquides dans les tissus) ou les deux est généralement considérée comme une pré-éclampsie ou une éclampsie. Cependant, les codes d'éclampsie ou de pré-éclampsie ne sont jamais attribués sur la seule base d'une pression artérielle élevée, d'un taux d'albumine anormal ou

de la présence d'œdème. Le médecin doit poser le diagnostic d'une éclampsie ou pré-éclampsie avant que l'on puisse le coder comme tel.

Quand l'œdème gestationnel, la protéinurie gestationnelle ou les deux sont présents sans hypertension, ces pathologies sont classées dans la catégorie O12 "Gestational [pregnancy-induced] edema and proteinuria without hypertension".

8.2. Diabète

Le diabète sucré est un facteur compliquant significativement la grossesse. Pour les femmes enceintes qui sont diabétiques, il faut attribuer en premier lieu le code O24 "Diabetes mellitus in pregnancy, childbirth, and the puerperium", suivi du (des) code(s) approprié(s) pour le diabète (E08 – E13) du chapitre 4 « Endocrine, nutritional and metabolic diseases » du manuel de codage ICD-10-CM.

Comme pour l'hypertension, la catégorie O24 "Diabetes mellitus in pregnancy, childbirth, and the puerperium" fait la distinction entre le diabète sucré préexistant (type 1, type 2, autre ou non spécifié), le diabète gestationnel et le diabète non spécifié, comme suit :

- O24.011-O24.03 Pre-existing type 1 diabetes mellitus , in pregnancy, childbirth and the puerperium
- O24.111-O24.13 Pre-existing type 2 diabetes mellitus , in pregnancy, childbirth and the puerperium
- O24.311-O24.319 Unspecified pre-existing diabetes mellitus in pregnancy, childbirth and the puerperium
- O24.410-O24.439 Gestational diabetes mellitus
- O24.811-O24.83 Other pre-existing diabetes mellitus in pregnancy, childbirth, and the puerperium
- O24.911-O24.93 Unspecified diabetes mellitus in pregnancy, childbirth and the puerperium

Le diabète gestationnel (induit par la grossesse) peut apparaître pendant la grossesse au cours des second et troisième trimestres. Le diabète gestationnel peut occasionner pendant la grossesse des complications semblables comme un diabète préexistant. Les femmes développant un diabète gestationnel présentent un risque accru de développer un diabète sucré après la grossesse.. On lui attribue un code de la sous-catégorie O24.4 "Gestational diabetes mellitus". Aucun autre code de la catégorie O24 ne peut être utilisé avec un code de la sous-catégorie O24.4.

La sous-catégorie O24.4 se subdivise suivant la période obstétricale du séjour (grossesse, accouchement ou post-partum), mais aussi selon que le diabète gestationnel soit traité à l'aide d'un régime de l'insuline ou les hypoglycémifiants oraux. Si le traitement de la patiente consiste à la fois en

un régime et en la prise d'insuline, on n'utilisera que le code correspondant à 'insulin controlled'. Si une patiente suit un régime et prend aussi des hypoglycémifiants, seul le code pour « controlled by oral hypoglycemic drugs » sera utilisé.

Le code Z79.4 "Long-term (current) use of insulin" est codé si le diabète pré-existant ou le diabète sucré non spécifié est traité avec de l'insuline. Le code Z79.84 n'est pas attribué si de l'insuline est utilisée temporairement pour maintenir la glycémie sous contrôle chez une patiente avec un diabète sucré de type 2 pré-existant. Le code Z79.84 'Long term (current) use of oral hypoglycemic drugs' est utilisé quand le diabète préexistant ou non spécifié est traité par des hypoglycémifiants oraux.

Cependant, les codes Z79.4 'Long-term (current) use of insulin' et Z79.84 'Long-term (current) use of oral hypoglycemic drugs' ne seront pas utilisés avec les codes de la sous-catégorie O24.4 "Gestational diabetes" puisque le 6^e caractère de la sous-catégorie O24.4 contient déjà cette information. Le code Z86.32 "Personal history of gestational diabetes" est attribué pour indiquer qu'une patiente a un antécédent de diabète gestationnel lors d'une grossesse antérieure.

Une patiente enceinte peut avoir un test de tolérance au glucose anormal mais ne pas avoir un diagnostic de diabète gestationnel. On utilise alors un code de la sous-catégorie O99.81 "Abnormal glucose complicating pregnancy, childbirth, and the puerperium".

Quelques exemples:

- Diabète sucré de type 2 préexistant, avec dermatite diabétique, sous insuline, grossesse intra-utérine à 29 semaines de grossesse
O24.113 'Pre-existing type 2 diabetes mellitus, in pregnancy, third trimester'
E11.620 "Type 2 diabetes mellitus with diabetic dermatitis"
Z79.4 "Long term (current) use of insulin"
Z3A.29 "29 weeks gestation of pregnancy"
- Diabète sucré préexistant, de type 1, acidocétose et coma; grossesse intra-utérine de 26 semaines de grossesse
O24.012 "Pre-existing type 1 diabetes mellitus, in pregnancy, second trimester"
E10.11 "Type 1 diabetes mellitus with ketoacidosis with coma"
Z3A.26 "26 weeks gestation of pregnancy"
- Femme enceinte à 30 semaines de gestation admise pour diabète gestationnel. Les contrôles sanguins révèlent que son diabète est bien contrôlé par régime et insuline.
O24.414 "Gestational diabetes mellitus in pregnancy, insulin controlled"
Z3A.30 "30 weeks gestation of pregnancy"

8.3. Infection par HIV

Pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum, le diagnostic principal pour une patiente admise pour une pathologie liée au HIV est un code de la sous-catégorie O98.7 'Human immunodeficiency [HIV] disease complicating pregnancy, childbirth, and the puerperium', suivi des codes des pathologies liées au HIV. Chez les patientes admises pour infection à HIV asymptomatique pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum, on utilise les codes O98.7- 'Human immunodeficiency [HIV] disease complicating pregnancy, childbirth, and the puerperium' et Z21 'Asymptomatic human immunodeficiency virus [HIV] infection status'.

Exemples:

- Grossesse, 1^{er} trimestre, avec SIDA
O98.711 "Human immunodeficiency virus [HIV] disease complicating pregnancy, first trimester"
B20 "Human immunodeficiency virus [HIV] disease"
Z3A.00 "Weeks of gestation of pregnancy not specified"
- Grossesse de 30 semaines compliquée par un statut d'infection asymptomatique à HIV
O98.713 "Human immunodeficiency virus [HIV] disease complicating pregnancy, third trimester"
Z21 "Asymptomatic human immunodeficiency virus [HIV] infection status"
Z3A.30 "30 weeks gestation of pregnancy"

8.4. Consommation d'alcool, tabac et de médicaments (ou drogues)

Pour tous les cas de grossesse au cours de laquelle la mère a pris de l'alcool pendant la grossesse ou le post-partum, on attribue des codes de la sous-catégorie O99.31 "Alcohol use complicating pregnancy, childbirth and the puerperium". Un code complémentaire de la catégorie F10 "Alcohol related disorders" est attribué pour identifier les manifestations liées à l'alcool.

Les codes de la sous-catégorie O99.33 "Tobacco use disorder complicating pregnancy, childbirth, and the puerperium" s'utilisent pour toute grossesse au cours de laquelle la femme a consommé du tabac, sous quelque forme que ce soit, pendant la grossesse et le post-partum. Un code secondaire de la catégorie F17 "Nicotine dependence" y sera ajouté afin d'identifier le type de dépendance à la nicotine.

Si une femme enceinte consomme des médicaments ou des drogues pendant sa grossesse et/ou le postpartum, on attribue des codes de la sous-catégorie O99.32 'Drug use complicating pregnancy, childbirth and the puerperium'. Des codes complémentaires des catégories F11-F16 et F18-F19 sont utilisés afin de spécifier les manifestations.

8.5. Autres pathologies maternelles classifiées ailleurs et susceptibles de compliquer la grossesse, l'accouchement et le post-partum

Le manuel de codage ICD-10-CM comporte une catégorie O99 'Other maternal diseases classifiable elsewhere but complicating pregnancy, childbirth and the puerperium' pour les autres pathologies maternelles classifiées ailleurs mais pouvant compliquer la grossesse, l'accouchement et le post-partum, qui peuvent elles-mêmes être aggravées par la grossesse ou constituer un motif principal pour les soins obstétricaux.

On ajoute un code supplémentaire précisant la pathologie spécifique.

O99.0- 'Anemia'

O99.1- 'Other disease of the blood and blood-forming organs and certain disorders of involving the immune mechanism'

O99.2- 'Endocrine disorders, nutritional and metabolic diseases'

O99.3- 'Mental disorders and diseases of the nervous system'

O99.4- 'Diseases of the circulatory system'

O99.5- 'Diseases of the respiratory system'

O99.6- 'Diseases of the digestive system'

O99.7- 'Disease of the skin and subcutaneous tissue'

O99.8- 'Other specified diseases and conditions'

Exemple:

- Hospitalisation d'une patiente à cinq semaines de post-partum pour cholécystite aiguë avec cholélithiase.

O99.63 'Diseases of the digestive system complicating the puerperium'

K80.00 'Calculus of gallbladder with acute cholecystitis without obstruction'

- Une patiente est admise à 4 semaines de postpartum, dans le cadre d'une dépression postpartum

O99.345 'Other mental disorder complicating the puerperium'

F53.0 'Postpartum depression'

Les néoplasmes malins qui compliquent la grossesse, l'accouchement et le post-partum sont classifiés dans la sous-catégorie O9A.1 'Malignant neoplasm complicating pregnancy, childbirth and the puerperium' et assortis de codes additionnels précisant le néoplasme. Cette sous-catégorie s'utilise pour les pathologies classifiées dans les catégories C00 à C96 'Malignant neoplasms'. Les soins maternels pour les tumeurs bénignes de l'utérus sont codés sous O34.1- 'Maternal care for benign tumor of corpus uteri', tandis que les soins maternels pour les tumeurs bénignes du col sont codés sous O34.4- 'Maternal care for other abnormalities of cervix'.

Le codage des lésions, intoxications, violences physiques, violences sexuelles et des violences psychologiques qui compliquent la grossesse, l'accouchement ou le post-partum est discuté dans le chapitre 30 'Traumatismes' du présent manuel.

9. COMPLICATIONS DU TRAVAIL ET DE L'ACCOUCHEMENT

Les complications du travail et de l'accouchement sont classées sous les catégories O60 à O77 "Complications of labor and delivery". Ces codes regroupent les problèmes les plus importants qui peuvent survenir pendant le travail / accouchement pour lesquels le code O80 'Encounter for full-term uncomplicated delivery' ne peut pas être utilisé

La catégorie O60 "Preterm labor" est définie dans l'ICD-10-CM comme 'début (spontané) du travail avant 37 semaines complètes de gestation'. Cette catégorie contient les codes pour les situations avec ou sans accouchement. Les codes de la catégorie O60 ne peuvent pas être utilisés avec les codes de la sous-catégorie O47.0 "False labor before 37 completed weeks of gestation" pour faux-travail ou menace de travail.

Un échec d'induction du travail est classé sous la catégorie O61 'Failed induction of labor'. Le 4^e caractère laisse la possibilité d'identifier les différentes méthodes permettant d'induire le travail : induction médicale ('0') (par exemple, ocytocine IV pour stimuler les contractions), induction instrumentale ('1') (par exemple, induction mécanique ou chirurgicale, telle qu'une sonde de Foley transcervicale avec ballonnet ou une tige laminaire), autre induction ('8') et induction non spécifiée ('9').

Les anomalies du travail sont classées dans la catégorie O62 "Abnormalities of forces of labor". Le 4^e caractère spécifie les contractions primaires inadéquates (O62.0); l'inertie utérine secondaire (O62.1); les autres inerties utérines (O62.2); le travail précipité (O62.3); les contractions utérines hypertoniques, non coordonnées et prolongées (O62.4); les autres anomalies du travail (O62.8); et les anomalies du travail non spécifiées (O62.9).

Pour les patientes ayant un travail anormalement long (travail prolongé), ICD-10-CM fournit la catégorie O63 "Long labor" dont le 4^e caractère spécifie le stade: travail prolongé de stade 1 (O63.0); travail prolongé de stade 2 (O63.1); accouchement retardé pour le second jumeau, triplé... (O63.2); et non spécifié (O63.9).

9.1 Travail avec obstruction

Il y a obstruction du travail lorsque le passage du fœtus dans le bassin est obstrué mécaniquement. La cause la plus fréquente de l'obstruction du travail est la disproportion entre la tête fœtale et l'ouverture du bassin de la mère. Cependant, elle est parfois secondaire à une malposition, une mauvaise présentation ou une anomalie fœtale. ICD-10-CM propose les catégories O64, O65 et O66 pour le travail avec obstruction en fonction des différentes étiologies, comme suit:

- La catégorie O64 “Obstructed labor due to malposition and malpresentation of fetus” est utilisée pour décrire les situations dans lesquelles la position du fœtus peut empêcher le travail. La présentation fœtale fait référence à la partie du fœtus qui est la plus proche du bassin ou qui est déjà descendue dans celui-ci au moment de l’accouchement. On se reportera à la figure 24.1 pour des exemples de présentation fœtale. Les présentations céphaliques sont : le vertex, le front, la face et le menton. Les présentations par le siège comprennent le siège franc, le siège complet ou incomplet, et le siège d’un ou de 2 pieds. Les présentations d’épaule sont rares et requièrent une césarienne ou une correction par version avant l’accouchement par voie vaginale. Les présentations mixtes concernent l’introduction de plusieurs parties dans le bassin, le plus communément une main à côté de la tête. La catégorie O64 fournit un 4^e caractère permettant de spécifier les différentes présentations fœtales causant l’obstruction du travail, telle qu’une rotation incomplète de la tête (O64.0), une présentation par le siège (O64.1), une présentation par la face (O64.2), une présentation par le front (O64.3), une présentation par l’épaule (O64.4), une présentation mixte (O64.5), une autre présentation dystocique (O64.8), et une présentation dystocique non spécifiée (O64.9).
- La catégorie O65 “Obstructed labor due to maternal pelvic abnormality” est utilisée pour rapporter des obstructions du travail dues à des anomalies pelviennes maternelles, telles que des déformations du bassin (O65.0), un rétrécissement général du bassin (O65.1), un rétrécissement du détroit supérieur du bassin (O65.2), un rétrécissement du détroit inférieur et de la cavité médiane du bassin (O65.3), une disproportion fœto-maternelle non spécifiée (O65.4), une anomalie des organes pelviens maternels (O65.5), des anomalies pelviennes maternelles autres (O65.8), et des anomalies pelviennes non spécifiées (O65.9).
- La catégorie O66 “Other obstructed labor” sert à classer les autres causes d’obstruction du travail telles que la dystocie d’épaule (quand l’épaule du bébé se coince sous l’os pelvien maternel) (O66.0), une dystocie gémellaire (une forme de mauvaise présentation où un jumeau se présentant en siège et l’autre en céphalique sont bloqués par le menton pendant le travail ou l’essai d’accouchement) (O66.1), un fœtus inhabituellement grand (O66.2), d’autres anomalies du fœtus (incluant les dystocies de différentes étiologies) (O66.3), un échec d’essai de travail (O66.4-), essai d’extraction par ventouse ou forceps (O66.5), des fœtus multiples (O66.6), d’autres obstructions du travail spécifiées (O66.8 avec un code complémentaire pour identifier la cause de l’obstruction), et des obstructions du travail non spécifiées (O66.9).

Fig. 24.1. Tableau récapitulatif du codage des présentations dystociques:

	Soins maternels pour anomalie de présentation	Anomalie de présentation avec obstruction du travail
Siège complet	O32.1 'Maternal care for breech presentation' <i>Maternal care for complete breech</i>	O64.1 'Obstructed labor due to breech presentation' <i>Obstructed labor due to complete breech presentation</i>
Siège franc	O32.1 'Maternal care for breech presentation' <i>Maternal care for frank breech</i>	O64.1 'Obstructed labor due to breech presentation' <i>Obstructed labor due to frank breech presentation</i>
Siège incomplet	O32.8 'Maternal care for other malpresentation of fetus' <i>Maternal care for incomplete breech</i>	O64.8 'Obstructed labor due to other malposition and malpresentation' <i>Obstructed labor due to incomplete breech presentation</i>
Présentation par le(s) pied(s)	O32.8 'Maternal care for other malpresentation of fetus' <i>Maternal care for footling presentation</i>	O64.8 'Obstructed labor due to other malposition and malpresentation' <i>Obstructed labor due to footling presentation</i>
Présentation par la face	O32.3 'Maternal care for face, brow and chin presentation'	O64.2 'Obstructed labor due to face presentation' <i>Obstructed labor due to chin presentation</i>
Présentation par le front	O32.3 'Maternal care for face, brow and chin presentation'	O64.3 'Obstructed labor due to brow presentation'
Présentation par l'épaule	O32.8 'Maternal care for other malpresentation of fetus'	O64.4 'Obstructed labor due to shoulder presentation' <i>Prolapsed arm</i> Excludes1: impacted shoulders (O66.0) shoulder dystocia (O66.0)
Présentation transverse et oblique	O32.2 'Maternal care for transverse and oblique lie'	O64.8 'Obstructed labor due to other malposition and malpresentation'
Présentation mixte (compound): bras ou jambe à côté de la partie engagée (tête ou siège)	O32.6 'Maternal care for compound presentation'	O64.5 'Obstructed labor due to compound presentation'
Présentation dystocique non spécifiée	O32.9 'Maternal care for malpresentation of fetus, unspecified'	O64.9 'Obstructed labor due to malposition and malpresentation, unspecified'

Remarque: lors du codage, il faut tenir compte d'une note d'exclusion de type 1 sous la catégorie O32 pour la catégorie O64.

Pour les catégories O32 et O64, on ajoute un septième caractère afin de préciser s'il y a un seul ou plusieurs fœtus et de quel fœtus il s'agit.

Pour les complications du travail et de l'accouchement dues à différentes pathologies, l'ICD-10-CM propose également les catégories qui suivent :

O67.0-O67.9	'Labor and delivery complicated by intrapartum hemorrhage, not elsewhere classified'
O68	'Labor and delivery complicated by abnormality of fetal acid-base balance'
O69.0-O69.9	'Labor and delivery complicated by umbilical cord complications'

9.2 **Stress fœtal**

Le stress fœtal est une complication inhabituelle du travail faisant référence chez la femme enceinte à la présence de signes suggérant un mal-être fœtal. Typiquement, ceci se passe quand le fœtus ne reçoit pas suffisamment d'oxygène. Le stress fœtal survient quand la grossesse dure trop longtemps (postmaturité) ou quand il y a des complications de la grossesse ou du travail.

L'ICD-10-CM propose les codes suivants pour les problèmes fœtaux compliquant le travail et l'accouchement:

- O68 "Labor and delivery complicated by abnormality of fetal acid-base balance". Ce code est utilisé pour décrire l'acidémie fœtale, l'acidose fœtale, l'alcalose fœtale ou l'acidémie fœtale métabolique quand ces pathologies compliquent le travail et l'accouchement.
- O76 "Abnormality in fetal heart rate and rhythm complicating labor and delivery". Ce code inclut les problèmes fœtaux tels que la bradycardie, la décélération du rythme cardiaque, les irrégularités de la fréquence cardiaque, la tachycardie, ...
- O77 "Other fetal stress complicating labor and delivery". Cette catégorie comprend les codes pour la présence de méconium dans le liquide amniotique (O77.0), le stress fœtal sur administration de médicaments (O77.1), et d'autres preuves de stress fœtal (anomalies à l'électrocardiogramme ou à l'échographie) (O77.8). Les stress fœtaux non spécifiés sont classés dans la catégorie O77.9.

Il importe de se rappeler que ces codes s'utilisent uniquement si les pathologies mentionnées ci-dessus affectent la prise en charge de la mère.

9.3 Déchirures du périnée et autres traumatismes obstétricaux

Les déchirures du périnée se répartissent en déchirures du premier, deuxième, troisième ou quatrième degré sous la catégorie O70 'Perineal laceration during delivery':

- Déchirure du premier degré (O70.0 'First degree perineal laceration during delivery'): la déchirure concerne uniquement la peau et les muqueuses vaginales, les muscles sont apparents mais non déchirés
- Déchirure du deuxième degré (O70.1 'Second degree perineal laceration during delivery'): le tissu conjonctif sous-jacent et les muscles périnéaux sont eux aussi déchirés. Le sphincter anal est intact.
- La déchirure du troisième degré ou déchirure complète (O70.2 'Third degree perineal laceration during delivery') intéresse également le sphincter anal, mais pas la muqueuse rectale, qui est, elle, intacte
- Déchirure du quatrième degré (O70.3 'Fourth degree perineal laceration during delivery'): la muqueuse anale et rectale est également déchirée.

Le code O70.4 'Anal sphincter tear complicating delivery, not associated with third degree laceration' correspond à une déchirure du sphincter anal en tant que complication d'un accouchement, non associée à une déchirure du périnée du troisième grade. Quant au code O70.9 'Perineal laceration during delivery, unspecified', il s'utilise en l'absence d'informations complémentaires sur le degré de la déchirure du périnée.

Les notes d'inclusion et d'exclusion et les sous-entrées indiquent, pour chacun de ces codes, quels sont précisément les tissus touchés par la déchirure. Lorsque l'on mentionne plusieurs stades, on n'utilise que le code correspondant au stade le plus élevé.

La catégorie O71 'Other obstetric trauma' s'utilise pour les traumatismes obstétriques, y compris les traumatismes causés par des instruments, et plus précisément: la rupture utérine (spontanée) avant le début du travail (O71.0-) ou pendant celui-ci (O71.1), l'inversion post-partum de l'utérus (O71.2), les déchirures obstétricales du col (O71.3), la déchirure obstétricale vaginale haute isolée (O71.4), les autres lésions obstétricales des organes pelviens (O71.5), les lésions obstétricales intéressant les articulations et les ligaments pelviens (O71.6), les hématomes pelviens d'origine obstétricale (O71.7), les autres traumatismes obstétricaux précisés (O71.8-) et les traumatismes obstétricaux non spécifiés (O71.9).

10. COMPLICATIONS DU POST-PARTUM

La période du post-partum, cliniquement nommée « puerpéralité », commence immédiatement après l'accouchement et dure 6 semaines. Une complication du post-partum se définit comme toute complication qui survient durant ces 6 semaines. Les complications du post-partum sont classées dans les catégories O85 à O92 "Complications predominantly related to the puerperium".

Les codes du chapitre 15 du manuel de codage ICD-10-CM peuvent également être utilisés pour coder les complications liées à la grossesse après la période précitée de 6 semaines, pour autant que le prestataire de soins signale qu'il s'agit d'une pathologie liée à la grossesse.

Un type de complication du post-partum est l'infection puerpérale, une infection bactérienne à la suite de l'accouchement. Le tractus génital est le site le plus fréquent d'infection (par ex, endométrite O86.12). Les autres types d'infection puerpérale sont l'infection de la plaie chirurgicale obstétricale (O86.00 'Infection of obstetric surgical wound, unspecified' - O86.01 'Infection of obstetric surgical wound, superficial incisional site' - O86.02 'infection of obstetric surgical wound, deep incisional site' - O86.03 'Infection of obstetric surgical wound organ and space site'), sepsis après une intervention obstétricale (O86.04), la cervicite (O86.11), la vaginite (O86.13), les autres infections des voies génitales (O86.19), les infections des voies urinaires (O86.20), les infections du rein (O86.21), les infections de la vessie (O86.22), les autres infections urinaires (O86.29), la pyrexie d'origine indéterminée (O86.4), la thrombophlébite puerpérale septique (O86.81), et les autres infections puerpérales spécifiées (O86.89). S'il est connu, ajouter le code correspondant pour identifier le germe.

Le code O85 "Puerperal sepsis" requiert un second code pour identifier le germe en cause. Par exemple, pour une infection bactérienne, un code des catégories B95 à B97 doit être attribué. Un code des catégories A40 "Streptococcal sepsis" ou A41 "Other sepsis" ne sera jamais utilisé pour le sepsis puerpéral. Si un sepsis sévère est également présent, on attribuera le code approprié de la sous-catégorie R65.2 "Severe sepsis", ainsi que les codes appropriés pour toute dysfonction d'organe associée.

Quelques exemples:

- Une patiente développe une endométrite 2 jours après son accouchement par césarienne d'un enfant né vivant (à 40 semaines) alors qu'elle est encore hospitalisée. On utilise le code O86.12 "Endometritis following delivery". Cette affection est une complication de la naissance et non de la grossesse. Le code peut être retrouvé via l'index en cherchant par « endometritis, puerperal, postpartum childbirth ». Des codes complémentaires pour la raison de la césarienne, le résultat de l'accouchement et le nombre de semaines de grossesse doivent également être codés.
- À 3 semaines de post-partum, une patiente est admise et traitée pour pyélonéphrite aiguë à E.Coli.
O86.21 "Infection of kidney following delivery"
B96.20 'Unspecified Escherichia coli [E. coli] as the cause of diseases classified elsewhere'
- Une patiente qui a accouché par césarienne cervicale basse (C-section) 6 jours auparavant, est réadmise avec un sepsis sévère et insuffisance rénale aiguë due à un staphylocoque méthicilline résistant (MRSA) au niveau de la plaie de césarienne profonde. Le code O86.02 'Infection of obstetrical wound, deep incisional site' est attribué pour l'infection postchirurgicale. Le sepsis est codé par O85 'Puerperal sepsis', R65.20 'Severe sepsis'

without septic shock' , N17.9 'Acute kidney failure, unspecified' et B95.62 'Methicillin resistant Staphylococcus aureus as the cause of disease classified elsewhere'.

L'atonie utérine est une pathologie qui peut compliquer l'accouchement et qui consiste en une incapacité du muscle utérin à se contracter adéquatement après l'accouchement. L'atonie utérine peut s'accompagner ou non d'hémorragie. S'il n'y a pas d'information complémentaire disponible, ou si l'atonie est survenue pendant le travail, on utilise le code O62.2 'Other uterine inertia' comme code par défaut pour l'atonie utérine sans hémorragie. On utilise le code O72.1 'Other immediate postpartum hemorrhage' pour l'atonie utérine postpartum avec hémorragie quand elle survient (immédiatement) après l'accouchement du bébé et l'expulsion du placenta. Le code O75.89 'Other specified complications of labor and delivery' est utilisé pour l'atonie utérine postpartum sans hémorragie.

- Une patiente développe une hémorragie postpartum immédiatement après l'accouchement par voie vaginale (jumeaux à 38 semaines) en raison d'une atonie utérine. Un ballon est mis en place afin de contrôler l'hémorragie. On utilise le code O72.1 'Other immediate postpartum hemorrhage' pour l'atonie utérine avec hémorragie. On utilise également le code O30.003 'Twin pregnancy, unspecified number of placenta and unspecified number of amniotic sacs, third trimester'; ainsi que le code Z3A.38 '38 weeks gestation of pregnancy' en code Z37.2 'Twins, both liveborn'. La procédure se code comme suit : 0W3R7ZZ 'Control bleeding in Genitourinary tract, via natural or artificial opening'
- Accouchement d'un premier petit enfant à 40 semaines. Immédiatement après l'accouchement, il y a présence d'une atonie utérine avec hémorragie. Le saignement ne peut être stoppé par un massage bimanuel, oxytocine en IV ou methylergonovine en IM. Finalement, un caillot sanguin (de 50 ml) a pu être enlevé de l'utérus et l'hémorragie s'est arrêtée. Cette procédure se code à l'aide du 0UC97ZZ 'Extirpation of matter from uterus, via natural or artificial opening'. L' 'extirpation' (extirpation) est utilisé ici car de la matière solide a été enlevée.

La cardiomyopathie associée à la grossesse est également référée comme cardiomyopathie du peripartum car elle est la plupart du temps diagnostiquée durant le 3^e trimestre de la grossesse. Elle peut continuer à s'aggraver des mois après l'accouchement. Le code O90.3 "Peripartum cardiomyopathy" doit être utilisé uniquement quand la cardiomyopathie se développe suite à la grossesse chez une patiente qui n'a aucune maladie cardiaque préexistante.

Exemple : Une patiente hospitalisée avec une cardiomyopathie du peripartum avec fraction d'éjection de 21% et insuffisance cardiaque. La patiente se situe à plus ou moins deux à trois mois de la période post-partum. On attribuera le code O90.3 'Peripartum cardiomyopathy' en diagnostic principal. La période du peripartum se définit comme la période allant du dernier mois de grossesse au 5^e mois de post-partum.

Pour les maladies cardiaques préexistantes compliquant la grossesse, l'accouchement et le post-partum, on utilise les codes de la sous-catégorie O99.4 'Diseases of the circulatory system

complicating pregnancy, childbirth and the puerperium' et non le code O90.3 'Peripartum cardiomyopathy'.

11. SEQUELLES DE COMPLICATION DE LA GROSSESSE, DE L'ACCOUCHEMENT OU DU POST-PARTUM

Le code O94 "Sequelae of complication of pregnancy, childbirth, and the puerperium" est attribué quand une complication initiale de l'expérience obstétricale évolue vers une séquelle qui requiert des soins ou un traitement ultérieur. Les séquelles comprennent des pathologies spécifiées comme telles ou comme effets tardifs, qui peuvent survenir n'importe quand après la période du post-partum. Comme pour toutes les séquelles, le code O94 est séquencé après le code décrivant la pathologie résiduelle.

Exemples:

- Une patiente est admise pour cure de prolapsus périnéal du post-partum secondaire à une déchirure traumatique pendant un accouchement 2 ans auparavant.
N81.89 "Other female genital prolapse"
O94 "Sequelae of complication of pregnancy, childbirth, and the puerperium"
- Une patiente se présente avec de la fatigue et une intolérance au froid. L'anamnèse révèle qu'elle a eu une hémorragie sévère lors de l'accouchement d'un enfant né vivant 7 mois auparavant. On diagnostique un syndrome de Sheehan, traité par hormones de substitution.
E23.0 "Hypopituitarism"
O94 "Sequelae of complication of pregnancy, childbirth, and the puerperium".

EXERCICE 24.4	
Codez les diagnostics qui suivent. Ne codez pas les interventions. Codez les codes Z si nécessaire.	
1 <u>Grossesse</u> intra-utérine, accouchement spontané d'un enfant unique en vie	<u>O80</u> Z37.0 Z3A.00
2 <u>Grossesse</u> intra-utérine, 12 semaines, non accouchée, avec légère <u>hyperémèse</u> gravidique	O21.0 Z3A.12
3 Grossesse intra-utérine, 39 semaines, accouchée, présentation occipitale antérieure gauche, enfant unique en vie. <u>Inertie</u> utérine primaire	<u>O62.0</u> Z37.0 Z3A.39
4 Accouchement à 38 semaines par <u>césarienne</u> d'un enfant mort-né sur <u>infarctus</u> placentaire	<u>O43.813</u> Z37.1 O36.4XX0 Z3A.38
5 Grossesse intra-utérine, avec <u>anémie</u> pernicieuse, 2 ^e trimestre	<u>O99.012</u> D51.0 Z3A.00

6 Grossesse eutocique, <u>accouchement</u> à 40 semaines, présentation occipitale antérieure gauche, d'un enfant né vivant	<u>O80</u> Z37.0 Z3A.40
7 Grossesse gémellaire à 33 semaines. Rupture <u>prématurée</u> de la poche des eaux, début du travail 3 heures après, <u>Accouchement</u> spontané de jumeaux prématurés, présentation céphalique, 2 enfants vivants. <u>Embolie</u> pulmonaire du post-partum chez la mère	~~O60.14X0~~ O60.14X1 O60.14X2 O42.013 O30.003 O88.23 Z37.2 Z3A.33
8 <u>Accouchement</u> prématuré, 3 ^e trimestre, d'une fille née vivante en siège. <u>Déchirure du 1^{er} degré</u> de la paroi vaginale	<u>O60.14X0</u> O32.1XX0 O70.0 Z37.0 Z3A.00
9 <u>Accouchement</u> à 39 semaines d'un enfant <u>mort-né</u> . Présentation occipitale antérieure gauche. Décollement prématuré du <u>placenta</u> . Circulaire serrée du <u>cordon</u> autour du cou avec compression.	<u>O45.93</u> O69.1XX0 O36.4XX0 Z37.1 Z3A.39
10 <u>Grossesse</u> intra-utérine de 12 semaines avec hypertension essentielle de longue durée faisant l'objet d'un suivi rapproché.	<u>O10.011</u> Z3A.12

12. INTERVENTIONS OBSTETRIQUES

Lors du codage des interventions obstétricales avec ICD-10-PCS, il est important de distinguer les interventions réalisées sur le fœtus de celles réalisées sur la mère. Les interventions réalisées sur le fœtus (produits de conception) sont classées dans la section obstétricale. Les interventions réalisées sur la femme enceinte, et non sur les produits de conception, sont codées à l'aide des interventions de base appropriées de la section médico-chirurgicale. Par exemple, l'amniocentèse est codée sous la partie du corps « Produit de conception » de la section obstétricale. En revanche, la réparation de lacération urétrale obstétricale est codée sous la partie du corps « urètre » de la section médico-chirurgicale.

La section obstétricale de l'ICD-10-PCS suit les mêmes conventions que celles de la section médico-chirurgicale, où les 7 caractères conservent la même signification, comme le montre la figure 24.2.

Le second caractère de la section obstétricale, système anatomique, est toujours 'pregnancy' (grossesse).

Dans cette section, il y a seulement 3 valeurs pour la partie du corps : (0) 'products of conception' (produits de conception) ; (1) 'products of conception, retained' (rétention de produit de conception); et (2) 'products of conception, ectopic' (produit de conception, ectopique).

Figure 24.2 : Structure des codes de la section obstétricale

Character 1	Character 2	Character 3	Character 4	Character 5	Character 6	Character 7
Section	Body System	Root Operation	Body Part	Approach	Device	Qualifier

Comme on le voit dans la figure 24.3 ci-dessous, la section obstétricale comporte 12 interventions de base, dont 10 se retrouvent également dans la section médico-chirurgicale. Les deux interventions de base qui sont propres à la section obstétricale sont les suivantes:

- Avortement : interruption artificielle d'une grossesse ;
- Accouchement : assistance lors du passage du produit de conception à travers les voies génitales. Cette intervention de base s'applique uniquement à l'assistance manuelle lors d'un accouchement par voie vaginale.

Les césariennes sont codées à l'aide de l'intervention de base 'Extraction' de la section obstétricale plutôt qu'à l'aide de l'intervention de base 'Delivery'. L'intervention de base 'Extraction' s'utilise aussi pour l'accouchement par voie vaginale avec forceps, ventouse ou version. De temps à autre, une assistance par ventouse est utilisée lors d'une césarienne. Cette assistance n'est cependant pas codée. Seul le code de procédure pour la césarienne est attribué dans ce cas-ci.

Les interventions réalisées pour curetage d'endomètre ou d'évacuation de produit de conception retenu après accouchement ou avortement sont tous codés dans la section obstétricale, intervention de base 'Extraction' et la partie du corps 'products of conception, retained'. Les dilatations-curetages diagnostiques ou thérapeutiques qui ne sont pas réalisées pendant la période du post-partum ou du post-avortement sont toutes codées dans la section médico-chirurgicale, intervention de base 'Extraction' et partie du corps 'Endometrium'.

Figure 24.3 Interventions de base de la section obstétricale

Valeur	Intervention	Définition
2	Change (Changement)	Enlever un matériel/appareil d'une partie du corps et remettre un matériel/appareil identique ou similaire dans ou sur la même partie du corps sans incision ou ponction de la peau ou d'une muqueuse
9	Drainage (Drainage)	Ôter ou laisser s'écouler un liquide ou un gaz d'une partie du corps
A	Abortion (Avortement)	Mettre fin artificiellement à une grossesse
D	Extraction (Extraction)	Le retrait ou l'arrachement d'une partie ou de la totalité d'une partie du corps par utilisation de la force
E	Delivery (Accouchement)	Assister le passage des produits de conception au travers des voies génitales
H	Insertion (Insertion)	Introduire un matériel non biologique qui suit, assiste, accomplit ou entrave une fonction physiologique mais qui ne prend pas la place physique de la partie du corps
J	Inspection (Inspection)	Exploration visuelle et/ou manuelle d'une partie du corps
P	Removal (Enlèvement)	Ôter un matériel d'une partie du corps, d'une région ou d'un orifice
Q	Repair (Réparation)	Restaurer dans la mesure du possible la structure anatomique ou la fonction normale d'une partie du corps
S	Reposition (Repositionnement)	Replacer en situation normale ou adéquate tout ou une partie d'une partie du corps
T	Resection (Résection)	Couper et enlever sans remplacer toute une partie du corps
Y	Transplantation (Transplantation)	Insérer une partie ou la totalité d'une partie du corps vivante prélevée sur un autre individu ou animal pour prendre physiquement la place et/ou remplacer la fonction d'une partie ou la totalité d'une partie du corps similaire.

13. INTERVENTIONS D'ASSISTANCE A L'ACCOUCHEMENT

L'accouchement peut être assisté de nombreuses façons.

L'assistance manuelle à l'accouchement par voie vaginale est codée comme suit:

Character 1 Section	Character 2 Body System	Character 3 Root operation	Character 4 Body Part	Character 5 Approach	Character 6 Device	Character 7 Qualifier
1	0	E	0	X	Z	Z
Obstetrics	Pregnancy	Delivery	Products of conception	External	None	None

Le travail peut être induit par rupture artificielle des membranes, ce qui se code dans la Section obstétrique, avec comme intervention de base 'Drainage', partie du corps 'products of conception' et qualificatif "amniotic fluid" (10907ZC Drainage of Amniotic Fluid, Therapeutic from Products of Conception, Via Natural or Artificial Opening)', Les prostaglandines sont utilisés pour ramollir le col de l'utérus et pour le préparer à l'induction de l'accouchement. Ceci se code à l'aide du code 3E0P7GC 'Introduction of other therapeutic substance into female reproductive, via natural or artificial opening'. La rupture des membranes (10907ZC) se fait après que le travail a commencé. L'oxytocine peut être utilisée pour démarrer les contractions et/ou pour les renforcer. Cette procédure n'est pas codée si le but est de renforcer les contractions. Si l'oxytocine est administrée afin d'introduire l'accouchement, on code alors le code 3E033VJ 'Introduction of other hormone into peripheral vein, percutaneous approach'

- Une femme enceinte de 40 semaines est admise pour une induction de l'accouchement. L'oxytocine est administrée (par voie périphérique) et les membranes sont rompues. L'accouchement se déroule tout-à-fait normalement. Les codes suivants sont attribués : O80 'Encounter for full-term uncomplicated delivery', ainsi que les codes Z37.0 et Z3A.40. Pour les procédures, les codes suivants sont utilisés: 10E0XZZ 'Delivery of products of conception, external approach'; 10907ZC 'Drainage of amniotic fluid, therapeutic from products of conception, via natural or artificial opening' en 3E033VJ 'Introduction of other hormone into peripheral vein, percutaneous approach'.

L'amnio-infusion (Section 'Administration', intervention de base 'Introduction') est réalisée pendant le travail par approche transcervicale après ruptures des membranes amniotiques. Un cathéter intra-utérin est utilisé pour instiller le liquide de Ringer ou une solution saline normale dans la cavité amniotique. Une alternative consiste à introduire du liquide par voie transabdominale à l'aide d'une aiguille. L'amnio-infusion est réalisée en traitement prophylactique de l'oligohydramnios, pour réduire

les décélérations variables de rythme cardiaque fœtal en cas de compression du cordon pendant le travail, ou pour traiter une rupture prématurée des membranes avant terme.

Exemple : l'amnio-infusion d'une solution saline normale se code comme suit :

Character 1 Section	Character 2 Body System	Character 3 Root operation	Character 4 Body Part	Character 5 Approach	Character 6 Substance	Character 7 Qualifier
3	E	0	E	7	7	Z
Administration	Physiological systems and anatomical regions	Introduction	Products of conception	Via natural or artificial opening	Electrolytic and water balance substance	None

Si au cours de l'accouchement, une version est réalisée, cette intervention est codée sous la section obstétricale, avec comme intervention de base 'Reposition', code 10S07ZZ 'Reposition products of conception, via natural or artificial opening'. Pour l'accouchement de routine, on attribue le code 10E0XZZ "Delivery of products of conception, external approach". Si un forceps ou une ventouse est utilisée, cette procédure est codée et le code 10E0XZZ n'est plus utilisé.

13.1 Accouchement par forceps ou ventouse

L'accouchement peut également être assisté par ventouse, forceps ou version interne et combinée. Celles-ci sont codées dans la section obstétricale sous l'intervention de base « extraction ». Des codes sont proposés pour des accouchements avec forceps bas, médians ou hauts. En cas d'accouchement avec forceps bas (valeur du 7^e caractère : « 3 »), les forceps sont appliqués sur une tête fœtale visible après qu'elle a franchi le plancher pelvien. Des forceps médians (valeur du 7^e caractère : « 4 ») sont appliqués sur la tête pendant son entrée dans le plancher pelvien et des forceps hauts (valeur du 7^e caractère : « 5 ») sont appliqués sur la tête avant qu'elle n'arrive au bord du bassin. Les présentations par siège peuvent requérir une extraction partielle ou totale du siège, avec ou sans forceps appliqués à la tête qui vient après. Dans l'extraction par ventouse (valeur du 7^e caractère : « 6 »), on utilise un appareil de traction pour extraire le fœtus plutôt que des forceps appliqués sur la tête.

Si une ventouse est utilisée pour permettre au bébé de descendre et ensuite des forceps sont utilisés pour extraire le bébé; seule l'extraction via les forceps est codée (10D07Z3 'Extraction of products of conception, low forceps, via natural or artificial opening'). Ces deux procédures ont la même "root operation" et le même "body part", elles ne peuvent pas dès lors être codées ensemble (AHA CC Q1, 2016, p 9-10).

13.2 Épisiotomie

Une épisiotomie est une incision chirurgicale du périnée réalisée juste avant l'accouchement pour agrandir l'ouverture vaginale et faciliter l'accouchement. Le code 0W8NXZZ "Division of female

perineum, external approach” est attribué pour l'épisiotomie de routine. L'épisiorrhaphie n'est pas codée séparément car elle fait intégralement partie de l'intervention (épisiotomie).

Quand une épisiotomie est réalisée en association avec un accouchement par forceps, 2 codes sont mentionnés : un code pour l'accouchement et le code 0W8NXZZ “Division of female perineum, external approach” pour l'épisiotomie.

13.3 Réparation des déchirures périnéales

Les déchirures périnéales sont codées selon leur degré, 1^{er}, 2^{ème}, 3^{ème} ou 4^{ème} à l'aide d'un code de la catégorie O70 'Perineal laceration during delivery':

- 1er degré (O70.0): lésions à hauteur de la fourchette et de la muqueuse vaginale. Les muscles sont visibles mais non déchirés.
- 2ème degré (O70.1): lésion jusque dans la paroi vaginale postérieure et les muscles périnéaux. Le sphincter anal est intact.
- 3ème degré (O70.2): lésion jusque dans le sphincter anal. La muqueuse rectale est intacte.
- 4ème degré (O70.3): lésion jusque dans le sphincter rectal et anal.

La sous-catégorie O70.2 est encore davantage subdivisée :

Type IIIa: moins que 50% de l'épaisseur du sphincter anal externe est déchiré

Type IIIb: plus de 50% de l'épaisseur du sphincter anal externe est déchiré

Type IIIc: déchirure aussi bien au niveau du sphincter anal externe qu'interne.

Le code O70.4 décrit une déchirure du sphincter anal sans déchirure du 3^{ème} degré au niveau du périnée. Le code O70.9 'Perineal laceration during delivery, unspecified' est utilisé uniquement s'il n'y a pas d'information complémentaire disponible à propos de la lésion.

Les notes d'inclusion indiquent clairement quel type de lésion va dans quel code. S'il y a plusieurs degrés de déchirure présents, on code uniquement le degré le plus élevé.

Le code de procédure dépend du degré de la déchirure et du tissu qui est suturé. Le "body part" (partie du corps) est déterminé par le tissu le plus « profond » qui est suturé.

Si les déchirures périnéales sont codées de cette manière, les données seront alors traitées de manière standardisée: chaque déchirure spécifiée par degré est codée de cette manière. Les directives officielles en matière de l'ICD-10-PCS indiquent que si une “excision” (excision), un “repair” (réparation) ou “inspection” (inspection) est réalisée sur des couches superposées du système musculo-squelettique, le « body part » (la partie du corps) doit correspondre avec la structure du tissu qui est le plus profond et qui est réparé. Par exemple: la réparation d'une déchirure du second degré comprend la réparation du muscle périnéal, de la muqueuse vaginale et de la peau. Le “body part” (la partie du corps) qui doit être sélectionnée ici est celle du muscle périnéal. Etant donné qu'une déchirure du 2^{ème} degré s'étend toujours jusqu'aux muscles périnéaux, il est correct de coder ceci immédiatement de cette manière. La réparation des déchirures périnéales doit donc toujours être codé de la manière suivante:

- 0HQ9XZZ 'Repair of perineum skin, external approach' pour la suture d'une déchirure du 1er degré ;
- 0KQM0ZZ 'Repair of perineum muscle, open approach' pour la suture d'une déchirure du 2ème degré ;
- 0DQR0ZZ 'Repair of anal sphincter, open approach' pour la suture d'une déchirure du 3ème degré ;
- 0DQP0ZZ 'Repair rectum, open approach' pour la suture d'une déchirure du 4ème degré ;

La catégorie O71 'Other obstetric trauma' est utilisée pour d'autres traumatismes comme des lésions suite à l'utilisation d'instruments. Exemples: O71.0 'Rupture of uterus (spontaneous) before onset of labor' - O70.1 'Rupture of uterus (spontaneous during onset of labor)' - O71.2 'Postpartum inversion of uterus' - O71.3 'Obstetric laceration of cervix' - O71.4 'Obstetric high vaginal laceration alone' - O71.5 'Other obstetric injury to pelvic organs' - O71.6 'Obstetric damage to pelvic joints and ligaments' - O71.7 'Obstetric hematoma of pelvis' - O71.8 'Other obstetric trauma' et O71.9 'Unspecified obstetric trauma'.

Des lacérations périurétrales surviennent lors de l'accouchement au niveau de la vulve et du tissu situé autour de l'ouverture vaginale ou au niveau de la couche la plus extérieure du vagin. Ni l'urètre ni les muscles ne sont concernés dans cette lésion. Le code O71.82 'Other specified trauma to perineum and vulva' est dans ce cas utilisé. On utilise le code 0UQMXZZ 'Repair vulva, external approach' comme code de procédure.

Parfois, une épisiotomie va spontanément s'étendre et occasionner une déchirure périnéale.

Dans de tels cas, les codes ICD-10-PCS sont attribués pour l'accouchement par voie vaginale, l'épisiotomie et la suture de la déchirure.

- Une patiente accouche à 40 semaines par voie vaginale. Elle avait subi une épisiotomie qui cependant a mené à une lacération du 3^{ème} degré. Le code O70.20 'Third degree perineal laceration during delivery, unspecified' est dans ce cas-ci le diagnostic principal. Les codes Z3A40 '40 weeks of gestation of pregnancy' et Z37.0 'Single live birth' sont les diagnostics secondaires. Pour les procédures, on utilise les codes suivants : 0W8NXZZ 'Division of female perineum, external approach' pour l'épisiotomie; 10E0XZZ 'Delivery of products of conception, external approach' pour l'accouchement et 0DQR0ZZ 'Repair of sphincter, open approach' pour la suture de la lacération du 3^{ème} degré.

13.4 Oxymétrie fœtale

Le monitoring de l'oxygène fœtal fournit au médecin une mesure directe de la concentration en oxygène fœtal en présence de fréquence cardiaque fœtale irrégulière. Le monitoring de l'oxygène fœtal en intra-partum utilise un capteur jetable à usage unique qui est inséré via les voies génitales. Attribuez le code 10H073Z "Insertion of monitoring electrode into products of conception, via natural or artificial opening" pour ce type de monitoring fœtal.

Un autre monitoring consiste à mesurer la pression intrautérine. Pour ce faire, un appareil à mesurer la pression est introduit dans l'utérus afin de pouvoir faire un suivi des contractions. Le code 10H07YZ 'Insertion, products of conception, via natural or artificial opening, other device' est utilisé pour l'insertion d'un tel appareil dans l'utérus.

13.5 Accouchement par césarienne

L'accouchement par césarienne est une intervention chirurgicale que l'on pratique lorsque, pour certaines raisons, l'accouchement spontané est impossible ou déconseillé. Les césariennes sont classées sous l'intervention de base 'Extraction', partie du corps 'Products of conception', approche ouverte.

Une césarienne classique, codée 10D00Z0 "Extraction of products of conception, classical, open approach", permet de sortir le fœtus par une incision de la partie supérieure de l'utérus en utilisant une approche abdominale péritonéale.

Une césarienne cervicale basse, codée 10D00Z1 "Extraction of product of conception, low cervical, open approach" correspond à une incision de la partie inférieure de l'utérus avec incision de la cavité pelvienne ou abdominale péritonéale. Il existe également une césarienne extrapéritonéale (valeur « 2 » pour le 7^e caractère).

EXERCICE 24.5

Codez les interventions qui suivent :

1 <u>Induction</u> du travail par dilatation cervicale	0U7C7ZZ
2 Assistance manuelle à l' <u>accouchement</u> spontané	10E0XZZ
3 Accouchement par voie vaginale avec utilisation de forceps bas (<u>Extraction</u>)	10D07Z3
4 Césarienne, extrapéritonéale, incision transverse basse (<u>Delivery</u>)	10D00Z2
5 <u>Accouchement</u> par voie vaginale, utilisation de forceps médians, avec <u>épisiotomie</u> de routine .	10D07Z4 0W8NXZZ

14. STERILISATION

Quand un patient bénéficie de soins de santé à des fins de stérilisation contraceptive, le code Z30.2 "Encounter for sterilization" est attribué en diagnostic principal. Si un problème médical ou psychologique sous-jacent conduit à la décision de procéder à une stérilisation, les codes de ces problèmes peuvent être attribués en diagnostic secondaire. Comme une stérilisation peut être réalisée de manière électorale sans raison médicale ou psychologique, le code Z30.2 "Encounter for sterilization" peut être mentionné comme seul diagnostic.

Quand une intervention électorale de stérilisation est réalisée au cours d'un séjour hospitalier pendant lequel un accouchement a eu lieu, le code Z30.2 "Encounter for sterilization" est utilisé en diagnostic secondaire et un code du chapitre 15 "Pregnancy, Childbirth, and the Puerperium" du manuel de codage ICD-10-CM en diagnostic principal.

Notez que le code Z30.2 "Encounter for sterilization" est attribué tant pour les femmes que pour les hommes chez qui une intervention contraceptive est réalisée. Les interventions de stérilisation chez les femmes sont souvent référées comme « ligature tubaire ».

L'ICD-10-PCS classe les interventions de stérilisation chez la femme dans le chapitre des interventions des organes génitaux féminins, intervention de base 'Excision', 'Occlusion' ou 'Destruction' (selon la technique utilisée), par exemple :

- Salpingectomie partielle par laquelle les trompes sont coupées et suturées avec du matériel: intervention de base 'Excision'
- Clips, anneaux externes par lesquels les trompes sont clipsées (par ex. clip Filshie, clip Wolf) ou bloquées par un anneau externe (par ex. Anneau Falope, anneau Yoon) : intervention de base 'Occlusion'
- Électrocoagulation par laquelle une petite portion de chaque trompe est brûlée ou cautérisée : intervention de base 'Destruction'.

Chez les hommes, les interventions de stérilisation sont classées dans le chapitre des interventions des organes génitaux masculins sous les interventions de base 'Destruction' ou 'Excision'.

Le code Z30.2 "'Encounter for sterilization" n'est attribué ni en diagnostic principal, ni en diagnostic secondaire lorsque la stérilisation résulte d'un autre traitement ou qu'elle fait partie du traitement d'une autre pathologie. Dans ces cas, la pathologie d'origine ainsi que toute complication ou pathologie associée et l'intervention réalisée sont codées. Par exemple, lorsqu'une hystérectomie est réalisée pour traumatisme ou lésion de l'utérus pendant l'accouchement, seuls les diagnostics obstétricaux ainsi que les interventions sont codés, même si l'intervention conduit à une stérilité. Le code Z30.2 "Encounter for sterilization" s'utilise uniquement pour les stérilisations réalisées à des fins de contraception ; l'attribuer lorsque l'intervention est incidente à un autre traitement est interdit.

Quelques exemples de codage approprié pour les situations impliquant la stérilisation :

- Une patiente multipare (5 enfants) en dépression réactionnelle est admise pour stérilisation électorive ; la stérilisation est réalisée par une ligature bilatérale des trompes avec incision et par voie endoscopique.

Z30.2 'Encounter for sterilization'

F32.9 'Major depressive disorder, single episode, unspecified'

Z64.1 'Problems related to multiparity'

Procédure:

0UL74ZZ 'Occlusion of bilateral Fallopian tubes, percutaneous endoscopic approach'

- Accouchement à terme (38 semaines) d'un enfant né vivant; présentation en siège; accouchement assisté par ventouse; ligature tubaire bilatérale par voie endoscopique avec matériel extra-luminal pour stérilisation.

O32.1XX0 'Maternal care for malpresentation of fetus'

Z30.2 'Encounter for sterilization'

Z37.0 'Single live birth'

Z3A.38 '38 weeks gestation of pregnancy'

Procédures:

10D07Z6 'Extraction of products of conception, vacuum, via natural or artificial opening'

0UL74CZ 'Occlusion of bilateral Fallopian tubes with extraluminal device, percutaneous endoscopic approach'

Les interventions de stérilisation sont conçues pour être permanentes. Toutefois, il peut y avoir des situations dans lesquelles le patient peut vouloir une intervention réversible. Une admission pour tuboplastie ou vasoplastie visant à corriger la stérilisation antérieure est codée Z31.0 Contact pour correction d'une stérilisation antérieure.

EXERCICE 24.6	
Codez les diagnostics et interventions qui suivent :	
1 <u>Hypertension</u> essentielle, Admission pour <u>stérilisation</u> , <u>Salpingectomie partielle bilatérale par laparoscopie</u>	<u>Z30.2</u> I10 0UB74ZZ
2 <u>Endométriose</u> utérine, admission pour <u>stérilisation</u> , ligature tubaire bilatérale laparoscopique par <u>cautérisation</u> pour stérilisation	<u>Z30.2</u> N80.0 0U574ZZ
3 <u>Accouchement</u> à terme, 40 semaines, par siège, d'une fille, suivi d'une <u>stérilisation</u> <u>Extraction</u> du siège par ventouse, occlusion bilatérale des trompes avec anneaux, par voie laparoscopique	<u>O32.1XX0</u> Z30.2 Z37.0 Z3A.40 10D07Z6 0UL74CZ

4 <u>Stérilisation</u> élective à la demande du patient <u>Vasectomie</u> bilatérale par voie ouverte	Z30.2 0VBQ0ZZ
5 Correction élective d'une ligature tubaire antérieure <u>Salpingoplastie</u> laparoscopique	Z31.0 0UQ74ZZ

15. PRISE EN CHARGE DE LA PROCREATION

Un code de la catégorie Z31 "Encounter for procreative management" est attribué lorsqu'une patiente ayant des difficultés à devenir enceinte demande de l'aide pour y remédier.

Le traitement de néoplasmes malins ou d'autres maladies graves peut affecter la reproduction et la capacité à concevoir. Les agents antinéoplasiques (par ex. les alkylants) et la radiothérapie du bassin peuvent altérer les fonctions ovariennes ou testiculaires et conduire à de l'infertilité.

Le code Z31.62 "Encounter for fertility preservation counseling" est attribué pour les contacts dans le cadre d'un conseil à propos des options disponibles pour concevoir un enfant ou maintenir une grossesse avant de commencer le traitement anticancéreux ou de procéder à l'ablation chirurgicale des gonades. La discussion peut porter sur la conception avant le traitement anticancéreux; la cryoconservation de spermatozoïdes, d'ovules, de tissu ovarien ou d'embryons; et/ou la modification de la chirurgie pour épargner l'utérus.

Le code Z31.84 "Encounter for fertility preservation procedure" est attribué pour admission en vue de la préservation de la fertilité. Ces codes ne se limitent pas à ceux qui cherchent un conseil avant un traitement anticancéreux ou l'ablation des gonades. Les codes Z31.62 'Encounter for fertility preservation counseling' et Z31.84 'Encounter for fertility preservation procedure' peuvent être également attribués pour les patients recevant un traitement susceptible d'affecter la fertilité (et pas uniquement le traitement anticancéreux).

Le code Z31.83 "Encounter for assisted reproductive fertility procedure cycle" est attribué pour les patientes participant à un programme de fécondation in vitro. Un code additionnel doit être ajouté pour préciser le type d'infertilité. Le code Z31.83 n'est pas utilisé dans le cas des admissions pour tests diagnostiques préalables à la fécondation in vitro. Indiquez la raison du contact quand la patiente se présente pour des tests diagnostiques.

Le code O09.81- "Supervision of pregnancy resulting from assisted reproductive" est attribué pour les contacts ultérieurs dans le cadre de la supervision anténatale et/ou les soins prénataux dans le décours d'une fécondation in vitro.

Les admissions pour des examens tels que le spermogramme et l'examen de la perméabilité des trompes sont codées Z31.41 "Encounter for fertility testing". Pour un spermogramme après intervention de rétablissement de la fertilité, on utilise le code Z31.42 "Aftercare following sterilization reversal" et non le code Z31.41.

16. PATHOLOGIES MATERNELLES ET FŒTALES SUSPECTÉES NON CONFIRMÉES

Les codes de la sous-catégorie Z03.7 "Encounter for suspected maternal and fetal conditions ruled out" sont à utiliser dans des circonstances très limitées dans le dossier de la mère, quand une pathologie maternelle ou fœtale suspectée a été exclue durant le séjour. Ces codes ne seront en aucun cas utilisés quand la pathologie est confirmée. Dans ce dernier cas, c'est le diagnostic confirmé qui doit être codé. Ces codes ne peuvent pas être utilisés quand une maladie, des signes ou des symptômes liés à la pathologie ou au problème suspecté sont présents. Dans ces cas, il faut plutôt utiliser les codes pour les diagnostics, signes ou symptômes.

Les codes de la sous-catégorie Z03.7 "Encounter for suspected maternal and fetal conditions ruled out" peuvent être utilisés avec d'autres codes mais uniquement si ceux-ci n'ont aucun lien avec la pathologie suspectée qui doit être évaluée et s'il n'y a aucun symptôme lié à la pathologie suspectée. Il faut qu'au terme des investigations, la pathologie suspectée à laquelle le code Z03.7 fait référence, soit exclue. Les codes de la sous-catégorie Z03.7 "Encounter for suspected maternal and fetal conditions ruled out" ne peuvent pas être utilisés pour des pathologies fœtales connues ou suspectées qui affectent les soins maternels.

Pour de tels contacts, on attribue le code approprié, entre autres, de l'une des catégories suivantes : O35 "Maternal care for known or suspected fetal abnormality and damage", O36 "Maternal care for other fetal problems", O40 "Polyhydramnios" ou O41 "Other disorders of amniotic fluid and membranes".

EXERCICE 24.7	
Codez les diagnostics et interventions qui suivent. Notez les codes Z si nécessaire.	
1 Accouchement à terme (40 semaines), diabète gestationnel connu (sous antidiabétiques oraux et régime alimentaire) et naissance spontanée d'une fille vivante (outcome of delivery). Assistance manuelle à l'accouchement. Épisiotomie avec réparation.	<u>O24.425</u> Z37.0 Z3A.40 10E0XZZ 0W8NXZZ
2 Grossesse à terme (39 semaines), jumeaux vivants dichorioniques, (2 sacs amniotiques). Césarienne réalisée pour souffrance fœtale préalable au travail (outcome of delivery) Accouchement par <u>césarienne</u> cervicale basse	<u>O77.9</u> O30.043 Z37.2 Z3A.39 10D00Z1

3. <u>Accouchement</u> à terme (38 semaines) d'un enfant né vivant. Présentation occipitale antérieure droite (ROA) (<u>outcome of delivery</u>) Assistance manuelle à l'accouchement. <u>Monitoring</u> cardiaque fœtal externe pendant le travail Épisiotomie et épisiorraphie	<u>O80</u> Z37.0 Z3A.38 10E0XZZ 4A1H7FZ 0W8NXZZ
4. Grossesse utérine à terme (39 semaines), <u>accouchement</u> mais obstruction du travail sur <u>présentation transverse</u> . Hypertension préexistante avec <u>pré-éclampsie</u> légère. Enfant unique né vivant (<u>outcome of delivery</u>). Assistance manuelle à l'accouchement.	<u>O64.8XX0</u> O10.02 O11.4 Z3A.39 Z37.0 10E0XZZ
5. Grossesse intra-utérine, 37 semaines, accouchement spontané. <u>Anémie</u> consécutive à une hémorragie aiguë en phase 3 de l'expulsion. Jumeaux nés vivants, monochorioniques, placenta biamniotique. (<u>outcome of delivery</u>)	<u>O30.033</u> O72.0 O90.81 D62 Z37.2 Z3A.37 10E0XZZ
6. <u>Accouchement</u> , 38 semaines, par siège franc. Garçon né vivant. (<u>outcome of delivery</u>) Extraction de siège partiel par forceps médians sur la tête qui vient après	<u>O32.1XX0</u> Z37.0 Z3A.38 10D07Z4
7. Grossesse, 40 semaines, <u>accouchement</u> spontané. Garçon né vivant (<u>outcome of delivery</u>) Assistance à l' <u>accouchement</u> spontané <u>Stérilisation</u> élective après l'accouchement <u>Ligature</u> (par écrasement) bilatérale des trompes par laparoscopie	<u>O80</u> Z37.0Z3A.40 10E0XZZ Z30.2 0UL74ZZ
8. <u>Grossesse</u> intra-utérine, 26 semaines, compliquée par une béance du col, sans accouchement. Cerclage du col, intervention de Shirodkar	<u>O34.32</u> Z3A.26 0UVC7ZZ
9. Hypertension <u>gestationnelle</u> . Grossesse, 3 ^e trimestre, 29 semaines, sans accouchement.	<u>O13.3</u> Z3A.29

10. Grossesse intra-utérine, 38 semaines. Présentation occipitale antérieure droite, garçon né vivant. Épisiotomie qui se prolonge par une déchirure périnéale du second degré (outcome of delivery) Amniotomie pour induction du travail Accouchement par forceps bas avec épisiotomie Réparation de la déchirure du périnée	<u>O70.1</u> Z37.0 Z3A.38 10907ZC 10D07Z3 0W8NXZZ 0KQM0ZZ
11. <u>Accouchement</u> à 40 semaines d'un garçon mort-né, en présentation frontale faisant obstruction au travail. (outcome of delivery) <u>Extraction</u> avec version interne <u>Épisiotomie</u> et réparation	<u>O64.3XX0</u> O36.4XX0 Z37.1 Z3A.40 10D07Z7 0W8NXZZ
12. Grossesse gémellaire à terme, 38 semaines, avec <u>malposition</u> du second fœtus. Un jumeau né vivant et un mort-né (le fœtus n° 2). Deux placentas et 2 sacs amniotiques. <u>Césarienne</u> classique	<u>O32.9XX2</u> O30.043 O36.4XX2 Z37.3 Z3A.38 10D00Z0
13. <u>Atonie utérine</u> du post-partum sans hémorragie deux semaines après l'accouchement.	<u>O75.89</u>
14. Contact pour <u>fécondation in vitro</u> (FIV), patiente infertile à cause d'une trompe obstruée	<u>Z31.83</u> N97.1
15. Patiente de 32 ans, avec primigeste 2, primipare 0, admise à 39 semaines de grossesse pour une césarienne élective basse. La patiente a eu un suivi prénatal complètement normal. Elle a accouché normalement et n'a rencontré aucun problème en période postopératoire. Elle souhaitait une césarienne par peur d'un accouchement par voie vaginale. Elle a eu un enfant né vivant normal sans complication. (outcome of delivery – delivery).	<u>O82</u> Z37.0 Z3A.39 10D00Z1
16. Une femme accouche d'un enfant en bonne santé. Cette femme a consommé de l'héroïne et de la cocaïne 4 ans auparavant et reçoit de la méthadone prescrite pour son antécédent de dépendance. Elle accouche d'un enfant normal sans complication. Les diagnostics finaux sont « Grossesse à terme, 40 semaines, assistance manuelle à l'accouchement, et usage de méthadone ». (Delivery – Outcome of delivery).	<u>O99.324</u> F11.20 Z37.0 Z3A.40 10E0XZZ

1. INTRODUCTION

Un avortement se définit comme l'expulsion ou extraction complète ou non du placenta et de l'amnios, avec ou sans fœtus identifiable lorsque la durée de grossesse est estimée à moins de 20 semaines complètes.

Bien que les exigences concernant l'enregistrement d'enfants mort-nés puissent varier d'un pays à l'autre, elles ne peuvent pas être confondues avec les règles ICD-10-BE de classification des avortements ; les deux types de règles sont clairement distincts.

Les grossesses se terminant par un avortement sont classées dans les catégories O00 à O08 'pregnancy with abortive outcome'. Notez que dans la classification des maladies de l'ICD-10-CM, le terme « avortement » réfère à la mort fœtale. Il est important de distinguer l'admission ayant pour but de réaliser un avortement électif de celle traitant un avortement spontané ou une complication d'avortement. Les admissions ayant pour but de réaliser un avortement électif se codent Z33.2 "Encounter for elective termination of pregnancy". Si une intervention est réalisée dans l'hôpital pour mettre fin à la grossesse, le code de celle-ci est également requis.

2. TYPE D'AVORTEMENTS

L'axe principal pour le codage des avortements est le type d'avortement. L'ICD-10-CM classe les avortements comme suit :

- *Avortement spontané (catégorie O03)* : celui qui survient sans aucune instrumentation ou intervention chimique.
- *Complications suivant l'arrêt (induit) de grossesses (catégorie O04)* : complications après avortement réalisé soit à des fins thérapeutiques, soit de manière élective (des termes tels que « avortement électif », « induit » ou « artificiel » et « arrêt de grossesse » sont utilisés quand ce type d'avortement est réalisé).
- *Échec d'une tentative d'avortement (Catégorie O07)* : l'induction de l'avortement n'a pas permis d'évacuer ou d'expulser le fœtus et la patiente est toujours enceinte. Ceci inclut aussi les avortements électifs incomplets.

3. AVORTEMENTS SPONTANÉS COMPLETS VERSUS INCOMPLETS

Les codes des sous-catégories O03.0 à O03.4 indiquent que l'avortement est incomplet, tandis que les codes des sous-catégories O03.5 à O03.9 indiquent que l'avortement est complet ou non précisé. Un avortement incomplet fait référence à la rétention de produits de conception, que l'avortement soit spontané ou électif. Si le dossier ne précise pas si l'avortement spontané est complet ou incomplet, l'ICD-10-CM le classe parmi les avortements complets ou non précisés (O03.9). Le fait qu'une dilatation-curetage soit réalisée durant le suivi n'indique pas en soi que l'avortement était incomplet ; c'est au médecin à poser ce diagnostic.

4. COMPLICATIONS ASSOCIÉES AUX AVORTEMENTS

Les codes des catégories O03, O04 et O07 indiquent s'il y a complication et de quel type général de complication il s'agit, comme p. ex. une infection génitale ou pelvienne, une hémorragie excessive ou retardée, une embolie, ou d'autres complications telles que le choc, l'insuffisance rénale, les complications veineuses, l'arrêt cardiaque, le sepsis ou une infection des voies urinaires.

En cas d'admission pour rétention de produits de conception à la suite d'un avortement spontané, on attribue le code approprié de la catégorie O03 "Spontaneous abortion"

En cas d'admission pour rétention de produits de conception à la suite d'un avortement électif sans complication, on attribue le code O07.4 "Failed attempted termination of pregnancy without complication".

Il est également conseillé d'employer ce code lorsque, lors du séjour précédent, la patiente est sortie avec un diagnostic d'avortement complet. Un code complémentaire de la catégorie Z3A "Weeks of gestation", ajouté aux codes du chapitre 15 « Pregnancy, childbirth and the puerperium » du manuel de codage ICD-10-CM (O00 à O9A), est utilisé pour préciser le nombre de semaines de grossesse de la patiente.

Pour un sepsis lié à un avortement, des codes complémentaires peuvent être attribués pour identifier l'agent infectieux et si un sepsis sévère est présent, un code R65.2- sera également enregistré avec si nécessaire les codes relatifs aux dysfonctions d'organes.

Exemples :

- Une patiente est admise pour avortement spontané incomplet et une dilatation-curetage est réalisée pour enlever toute rétention de produit de conception. Une infection pelvienne est évidente. La patiente sort au 4^{ème} jour lorsqu'elle est guérie de son infection.
O03.0 "Genital tract and pelvic infection following incomplete spontaneous abortion"
- Une patiente est réadmise pour une endométrite une semaine après sa sortie d'hospitalisation pour avortement induit.
O04.5 "Genital tract and pelvic infection following (induced) termination of pregnancy" avec un code supplémentaire pour préciser l'endométrite.

- Une patiente est admise en insuffisance rénale une semaine après sa sortie d'hospitalisation pour avortement spontané complet.
O03.82 "Renal failure following complete or unspecified spontaneous abortion"
N19 "Unspecified kidney failure"
- Une patiente est réadmise une semaine après un avortement électif pour un saignement persistant. Une dilatation et un curetage sont réalisés et le diagnostic de rétention de produits de conception est posé. On utilise le code O07.1 « Delayed or excessive hemorrhage following failed attempted termination of pregnancy ».
- Cinq jours après une hospitalisation pour avortement spontané, une patiente est réadmise avec un diagnostic d'infection sur rétention de tissu fœtal justifiant un avortement incomplet.
O03.0 "Genital tract and pelvic infection following incomplete spontaneous abortion"

Attribuez chaque fois le code approprié de la catégorie Z3A.

Exercice 25.1

Codez les diagnostics qui suivent. Considérez les informations ci-dessous comme les seules informations disponibles dans le dossier médical. N'attribuez pas les codes des procédures.

1. Échec de tentative d' <u>avortement</u> compliqué par une hémorragie	O07.1 Z3A.00
2. <u>Avortement</u> précoce incomplet spontané	O03.4 Z3A.00
3. <u>Avortement</u> thérapeutique complet, avec trouble électrolytique	O04.83 Z3A.00
4. <u>Avortement</u> électif, induit, complet, avec embolie de liquide amniotique	O04.7 Z3A.00
5. Patiente réadmise pour hémorragie sur rétention du placenta une semaine après une hospitalisation pour avortement spontané	O03.1 Z3A.00
6. Première hospitalisation : <u>avortement</u> électif, induit, complet Seconde hospitalisation : <u>sepsis</u> consécutif à l' <u>avortement</u> induit lors de l'hospitalisation antérieure	Z33.2 O04.87 Z3A.00

5. PATHOLOGIE MATERNELLE COMME RAISON DE L'AVORTEMENT

Les codes du chapitre 15 'Pregnancy, childbirth and the puerperium' peuvent être attribués comme code complémentaire pour indiquer qu'une pathologie maternelle a joué un rôle dans la décision de procéder à un avortement électif. Une grossesse peut également être interrompue pour des raisons purement électives. En d'autres termes, il n'y a pas toujours une raison pour un avortement.

Exemples :

- Une patiente à 12 semaines complètes de grossesse est admise pour avortement électif, sur conseil de son médecin qui précise qu'un avortement serait souhaitable pour prévenir les complications cardiaques liées à sa cardiopathie sévère.
Z33.2 "Encounter for elective termination of pregnancy"
O99.411 "Diseases of the circulatory system complicating pregnancy, first trimester"
Z3A.12 "12 weeks gestation of pregnancy"
Choisissez aussi le code approprié pour la cardiopathie en question.
- Une patiente qui a eu une rubéole à 6 semaines de grossesse demande un avortement en raison d'un risque possible d'anomalie fœtale.
Z33.2 "Encounter for elective termination of pregnancy"
O35.3XX0 "Maternal care for (suspected) damage to fetus from viral disease in mother"
Z3A.01 "Less than 8 weeks gestation of pregnancy"
- Une patiente enceinte de 26 semaines se présente pour mettre un terme à la grossesse en raison d'anomalies fœtales.
Z33.2 "Encounter for elective termination of pregnancy"
O35.9XX0 "Maternal care for (suspected) fetal abnormality and damage, unspecified"
Z3A.26 "26 weeks gestation of pregnancy"
- Une patiente enceinte est admise au cours du 1^{er} semestre pour un placenta previa. Elle ne souhaite pas d'avortement mais après examen et avoir envisagé les traitements possibles, le médecin traitant décide de quand même le réaliser. La patiente marque son accord et l'avortement est effectué. Le code du placenta previa (O44.01 'Complete placenta previa without hemorrhage, first trimestre) est codé en diagnostic principal avec le code pour le type d'avortement en diagnostic secondaire
O44.01 « Complete placenta previa without hemorrhage, first trimestre »
Z33.2 "Encounter for elective termination of pregnancy"

6. AVORTEMENT INVOLONTAIRE

Quand un avortement involontaire survient au cours d'une intervention chirurgicale, suite à un traumatisme ou à toute autre pathologie, les codes de grossesse (O00 à O9A) sont codés en premier lieu. Les codes d'autres chapitres peuvent être attribués avec les codes obstétricaux pour mieux préciser la pathologie. Un code de la catégorie O03 "Spontaneous abortion" est attribué pour indiquer qu'un avortement a eu lieu.

Exemples :

- Une femme, à 12 semaines de grossesse, est admise à l'hôpital pour cholécystite aiguë. Le chirurgien réalise une cholécystectomie laparoscopique. Durant le séjour, la patiente présente un avortement spontané involontaire.

O99.611 "Diseases of the digestive system complicating pregnancy, first trimester"

O03.9 "Complete or unspecified spontaneous abortion without complication"

K81.0 "Acute cholecystitis"

Z3A.12 "12 weeks of gestation of pregnancy"

0FT44ZZ "Resection of gallbladder, percutaneous endoscopic approach"

- Appendicectomie ouverte réalisée pour appendicite aiguë avec péritonite, chez une patiente enceinte de 12 semaines. Au deuxième jour postopératoire, la patiente présente un avortement involontaire (complet).

O99.611 "Diseases of the digestive system complicating pregnancy, first trimester"

K35.20 "Acute appendicitis with generalized peritonitis, without abscess"

O03.9 "Complete or unspecified spontaneous abortion without complication"

Z3A.12 "12 weeks of gestation of pregnancy"

0DTJ0ZZ "Resection of appendix, open approach"

Exercice 25.2

Codez les diagnostics et interventions qui suivent.

1. <u>Avortement</u> thérapeutique, complet (10 semaines de grossesse) réalisé pour <u>psychose</u> réactionnelle sévère. Avortement par « aspiration » vaginale.	<u>Z33.2</u> O99.341 F23 Z3A.10 10A07Z6
2. <u>Avortement</u> involontaire (complet), déclenché par une radiothérapie nocive pour le fœtus nécessitant de mettre un terme à la grossesse (un seul fœtus).	<u>O03.9</u> O35.6XX0 Y84.2 Z3A.00
3. <u>Avortement</u> électif (complet) réalisé pour anomalie chromosomique du fœtus (un seul fœtus). Avortement par laminaire.	<u>Z33.2</u> O35.1XX0 <u>Z3A.00</u> 10A07ZW

7. AVORTEMENT RÉSULTANT EN UN ENFANT VIVANT

Occasionnellement, l'essai d'avortement se termine par la naissance d'un enfant vivant. Notez qu'un fœtus qui a des battements cardiaques, une respiration ou des mouvements musculaires involontaires après l'expulsion est considéré comme vivant, quelle que soit sa durée de survie. Dans cette situation, le code Z33.2 "Encounter for elective termination of pregnancy" et un code de la catégorie Z37 "Outcome of delivery" seront attribués. Le code de l'intervention utilisée dans une tentative d'avortement doit également être attribué.

Par exemple :

Une patiente accouche d'un enfant vivant extrêmement prématuré, après une tentative d'avortement par insertion de laminaire.

Z33.2 "Encounter for elective termination of pregnancy"

Z37.0 "Single live birth"

Z3A.- "Weeks of gestation"

10A07ZW "Abortion of Products of Conception, Laminaria, Via Natural or Artificial Opening"

8. GROSSESSE MULTIPLE AVEC PERTE D'UN FŒTUS

Parfois, en cas de grossesses multiples, une patiente est admise pour ce qui apparaît être un avortement spontané durant lequel un ou plusieurs fœtus sont expulsés tandis qu'un ou plusieurs autres fœtus restent dans l'utérus. Dans ces cas-là, aucun code de la catégorie O00 à O08 n'est attribué ; on assigne plutôt un code de la sous-catégorie O31.1- "Continuing pregnancy after spontaneous abortion of one fetus or more" et O31.2- "Continuing pregnancy after intrauterine death of one fetus or more".

9. GROSSESSE MULTIPLE APRÈS RÉDUCTION DU NOMBRE DE FŒTUS

La sous-catégorie O31.3 "Continuing pregnancy after elective fetal reduction of one fetus or more" identifie les poursuites de grossesse après réduction élective du nombre de fœtus au cours de la grossesse actuelle. De telles grossesses sont considérées à haut risque et il est nécessaire de les identifier comme telles même si la grossesse est réduite à un seul fœtus. Ces codes donnent la possibilité pour par exemple, en cas de l'accouchement d'un nouveau-né unique, de documenter qu'à l'origine, il s'agissait d'une grossesse multiple qui a subi une réduction fœtale. Notez que la sous-catégorie O31.3 réfère à la réduction fœtale, tandis que les sous-catégories O31.1 et O31.2 décrites au paragraphe précédent, concernent d'un côté les avortements spontanés et d'un autre côté les décès fœtaux intra-utérins.

Les codes de la catégorie O31 requièrent un 7^{ème} caractère. Le 7^{ème} caractère « 0 » concerne les grossesses avec un seul fœtus et les grossesses multiples dont le fœtus n'est pas précisé. Les valeurs du septième caractère « 1 » à « 9 » sont réservées aux grossesses multiples pour identifier le fœtus auquel le code s'applique. Si plusieurs fœtus restent dans l'utérus, ceux-ci doivent alors être spécifiés. Par exemple, les fœtus 2 et 4 sont atteints par un fœtus papyracée. On utilise dès lors les codes O31.00x2 et O31.00x4.

Le code approprié de la catégorie O30 "Multiple gestation" doit également être mentionné quand on attribue un code de la catégorie O31.

Exemples :

- Une patiente enceinte de 24 semaines est admise pour une grossesse gémellaire (monochorionique, monoamniotique) compliquée d'une communication vasculaire entre les jumeaux. Elle subit une réduction élective d'un fœtus en raison de cette anomalie. Un fœtus a développé un polyhydramnios.

O31.32X1 "Continuing pregnancy after elective fetal reduction of one fetus or more, second trimester, fetus 1"

O35.8XX1 "Maternal care for other (suspected) fetal abnormality and damage, fetus 1"

O40.2XX1 "Polyhydramnios, second trimester, fetus 1"

O30.012 "Twin pregnancy, monoamniotic/monochorionic, second trimester"

Z3A.24 "24 weeks of gestation of pregnancy"

- Une patiente avait initialement une grossesse gémellaire pour laquelle elle a subi antérieurement une réduction fœtale d'un fœtus pour suspicion d'anomalies chromosomiques. La patiente est maintenant à 38 semaines de grossesse, est admise et accouche d'un enfant unique, vivant et normal.

O31.33X2 "Continuing pregnancy after elective fetal reduction of one fetus or more, third trimester, fetus 2"

Z37.0 "Single live birth"

Z3A.38 "38 weeks of gestation of pregnancy"

O30.003 "Twin pregnancy, unspecified number of placenta and unspecified number of amniotic sacs, third trimester"

10. PROCÉDURES CONCERNANT LES AVORTEMENTS

L'ICD-10-PCS classe les procédures réalisées sur les produits de conception dans la section « Obstétrique ». Les interventions concernant les avortements sont codées au moyen de l'intervention de base « Avortement » qui est définie comme « mettre artificiellement un terme à une grossesse », comme le montre le tableau de l'ICD-10-PCS ci-après.

Tableau 25.1 : Structure tableau Avortement ICD-PCS			
Section Body System Operation	1 Obstetrics 0 Pregnancy A Abortion: Artificially terminating a pregnancy		
Body Part	Approach	Device	Qualifier
0 Products of Conception	0 Open 3 Percutaneous 4 Percutaneous Endoscopic	Z No Device	Z No Qualifier

	8 Via Natural or Artificial Opening Endoscopic		
0 Products of Conception	7 Via Natural or Artificial Opening	Z No Device	6 Vacuum W Laminaria X Abortifacient Z No Qualifier

L'intervention de base « Avortement » est subdivisée en fonction du matériel utilisé, tel qu'une laminaire (appareil médical utilisé pour dilater le col et induire le travail) ou un abortif (substance causant un avortement) ou d'autres moyens mécaniques. Si on utilise une laminaire, un abortif ou une ventouse, l'approche se fait par orifice naturel ou artificiel. Toutes les autres interventions abortives sont réalisées à l'aide de moyens mécaniques (les produits de conception sont physiquement enlevés à l'aide d'un instrument) et la valeur du 6^{ème} caractère est toujours « Z » (« aucun »).

Exemples :

- Avortement induit par dilatation-curetage
10A07ZZ 'Abortion of Products of Conception, Via Natural or Artificial Opening'
- Insertion transvaginale de laminaire
10A07ZW 'Abortion of Products of Conception, Laminaria, Via Natural or Artificial Opening'
- Avortement par insertion de suppositoire de prostaglandines
10A07ZX 'Abortion of Products of Conception, Abortifacient, Via Natural or Artificial Opening'

Les interventions réalisées après un avortement pour curetage de l'endomètre ou évacuation de rétention de produits de conception sont toutes codées dans la section « Obstétrique » sous l'intervention de base « Extraction » et la partie du corps « Produits de conception, retenus ».

Par exemple :

Dilatation-curetage pour un avortement spontané incomplet

10D17ZZ 'Extraction of products of conception, retained, via natural or artificial opening'

11. GROSSESSES MOLAIRES ET ECTOPIQUES

Les grossesses molaires et ectopiques et les autres produits de conception anormaux sont classés dans les catégories qui suivent, avec un code complémentaire de la catégorie O08 "Complications following ectopic and molar pregnancy" pour toute complication éventuelle :

- O00 Ectopic pregnancy
- O01 Hydatiform mole
- O02 Other abnormal product of conception

Une grossesse molaire survient lorsqu'un ovule défectueux évolue en une môle ou une tumeur bénigne dans l'utérus. La môle hydatiforme est un type particulier de grossesse molaire et est classée séparément dans la catégorie O01. Toutes les autres grossesses molaires sont comprises dans le code O02.0 "Blighted ovum and nonhydatidiform mole"

La gonadotrophine chorionique humaine (hCG) est une hormone produite par le corps pendant la grossesse. Un test de l'hCG mesure le taux d'hCG détectable dans le sang. Le test peut être aussi bien qualitatif que quantitatif. Au début de la grossesse, le taux d'hCG devrait doubler tous les 2 à 3 jours. Si le taux d'hCG augmente plus lentement, ceci peut alors être le signe d'une fausse-couche ou d'une grossesse ectopique. Dans ce cas, bien que le taux d'hCG et le test de grossesse soient positifs, le sac gestationnel ne sera pas visible aux ultra-sons. Une grossesse ectopique doit être exclue. Attribuez le code O02.81 "Inappropriate change in quantitative human chorionic gonadotropin (hCG) in early pregnancy".

Une grossesse biochimique est la forme la plus précoce d'une fausse-couche. Le terme « biochimique » fait référence à la situation dans laquelle il est trop tôt pour confirmer une grossesse à moins que cette confirmation se fasse sur base des méthodes biochimiques. Dans une grossesse biochimique, l'ovule fécondé ne s'implante pas correctement dans l'utérus, ce qui conduit à une fausse-couche précoce. La grossesse biochimique est incluse dans le code O02.81.

L'utilisation de techniques d'assistance à la fécondation a conduit à une augmentation du nombre de grossesses multiples dans lesquelles une grossesse ectopique peut coexister avec une grossesse intra-utérine. Une grossesse ectopique (O00.-) survient quand un ovule fécondé s'implante et se développe en dehors de l'utérus. Le 4^{ème} caractère indique la localisation extra-utérine de la grossesse ectopique. Ces codes sont les suivants :

O00.0- Abdominal pregnancy

O00.1- Tubal pregnancy

O00.2- Ovarian pregnancy

O00.8- Other ectopic pregnancy

O00.9- Ectopic pregnancy, unspecified

Les patientes avec un antécédent de grossesse ectopique ou molaire ont un risque plus élevé lors d'une grossesse suivante d'être à nouveau confrontées à une telle grossesse.

On utilise le code O09.1- "Supervision of pregnancy with history of ectopic pregnancy" ou le code O09.A- "Supervision of pregnancy with history of molar pregnancy" en période prénatale.

Grossesse tubaire

Les grossesses tubaires sont le type le plus fréquent de grossesse ectopique. Les interventions chirurgicales pour l'ablation d'une grossesse ectopique sont codées dans la section « Obstétrique » de l'ICD-10-PCS. Pour la partie du corps « Produits de conception, ectopiques », seules les interventions de base « Extraction » et « Résection » peuvent être appliquées dans cette section.

En cas de grossesse ectopique dans la trompe de Fallope (salpinx), le fœtus peut être enlevé par « extraction » ou « résection » via une salpingotomie/salpingostomie.

Si la trompe de Fallope doit être enlevée en partie ou entièrement, une excision/résection de la trompe sera également codée dans la section « Médicale et Chirurgicale ».

Exemples :

- Résection laparoscopique d'une grossesse tubaire
O00.1 'Tubal pregnancy'
10T24ZZ 'Resection of Products of Conception, Ectopic, Percutaneous Endoscopic Approach'
- Grossesse tubaire pour laquelle une salpingectomie avec excision d'une partie de la trompe de Fallope droite est effectuée par laparotomie
O00.1 'Tubal pregnancy'
10T20ZZ 'Resection of Products of Conception, Ectopic, Open Approach'
0UB50ZZ 'Excision of Right Fallopian Tube, Open Approach'
- Laparotomie avec résection d'une grossesse abdominale
O00.0 'Abdominal pregnancy'
10T20ZZ 'Resection of Products of Conception, Ectopic, Open Approach'
- Résection laparoscopique de grossesse cornuale
O00.80 Other ectopic pregnancy without intrauterine pregnancy
10T24ZZ 'Resection of Products of Conception, Ectopic, Percutaneous Endoscopic Approach'

Complications de grossesses molaires et ectopiques

A l'inverse des complications d'avortement, les complications de grossesses molaires et ectopiques sont classées dans la catégorie O08, peu importe si elles surviennent durant l'épisode de soins actuel ou ultérieurement. Lorsque la complication survient durant un épisode de soins ayant pour but de traiter la grossesse molaire ou ectopique, un code de la série O00 à O02 est mentionné en premier lieu, suivi d'un code de la catégorie O08. Quand la patiente est réadmise pour complication après traitement d'une grossesse molaire ou ectopique, attribuez un code de la catégorie O08 comme diagnostic

principal. Un code complémentaire qui décrit plus précisément la complication peut être ajouté si nécessaire.

Exemples :

- Péritonite pelvienne à la suite d'une grossesse tubaire (durant cette admission)
O00.1 "Tubal pregnancy"
O08.0 "Genital tract and pelvic infection following ectopic and molar pregnancy"
N73.3 "Female acute pelvic peritonitis"
- Hémorragie sur rupture de grossesse tubaire, enlevée lors du séjour précédent
O08.1 "Delayed or excessive hemorrhage following ectopic and molar pregnancy"

12. GROSSESSE NON ÉVOLUTIVE (« MISSED ABORTION »)

L'expression « grossesse non évolutive » réfère à la mort fœtale qui survient avant la 20^{ème} semaine de gestation, avec rétention d'un fœtus mort dans l'utérus. Le fœtus retenu peut être expulsé spontanément ou à l'aide d'une intervention chirurgicale ou à l'aide de médicaments.

Par exemple :

Une patiente à 19 semaines de grossesse rapporte qu'elle ne sent plus aucun mouvement fœtal. Le médecin n'entend aucun bruit cardiaque fœtal, alors qu'ils étaient présents un mois auparavant. A l'examen, l'utérus est dur et peut-être un peu plus petit que lors de la dernière consultation. Le diagnostic de grossesse non-évolutive est posé par le médecin.

O02.1 "Missed abortion"

Z3A.19 "19 weeks of gestation of pregnancy"

Lorsque la durée de la grossesse est supérieure à 20 semaines, la rétention d'un fœtus mort est considérée comme une mort intra-utérine (O36.4-). Une grossesse non évolutive associée à un ovule défectueux, une môle hydatiforme ou non ne se code pas à l'aide du code O02.1 'missed abortion' mais à l'aide du code O02.0 "Blighted ovum and nonhydatidiform mole" ou à l'aide d'un code de la catégorie O01 "Hydatiform mole".

Exercice 25.3

Codez les diagnostics qui suivent. N'attribuez pas les codes d'intervention.

1. <u>Avortement</u> thérapeutique complet, avec embolie	O04.7 Z3A.00
2. Échec d' <u>induction d'avortement</u>	O07.4 Z3A.00
3. Rupture de <u>grossesse</u> tubaire droite avec <u>péritonite</u> à streptocoque du groupe A	<u>O00.101</u> O08.0

	B95.0 Z3A.00
4. <u>Avortement</u> précoce incomplet (spontané) (<u>à 8 semaines</u>)	O03.4 Z3A.08
5. <u>Avortement</u> spontané, complet (<u>à 18 semaines</u>), avec hémorragie excessive	O03.6 Z3A.18
6. <u>Avortement</u> induit électif à 21 semaines avec enfant vivant	Z33.2 Z37.0 Z3A.21
7. <u>Avortement</u> induit électif complet, compliqué d'un choc	O04.81 Z3A.00
8. <u>Grossesse</u> ectopique, au niveau de la trompe droite	O00.10 Z3A.00
9. Môle charnue (carneous <u>mole</u>)	O02.0 Z3A.00
10. <u>Môle</u> hydatiforme	O01.9 Z3A.00
11. <u>Grossesse non évolutive</u> à 19 semaines de gestation	O02.1 Z3A.19
12. <u>Avortement</u> induit électif (10 semaines de grossesse) (complet) <u>Problèmes</u> familiaux dus à la multiparité	Z33.2 Z64.1 Z3A.10

Chapitre 26: Anomalies congénitales

1. INTRODUCTION

Les anomalies congénitales sont classées dans les catégories Q00 à Q99 du chapitre 17 "Congenital malformations, deformations and chromosomal abnormalities" du manuel de codage ICD-10-CM. Les anomalies congénitales sont des pathologies présentes dès la naissance, mais qui parfois ne se manifestent ou ne sont découvertes que plus tard au cours de la vie. Les codes du chapitre 17 "Congenital malformations, deformations and chromosomal abnormalities" peuvent être utilisés tout au long de la vie du patient. Si une anomalie congénitale a été corrigée, un code d'antécédent personnel du chapitre 21 "Factors influencing health status and contact with health services" doit être utilisé pour identifier l'historique de l'anomalie.

Les codes de la sous-catégorie Z87.7 'Personal history of (corrected) congenital malformations' peuvent être utilisés pour les pathologies congénitales encore présentes mais ne nécessitant plus de soins supplémentaires, ainsi que pour les pathologies qui ne sont plus présentes grâce au traitement.

2. LOCALISATION DES TERMES DANS L'INDEX ALPHABÉTIQUE

La distinction entre pathologies congénitales et acquises est souvent notée dans l'index alphabétique à l'aide d'un modificateur non essentiel associé au terme principal ou à un sous-terme. Lorsque l'un des deux termes apparaît entre parenthèses à côté du terme principal, l'autre se trouvera habituellement parmi les sous-termes.

Notez que certaines affections sont congénitales par définition et n'ont pas de forme acquise ; d'autres sont toujours considérées comme acquises. Pour beaucoup d'affections, il n'y a pas de distinction faite entre les deux. Si l'intitulé du diagnostic ne décrit pas si l'affection est acquise ou congénitale, ICD-10-CM fait souvent l'hypothèse qu'il s'agit de l'un ou de l'autre.

En voici un exemple tiré de l'index alphabétique:

Deformity ...
-breast (acquired) N64.89
--congenital Q83.9
--reconstructed N65.0
-bronchus (congenital) Q32.4
--acquired NEC J98.09

Dans cet exemple, l'index alphabétique présume que la déformation du sein sans autre qualification est acquise, tandis que la déformation de bronche est considérée comme congénitale sauf mention contraire. La liste systématique peut fournir des indications complémentaires par le biais d'une note d'exclusion.

Par exemple, l'instruction reprise sous la catégorie K57 "Diverticular disease of intestine" renvoie le codeur à un autre code s'il s'agit d'un diverticule congénital de l'intestin, à savoir le code Q43.8 "Other specified congenital malformations of intestine". Au niveau du code Q43.8, la note d'inclusion mentionne que le diverticule congénital du côlon est correctement classé à cet endroit.

Le premier axe de classification des anomalies congénitales est le système anatomique concerné. Beaucoup d'anomalies congénitales possèdent un code spécifique dans ICD-10-CM; d'autres sont classées sous des termes généraux tels que "anomaly" (anomalie) et "deformity" (déformation) plutôt que sous le nom de l'affection spécifique.

Exemples :

Q45.8 'Congenital malposition of gastrointestinal tract'

Q03.9 'Congenital hydrocephalus'

Comme environ 4000 anomalies congénitales ont été identifiées, il est impossible que la classification fournisse un code spécifique pour chacune d'elles.

Quand le type d'anomalie est spécifié mais qu'il n'existe pas de code spécifique pour désigner celle-ci, il faut attribuer le code pour "autre anomalie spécifiée" du même type/site en suivant les instructions de l'index alphabétique. Souvent, seul le code d'anomalie non spécifiée de tel type ou de tel site, de façon générale, peut être attribué.

Lorsqu'un code unique spécifique n'est pas disponible pour désigner un ensemble de malformations, de déformations ou une anomalie chromosomique, il faut attribuer le code le plus approprié. Dans certains cas, le code Q87.89 "Other specified congenital malformation syndromes, not elsewhere classified" peut être attribué à cet effet. Les codes d'anomalies congénitales non spécifiées seront accompagnés dans la mesure du possible de codes complémentaires permettant de préciser les manifestations de l'anomalie de la façon la plus détaillée possible.

Parfois, des codes complémentaires issus d'autres chapitres sont nécessaires pour préciser les affections associées à l'anomalie.

Par exemple :

Un syndrome cardio-facio-cutané (CFC) est diagnostiqué chez un bébé de 10 mois. Celui-ci est codé Q87.89 "Other specified congenital malformation syndromes, not elsewhere classified". Des codes complémentaires peuvent être attribués pour toute manifestation de l'affection comme l'indiquent les directives relatives aux anomalies congénitales.

3. RELATION ENTRE ÂGE ET CODES

Les codes du chapitre 17 "Congenital malformations, deformations and chromosomal abnormalities" du manuel de codage ICD-10-CM peuvent être utilisés quel que soit l'âge. Beaucoup d'anomalies congénitales, bien qu'elles soient en fait présentes à la naissance, ne se manifestent que plus tard dans la vie. De plus, beaucoup de ces anomalies ne peuvent pas être corrigées et persistent toute la vie. Elles peuvent dès lors

être rapportées aussi à l'âge adulte. L'âge du patient n'est donc pas un facteur déterminant dans l'attribution de ces codes.

Exemples:

- Un patient de 30 ans avec syndrome de Marfan est admis pour une cure d'anévrisme de l'aorte thoracale. Dans ce cas, le code du syndrome de Marfan Q87.410 "Marfan's syndrome with aortic dilatation" est attribué malgré l'âge du patient car l'affection est un trouble héréditaire du tissu conjonctif transmis sur un mode autosomique dominant.
- Un patient de 25 ans est admis pour une intervention de neurochirurgie qui révèle un kyste colloïde du 3^{ème} ventricule droit. Dans ce cas, le code Q04.6 "Congenital cerebral cysts" est attribué car un kyste colloïde du 3^{ème} ventricule est toujours congénital et l'âge du patient n'influence pas le choix du code.

4. NOUVEAU-NÉ AVEC ANOMALIE CONGÉNITALE

Lorsqu'une anomalie congénitale est constatée pendant le séjour de naissance du bébé, les codes appropriés du chapitre 17 "Congenital malformations, deformations and chromosomal abnormalities" du manuel de codage ICD-10-CM sont attribués en diagnostic secondaire, avec en diagnostic principal le code adéquat de la catégorie Z38 "Liveborn infants according to place of birth and type of delivery" en fonction du lieu de naissance et du type d'accouchement. (Voir chapitre 27 "Pathologies périnatales" de ce manuel.)

Par exemple:

- Naissance à terme d'un garçon avec fente labiale incomplète du côté droit, accouchement par voie basse
Z38.00 "Single liveborn infant, delivered vaginally"
Q36.9 "Cleft lip, unilateral"
- Naissance à terme d'un garçon avec hypospadias, accouchement par voie basse
Z38.00 "Single liveborn infant, delivered vaginally"
Q54.9 "Hypospadias, unspecified"

Notez que ceci est une exception aux règles générales de codage des diagnostics secondaires. Les anomalies congénitales mentionnées par le médecin qui peuvent avoir des conséquences sur les soins de santé futurs sont codées pendant le séjour de naissance du nouveau-né, même s'il n'y a pas d'évaluation complémentaire ni de traitement au cours de ce séjour.

5. DÉFORMATIONS CONGÉNITALES OU PÉRINATALES

Certaines déformations musculo-squelettiques résultant de facteurs mécaniques durant la grossesse, tels qu'une malposition ou une pression intra-utérine, sont classées dans les catégories Q65-Q79 "Congenital malformations and deformations of the musculoskeletal system". Les affections consécutives à un traumatisme à la naissance sont classées parmi les pathologies périnatales dans les catégories P10-P15

"Birth trauma" du chapitre 16 "Certain conditions originating in the perinatal period" (P00-P96) du manuel de codage ICD-10-CM avec un code complémentaire pour préciser si possible l'anomalie spécifique.

Exemples:

- Luxation congénitale bilatérale de hanche
Q65.1 'Congenital dislocation of hip, bilateral'
- Luxation congénitale de genou
Q68.2 'Congenital deformity of knee'
- Fracture de clavicule due à un traumatisme à la naissance
P13.4 'Fracture of clavicle due to birth injury'

6. HYDROCEPHALIE ET SPINA BIFIDA

ICD-10-CM dispose de codes distincts pour l'hydrocéphalie congénitale (Q03.-), le spina bifida avec/sans hydrocéphalie (Q05.-), l'hydrocéphalie acquise secondaire à pression normale (G91.0), l'hydrocéphalie obstructive (G91.1) et l'hydrocéphalie acquise idiopathique à pression normale (G91.2).

L'hydrocéphalie congénitale est définie comme un excès de liquide céphalo-rachidien dans le cerveau dès la naissance. Un code de la catégorie Q03 "Congenital hydrocephalus" est attribué pour cette anomalie congénitale. ICD-10-CM prévoit un 4ème caractère pour préciser s'il s'agit d'une malformation de l'aqueduc de Sylvius (Q03.0), d'une atrésie du trou de Magendie et Luschka (Q03.1) ou d'une autre hydrocéphalie congénitale (Q03.8). Quand cette information n'est pas disponible, l'affection est codée Q03.9 "Congenital hydrocephalus, unspecified". Si le dossier de patient ne précise pas si l'hydrocéphalie est congénitale ou acquise, elle est considérée par défaut comme acquise, avec le code G91.9 "Hydrocephalus, unspecified".

Le spina bifida (Q05.-) est une anomalie congénitale qui consiste en une fermeture incomplète du tube neural embryonnaire entraînant une lésion de la moelle épinière. Pour le spina bifida sans hydrocéphalie, attribuez un code de la série Q05.5 à Q05.8 selon la partie de la colonne vertébrale qui est atteinte. Si le spina bifida est associé à une hydrocéphalie, attribuez pour ce type d'anomalie un code de la série Q05.0 à Q05.4, selon la portion de la colonne vertébrale qui est affectée.

Un spina bifida sans autre précision est codé Q05.9 "Spina bifida, unspecified". Utilisez un code complémentaire pour toute paraplégie ou para-parésie associée au spina bifida (G82.2- "Paraplegia").

7. ANOMALIES DE L'ARTÈRE PULMONAIRE

L'atrésie de l'artère pulmonaire (Q25.5 "Atresia of pulmonary artery") est une formation incomplète de la valve pulmonaire (localisée entre le ventricule droit et l'artère pulmonaire) qui obstrue le passage du flux sanguin à travers la valve pulmonaire vers les poumons.

La coarctation de l'artère pulmonaire (Q25.71 "Coarctation of pulmonary artery") est un rétrécissement ou sténose de l'artère pulmonaire. Une sténose de l'artère pulmonaire est souvent associée à d'autres anomalies cardiovasculaires congénitales comme la sténose de la valve pulmonaire et la tétralogie de Fallot.

Une malformation artério-veineuse pulmonaire (AVM), aussi connue sous le nom d'anévrisme artério-veineux pulmonaire ou de fistule artério-veineuse pulmonaire (Q25.72 "Congenital pulmonary arteriovenous malformation"), est une communication anormale entre l'artère et la veine pulmonaire. Bien que les AVM pulmonaires soient le plus souvent congénitales, elles peuvent être acquises dans des affections comme la cirrhose hépatique, une sténose mitrale, un traumatisme et un carcinome thyroïdien métastatique.

8. NEUROFIBROMATOSE

La neurofibromatose (sous-catégorie Q85.0 "Neurofibromatosis (nonmalignant)") fait référence à un groupe de maladies génétiques autosomiques dominantes, qui provoquent le développement de tumeurs le long des nerfs. Les schwannomes (Q85.03 "Schwannomatosis") peuvent apparaître le long de n'importe quel nerf du corps.

9. MALADIE POLYKYSTIQUE DES REINS

Des différences majeures existent dans les caractéristiques cliniques, la physiopathologie et le pronostic des différents types de maladies rénales polykystiques congénitales. Ceci souligne l'importance d'être aussi spécifique que possible lors de l'attribution du code associé au type. Par exemple, les symptômes et les problèmes liés à la maladie rénale polykystique de type infantile (Q61.1 "Polycystic kidney, infantile type") évoluent lentement au fur et à mesure du développement d'un nombre croissant de kystes au fil des années; cette maladie est relativement fréquente.

La maladie kystique de la médullaire rénale (Q61.5 "Medullary cystic kidney") est un trouble héréditaire dans lequel les kystes présents dans la partie centrale de chaque rein entraînent une perte progressive de la fonction rénale; à un stade avancé, des symptômes de néphropathie chronique peuvent se développer. Lorsque le diagnostic ne mentionne pas si un kyste rénal est congénital ou acquis, ICD-10-CM présuppose qu'il est acquis.

10. MALFORMATIONS CONGÉNITALES DES ORGANES GÉNITAUX

ICD-10-CM prévoit des codes uniques pour la totalité du spectre des anomalies congénitales utérines, cervicales et vaginales, dans les catégories Q50 à Q52:

- Q50 "Congenital malformations of ovaries, fallopian tubes and broad ligaments"
- Q51 "Congenital malformations of uterus and cervix"
- Q52 "Other congenital malformations of female genitalia"

Les malformations congénitales des organes génitaux masculins sont classées dans les catégories Q53 à Q55. Ces catégories comprennent les testicules ectopiques et non descendus (Q53.- "Undescended and

ectopic testicle"), l'hypospadias (Q54.- "Hypospadias") et les autres malformations congénitales des organes génitaux masculins (Q55.- "Other congenital malformations of male genital organs").

La cryptorchidie est la descente incomplète des testicules ; cette affection peut être unilatérale ou bilatérale. ICD-10-CM classe les testicules non descendus et ectopiques dans la catégorie Q53 "Undescended and ectopic testicle". La sous-catégorie Q53.0- "Ectopic testis" décrit le testicule ectopique. Les sous-catégories Q53.1- "Undescended testicle, unilateral" et Q53.2- "Undescended testicle, bilateral" décrivent les testicules non descendus, en permettant de préciser si le phénomène est unilatéral (Q53.1-) ou bilatéral (Q53.2-) et en indiquant, via le 5^e caractère, l'emplacement du testicule non descendu (abdominal, ectopique au niveau périnéal, ou non spécifié).

L'hypospadias est une anomalie congénitale fréquente dans laquelle l'ouverture de l'urètre se situe sur la face inférieure du pénis plutôt qu'à son extrémité. ICD-10-CM classe l'hypospadias sous la catégorie Q54 "Hypospadias", avec un 4^{ème} caractère précisant si l'hypospadias est balanique (Q54.0), pénien (Q54.1), pénoscrotal (Q54.2), périneal (Q54.3), s'il s'agit d'une chordée congénitale (incurvation ventrale du pénis causée par la présence d'une bande de tissu fibreux plutôt que de la peau normale le long du corps spongieux) (Q54.4), d'un hypospadias autre (Q54.8) ou non spécifié (Q54.9). Les interventions de cure d'un hypospadias sont classées sous l'intervention de base « Reposition », avec comme partie du corps « l'urètre ».

En plus des anomalies des organes génitaux féminins et masculins mentionnées ci-dessus, ICD-10-CM dispose de la catégorie Q56 "Indeterminate sex and pseudohermaphroditism" pour établir la distinction entre l'hermaphrodisme non classé ailleurs (Q56.0), le pseudohermaphrodisme masculin (Q56.1), le pseudohermaphrodisme féminin (Q56.2), le pseudohermaphrodisme non spécifié (Q56.3) et le sexe indéterminé non spécifié (Q56.4).

11. OMPHALOCÈLE ET GASTROSCHISIS

L'omphalocèle est un déficit de paroi abdominale. Les intestins sont enveloppés d'un sac membraneux, et ne sont donc exposés qu'en cas de rupture de ce sac. Un omphalocèle est généralement associé à d'autres anomalies structurelles et chromosomiques. Le code de l'omphalocèle congénital est Q79.2 "Exomphalos".

Le gastroschisis est une anomalie impliquant un déficit de paroi abdominale à droite du cordon ombilical. Cette anomalie est due à un trouble du développement où la paroi abdominale est incomplètement fermée, permettant une protrusion de l'intestin à travers ce déficit de paroi. L'intestin exposé n'est pas entouré d'un sac membraneux. Attribuez le code Q79.3 "Gastroschisis" pour le gastroschisis congénital.

Exercice 26.1

Codez les diagnostics et interventions qui suivent. N'attribuez pas les codes de cause externe.

1. Maladie rénale <u>polykystique</u> , type adulte	Q61.2
2. <u>Hypospadias</u> avec <u>chordée</u> congénitale.	Q54.4
Cure de l'hypospadias par repositionnement de l'urètre et <u>libération</u> de la chordée	0TSD0ZZ

(voie ouverte)	0VNS0ZZ
3. <u>Sténose</u> congénitale du pylore.	Q40.0
Dilatation endoscopique du pylore	0D778ZZ
4. <u>Luxation</u> congénitale bilatérale <u>de hanche</u> .	<u>Q65.1</u>
<u>Réduction</u> fermée de la luxation bilatérale de hanche par immobilisation au moyen d'un plâtre	0SS9XZZ 0SSBXZZ
5. Admission pour <u>insuffisance cardiaque</u> congestive d'un patient présentant une <u>communication interauriculaire</u> congénitale	<u>I50.9</u> Q21.1
6. <u>Cataracte</u> sous-capsulaire postérieure congénitale, œil gauche	Q12.0
7. 5 ^{ème} orteil <u>surnuméraire</u> au pied droit	Q69.2
8. <u>Membrane</u> œsophagienne avec <u>spasmes</u> de l'œsophage et <u>œsophagite</u> de reflux	<u>Q39.4</u> K22.4 K21.0
9. <u>Pouce</u> gauche <u>à ressort</u> (« trigger finger »), congénital.	<u>Q74.0</u>
<u>Ténolyse</u> de la gaine du tendon fléchisseur du pouce gauche, par voie ouverte ("release")	0LN80ZZ
10. <u>Kyste</u> de l'ouraque et <u>persistance</u> de l'ouraque	Q64.4
11. <u>Coarctation</u> thoraco-abdominale de l'aorte	Q25.1
12. <u>Hallux</u> rigidus gauche	M20.22
13. Syndrome de <u>Down</u>	Q90.9
14. <u>Pied bot</u> varus équin bilatéral congénital	Q66.0
15. <u>Fente</u> labio-palatine unilatérale, palais osseux et palais mou.	Q37.5
Correction de la fente labiale supérieure	0CQ00ZZ
16. Maladie <u>kystique</u> du poumon, congénitale	Q33.0
17. Tache de vin congénitale (<u>nævus</u> flammeus)	Q82.5
18. Large communication interauriculaire congénitale (CIA) et foramen ovale perméable (FOP).	Q21.1 02U53JZ
Réparation par insertion de prothèse synthétique au niveau du septum auriculaire par cathéter cardiaque pour renforcer le septum auriculaire ("supplement")	

1. INTRODUCTION

Les pathologies qui ne sont pas des anomalies et qui surviennent pendant la période périnatale sont classées dans les catégories P00 à P96 du chapitre 16 "Certain Conditions Originating in the Perinatal Period" du manuel de codage ICD-10-CM. La période périnatale est définie comme la période qui précède la naissance jusqu'à et y compris le 28^{ème} jour suivant la naissance.

2. LOCALISATION DES CODES DE PATHOLOGIES PÉRINATALES DANS L'INDEX ALPHABÉTIQUE

Les codes de pathologies périnatales se retrouvent sous le terme principal "Birth" dans la liste alphabétique ou sous le terme principal de la pathologie avec comme sous-terme "newborn", "neonatal", "fetal", "infants", ou "infantile". Si l'index alphabétique ne dispose d'aucun code spécifique pour une pathologie périnatale, on utilise le code P96.89 "Other specified conditions originating in the perinatal period", suivi du code d'un autre chapitre précisant la pathologie.

3. RÈGLES GÉNÉRALES POUR LES PATHOLOGIES PÉRINATALES

Les codes de ce chapitre ne sont jamais utilisés dans l'enregistrement de la mère. Inversement, les codes du chapitre 15 "Pregnancy, Childbirth, and the Puerperium" (O00-O9A) du manuel de codage ICD-10-CM ne sont jamais utilisés dans l'enregistrement de l'enfant.

En général, les codes de ce chapitre sont mentionnés comme diagnostic principal dans le dossier du nouveau-né, sauf pour le séjour de naissance lui-même où le code Z38 code est attribué en diagnostic principal.

Les codes d'autres chapitres peuvent être ajoutés comme diagnostics secondaires pour plus de détails.

Les règles de codage des pathologies périnatales comme diagnostic secondaire sont identiques aux règles générales de codage des diagnostics secondaires (voir chapitre 4 "Enregistrement du diagnostic et des interventions dans les DM-RHM" de ce manuel). Dans le séjour de naissance, des codes additionnels doivent être mentionnés pour toutes les pathologies dont le médecin affirme qu'elles peuvent avoir une incidence sur les besoins futurs en soins de santé, même si elles ne sont pas examinées ou traitées pendant le séjour. **Ne codez que les pathologies qui ont été définitivement diagnostiquées. Si ce n'est pas encore clair, utilisez un code de la section signes et symptômes.**

Il arrive parfois qu'un nouveau-né présente une pathologie qui peut être due à la fois au processus de naissance ou à des facteurs d'environnement. Si le dossier n'établit aucune distinction, il est présumé par défaut que la pathologie est due au processus de naissance et un code du chapitre 16 est utilisé. Lorsque la pathologie résulte de facteurs d'environnement (community acquired), les codes de ce chapitre ne sont pas d'application.

4. LIEN ENTRE L'ÂGE ET LES CODES

La plupart des pathologies qui apparaissent pendant la période périnatale sont de nature passagère, mais d'autres persistent et certaines ne se manifestent que plus tard dans la vie. Les pathologies de ce type sont classées à ce chapitre, indépendamment de l'âge du patient et peuvent être enregistrées tout au long de la vie, pour autant que cette pathologie soit encore pertinente.

Par exemple:

- Une dame de 53 ans est admise pour traitement d'un carcinome vaginal sur exposition intra-utérine au DES (diéthylstilbestrol) pris par sa mère au cours de la grossesse. Le code C52 "Malignant neoplasm of vagina" et le code P04.8 "Newborn affected by other maternal noxious substances" sont enregistrés parce que l'exposition intra-utérine est un élément important de la pathologie de cette patiente, même si le problème ne se présente que des années plus tard.
- Un homme de 18 ans est admis pour un début de difficultés respiratoires. La bronchoscopie révèle une dysplasie broncho-pulmonaire, qui est retenue comme diagnostic. Le code P27.1 "Bronchopulmonary dysplasia originating in the perinatal period" est attribué dans ce cas car la dysplasie broncho-pulmonaire est une maladie périnatale, même si elle ne se manifeste que plus tard dans la vie.

5. CLASSIFICATION DES NAISSANCES

Un code de la catégorie Z38 'Liveborn infants according to place of birth and type of delivery' est attribué en diagnostic principal à tout nouveau-né. Le premier axe de codage est le nombre de nouveau-nés: un, deux ou plus. Les codes précisent ensuite si la naissance a eu lieu à l'hôpital, en dehors de l'hôpital ou à un endroit précis. Si la naissance a eu lieu à l'hôpital, des caractères additionnels indiquent le type d'accouchement (par voie vaginale ou par césarienne).

Un code de cette catégorie est attribué uniquement dans l'enregistrement du nouveau-né et seulement pour le séjour au cours duquel la naissance a eu lieu. Si le nouveau-né quitte l'hôpital pour être ensuite réadmis ou transféré dans une autre institution, la pathologie responsable du transfert ou de la réadmission sera codée comme diagnostic principal pour ces séjours.

Par exemple:

- Un enfant né vivant à l'hôpital lors d'un accouchement par voie vaginale souffre d'hémorragie sous-durale suite à un traumatisme de naissance.
Z38.00 "Single liveborn infant, delivered vaginally"
P10.0 "Subdural hemorrhage due to birth injury"
- Si le bébé de l'exemple précédent quitte l'hôpital et est ensuite réadmis ou transféré dans un autre hôpital pour le traitement de l'hémorragie.
P10.0 "Subdural hemorrhage due to birth injury"
Aucun code de la catégorie Z38 n'est attribué.

Lorsqu'un enfant naît sur le chemin de l'hôpital puis est hospitalisé, le code Z38.1 "Single liveborn infant, born outside hospital" est mentionné comme diagnostic principal. En revanche, dans le cas où l'enfant est né en dehors de l'hôpital (p. ex. accouchement prévu à domicile), mais doit être hospitalisé par la suite en raison d'une pathologie précise, le code du motif de l'admission est attribué comme diagnostic principal et aucun code de la catégorie Z38 n'est utilisé.

6. AUTRES DIAGNOSTICS POUR LES NOUVEAU-NÉS

Un code de la catégorie Z38 indique uniquement qu'une naissance a eu lieu. Des codes additionnels sont utilisés pour toutes les pathologies cliniquement significatives notées lors de l'examen du nouveau-né. Une pathologie chez un nouveau-né est cliniquement significative lorsqu'elle a des implications pour les besoins de soins de santé futurs du patient, même si elle ne nécessite aucun examen ou traitement au cours de ce séjour. **Ceci est donc une exception aux règles générales de codage.**

Les pathologies passagères ou non significatives qui disparaissent sans traitement ne sont pas codées. Le dossier de patient du nouveau-né contient parfois des descriptions telles qu'une éruption cutanée, une déformation du crâne et un ictère mineur. Puisque ces pathologies disparaissent la plupart du temps sans traitement et ne nécessitent aucun examen complémentaire, elles ne sont pas codées.

Exemples:

- Le médecin documente une syndactylie et une hydrocèle comme diagnostic chez un nouveau-né lors du séjour de naissance. Même si aucun autre examen n'est réalisé et qu'aucun traitement n'est entamé pour ces pathologies pendant ce séjour hospitalier, toutes deux sont codées parce qu'elles exigeront un traitement dans le futur.
- Le médecin note un léger ictère dans le dossier du nouveau-né pendant le séjour de naissance. Aucun autre examen n'est pratiqué et l'ictère a disparu le jour suivant. L'ictère n'est pas codé sauf si le médecin indique qu'il est pertinent pour l'admission en cours.
- Le pédiatre mentionne dans le dossier du nouveau-né un souffle cardiaque bénin probablement dû à un canal artériel permanent ou à un foramen ovale. Il demande une consultation cardiaque et un échocardiogramme.
Q21.1 "Atrial septal defect"
Q25.0 "Patent ductus arteriosus"

7. PREMATURITÉ, FAIBLE POIDS DE NAISSANCE ET POST-MATURITÉ

Les nouveau-nés nés avant terme sont définis comme immatures ou comme prématurés en fonction du poids de naissance et de l'âge gestationnel et sont classés dans la catégorie P07 comme suit:

- Un poids de naissance extrêmement faible (P07.0- "Extremely low birth weight newborn") suppose un poids de naissance inférieur à 1.000 g.

- Un faible poids de naissance (P07.1- "Other low birth weight newborn") suppose un poids de naissance compris entre 1.000 et 2.499 g.
- L'immaturité extrême (P07.2- "Extreme immaturity of newborn") suppose un âge gestationnel inférieur à 28 semaines complètes (moins de 196 jours de grossesse complets).
- La naissance avant terme (P07.3- "Preterm newborn") suppose un âge gestationnel de 28 semaines complètes ou davantage, mais inférieur à 37 semaines complètes (196 jours complets, mais moins de 259 jours complets) de grossesse.

Lorsque le poids de naissance et l'âge gestationnel sont tous deux disponibles, il faut les coder tous les deux, le poids de naissance étant codé en premier suivi de l'âge gestationnel.

Les médecins appliquent différents critères pour conclure à la prématurité. Un code de prématurité est attribué uniquement lorsque le médecin l'a documenté.

Même lorsqu'un nouveau-né n'est pas prématuré, il peut être approprié d'attribuer un code de la catégorie P05 "Disorders of newborn related to slow fetal growth and fetal malnutrition". Le code attribué n'implique pas une prématurité, mais indique que le nouveau-né est plus petit par rapport aux attentes en fonction l'âge gestationnel ('small for dates'). Parfois, l'obstétricien mentionne dans le dossier de la mère une durée de grossesse différente de l'âge gestationnel noté par le pédiatre dans le dossier du nouveau-né. Lors du codage d'une pathologie chez un nouveau-né, on se basera sur l'âge gestationnel mentionné dans le dossier du médecin traitant (p. ex. le pédiatre) parce que des médecins différents (p. ex., obstétriciens et pédiatres) appliquent des critères différents pour déterminer le nombre de semaines de grossesse de la mère et l'âge gestationnel du nouveau-né.

Pour indiquer le poids de naissance, un 5^{ème} caractère est attribué aux codes de nouveau-né à faible poids de naissance (P07.0-"Extremely low birth weight newborn", P07.1-"Other low birth weight newborn"), de nouveau-né léger par rapport à l'âge gestationnel (P05.0- "Newborn light for gestational age") et de nouveau-né petit par rapport à l'âge gestationnel (P05.1- "Newborn small for gestational age"). Notez que l'indication d'un poids de naissance au moyen du 5^{ème} caractère doit être raisonnablement cohérente avec le code à quatre caractères auquel elle s'applique. Un faible poids à la naissance est souvent observé chez les enfants nés avant terme (moins de 37 semaines), mais un enfant né à terme peut également peser plus de 2500 g, mais avoir quand même un poids à la naissance inférieur à celui prévu. Utilisez le code P05.09 'Newborn light for gestational age, 2500 grams and over' pour les enfants dont le poids à la naissance est inférieur à celui prévu, mais qui pèsent tout de même plus de 2 500 g. Le code P05.19 'Newborn small for gestational age, other' doit être utilisé pour un enfant petit pour son âge gestationnel, mais pesant quand même plus de 2 500 g.

L'attribution de codes des catégories P05 "Disorders of newborn related to slow fetal growth and fetal malnutrition" et P07 "Disorders of newborn related to short gestation and low birth weight, not elsewhere classified", doit se fonder sur le poids de naissance noté et l'âge gestationnel estimé.

Par exemple, un enfant né dans l'hôpital A à un âge gestationnel de 34 semaines et transféré dans l'hôpital B après 14 jours pour examen complémentaire d'une anomalie congénitale, peut toujours se voir attribuer un

code de prématurité comme diagnostic secondaire. Le 5^{ème} caractère de ces codes est toujours basé sur le poids de naissance et non sur le poids de l'enfant au moment du transfert ou de la réadmission.

Par exemple:

Un bébé de 12 mois né avant terme est admis pour bronchiolite aiguë sur infection par le virus respiratoire syncytial (RSV). Le médecin mentionne dans son diagnostic " bronchiolite aiguë à RSV, ex-prématuré à 26 semaines".

J21.0 "Acute bronchiolitis due to respiratory syncytial virus"

P07.25 "Extreme immaturity of newborn, gestational age 26 completed weeks"

Comme mentionné ci-dessus, les codes de ce chapitre peuvent être utilisés à tout âge pour autant que l'origine de la pathologie remonte à la période périnatale et persiste tout au long de la vie du patient. De plus, les codes de la catégorie P07 "Disorders of newborn related to short gestation and low birth weight, not elsewhere classified" peuvent être utilisés pour des enfants et pour des adultes si le médecin indique que la prématurité et l'âge gestationnel sont des éléments importants qui influencent l'état de santé actuel du patient.

La naissance après terme est définie comme une durée de gestation de plus de 40 semaines complètes jusqu'à 42 semaines complètes. La gestation prolongée ou post-maturité est définie comme une durée de gestation supérieure à 42 semaines complètes. Un code de post-maturité est attribué uniquement si le médecin l'a documenté. La catégorie P08 "Disorders of newborn related to long gestation and high birth weight" classe les gestations prolongées et/ou les poids de naissance élevés comme suit :

P08.0 Exceptionally large newborn baby (usually implies weight of 4.500 grams or more)

P08.1 Other heavy for gestational age newborn (heavy- of large-for-dates newborns, regardless of period of gestation)

P08.21 Post-term newborn

P08.22 Prolonged gestation of newborn

Les codes P08.21 "Post-term newborn" et P08.22 "Prolonged gestation of newborn" sont attribués uniquement sur la base de l'âge gestationnel du nouveau-né. Aucune pathologie ou maladie spécifique ne doit être associée à la durée de gestation prolongée pour pouvoir attribuer ces codes.

8. DÉTRESSE FOETALE ET ASPHYXIE

La détresse fœtale ("fetal distress") peut se définir comme un ensemble de signes indicateurs d'une réponse critique à un stress. Ceci implique des anomalies métaboliques telles que l'hypoxie et l'acidose qui peuvent affecter temporairement ou de façon permanente le fonctionnement des organes vitaux, avec parfois une issue fatale.

ICD-10-CM dispose de différents codes pour la détresse fœtale en fonction de la pathologie spécifique, comme suit:

P84 Other problems with newborn

Includes the following conditions in newborns without further specification:

Acidemia, acidosis, anoxia, asphyxia, hypercapnia, hypoxemia, hypoxie, and mixed metabolic and respiratory acidosis

- P19.0 Metabolic acidemia in newborn first noted before onset of labor
- P19.1 Metabolic acidemia in newborn first noted during labor
- P19.2 Metabolic acidemia noted at birth
- P19.9 Metabolic acidemia, unspecified

La catégorie P84 contient les pathologies suivantes (sans autre précision): acidémie, acidose, anoxie, asphyxie, hypercapnie, hypoxémie, hypoxie et acidose mixte métabolique et respiratoire.

L'asphyxie (besoin d'oxygène) est une diminution de l'apport d'oxygène au corps ou à un organe avec accumulation de CO₂. L'asphyxie de naissance survient lorsqu'un enfant reçoit insuffisamment d'oxygène avant, pendant ou juste après la naissance, ce qui entraîne une diminution de la fréquence cardiaque, du flux sanguin et de la pression artérielle pouvant causer des dommages aux cellules et aux organes. Si la durée de l'asphyxie est brève, ceci n'entraînera pas de lésion permanente. Si la durée de l'asphyxie est de plus longue durée, elle peut conduire à des dommages réversibles voire irréversibles selon la durée de l'asphyxie. L'asphyxie de naissance est enregistrée au moyen du code P84 'Other problems with newborn'.

Les codes pour l'encéphalopathie hypoxique ischémique (HIE) établissent la distinction entre les différentes formes: légère (P91.61), modérée (P91.62), sévère (P91.63) et non spécifiée (P91.60). Si une HIE est présente et qu'elle résulte d'une autre pathologie; utilisez le code P91.811 'Neonatal encephalopathy in diseases classified elsewhere'. Commencez par coder la cause de l'HIE. Si l'HIE est la conséquence d'une lésion cérébrale ischémique hypoxique, utilisez le code approprié de la sous-catégorie P91.6 P91.6 'Hypoxic ischemic encephalopathy' au lieu du code P91.811. Si aucune information supplémentaire n'est disponible, utilisez le code P91.819 'Unspecified neonatal encephalopathy'.

Les codes de détresse fœtale ou d'anomalie de la fréquence ou du rythme cardiaque sont enregistrés chez le nouveau-né uniquement lorsque la pathologie est spécifiquement mentionnée par le médecin. Ces codes ne sont jamais attribués sur la base d'autres informations dans le dossier.

9. ASPIRATION FOETALE ET NÉONATALE

La catégorie P24, "Neonatal aspiration", décrit l'aspiration de méconium et d'autres types d'aspiration fœtale en fonction des sous-catégories suivantes:

- P24.0- Meconium aspiration
- P24.1- Neonatal aspiration of (clear) amniotic fluid and mucus
- P24.2- Neonatal aspiration of blood
- P24.3- Neonatal aspiration of milk and regurgitated food
- P24.8- Other neonatal aspiration
- P24.9 Neonatal aspiration, unspecified

Les sous-catégories P24.0 à P24.8 disposent d'un 5^{ème} caractère additionnel pour indiquer la présence ou l'absence de symptômes respiratoires. Le cas échéant, un code complémentaire I27.2 "Other secondary pulmonary hypertension" sera utilisé pour identifier une hypertension pulmonaire secondaire.

L'aspiration de méconium chez les nouveau-nés se produit lorsque le fœtus cherche à respirer alors qu'il se trouve encore dans le canal génital et inhale ainsi du liquide amniotique, vaginal ou oro-pharyngé contenant du méconium. Bien que le syndrome d'aspiration méconiale et l'aspiration méconiale massive soient deux pathologies différentes à présentation clinique et évolution similaires, le même code P24.01 "Meconium aspiration with respiratory symptoms" est utilisé pour les deux. Le code P96.83 "Meconium staining" wordt est attribué pour la coloration du liquide amniotique par le méconium.

L'iléus méconial et le syndrome de bouchon méconial sont des pathologies transitoires du nouveau-né où le passage du méconium dans le côlon est retardé, entraînant une dilatation intestinale. Tous deux sont codés P76.0, "Meconium plug syndrome", excepté lorsqu'il s'agit d'un iléus méconial de la fibrose kystique (mucoviscidose), qui est codé E84.11 "Meconium ileus in cystic fibrosis". Le code P03.82 "Meconium passage during delivery" est attribué pour l'élimination de méconium (sans aspiration) lors de la naissance.

10. MALADIES HÉMOLYTIQUES DU NOUVEAU-NÉ

Les enfants nés de mère à Rhésus (Rh) négatif peuvent développer une maladie hémolytique en raison de l'incompatibilité sanguine entre la mère et l'enfant. Ces pathologies sont classées dans la catégorie P55 "Hemolytic disease of newborn". Notez qu'une incompatibilité observée lors d'un test de routine de sang de cordon n'est pas concluante. N'attribuez jamais un code de cette catégorie sur la seule base des résultats d'un tel test; le diagnostic d'iso-immunisation ou de maladie hémolytique doit être confirmé par le médecin.

11. ENTÉROCOLITE NÉCROSANTE

L'entérocolite nécrosante (NEC) est une pathologie gastro-intestinale sévère, caractérisée par des lésions de l'intestin, une rupture de la muqueuse intestinale associée à une alimentation entérale, à des agents infectieux pathogènes et à une réponse immunitaire immature. Il s'agit d'une cause majeure de morbidité et mortalité chez les prématurés. ICD-10-CM classe cette entérocolite nécrosante en 3 stades.

12. LEUCOMALACIE CÉRÉBRALE NÉONATALE

La leucomalacie périventriculaire, aussi connue sous le nom de leucomalacie cérébrale néonatale (P91.2), survient avec une fréquence accrue chez les enfants à très petit poids de naissance. Elle fait référence à une nécrose de la substance blanche adjacente aux ventricules latéraux avec formation de kyste ; c'est un facteur de risque majeur d'infirmité motrice cérébrale et d'autres troubles neurologiques. Cette pathologie est souvent associée à des hémorragies intraventriculaires sévères, mais elle n'en est pas nécessairement la cause. Un code additionnel (P52.0, P52.1, P52.21, P52.22, P52.3) est rapporté quand une hémorragie intraventriculaire est associée à la leucomalacie périventriculaire.

13. TROUBLES DE LA FONCTION GASTRIQUE ET PROBLÈMES ALIMENTAIRES

ICD-10-CM prévoit une catégorie distincte pour les vomissements alimentaires et bilieux, les troubles de croissance ("failure to thrive") et les autres problèmes alimentaires du nouveau-né jusqu'à l'âge de 28 jours révolus. Ces codes sont utilisés chez les nouveau-nés qui présentent des problèmes alimentaires non spécifiés (P92.9), des vomissements bilieux (P92.01), d'autres vomissements (P92.09), des régurgitations et ruminations (P92.1), une alimentation lente (P92.2), une sous-alimentation (P92.3), une suralimentation (P92.4), une difficulté à se nourrir au sein (P92.5), des troubles de croissance (P92.6) et d'autres problèmes alimentaires.

Les notes d'exclusion pour la catégorie P92 indiquent que ces codes peuvent uniquement être attribués jusqu'au 28^{ème} jour de vie. Par exemple :

Un bébé de 10 jours est hospitalisé pour des problèmes alimentaires.

P92.9, "Feeding problems of newborn, unspecified"

14. NOUVEAU-NÉS OU FOETUS PRÉSENTANT UNE PATHOLOGIE DUE À UNE PATHOLOGIE CHEZ LA MÈRE

Les codes des catégories P00 à P04 "Newborn affected by maternal factors and by complications of pregnancy, labor, and delivery" sont également utilisés pour enregistrer une pathologie périnatale causée par une pathologie chez la mère.

P00 Newborn affected by maternal conditions that may be unrelated to present pregnancy

P01 Newborn affected by maternal complications of pregnancy

P02 Newborn affected by complications of placenta, cord and membranes

P03 Newborn affected by other complications of labor and delivery

P04 Newborn affected by noxious substances transmitted via placenta or breast milk

Ces codes peuvent uniquement être utilisés lorsqu'une pathologie liée à une pathologie maternelle est effectivement présente chez le nouveau-né et non sur la seule base du fait que la mère présente ce type de pathologie.

Exemples:

- Une mère diabétique accouche par césarienne d'un enfant vivant né à terme.
Z38.01 "Single liveborn infant, delivered by cesarean"
Aucun code de la série P00-P04 n'est attribué parce que le dossier ne mentionne aucun problème chez le nouveau-né.
- Un nouveau-né est hospitalisé après un accouchement par césarienne avec un diagnostic d'hypermagnésémie. Le médecin mentionne que le nouveau-né a développé une hypermagnésémie suite au traitement de la mère par sulfate de magnésium pour éclampsie juste avant l'accouchement
Z38.01 "Single liveborn infant, delivered by cesarean"

P71.8 "Other transitory neonatal disorders of calcium and magnesium metabolism"

P04.18 "Newborn affected by other maternal medication"

Lorsque les nouveau-nés présentent des symptômes de sevrage parce que la mère a consommé des drogues pendant la grossesse, un code de la sous-catégorie P04.4 doit être attribué, de même que le code P96.1 "Symptômes de sevrage néonatal dus à la consommation maternelle de drogues ou à la toxicomanie". Les deux codes sont nécessaires pour indiquer que le nouveau-né présente des symptômes de sevrage, d'une part, et pour préciser les médicaments que la mère a pris, d'autre part.

- Le nouveau-né montre des signes de sevrage à la cocaïne, prise par la mère pendant la grossesse. Utiliser les codes P04.41 'Neonatal affected by maternal use of cocaine' en P96.1 'Neonatal withdrawal symptoms from maternal use of drugs of addiction'..

Quand un bébé présente une pathologie spécifique résultant d'une pathologie maternelle et qu'il existe un code périnatal spécifique incluant l'origine maternelle de la pathologie, le code spécifique de cette pathologie est attribué au lieu d'un code des catégories P00-P04.

Par exemple, les enfants nés de mère diabétique présentent parfois une anomalie transitoire du taux de glucose (hypoglycémie), qui est codée P70.1 "Syndrome of infant of diabetic mother". D'autres présentent un diabète transitoire (hyperglycémie), appelé aussi pseudodiabète, qui est codé P70.2 "Neonatal diabetes mellitus". Lorsque la pathologie fœtale ou néonatale donne lieu à une hospitalisation ou à d'autres soins obstétricaux de la mère, les codes O35.- "Maternal care for known or suspected fetal abnormality and damage" et O36.-- "Maternal care for other fetal problems" sont attribués dans le dossier de la mère.

15. INFECTIONS APPARUES LORS DE LA PÉRIODE PÉRINATALE

Différentes infections propres à la période périnatale sont classées dans le chapitre 16 "Certain Conditions Originating in the Perinatal Period (P00-P96)" du manuel de codage ICD-10-CM lorsqu'elles sont acquises avant la naissance, via le cordon ombilical (comme la rubéole), ou durant la naissance (comme l'herpès simplex). Les codes se retrouvent en se référant au terme principal de l'infection, puis en examinant les sous-termes qui évoquent le fœtus ou le nouveau-né tels que "neonatal", "newborn", "congenital", "perinatal", ou "maternal". Certaines infections périnatales (par exemple, syphilis congénitale) sont toutefois classées dans le chapitre 1 "Certain Infectious and Parasitic Diseases" du manuel de codage ICD-10-CM.

Les infections qui surviennent après la naissance et endéans les 28 jours de la période périnatale peuvent ou non être classées dans le chapitre 16 du manuel de codage ICD-10-CM. Si une infection ne se manifeste qu'une semaine ou plus après la naissance, il faut examiner le dossier pour vérifier si l'infection résulte de l'exposition à une infection dans le milieu de vie de l'enfant plutôt que d'une infection congénitale.

Une septicémie chez un nouveau-né est rapportée au moyen d'un code de la catégorie P36 "Bacterial sepsis of newborn". Si un code de la catégorie P36 comprend le germe causal, aucun code complémentaire de la catégorie B95 "Streptococcus, Staphylococcus, and Enterococcus as the cause of diseases classified

elsewhere" ou B96 "Other bacterial agents as the cause of diseases classified elsewhere" n'est attribué. Si le code P36 ne comprend pas le germe causal, on utilise alors un code complémentaire de la catégorie B96. Le cas échéant, utilisez des codes complémentaires pour identifier une septicémie sévère (R65.2-) et toute dysfonction aiguë d'organe associée, comme par exemple une insuffisance respiratoire aiguë (P28.5).

Les tests ELISA ou Western blot sont souvent positifs chez les nouveau-nés de mères positives au VIH. Ce résultat reflète surtout le statut d'anticorps de la mère plutôt que celui du nouveau-né. Le code R75 "Inconclusive laboratory evidence of human immunodeficiency virus (HIV)" est attribué dans ce cas chez le nouveau-né parce que les anticorps VIH peuvent se transmettre au nouveau-né via le placenta et y subsister jusqu'à 18 mois, avec en corollaire un résultat de test faussement positif du bébé. Les anticorps peuvent disparaître plus tard chez le nouveau-né, démontrant qu'aucune infection au VIH n'a jamais été présente.

16. INTERVENTIONS CHIRURGICALES SUR LA MÈRE ET LE FOETUS

ICD-10-CM prévoit différents codes pour enregistrer les nouveau-nés affectés par une amniocentèse, une intervention in utero, une chirurgie de la mère pendant la grossesse et d'autres facteurs maternels non liés à la grossesse actuelle. Ces codes sont uniquement attribués au nouveau-né. Si les soins obstétricaux sont impactés par des complications de la chirurgie in utero, le code approprié de la sous-catégorie O35.7 "Maternal care for (suspected) damage to fetus by other medical procedures", est attribué dans le dossier de la mère. Les codes obstétricaux du chapitre 15 "Pregnancy, Childbirth, and the Puerperium (O00-O9A)" du manuel de codage ICD-10-CM ne seront jamais utilisés dans le dossier du nouveau-né.

Les codes spécifiques pour les nouveau-nés affectés par les pathologies ci-dessus sont les suivants :

P00.7 "Newborn affected by other medical procedures on mother, not elsewhere classified"

P00.6 "Newborn affected by surgical procedure on mother"

17. TROUBLES ENDOCRINIENS ET MÉTABOLIQUES SPÉCIFIQUES AUX FOETUS ET AUX NOUVEAU-NÉS

ICD-10-CM prévoit des codes pour l'acidose néonatale et d'autres troubles endocriniens et métaboliques du nouveau-né. ICD-10-CM classe les troubles endocriniens et métaboliques transitoires du nouveau-né dans les catégories P70 à P74 "Transitory endocrine and metabolic disorders specific to newborn". Cette série de codes comprend les troubles endocriniens et métaboliques temporaires causés par la réaction de l'enfant aux troubles endocriniens et métaboliques de la mère et son adaptation à l'environnement extra-utérin.

18. COLIQUE INFANTILE

Le code R10.83 "Colic" est utilisé pour la colique infantile. Le code R10.84 "Generalized abdominal pain" s'utilise pour les crampes intestinales chez l'adulte ou l'enfant de plus de 12 mois.

19. Apparent life-threatening event [ALTE]

L'événement apparemment mortel (ALTE, Apparent Life Threatening Event) fait référence à un épisode caractérisé par les signes suivants: apnée, cyanose, modification du tonus musculaire et/ou suffocation ou

nausées. Il était autrefois considéré comme un quasi-syndrome de mort subite du nourrisson ("sudden infant death syndrome" - SIDS) ou mort subite avortée, mais ces termes ne peuvent plus être utilisés parce qu'ils supposent une association entre ALTE et SIDS. Le code R68.13 "Apparent life threatening event in infant" est utilisé pour un ALTE chez le nouveau-né ou le bébé.

Puisque les épisodes d'ALTE peuvent se manifester sous différentes formes, les signes et symptômes seront codés comme diagnostic secondaire dans les circonstances suivantes:

- Quand aucun diagnostic confirmé ou cause identifiable de l'ALTE n'est établi ou
- Quand les signes et symptômes ne sont habituellement pas associés à la cause confirmée de l'ALTE ou
- Quand l'enregistrement des signes et symptômes fournit un complément d'information concernant la cause de l'ALTE

20. OBSERVATION ET EVALUATION POUR NEWBORN IMPLICITE CONDITIONS QUI NE PEUT ÊTRE ÉTABLI

Voir chapitre 12 des codes Z de ce manuel.

EXERCICES 27.1

Codez les diagnostics et interventions qui suivent tels qu'ils doivent être enregistrés dans le dossier de séjour du nouveau-né. Partez de l'hypothèse que tous les enfants sont nés à l'hôpital par voie vaginale, sauf mention contraire.

1. Garçon né à terme par césarienne avec maladie hémolytique sur iso-immunisation ABO	Z38.01 P55.1
2. Naissance à terme d'un enfant vivant, par voie vaginale	Z38.00
Ictère néonatal	P59.9
3. Accouchement normal spontané par voie vaginale, à terme, d'une fille	Z38.00
Subluxation congénitale de la hanche gauche	Q65.32
4. Garçon nouveau-né prématuré (33 semaines de gestation, 1.400 g) atteint de maladie de la membrane hyaline	Z38.00 P07.15 P07.32 P22.0
5. Garçon vivant né à terme par césarienne avec hypoglycémie néonatale	Z38.01 P70.4
6. Enfant vivant né à terme avec retard de croissance intra-utérin	Z38.00

	P05.9
7. Garçon nouveau-né prématuré vivant (27 semaines de gestation, 1.850 g), présentant un syndrome de sevrage suite à l'héroïnomanie de sa mère	Z38.00 P07.17 P07.26 P04.49 P96.1
8. Naissance à terme de jumeaux avec fracture de la clavicule gauche pendant la naissance	Z38.30+ P13.4
9. Enfant de 5 ans atteint de paralysie d'Erb secondaire à un traumatisme de naissance	P14.0
10. Enfant transféré d'une autre institution, avec maladie hémolytique sur iso-immunisation Rh. Une seule séance de photothérapie cutanée est appliquée.	P55.0 6A600ZZ
11. Un patient né dans un hôpital général avec érythroblastose fœtale sur iso-immunisation ABO est transféré immédiatement après la naissance dans l'unité de soins intensifs d'un hôpital universitaire pour la suite des soins. a. Codes pour l'hôpital général b. Codes pour l'hôpital universitaire	Z38.00 P55.1 P55.1
12. Naissance normale d'un garçon par césarienne parce qu'une acidémie fœtale a été décelée tôt pendant le travail. L'enfant souffre également de détresse fœtale sur compression du cordon.	Z38.01 P19.1 P02.5
13. Enfant né sur la route de l'hôpital et admis directement en unité néonatale. L'enfant souffre d'anémie par perte de sang aiguë depuis le cordon ombilical.	Z38.1 P61.3 P51.9
14. Naissance à terme avec septicémie sévère suite à une infection à E. Coli sur amnionite	Z38.00 P36.4 P02.7 R65.20

15. Naissance à terme avec syndrome d'aspiration méconiale sur travail prolongé stade 1. Deux tours de cordon autour du cou de l'enfant.	Z38.00
	P24.01
	P03.89
	P02.5
16. Garçon vivant né à terme avec paralysie faciale partielle	Z38.00
	P11.3
17. Enfant prématuré (25 semaines, 1.300 g) transféré d'un hôpital général en service NIC d'un hôpital universitaire pour surveillance de la prise de poids avec diagnostic de "slow feeding"	P92.2
	P07.15
	P07.24
18. Accouchement de jumeaux par voie vaginale, le 1 ^{er} né sur le parking de l'hôpital, le 2 ^{ème} né après l'admission de la mère	#1: Z38.30
	#2: Z38.4
19. Enfant né à terme à l'hôpital avec trait d'anémie falciforme	Z38.00
	D57.3

Chapitre 28:

MALADIES DU SYSTÈME CIRCULATOIRE

PARTIE 1 : DIAGNOSTICS CONCERNANT LE SYSTEME CIRCULATOIRE

1. INTRODUCTION

Le chapitre 9 du livre de codes "Diseases of the Circulatory System" (I00-I99) d'ICD-10-CM classe les affections circulatoires, excepté celles qui ont été classées au chapitre 15 "Pregnancy, Childbirth, and the Puerperium" (O00-O9A) ou au chapitre 17 "Congenital malformations, deformations, and chromosomal abnormalities" (Q00- Q99).

Ce chapitre couvre une grande variété de pathologies ; beaucoup d'entre elles sont habituellement rencontrées chez les patients admis dans les hôpitaux aigus. Etant donné qu'elles sont complexes et interdépendantes, il est particulièrement important que le codeur soit attentif à toutes les notes d'instruction.

2. MALADIE CARDIAQUE RHUMATISMALE

La maladie cardiaque rhumatismale est le résultat d'une infection à streptocoque hémolytique du groupe A. Le rhumatisme articulaire est classé dans ICD-10-CM selon la présence ou pas de pathologie cardiaque rhumatismale. Le premier axe distingue le côté aigu (I00 – I02) ou inactif (quiescent) (I05-I09) du rhumatisme articulaire et le second axe détermine la présence ou pas d'atteinte cardiaque.

La maladie cardiaque rhumatismale chronique comprend la maladie cardiaque résultant d'une infection rhumatismale active antérieure.

Les valves cardiaques sont le plus souvent atteintes. ICD-10-CM présume que certaines maladies valvulaires mitrales d'étiologie non spécifiée sont d'origine rhumatismale. Lorsque le relevé diagnostique comprend plus d'une pathologie touchant la valve mitrale et que l'une d'entre elles est suspectée être d'origine rhumatismale, toutes sont classées comme rhumatismales.

Par exemple :

Sténose mitrale	I05.0 "Rheumatic mitral stenosis"
Insuffisance mitrale	I34.0 "Nonrheumatic mitral (valve) insufficiency"
Insuffisance et sténose mitrale	I05.2 "Rheumatic mitral stenosis with insufficiency"

Dans ces exemples, la sténose de la valve mitrale est supposée comme étant d'origine rhumatismale, mais pas l'insuffisance de la valve mitrale. Dans le 3^{ème} exemple, le code combiné suppose que les deux affections sont d'origine rhumatismale puisque la sténose est présumée rhumatismale.

L'ICD-10-CM présume qu'une affection touchant les valves mitrale et aortique est d'origine rhumatismale. Sinon, la maladie aortique est classée comme rhumatismale uniquement si c'est indiqué comme tel.

Par exemple :

Insuffisance aortique	I35.1 "Nonrheumatic aortic (valve) insufficiency"
Insuffisances mitrale et aortique	I08.0 "Rheumatic disorders of both mitral and aortic valves"
Sténose aortique	I35.0 "Nonrheumatic aortic (valve) stenosis"
Sténose aortique rhumatismale	I06.0 "Rheumatic aortic stenosis"
Sténose mitrale et sténose aortique	I08.0 "Rheumatic disorders of both mitral and aortic valves"

ICD-10-CM présume qu'une insuffisance et sténose de valve touchant plusieurs valves est d'origine rhumatismale.

Par exemple :

Sténose mitrale, insuffisances aortique et tricuspide
I08.3 "Combined rheumatic disorders of mitral, aortic and tricuspid valves"
Insuffisances mitrale, aortique, tricuspide et pulmonaire
"I08.8 Other rheumatic multiple valve diseases"

Un diagnostic d'insuffisance cardiaque chez un patient atteint de maladie cardiaque rhumatismale est enregistré à l'aide du code I09.81 "Rheumatic heart failure", si le médecin lie les deux pathologies. Un code complémentaire de la catégorie I50 "Heart failure" est attribué pour identifier le type d'insuffisance cardiaque.

Exemples:

- Insuffisance cardiaque congestive de stade terminal sur maladie cardiaque rhumatismale et cardiomyopathie dilatée, avec insuffisance valvulaire mitrale
I09.81 "Rheumatic heart failure"
I50.9 "Heart failure, unspecified"
I42.0 "Dilated cardiomyopathy"
I05.1 "Rheumatic mitral insufficiency"
- Insuffisance cardiaque congestive, régurgitation valvulaire mitrale sévère, régurgitation valvulaire tricuspide et statut de remplacement de valve sur sténose valvulaire aortique
I50.9 "Heart failure, unspecified"
I08.1 "Rheumatic disorders of both mitral and tricuspid valves"
Z95.2 "Presence of prosthetic heart valve"

EXERCICE 28.1

Codez les diagnostics qui suivent:

1 Régurgitation mitrale	I34.0
2 Sténose valvulaire mitrale avec insuffisance cardiaque congestive	I05.0 I50.9
3 Sténose mitrale sévère et insuffisance aortique légère	I08.0
4 Insuffisances aortique et mitrale Fibrillation auriculaire persistante	I08.0 I48.1
5 Insuffisance mitrale congénitale	Q23.3
6 Insuffisance valvulaire mitrale avec régurgitation aortique	I08.0
7 Insuffisances valvulaires mitrale et aortique chroniques, avec insuffisance cardiaque congestive aiguë sur maladie cardiaque rhumatismale	I08.0 I09.81 I50.9

3. MALADIES CARDIAQUES ISCHEMIQUES

La maladie cardiaque (cardiopathie) ischémique est un terme général pour bon nombre de pathologies affectant le myocarde causées par une diminution de l'apport sanguin au cœur en raison d'une insuffisance coronarienne. L'insuffisance est habituellement provoquée par des dépôts de matériel athéromateux dans les régions épicaudiques d'une artère coronaire, qui obstruent progressivement ses branches au point que la lumière des artères devient partiellement ou complètement occluse. Les autres termes habituels pour maladie cardiaque ischémique sont : maladie cardiaque artériosclérotique, ischémie coronarienne, maladie artérielle coronarienne et artériosclérose coronarienne (athérosclérose).

Les maladies ischémiques myocardiques sont classées dans les catégories I20 à I25 comme suit :

I20 Angina pectoris

I21 Acute myocardial infarction

I22 Subsequent ST elevation (STEMI) and non-ST elevation (NSTEMI) myocardial infarction

I23 Certain current complications following ST elevation (STEMI) and non-ST elevation (NSTEMI) myocardial infarction (within the 28 day period)

I24 Other acute ischemic heart diseases

I25 Chronic ischemic heart disease

Un code supplémentaire est utilisé pour identifier l'hypertension (I10-I16) quand elle est présente.

3.1. Angine de poitrine

L'angine de poitrine (catégorie I20) est une manifestation précoce de la cardiopathie ischémique, bien que dans de rares cas, elle résulte d'anomalies congénitales des artères coronaires ou de pathologies telles qu'une sténose aortique, une insuffisance valvulaire, une syphilis aortique ou un phénomène de Raynaud.

Elle est caractérisée par une douleur thoracique (habituellement perçue par le patient comme une sensation de resserrement, d'oppression, de compression, d'étouffement ou de brûlure), par des phénomènes de brûlures d'estomac ou de gaz, ou par un inconfort mal défini. La douleur est similaire à celle d'un angor instable, mais elle est moins sévère, plus facile à contrôler et habituellement soulagée de manière prévisible par le repos ou l'administration de dérivés nitrés.

L'angor peut être provoqué par toute activité ou situation qui augmente les besoins en oxygène du myocarde, comme l'exercice, la marche dans le vent, le temps froid, la consommation d'un grand repas, le stress émotionnel ou l'élévation de la pression sanguine. L'angor peut aussi se produire même quand le patient est au repos, sans stimulation apparente, comme pendant la nuit. Cette affection se nomme angor nocturne ou de décubitus et est classée sous le code I20.8 "Other forms of angina pectoris".

Une variante, qui survient aussi au repos, est connue sous le nom de "Angor de Prinzmetal". L'angor décrit comme angiospastique, de Prinzmetal ou spastique, est enregistré à l'aide du code I20.1 "Angina pectoris with documented spasm".

Le code I20.8 "Other forms of angina pectoris" comprend l'angor stable, l'équivalent angoreux, l'angor d'effort et la sténocardie.

Un ou plusieurs codes supplémentaires sont attribués pour les symptômes associées à l'équivalent angoreux.

Dans l'environnement actuel des soins de santé, il est peu probable qu'un patient soit admis à l'hôpital pour le traitement d'un angor stable, excepté si le but est une mise au point diagnostique pour déterminer la cause sous-jacente. Dans ce cas, il faut enregistrer le code combiné I25.1- pour l'angor avec la maladie cardiaque athérosclérotique comme diagnostic principal quand la maladie athérosclérotique est la cause sous-jacente.

Le code I20.0 "unstable angina" comprend les pathologies décrites comme angor accéléré, angor crescendo, angor d'effort de novo, syndrome coronarien intermédiaire, angor pré-infarctus ou angor d'effort s'aggravant. Ces pathologies surviennent lors d'un effort moindre que dans l'angine de poitrine ; la douleur est plus sévère et cède moins facilement aux dérivés nitrés. Sans traitement, l'angor instable progresse souvent vers l'infarctus aigu du myocarde.

Le code I20.0 est mentionné comme diagnostic principal uniquement lorsque la pathologie sous-jacente n'est pas identifiée et qu'il n'y a pas d'intervention. Les patients souffrant d'athérosclérose coronarienne sévère et d'angor instable peuvent être admis pour pontage coronarien ou angioplastie coronarienne percutanée afin d'éviter l'évolution vers l'infarctus. Dans ces cas, le code combiné I25.110 "Atherosclerotic heart disease of native coronary artery with unstable angina pectoris" est mentionné comme diagnostic principal.

Exemples:

- Un patient est admis pour angor instable et subit un cathétérisme cardiaque droit et gauche, qui montre une athérosclérose coronarienne. Un pontage coronarien est conseillé mais le patient éprouve le besoin de réfléchir quelque temps et d'en discuter avec sa famille.
I25.110 "Atherosclerotic heart disease of native coronary artery with unstable angina pectoris" est le diagnostic principal pour cette admission.
- Une patiente avec antécédent d'infarctus du myocarde 5 ans auparavant est admise pour angor instable. Elle est traitée par dérivés nitrés intraveineux et l'angor cesse à la fin du premier jour d'hospitalisation. Aucune complication n'est notée et aucune mise au point diagnostique complémentaire n'est réalisée.
I20.0 "Unstable angina"
I25.2 "Old myocardial infarction"

EXERCICE 28.2

Codez les diagnostics et interventions qui suivent :

1 Angor crescendo sur athérosclérose coronarienne	I25.110
Cathétérisme cardiaque droit et gauche, percutané	4A023N8
2 Angine de poitrine avec hypertension essentielle	I20.9
	I10

3.2. Infarctus du myocarde

L'American College of Cardiology et l'American Heart Association classent les infarctus aigus du myocarde (AMI) en 5 types (tableau 28.1). Quand il n'y a pas d'information sur le type d'AMI, le type 1 est attribué par défaut.

Tableau 28.1 : Classification des AMI

Type 1: Spontaneous myocardial infarction due to a primary coronary event like plaque rupture.

Type 2: Myocardial infarction secondary to an ischemic imbalance as in coronary vasospasm, anemia or hypotension

Type 3: Myocardial infarction resulting in death when biomarker values are unavailable

Type 4a: Myocardial infarction related to percutaneous coronary intervention (PCI)

Type 4b: Myocardial infarction related to stent thrombosis

Type 4c: Myocardial infarction due to restenosis greater than or equal to 50% after an initially successful PCI

Type 5: Myocardial infarction related to coronary artery bypass grafting (CABG)

AHA cc 2017 Q4

Un infarctus du myocarde spontané de type 1 (T1MI) est une pathologie ischémique aiguë qui apparaît habituellement à la suite d'une ischémie myocardique prolongée. Elle est habituellement précipitée par une thrombose coronarienne occlusive au niveau d'un site où existait déjà une sténose artériosclérotique. Bien que la maladie cardiaque ischémique soit une pathologie progressive, elle est souvent silencieuse pendant de longues périodes sans aucune manifestation clinique, et peut alors apparaître soudainement sous une forme aiguë sans aucun symptôme préalable.

Un infarctus du myocarde, d'une durée de 4 semaines ou moins, est classé "Acute myocardial infarction", avec un 4^{ème} caractère indiquant la paroi atteinte (comme la paroi antérolatérale ou inférieure) pour les infarctus STEMI.

Ceci vaut également pour les transferts entre hôpitaux et les réadmissions.

Les codes I21.0- à I21.2- ont également un 5^{ème} caractère pour indiquer quelle artère coronaire est atteinte (ex, artère coronaire gauche).

Les codes I21.0- à I21.3 identifient les infarctus transmuraux (STEMI) de type 1; le code I21.4 identifie les infarctus sous-endocardiques (NSTEMI) de type 1, pour laquelle la zone de l'infarctus ne s'étend pas sur l'épaisseur complète de la paroi myocardique.

Le code I21.3 "ST elevation (STEMI) myocardial infarction of unspecified site", inclut les infarctus du myocarde STEMI de type 1, de site non spécifié. Ce code I21.3 ne devrait pas être codé, sauf si aucune information sur le site de l'infarctus STEMI n'est mentionnée dans le dossier médical. Si seuls les termes STEMI ou AMI transmural sans mention du site sont documentés, le médecin traitant peut être questionné quant au site ou le code I21.3 doit être attribué.

Les AMI de type 1 sont aussi classés en fonction de l'élévation (codes I21.0- à I21.3) ou pas (code I21.4) du segment ST. Les STEMI et NSTEMI partagent la même physiopathologie, et les deux sont considérés comme AMI de type 1. S'il n'y a pas d'information concernant l'élévation ou pas du segment

ST, attribuez le code I21.9 "Acute myocardial infarction, unspecified". Si l'AMI est documenté comme non transmural ou sous-endocardique, mais que la localisation est précisée, on code un AMI sous-endocardique

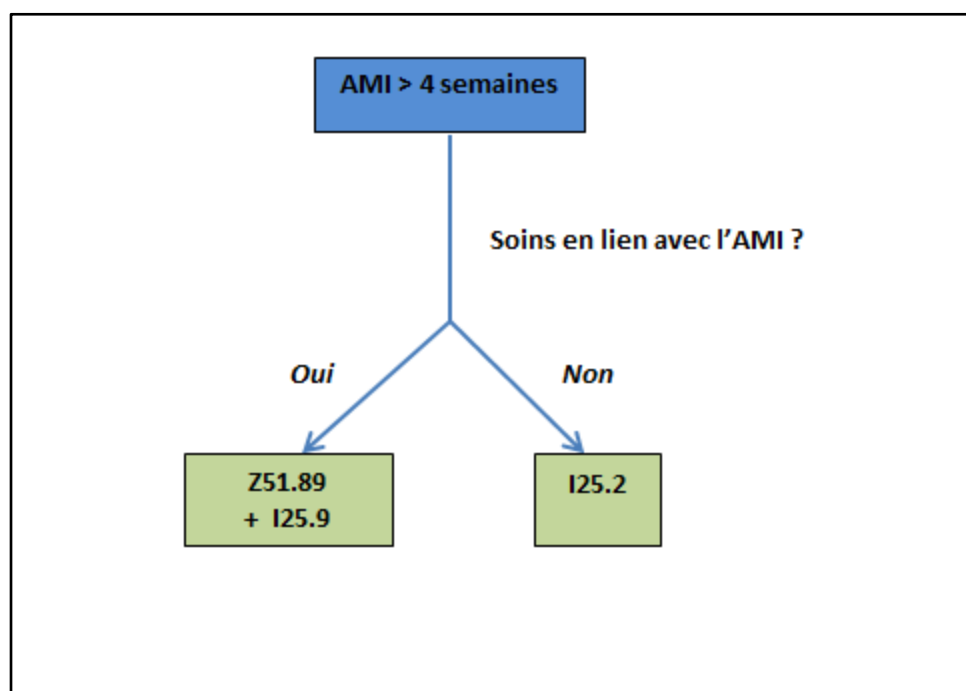
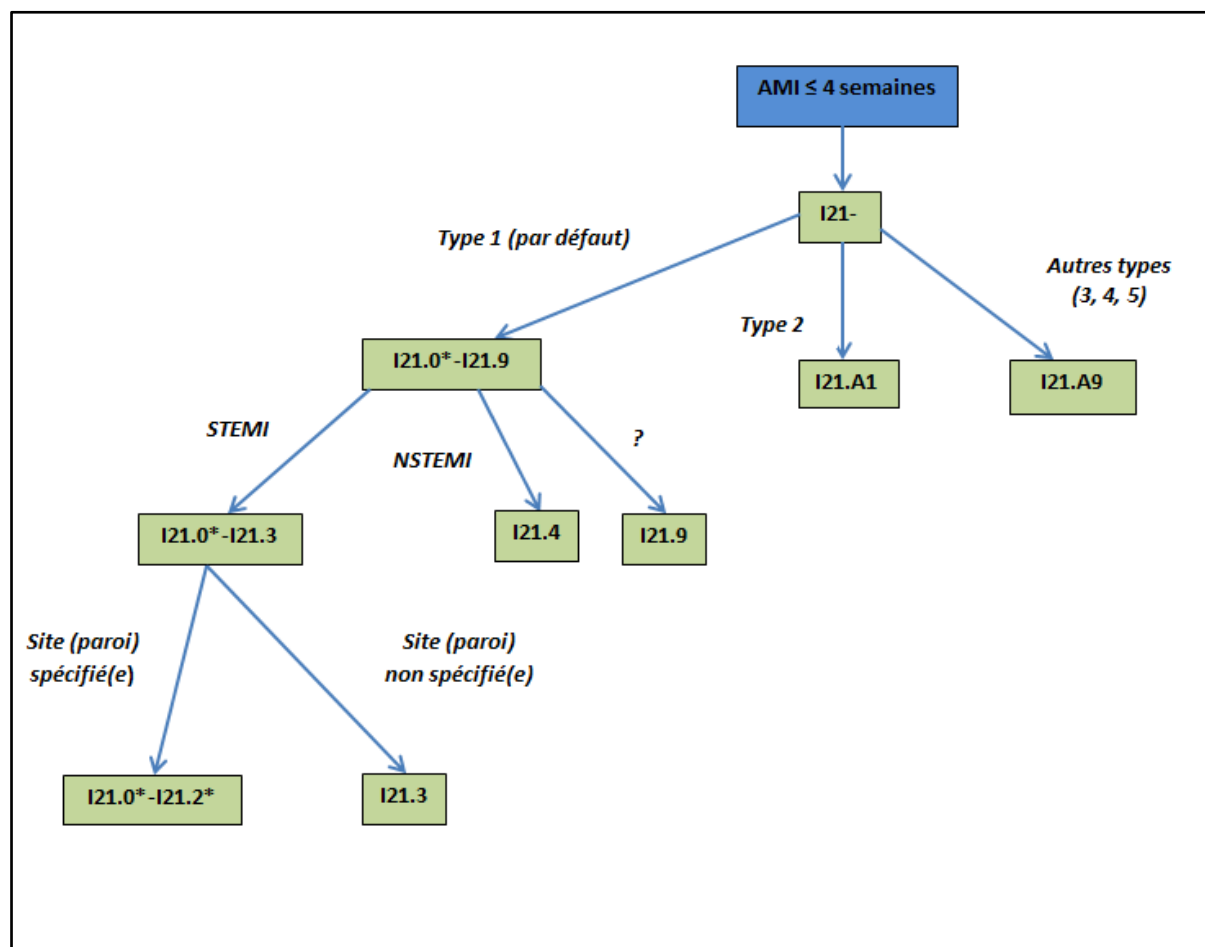
Si un infarctus de type 1 NSTEMI évolue vers un infarctus STEMI, il faut attribuer le code du STEMI. Si un infarctus STEMI évolue vers un infarctus NSTEMI grâce au traitement thrombolytique, il faut attribuer le code de l'infarctus STEMI. Notez attentivement que ces codes sont utilisés pour documenter les infarctus aigus du myocarde et ne doivent pas être confondus avec des résultats anormaux au niveau de l'électrocardiogramme (comme une élévation du segment ST).

Un AMI de type 2 (T2MI) peut survenir secondairement à un stress cardiaque lié à d'autres causes (ex: ischémie provenant d'un déséquilibre entre "l'offre et la demande", sans rupture de plaque athérosclérotique, mais avec nécrose myocardique). Le code I21.A1 "Myocardial infarction type 2" est attribué pour le T2MI. La cause sous-jacente doit être précisée si elle est connue et d'application, comme une anémie, une insuffisance cardiaque, une tachycardie paroxystique, ... L'ordre d'attribution du T2MI ou de la cause sous-jacente est dépendante, cependant, des circonstances de l'admission, du bilan diagnostique, et/ou du traitement administré.

En cas d'AMI de type 3 (T3MI), le patient décède en raison d'une pathologie d'étiologie probablement cardiaque, mais sans biomarqueurs cardiaques confirmés. Les AMI associés à des procédures de revascularisation sont classés comme AMI de types 4 et 5. Les AMI de type 4 (T4MI) se produisent dans un contexte d'intervention coronarienne percutanée (PCI) et/ou d'implantation de stent. Les T4MI comportent des sous-classifications (ex: 4a, 4b, et 4c) reflétant les différents contextes dans lesquels les biomarqueurs peuvent devenir positifs lors des PCI.

L'AMI de type 5 (T5MI) est lié à la chirurgie de pontage coronarien. Le code I21.A9 "Other myocardial infarction type", est attribué pour les types 3, 4a, 4b, 4c et 5. Si le type T4MI ou T5MI font suite à une intervention de chirurgie cardiaque, attribuez en premier lieu, si applicable, le code I97.190 "Other postprocedural cardiac functional disturbances following cardiac surgery".

Figure 28.1 Choix des codes pour un AMI ≤ 4 semaines et un AMI > 4 semaines



Si l'AMI répond à la définition d'un diagnostic pertinent à coder, les codes de la catégorie I21 peuvent encore être rapportés pour une durée de 4 semaines (28 jours) ou moins depuis le début de l'affection, quelle que soit l'institution de soins et quels que soient les transferts du patient d'une institution à une autre.

Passé ce délai de 4 semaines, pour les admissions lors desquelles le patient continue à recevoir des soins en lien avec l'AMI, attribuez un code approprié de suivi de soins (Z51.89 + I25.9), plutôt qu'un code de la catégorie I21. Sinon, le code I25.2 "Old myocardial infarction" peut être attribué pour un AMI ancien ou guéri, ne nécessitant plus de soins (figure 28.1).

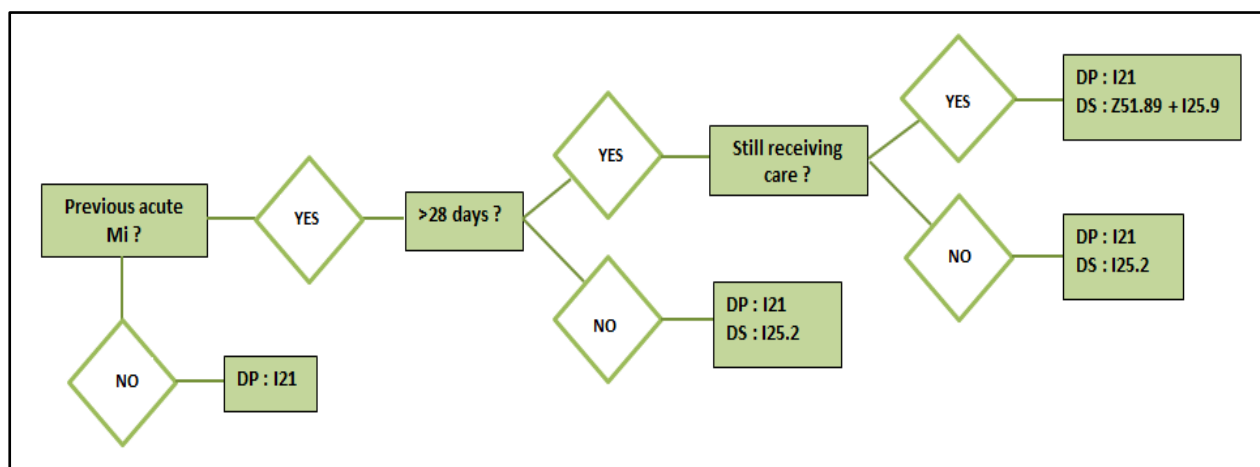
Quand le patient souffre d'un nouvel infarctus de type 1 dans les 4 semaines d'un AMI de type 1, un code de la catégorie I22 "Subsequent ST elevation (STEMI) and non-ST elevation (NSTEMI) myocardial infarction", doit être utilisé en association à un code de la catégorie I21. L'attribution des codes I22 ou I21 dépend des circonstances de l'admission.

Si un AMI subséquent d'un certain type se produit durant les 4 semaines d'un AMI d'un autre type, attribuez les codes appropriés de la catégorie I21 pour identifier chaque type. N'utilisez pas un code de la catégorie I22. Les codes de la catégorie I22 ne sont utilisés que si tant l'AMI initial que l'AMI subséquent sont de type 1 ou non spécifié. Les AMI subséquents de types 2, 4 ou 5 sont codés selon leur type, plutôt que d'utiliser des codes de la catégorie I22.

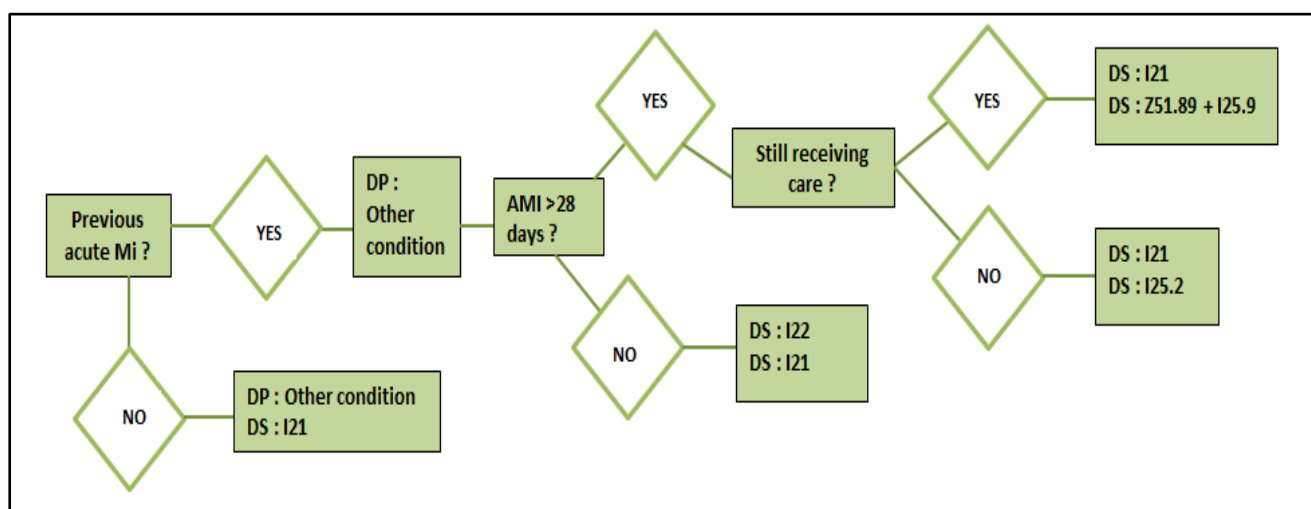
La figure 28.2 illustre le processus pour le choix du codage entre un AMI initial de type 1 et un AMI ultérieur (subséquent) de type 1. La partie A montre un arbre de décision pour un patient admis pour AMI. La partie B montre un arbre de décision pour un patient admis pour une pathologie autre qu'un AMI ; le patient souffre d'un AMI pendant le séjour.

Figure 28.2 : Arbre de décision pour coder un AMI de type 1

Partie A: Le patient est admis pour un AMI



Partie B: Le patient est admis pour une autre pathologie et présente un AMI pendant cette admission



Voici quelques exemples illustrant la séquence des codes AMI de type 1 :

- Un patient est admis à l'hôpital pour infarctus aigu du myocarde et développe un AMI subséquent dans les 4 semaines, alors qu'il est encore à l'hôpital. Le code I21.- est attribué en premier lieu, comme raison d'admission, avec le code I22.- comme diagnostic secondaire.
- Un patient présente un AMI subséquent après être sorti d'une hospitalisation pour un premier AMI 18 jours plus tôt. Le code I22 devrait être attribué en premier lieu, suivi du code I21.

Un code I21 doit accompagner le code I22 pour identifier le site du premier infarctus et pour indiquer que le patient est encore dans la période de 4 semaines de l'infarctus initial.

Les directives de codage pour l'attribution correcte d'un code de la catégorie I22 sont les mêmes que pour l'infarctus initial.

Les patients ayant eu un infarctus aigu présentent parfois une hypotension post-infarctus associée. Dans cette situation, le code de l'infarctus est mentionné en premier lieu, avec un code complémentaire I95.89 "Other hypotension".

Lorsqu'un patient avec maladie coronarienne est admis suite à un infarctus aigu du myocarde, l'AMI doit être enregistré en DP et la maladie coronarienne en DS.

Tant pour les infarctus aigus du myocarde que pour les infarctus ultérieurs du myocarde, des codes complémentaires peuvent être attribués pour identifier les facteurs de risque, comme suit :

- Z77.22 "Exposure to environmental tobacco smoke"
- Z87.891 "History of nicotine dependence"
- Z57.31 "Occupational exposure to environmental tobacco smoke"
- F17.- "Nicotine dependence"
- Z72.0 "Tobacco use"

3.3. Infarctus du myocarde évolutif

Un infarctus du myocarde évolutif précipite parfois une insuffisance cardiaque qui peut progresser vers une insuffisance cardiaque congestive. Après analyse, dans cette situation, l'infarctus est le diagnostic principal avec un code complémentaire attribué pour l'insuffisance cardiaque. Des codes complémentaires devraient être attribués pour toute mention de choc cardiogénique, arythmie ventriculaire et fibrillation.

Par exemple :

Insuffisance cardiaque globale (congestive) avec infarctus aigu du myocarde de type STEMI de la paroi antérolatérale avec fibrillation ventriculaire:

I21.09 "ST elevation (STEMI) myocardial infarction involving other coronary artery of anterior wall"

I50.9 "Heart failure, unspecified"

I49.01 "Ventricular fibrillation"

EXERCICE 28.3

Codez les diagnostics qui suivent, ne codez pas les interventions

1 Un patient se sent bien jusqu'à environ 22 heures quand il commence à ressentir une douleur thoracique sévère qui perdure et s'accroît en intensité. Il est amené au département des urgences par une ambulance. Il n'y a pas d'antécédent de maladie cardiaque mais, sur base de l'ECG, le médecin diagnostique un infarctus aigu du myocarde postéro-latéral de type STEMI et le patient est admis immédiatement pour traitement.	I21.29
2 Un patient avec insuffisance cardiaque compensée traitée par Lasix commence à présenter des difficultés respiratoires et est amené au département des urgences. On suspecte un infarctus imminent et la pathologie évolue vers un infarctus aigu inféro-latéral.	I21.9 I50.9
3 Un patient est admis pour infarctus aigu du myocarde STEMI impliquant l'artère coronaire principale gauche sans antécédent d'infarctus antérieur ou de soins antérieurs pour cet épisode. Une semaine plus tard, au cours du séjour hospitalier, il développe également un infarctus aigu antéro-latéral de type STEMI.	I21.01 I22.0
4 Un patient est admis dans un hôpital régional pour douleur thoracique sévère pour laquelle le médecin diagnostique un infarctus aigu de la paroi antéro-latérale de type STEMI (pas d'antécédent de soins antérieurs). Le patient est transféré 2 jours plus tard vers un hôpital universitaire pour angioplastie. Après 3 jours dans l'hôpital universitaire, le patient revient dans l'hôpital régional pour suite de soins et y reste 4 jours. Code pour la première admission dans l'hôpital régional Code pour le transfert à l'hôpital universitaire Code pour le retour à l'hôpital régional	 I21.09 I21.09 I21.09
5 Le patient décrit dans l'exercice 4 est réadmis dans l'hôpital régional après une semaine car il présente des douleurs thoraciques sévères et le médecin lui diagnostique un nouvel infarctus STEMI de la paroi inférieure.	I22.1 + I21.09

Si l'infarctus est décrit comme ancien ou cicatrisé, le codeur doit revoir le dossier du patient pour déterminer si l'infarctus est réellement ancien et/ou cicatrisé ou bien si le diagnostic fait référence à un

diagnostic plus récent encore sous traitement. Habituellement, un diagnostic d'infarctus ancien est posé à partir des résultats de l'électrocardiogramme ou d'autres examens réalisés chez un patient qui ne présente pas de symptômes. Le code I25.2 "Old myocardial infarction" est essentiellement un code d'antécédent, même s'il n'est pas inclus dans le chapitre des codes Z d'ICD-10-CM. Il ne devrait pas être attribué quand une cardiopathie ischémique est présente et il ne devrait être mentionné comme diagnostic complémentaire que s'il a une certaine signification pour l'épisode de soins actuel.

3.4. Complications à la suite d'un infarctus du myocarde

ICD-10-CM fournit des codes dans la catégorie I23 "Certain current complications following ST elevation (STEMI) and non-ST elevation (NSTEMI) myocardial infarction (within the 28 day period)" pour identifier les complications survenant à la suite d'un infarctus aigu du myocarde, comme suit :

- I23.0 "Hemopericardium as current complication following acute myocardial infarction"
- I23.1 "Atrial septal defect as current complication following acute myocardial infarction"
- I23.2 "Ventricular septal defect as current complication following acute myocardial infarction"
- I23.3 "Rupture of cardiac wall without hemopericardium as current complication following acute myocardial infarction"
- I23.4 "Rupture of chordae tendineae as current complication following acute myocardial infarction"
- I23.5 "Rupture of papillary muscle as current complication following acute myocardial infarction"
- I23.6 "Thrombosis of atrium, auricular appendage, and ventricle as current complications following acute myocardial infarction"
- I23.7 "Postinfarction angina"
- I23.8 "Other current complications following acute myocardial infarction"

Remarque :

Un code de la catégorie I23 doit être utilisé en association avec un code des catégories I21 ou I22. L'ordre d'enregistrement (DP-DS) des codes va dépendre des circonstances de l'admission, comme suit :

- Si la complication de l'infarctus est la raison de l'admission, le code I23.- doit être mentionné en diagnostic principal.
- Si la complication de l'infarctus survient pendant le même séjour que l'infarctus du myocarde, le code I23.- doit être mentionné en diagnostic secondaire, après les codes de la catégorie I21 ou I22.

3.5. Autres maladies cardiaques ischémiques aiguës

Un diagnostic de cardiopathie ischémique aiguë ou d'ischémie myocardique aiguë ne signifie pas toujours "infarctus". Il est souvent possible de prévenir l'infarctus au moyen de la chirurgie et/ou de l'utilisation d'agents thrombolytiques si le patient est traité rapidement. S'il y a occlusion ou thrombose d'une artère sans infarctus, le code I24.0 "Acute coronary thrombosis not resulting in myocardial infarction", est attribué. Le code I24.8 "Other forms of acute ischemic heart disease" inclut l'insuffisance coronarienne et l'ischémie sous-endocardique.

Si le patient se présente pour le traitement d'un infarctus aigu du myocarde de type 2 provoqué par une ischémie de « demande », attribuez le code I21.A1 "Myocardial infarction type 2" plutôt que le I24.8.

3.6. Syndrome post-infarctus du myocarde et angor post-infarctus

Les patients ayant un infarctus aigu du myocarde présentent parfois un syndrome post-infarctus (I24.1 "Dressler's syndrome") Le syndrome post-infarctus, également appelé syndrome de Dressler, est une péricardite caractérisée par de la fièvre, de l'hyperleucocytose, une pleurésie, un épanchement pleural, des douleurs articulaires et occasionnellement une pneumonie. Aucun code de la catégorie I20 "Angina pectoris" ou de la catégorie I30 "Acute pericarditis" ne peut être utilisé avec les codes de la catégorie I24.

Les patients avec infarctus aigu du myocarde peuvent aussi présenter de l'angor post-infarctus (I23.7 "Post-infarction angina"). Les codes de la catégorie I20 "Angina pectoris" ne peuvent pas être utilisés avec le code I23.7 "Post-infarction angina". Les codes de la catégorie I23 "Certain current complications following ST elevation (STEMI) and non-ST elevation (NSTEMI) myocardial infarction (within the 28 day period)" doivent être utilisés en association avec un code de la catégorie I21 "ST elevation (STEMI) and non-ST elevation (NSTEMI) myocardial infarction" ou de la catégorie I22 "Subsequent ST elevation (STEMI) and non-ST elevation (NSTEMI) myocardial infarction" pour identifier l'infarctus du myocarde aigu ou ultérieur (subséquent). L'ordre d'enregistrement des codes (DP-DS) dépend des circonstances de l'admission.

Un angor post-infarctus avec athérosclérose est une autre forme d'angor et se code I25.118 "Atherosclerotic heart disease of native coronary artery with other forms of angina pectoris".

Il n'est pas approprié d'utiliser le code I25.10 "Atherosclerotic heart disease of native coronary artery without angina pectoris" parce que l'angor post-infarctus est présent.

Par exemple :

Un patient avec de l'athérosclérose coronarienne connue, qui présente un infarctus aigu du myocarde NSTEMI, développe de l'angor post-infarctus. Le code I21.4 "Non-ST elevation (NSTEMI) myocardial infarction" est attribué en diagnostic principal. Le code I23.7 "Postinfarction angina" et le code I25.118

"Atherosclerotic heart disease of native coronary artery with other forms of angina pectoris" sont indiqués en diagnostic secondaire.

EXERCICE 28.4	
Codez les diagnostics qui suivent	
1 Infarctus aigu du myocarde de type STEMI, paroi inférolatérale	I21.19
Bloc auriculo-ventriculaire du 3 ^{ème} degré	I44.2
2 Infarctus aigu du myocarde, paroi inféropostérieure	I21.9
Insuffisance cardiaque congestive	I50.9
Hypertension	I11.0
3 Menace d'infarctus du myocarde (angor crescendo) résultant d'une occlusion d'une coronaire	I24.0
4 Insuffisance coronarienne aiguë	I24.8
5 Hémopéricarde comme complication d'un infarctus aigu du myocarde STEMI de la paroi inférieure, survenu 3 semaines auparavant. Le patient est sorti une semaine auparavant.	I23.0 I21.19

3.7. Cardiopathie ischémique chronique

La catégorie I25 "Chronic ischemic heart disease" comprend des pathologies telles que l'athérosclérose coronarienne, l'infarctus ancien du myocarde, la dissection d'une artère coronaire, l'insuffisance coronarienne chronique, l'ischémie du myocarde et l'anévrisme cardiaque. Les diagnostics de maladie coronarienne ou de cardiopathie coronarienne sans autre qualification sont trop vagues pour être codés de manière précise; le médecin doit être interrogé et fournir un diagnostic plus précis. Le code I25.9 "Chronic ischemic heart disease, unspecified" devrait rarement être utilisé dans une institution hospitalière de soins aigus.

Les codes de la sous-catégorie I25.1- "Atherosclerotic heart disease of native coronary artery", comprennent les pathologies décrites comme la maladie cardiovasculaire athérosclérotique, l'athéromatose des coronaires, la maladie coronarienne et la sclérose des coronaires. Le 5^{ème} caractère indique la présence ou non d'un angor et le 6^{ème} caractère précise le type d'angor (instable, avec spasme documenté, autre ou non spécifié).

L'ICD-10-CM contient des codes combinés d'athérosclérose cardiaque avec angor qui sont inclus dans les sous-catégories I25.11 "Atherosclerotic heart disease of native coronary artery with angina pectoris" et I25.7 "Atherosclerosis of coronary artery bypass graft(s) and coronary artery of transplanted heart with angina pectoris". Un code complémentaire n'est pas ajouté pour l'angor quand ces codes combinés sont utilisés. On peut faire l'hypothèse d'une relation causale chez un patient ayant à la fois de l'athérosclérose et de l'angor, excepté si la documentation indique que l'angor est dû à une pathologie autre que l'athérosclérose. Si un patient avec maladie coronarienne est admis pour infarctus aigu du myocarde, l'infarctus doit être mentionné avant la maladie coronarienne.

La sous-catégorie I25.7 "Atherosclerosis of coronary artery bypass graft(s) and coronary artery of transplanted heart with angina pectoris" comprend un 5^{ème} caractère apportant une information complémentaire sur le type de pontage (non spécifié, veineux autologue, artériel autologue, greffon coronarien biologique non autologue, artère d'origine d'un cœur transplanté, pontage d'artère coronaire d'un cœur transplanté). Un sixième caractère précise le type d'angor (instable, avec spasme documenté, autre ou non spécifié). Pour l'athérosclérose d'autres vaisseaux coronariens sans angor, les codes I25.81- "Atherosclerosis of other coronary vessels without angina pectoris" sont utilisés. Le 6^{ème} caractère indique le type d'artère coronaire (pontage par greffon, artère d'origine d'un cœur transplanté, ou pontage par greffon d'un cœur transplanté).

L'athérosclérose des artères coronaires natives et des pontages est classée comme suit :

Exemples :

Artère coronaire native, sans angor. Type de vaisseau non spécifié, natif ou greffon

I25.10 "Atherosclerotic heart disease of native coronary artery without angina pectoris"

Pontage avec greffon veineux autologue avec angor instable

I25.710 "Atherosclerosis of autologous vein coronary artery bypass graft(s) with unstable angina pectoris"

Pontage avec greffon biologique non autologue sans angor

Pontage avec greffon artériel, incluant l'artère mammaire interne

Pontage avec greffon non spécifié

I25.810 "Atherosclerosis of coronary artery bypass graft(s) without angina pectoris"

Athérosclérose d'artère coronaire native de coeur transplanté sans angor instable

I25.750 "Atherosclerosis of native coronary artery of transplanted heart with unstable angina"

Pontage avec greffon (artère) (veine) de coeur transplanté

I25.812 Atherosclerosis of bypass graft of coronary artery of transplanted heart without angina pectoris

Les médecins incluent rarement des informations concernant le type de greffe dans la liste des diagnostics, mais cette information est presque toujours disponible dans le dossier médical. S'il est clair dans le dossier médical qu'il n'y a pas eu de chirurgie de pontage précédemment, le code I25.1- "Atherosclerotic heart disease of native coronary artery" peut être attribué. S'il y a athérosclérose d'un pontage antérieur, les codes I25.70- à I25.73-, I25.79- ou I25.810 doivent être utilisés quand l'information à propos du matériel utilisé pour le pontage est disponible. Notez que l'artériosclérose d'un vaisseau ponté n'est pas classée comme une complication postopératoire.

Quand l'athérosclérose des coronaires d'origine d'un cœur transplanté est identifiée dans la liste des diagnostics, le code I25.75- ou I25.811 est attribué. Le code I25.76- "Atherosclerosis of bypass graft of coronary artery of transplanted heart with angina pectoris" ou I25.812 "Atherosclerosis of bypass of coronary of transplanted heart without angina pectoris" est utilisé pour identifier l'athérosclérose d'un pontage par greffon de cœur transplanté.

3.8. Occlusion chronique totale

Une occlusion totale chronique d'artère coronaire (I25.82 "Chronic total occlusion of coronary artery") implique un blocage complet d'une artère coronaire présent depuis un certain temps (mois ou années). L'occlusion chronique totale se développe en cas d'accumulation de plaque dans l'artère conduisant à une réduction substantielle du flux sanguin et au développement d'un réseau sanguin collatéral.

Quoique que ces collatérales bien développées ne compensent pas complètement la diminution du flux sanguin, elles aident à préserver la viabilité du myocarde et préviennent l'ischémie de repos. Les patients ayant une occlusion chronique totale qui présentent une modification de leur statut angoreux directement lié à l'activité physique, ont un risque accru d'infarctus du myocarde ou de décès. L'occlusion chronique totale d'une artère coronaire peut être traitée par angioplastie (intervention de base « dilation ») ou par mise en place de stent, pharmaco-actif (*drug-eluting stent*). Ces types d'obstruction sont généralement plus résistants à la traversée du guide et sont plus difficiles à traiter que les autres types de sténose coronarienne. Des méthodes avancées de traitement ont été développées pour prendre spécifiquement en charge les occlusions coronariennes chroniques totales. Le code I25.82 "Chronic total occlusion of coronary artery" doit être utilisé comme code complémentaire si l'athérosclérose coronarienne (codes des séries I25.1-, I25.7- ou I25.81-) est présente avec une occlusion chronique totale d'une artère coronaire.

Le code I25.82 ne devrait jamais être utilisé si le diagnostic du patient est une occlusion coronarienne aiguë avec ou sans infarctus du myocarde, sauf si cela touche 2 artères différentes (cf AHA cc 2018 Q3).

Acute myocardial infarction and chronic total occlusion
 ICD-10-CM/PCS Coding Clinic, Third Quarter ICD-10 2018 Pages: 5-6 Effective with discharges: September 24, 2018
[Related Information](#)

Question:

The patient has been diagnosed with an acute myocardial infarction (AMI) and chronic total occlusion of the coronary artery. There is an excludes1 note at code I25.82, Chronic total occlusion of coronary artery, which excludes "acute coronary occlusion with myocardial infarction (I21.-, I22.-)." However, in this case, the occlusion and myocardial infarction are in different arteries. Is it acceptable to assign a code for both the acute MI and the chronic total occlusion?

Answer:

In this case, it is appropriate to assign a code for the acute MI along with code I25.82, Chronic total occlusion of coronary artery. Since the chronic total occlusion of the coronary artery and the acute MI occurred in different vessels, they are not related.

The *Official Guidelines for Coding and Reporting* regarding the Excludes1 notes states, "An exception to the Excludes1 definition is the circumstance when the two conditions are unrelated to each other."

Le code I25.83 "Coronary atherosclerosis due to lipid rich plaque" décrit l'athérosclérose coronarienne avec la composition exacte de la plaque d'athérosclérose. La présence de plaque d'athérosclérose riche en lipides peut précipiter un événement coronarien aigu. L'identification de la plaque comme étant riche en lipides ou non est cliniquement significative car cette information est utile au cardiologue interventionnel pour déterminer le traitement correct (par exemple, stent pharmaco-actif ou non). Une spectroscopie proche de l'infrarouge (8E023DZ) est un nouvel outil diagnostique intravasculaire qui peut détecter et différencier les plaques d'athérosclérose riches en lipides. Quand le médecin documente une plaque riche en lipides, le code approprié de l'athérosclérose coronarienne (I25.1-, I25.7- ou I25.81-) devrait être mentionné en premier lieu, suivi du code I25.83 comme diagnostic complémentaire.

Le code I25.84 "Coronary atherosclerosis due to calcified coronary lesion" est utilisé pour distinguer les lésions coronariennes calcifiées des autres lésions coronariennes ischémiques. Dans ce type de lésions, le dépôt de calcium présente un obstacle rigide qui peut conduire à un risque accru de complications telles qu'un déploiement inadéquat du stent, une thrombose aiguë du stent et une resténose en cas de traitement par angioplastie avec mise en place de stent. Lors du codage d'une lésion coronarienne calcifiée, mettez en premier lieu le code approprié de l'athérosclérose coronarienne (I25.1-, I25.7- ou I25.81-), suivi du code I25.84.

4. INSUFFISANCE CARDIAQUE

L'insuffisance cardiaque survient quand une anomalie de la fonction cardiaque conduit à une incapacité du cœur à pomper le sang à une vitesse correspondant aux besoins du corps ou à une capacité à le faire uniquement avec une pression de remplissage anormale. Cette diminution d'apport sanguin aux tissus conduit à une réponse insuffisante aux besoins en oxygène, ainsi qu'à une incapacité à satisfaire d'autres besoins métaboliques. En retour, ceci génère une congestion de la circulation pulmonaire et/ou systémique et réduit le débit cardiaque. Les causes qui précipitent l'insuffisance cardiaque sont les arythmies, l'embolie pulmonaire, les infections, l'anémie, la thyrotoxicose, la myocardite, l'endocardite,

l'hypertension et l'infarctus du myocarde. Tous les codes d'insuffisance cardiaque comprennent un œdème pulmonaire associé ; c'est pourquoi aucun code complémentaire pour l'œdème ne doit être attribué. Un diagnostic d'œdème pulmonaire aigu, en l'absence de pathologie cardiaque sous-jacente, est classé avec les affections du système respiratoire (voir chapitre 19 "Maladies du système respiratoire" de ce manuel pour plus d'informations sur le système respiratoire).

Il y a deux grandes catégories d'insuffisance cardiaque : systolique et diastolique. L'insuffisance cardiaque systolique (I50.2- "Systolic (congestive) heart failure") survient quand la capacité du cœur à se contracter diminue. L'insuffisance cardiaque diastolique (I50.3- "Diastolic (congestive) heart failure") survient lorsque le cœur ne peut se relâcher entre les contractions (diastole) pour permettre à une quantité suffisante de sang d'entrer dans les ventricules.

Une insuffisance cardiaque avec combinaison d'insuffisance systolique (congestive) et diastolique (congestive) est enregistrée à l'aide du code I50.4- (Combined systolic (congestive) and diastolic (congestive) heart failure").

Un 5^{ème} caractère permet de préciser ensuite si l'insuffisance cardiaque est aiguë, chronique, aiguë sur chronique, ou non spécifiée.

Cette classification de I50.1 à I50.4- porte sur le ventricule gauche.

Les autres classifications de l'insuffisance cardiaque incluent :

- les insuffisances cardiaques droites
 - o non spécifiée (I50.810 "Right heart failure, unspecified")
 - o aiguë (I50.811 "Acute right heart failure")
 - o chronique (I50.812 "Chronic right heart failure")
 - o aiguë sur chronique (I50.813 "Acute on chronic right heart failure")
 - o l'insuffisance cardiaque droite due à l'insuffisance cardiaque gauche (I50.814 "Right heart failure due to left heart failure")
- l'insuffisance cardiaque biventriculaire (I50.82 "Biventricular heart failure")
- l'insuffisance cardiaque à haut débit (I50.83 "High output heart failure")
- l'insuffisance cardiaque terminale (I50.84 "End stage heart failure")
- les autres insuffisances cardiaques (I50.89 "Other heart failure")
- l'insuffisance cardiaque non spécifiée (I50.9 "Heart failure, unspecified").

Un terme plus contemporain pour l'insuffisance cardiaque diastolique est l'insuffisance cardiaque à fraction d'éjection préservée (HFpEF). Pour l'insuffisance cardiaque systolique, on parle d'insuffisance cardiaque à fraction d'éjection réduite (HFrEF), ou à fraction d'éjection basse ou encore à fonction systolique réduite. Les HFpEF et HFrEF peuvent ensuite être davantage précisées par une notion d'aiguë ou chronique. Quand le médecin documente une HFpEF, HFrEF ou d'autres termes similaires, le codeur peut interpréter cela comme « insuffisance cardiaque diastolique » ou « insuffisance cardiaque systolique » respectivement (ou une combinaison des deux, si cela correspond) et attribuer

les codes ICD-10-CM corrects. Ces nouveaux termes ont maintenant été incorporés aux termes d'inclusion sous les codes ICD-10-CM respectifs.

L'insuffisance cardiaque congestive est comprise dans les codes d'insuffisance cardiaque systolique et diastolique. Donc, quand la liste des intitulés diagnostiques mentionne une insuffisance cardiaque congestive avec une insuffisance systolique ou diastolique, seul le code précisant le type d'insuffisance cardiaque est attribué : systolique et/ou diastolique. Si l'insuffisance cardiaque congestive est documentée sans autre précision, elle est classée sous I50.9 "Heart failure, unspecified".

Un dysfonctionnement cardiaque sans mention d'insuffisance est enregistré à l'aide du code I51.89 "Other ill-defined heart diseases". Il n'est pas permis au codeur de s'approprier un diagnostic d'insuffisance cardiaque quand seules sont documentées une dysfonction diastolique ou une dysfonction systolique.

Si le médecin lie la dysfonction diastolique ou systolique avec l'insuffisance cardiaque aiguë ou chronique, il faut alors coder comme "insuffisance cardiaque systolique ou diastolique, aiguë/chronique". Par exemple, attribuer le code I50.31 "Acute diastolic (congestive) heart failure" si le médecin lie une insuffisance cardiaque aiguë avec une dysfonction diastolique. S'il n'y a pas de documentation du médecin qui lie les 2 pathologies, il faut alors attribuer le code I50.9 "Heart failure, unspecified" (AHA cc 2017 Q1).

 **Acute congestive heart failure with diastolic or systolic dysfunction**

ICD-10-CM/PCS Coding Clinic, First Quarter ICD-10 2017 Page: 46 Effective with discharges: March 13, 2017

[Related Information](#)

Question:

How should acutely decompensated congestive heart failure with diastolic or systolic dysfunction be coded in ICD-10-CM? There is no longer an index entry for diastolic/systolic dysfunction. For example, a patient is admitted for treatment of acute congestive heart failure. The provider documents, "Acutely decompensated congestive heart failure with diastolic dysfunction." Can this be coded as acute diastolic congestive heart failure?

Answer:

If the provider links acute congestive heart failure with diastolic dysfunction, assign code I50.31, Acute diastolic (congestive) heart failure, as the principal diagnosis. When the provider has linked either diastolic or systolic dysfunction with acute or chronic heart failure, it should be coded as "acute/chronic diastolic or systolic heart failure." If there is no provider documentation linking the two conditions, assign code I50.9, Heart failure, unspecified.

L'insuffisance cardiaque se présente cliniquement d'une manière différente selon que l'atteinte principale porte sur le ventricule droit ou gauche.

L'insuffisance cardiaque gauche (insuffisance ventriculaire gauche) est due à une accumulation de liquide en excès en amont du ventricule gauche.

Le code de l'insuffisance cardiaque gauche I50.1 "Left ventricular failure" inclut les termes comme la dyspnée, l'orthopnée, le bronchospasme, l'asthme cardiaque, l'œdème du poumon avec maladie

cardiaque, l'œdème du poumon avec insuffisance cardiaque, l'épanchement pleural avec insuffisance cardiaque. C'est pourquoi aucun code complémentaire de ces manifestations précitées n'est attribué. L'insuffisance cardiaque non spécifiée est codée I50.9 "Heart failure, unspecified". Cependant, ceci est un code vague et un effort devrait être fait pour déterminer si un code des séries I50.1 à I50.8- n'est pas plus approprié.

Une insuffisance cardiaque droite fait souvent suite à une insuffisance cardiaque gauche, et l'insuffisance cardiaque droite due à l'insuffisance cardiaque gauche est codée I50.814 "Right heart failure due to left heart failure". Ce code comprend toute insuffisance gauche qui est présente ; c'est pourquoi seul le code I50.814 est nécessaire. Coder aussi le type d'insuffisance ventriculaire gauche si elle est connue (I50.2-I50.43).

Le terme "insuffisance cardiaque congestive" est souvent utilisé erronément de manière interchangeable avec "insuffisance cardiaque". La congestion, pulmonaire ou systémique, est une caractéristique de l'insuffisance cardiaque, mais elle n'est pas cliniquement présente chez tous les patients.

Les médecins peuvent occasionnellement documenter une "insuffisance cardiaque de stade A". L'*American Heart Association* définit l'"insuffisance cardiaque de stade A" comme la présence de facteurs de risque d'insuffisance cardiaque – mais sans la maladie cardiaque ni les symptômes (bien qu'à risque de développer la maladie, les patients n'ont pas d'insuffisance cardiaque). Le code Z91.89 "Other specified personal risk factors, not elsewhere classified" est attribué pour enregistrer ce risque accru. Si d'autres maladies/facteurs influencent le risque – comme l'hypertension, la maladie coronarienne, la maladie valvulaire ou autre – codez ces pathologies.

4.1. Insuffisance cardiaque compensée, décompensée et exacerbée

Quand une insuffisance cardiaque survient, le muscle cardiaque développe habituellement des mécanismes compensatoires tels que l'hypertrophie cardiaque, l'augmentation de la pression artérielle, la dilatation ventriculaire, ou l'augmentation de la force de contraction. Quand ceci survient, l'insuffisance cardiaque peut être décrite comme "compensée" permettant un fonctionnement quasi normal. Quand ces mécanismes compensatoires ne peuvent plus répondre à l'augmentation de la charge, il en résulte une décompensation de la fonction cardiaque ; cette situation est souvent décrite comme une insuffisance cardiaque décompensée. Le choix du code n'est pas affecté par l'utilisation de ces termes ; on attribue le code correspondant au type d'insuffisance cardiaque.

Une exacerbation est décrite comme une augmentation de la sévérité de la maladie ou d'un de ses symptômes. Les termes "exacerbés" ou "décompensés" indiquent qu'il y a eu une flambée (phase aiguë) d'une maladie chronique. Une exacerbation aiguë d'une maladie chronique (insuffisance cardiaque) est codée "aiguë sur chronique".

Par exemple :

Un patient ayant un antécédent connu d'insuffisance cardiaque congestive est admis pour une exacerbation d'insuffisance cardiaque congestive diastolique.

I50.33 "Acute on chronic diastolic (congestive) heart failure"

4.2. Maladie cardiaque hypertensive et insuffisance cardiaque

La classification part du principe qu'il existe une relation de cause à effet entre l'hypertension et l'atteinte cardiaque et entre l'hypertension et l'atteinte rénale, étant donné que ces deux conditions sont reliées entre elles par le terme "with" dans l'Index Alphabétique. Ces conditions doivent donc être liées par défaut (même en l'absence de documentation dans le dossier du patient qui précise le lien entre elles), **excepté si le médecin mentionne clairement que celles-ci ne sont pas liées.**

Si la documentation indique que l'hypertension et la cardiopathie, ou l'hypertension et la néphropathie, ne sont pas liées, il faut coder ces pathologies séparément. L'ordre de codage dépendra des circonstances de l'admission.

- L'atteinte cardiaque (avec ou sans insuffisance) et l'hypertension seront enregistrées à l'aide de la catégorie I11 "Hypertensive heart disease" et avec un code de la catégorie I50 "Heart failure" pour identifier le type d'insuffisance cardiaque (si elle est présente) comme diagnostic complémentaire.
- Quand un patient présente à la fois une hypertension et une maladie rénale chronique (N18.- "Chronic kidney disease [CKD]") ou une sclérose rénale (N26.- "Unspecified contracted kidney") (ou une artériosclérose rénale, une néphrite artériosclérotique ou une néphropathie hypertensive), un code de la catégorie I12 "Hypertensive chronic kidney disease" doit être attribué. Un code approprié des sous-catégories N18.1 "Chronic kidney disease, stage 1" à N18.6 "End stage renal disease" ou N18.9 "Chronic kidney disease, unspecified" est attribué comme diagnostic complémentaire pour identifier le stade de la maladie rénale chronique.
- En présence d'une hypertension et d'atteintes cardiaque et rénale chronique, il faut, par défaut, attribuer un code combiné de la catégorie I13 "Hypertensive heart and chronic kidney disease". La catégorie I13 fournit différents codes pour indiquer s'il y a ou non insuffisance cardiaque et/ou le stade de la maladie rénale chronique.
Il faut également attribuer un code de la catégorie I50 "Heart failure" pour identifier le type d'insuffisance cardiaque (si elle est présente), et un code des sous-catégories N18.1 "Chronic kidney disease, stage 1" à N18.6 "End stage renal disease" ou N18.9 "Chronic kidney disease, unspecified" pour identifier le stade de la maladie rénale chronique.

Si une crise aiguë hypertensive (I16.0 "Hypertensive urgency"), ou une urgence hypertensive (I16.1 "Hypertensive emergency") sont documentées en plus de la cardiopathie ou néphropathie hypertensive ou une combinaison des deux, un code de la catégorie I16, est enregistré en plus d'un code des catégories I11, I12 ou I13.

De plus amples informations à propos de la classification des hypertensions et d'autres pathologies associées sont présentées plus loin dans ce chapitre et dans le chapitre 21 (Maladies du système urogénital).

5. TAMPONNADE CARDIAQUE

Une tamponnade cardiaque, aussi mentionnée comme tamponnade péricardique ou tamponnade (I31.4 "Cardiac tamponade") est une compression du cœur causée par une accumulation de liquide à l'intérieur du péricarde. La tamponnade cardiaque est souvent associée à une péricardite virale ou bactérienne. Typiquement, la tamponnade survient à la suite d'un traumatisme thoracique, d'une rupture cardiaque, d'une dissection d'un anévrisme aortique, d'un cancer, d'une chirurgie cardiaque, d'une insuffisance rénale et/ou d'un infarctus aigu du myocarde. La cause sous-jacente de la tamponnade doit être mentionnée en premier lieu, suivie du code I31.4.

La tamponnade cardiaque peut mettre la vie en danger si elle n'est pas traitée. L'objectif du traitement est d'améliorer la fonction cardiaque, de soulager les symptômes et de traiter la tamponnade. Ceci peut être réalisé par péricardiocentèse : "root operation" (intervention de base) "Drainage", "body part" (partie du corps) "pericardial cavity" dans les régions anatomiques "général" ou par la création d'une fenêtre péricardique : "root operation" (intervention de base) "Drainage", "body part" (partie du corps) "pericardial cavity".

Par exemple :

Un patient développe un épanchement péricardique dans le cadre d'une péricardite, qui nécessite une péricardiocentèse (voie d'abord percutanée) pour tamponnade péricardique rapide.

I31.9 "Disease of pericardium, unspecified"

I31.3 "Pericardial effusion (non inflammatory)"

I31.4 "Cardiac tamponade".

0W9D3ZZ "Drainage of Pericardial Cavity, Percutaneous Approach".

6. CARDIOMYOPATHIE

La cardiomyopathie (I42.- "Cardiomyopathy") présente une image clinique de cœur dilaté, de muscle cardiaque flasque et d'artères coronaires normales. La cardiomyopathie hypertrophique (CMH) est une affection, habituellement génétique, dans laquelle le muscle cardiaque s'épaissit sans cause évidente. Elle est une cause connue de mort cardiaque subite chez les jeunes athlètes, et les jeunes adultes sont plus susceptibles de développer une forme sévère de CMH que les adultes plus âgés.

La CMH peut être soit obstructive (I42.1 "Obstructive hypertrophic cardiomyopathy"), soit non obstructive (I42.2 "Other hypertrophic cardiomyopathy") et est fréquemment asymptomatique jusqu'à la mort cardiaque subite.

Autres types de cardiomyopathie :

- I42.0 "Dilated cardiomyopathy", y compris la cardiomyopathie congestive
- I42.1 "Obstructive hypertrophic cardiomyopathy", y compris la sténose sous-aortique idiopathique hypertrophique
- I42.2 "Other hypertrophic cardiomyopathy", y compris la cardiomyopathie hypertrophique non obstructive
- I42.3 "Endomyocardial (eosinophilic) disease", y compris la fibrose endomyocardique (tropicale) et l'endocardite de Löffler
- I42.4 "Endocardial fibroelastosis", y compris la cardiomyopathie congénitale et l'élastomyofibrose
- I42.5 "Other restrictive cardiomyopathy", y compris la cardiomyopathie constrictive non spécifiée autrement
- I42.6 "Alcoholic cardiomyopathy" due à la consommation d'alcool; un code pour l'alcoolisme (F10.- "Alcohol related disorders") est également attribué s'il est présent.
- I42.7 "Cardiomyopathy due to drug and external agent" ; si c'est d'application, codez en premier lieu l'empoisonnement dû aux médicaments ou aux toxines (T36-T65 avec un 5^{ème} ou 6^{ème} caractère de valeur 1 à 4 ou 6) ; si elle est causée par un effet secondaire, utilisez un code complémentaire si nécessaire, pour identifier le médicament (T36-T50 avec un 5^{ème} ou 6^{ème} caractère de valeur 5).
- I42.8 "Other cardiomyopathies"
- I42.9 "Cardiomyopathy, unspecified"

Les symptômes de la cardiomyopathie congestive (I42.0) sont essentiellement les mêmes que ceux de l'insuffisance cardiaque congestive et cette affection est souvent associée à une insuffisance cardiaque congestive. Le traitement tourne habituellement autour de la prise en charge de l'insuffisance cardiaque congestive, et donc l'insuffisance cardiaque (I50.-) est mentionnée comme diagnostic principal, suivi d'un code complémentaire pour la cardiomyopathie.

Deux codes peuvent être requis pour la cardiomyopathie due à une pathologie sous-jacente ; par exemple, la cardiomyopathie sur amyloïdose est codée E85.4 "Organ-limited amyloidosis" et I43 "Cardiomyopathy in diseases classified elsewhere". La pathologie sous-jacente, l'amyloïdose, est mentionnée en premier lieu.

La cardiomyopathie hypertensive doit être enregistrée à l'aide du code de la catégorie I11 "Hypertensive heart disease" (ou I13 en cas d'insuffisance rénale chronique associée). Pour la cardiomyopathie due à une dystrophie myotonique, attribuez en premier lieu le code G71.11 "Myotonic muscular dystrophy" avec I43 comme code complémentaire.

Le terme "cardiomyopathie ischémique" est parfois utilisé pour désigner une pathologie dans laquelle la cardiopathie ischémique cause une fibrose diffuse ou de multiples infarctus conduisant à l'insuffisance cardiaque avec dilatation ventriculaire gauche. Il ne s'agit pas d'une vraie cardiomyopathie et elle est codée I25.5 "Ischemic cardiomyopathy" quand aucune clarification n'est transmise par le médecin.

7. ARRET CARDIAQUE

Le code I46.9 "Cardiac arrest, cause unspecified", ne peut être mentionné comme diagnostic principal que si la cause sous-jacente est inconnue. Peu importe si le patient est réanimé. L'enregistrement et l'ordre de codage du code I46.9 dépendent des circonstances de l'hospitalisation.

Si le patient est admis en arrêt cardiaque et qu'une cause sous-jacente n'est pas déterminée avant que le patient meure ou sorte de l'hôpital, il est approprié d'enregistrer le code I46.9 en diagnostic principal. Le code I46.9 peut être enregistré comme diagnostic secondaire quand l'arrêt cardiaque se produit pendant l'hospitalisation et que la cause de l'arrêt cardiaque est inconnue.

Si le médecin indique une cause cardiaque à cet arrêt, cette pathologie cardiaque sous-jacente est mentionnée comme diagnostic principal avec comme diagnostic complémentaire le code I46.2 "Cardiac arrest due to underlying cardiac condition". Si le médecin mentionne une cause non cardiaque, cette pathologie sous-jacente est mentionnée comme diagnostic principal le code I46.8 "Cardiac arrest due to other underlying condition" est mentionné comme diagnostic complémentaire.

Certains médecins peuvent mentionner une activité électrique sans pouls (AEP), aussi nommée dissociation électromécanique (DEM), plutôt qu'un arrêt cardiaque. L'AEP fait référence à une activité électrique au monitoring sans pouls détectable. Habituellement, l'AEP a une cause sous-jacente qui peut être traitée ; la cause la plus fréquente en urgence est l'hypovolémie. L'AEP peut être aussi causée par une insuffisance respiratoire avec hypoxie et dans ce cas, le muscle cardiaque est incapable de générer une force suffisante malgré une dépolarisation électrique. Le vrai AEP est une absence de contraction cardiaque malgré une activité électrique coordonnée. Le code I46.9 "Cardiac arrest, cause unspecified", peut être attribué comme diagnostic principal ou premier diagnostic si la pathologie sous-jacente à l'AEP n'est pas connue.

Notez qu'on n'enregistre pas les codes des symptômes qui font intégralement partie de la pathologie, tels que la bradycardie et l'hypotension. L'arrêt cardiaque qui est une complication de chirurgie est codé I97.710 "Intraoperative cardiac arrest during cardiac surgery" ou I97.711 "Intraoperative cardiac arrest during other surgery", selon le type de chirurgie. Le code O75.4 "Other complications of obstetric surgery and procedures" est attribué pour les arrêts cardiaques compliquant la chirurgie ou les

interventions obstétricales. Aucun de ces codes n'est attribué pour indiquer que le patient est décédé ; en d'autres mots, n'utilisez pas les codes d'arrêt cardiaque pour indiquer le décès du patient.

Remarque : asystolie renvoie, via l'index alphabétique, vers "arrêt cardiaque". Il n'est pas permis de coder un arrêt cardiaque lorsque la mention d'asystolie figure simplement sur un ECG, avec retour en rythme sinusal et sans mention explicite d'arrêt cardiaque par le médecin.

8. ANEVRISE AORTIQUE

Un anévrisme est une dilatation anormale localisée de vaisseaux sanguins. Un anévrisme disséquant est un anévrisme dans lequel le sang entre dans la paroi artérielle et sépare les couches de la paroi du vaisseau. Si l'anévrisme progresse, la tension augmente et l'anévrisme risque de se rompre, ce qui conduit habituellement au décès.

Les anévrismes sont diagnostiqués principalement en fonction de leur localisation, comme suit :

I25.41	Coronary artery aneurysm
I71.02	Dissection of abdominal aorta
I71.3	Abdominal aortic aneurysm, ruptured
I71.2	Thoracic aortic aneurysm, without rupture
I71.1	Thoracic aortic aneurysm, ruptured
I71.6	Thoracoabdominal aortic aneurysm, without rupture
I72.5	Aneurysm of other precerebral arteries
I72.6	Aneurysm of vertebral artery
I77.70	Dissection of unspecified artery
I77.74	Dissection of vertebral artery
I77.75	Dissection of other precerebral arteries
I77.76	Dissection of artery of upper extremity
I77.77	Dissection of artery of lower extremity
I77.79	Dissection of other specified artery

Occasionnellement, on utilise un terme décrivant la forme de l'anévrisme telle que l'anévrisme en "forme de baie" (I67.1 "Cerebral aneurysm, nonruptured") ou un terme décrivant l'étiologie de l'anévrisme, tel que l'anévrisme syphilitique de l'aorte (A52.01 "Syphilitic aneurysm of aorta") ou un anévrisme traumatique (ex S25.00- "Unspecified injury of thoracic aorta" , S25.20- "Unspecified injury of superior vena cava").

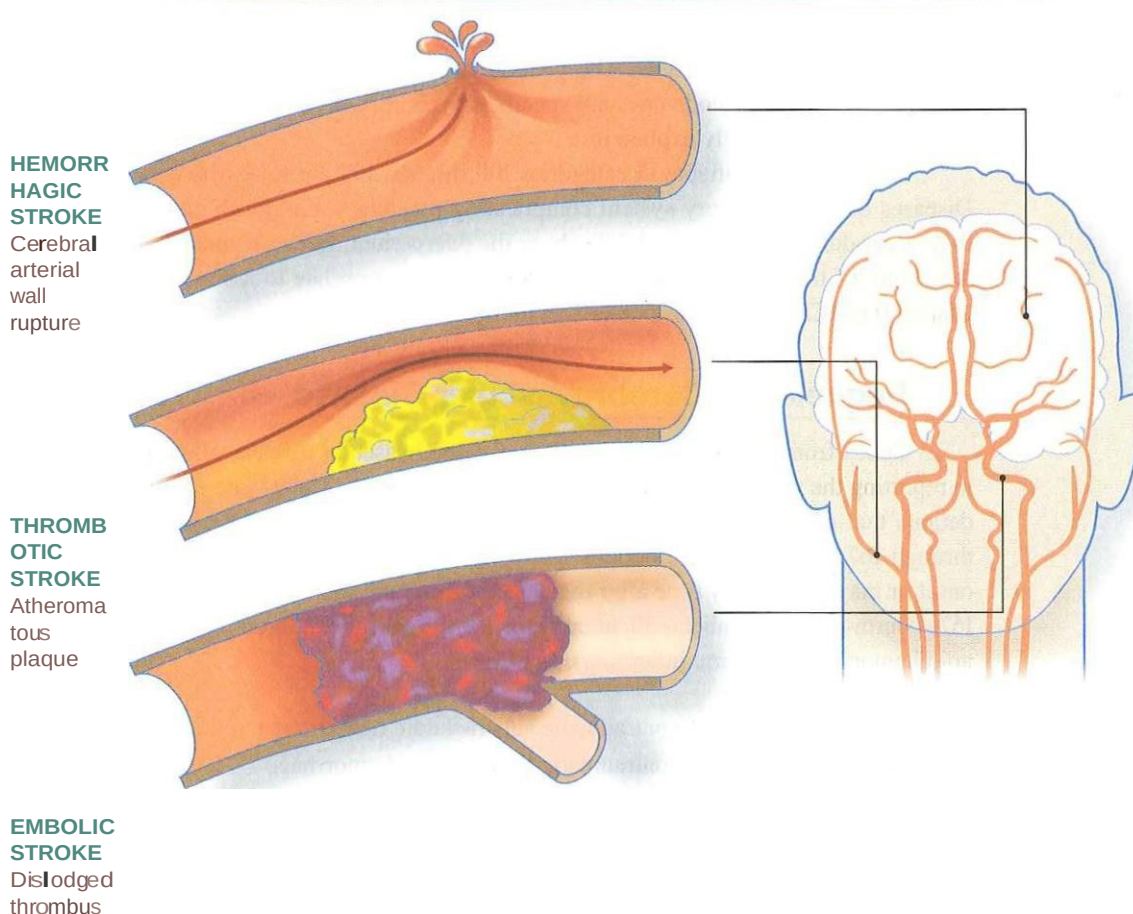
9. TROUBLES CEREbroVASCULAIRES

Les affections organiques aiguës (non traumatiques) qui touchent les artères cérébrales comportent les hémorragies, les occlusions et les thromboses et sont codées dans les catégories I60 à I68. La catégorie I63 "Cerebral infarction" est utilisée pour décrire les occlusions et sténoses des artères cérébrales et précérébrales conduisant à un infarctus cérébral.

La catégorie I63 est subdivisée selon la cause de l'infarctus cérébral : thrombose, embolie, occlusion ou sténose, et selon l'artère concernée, cérébrale ou précérébrale, avec un 6^{ème} caractère identifiant l'artère et la latéralité (par ex carotide droite, artère cérébrale moyenne droite [artère sylvienne droite] ou artères carotidiennes bilatérales). Un infarctus cérébral peut parfois être provoqué par une lésion artérielle bilatérale.

Ces codes ne doivent être attribués que si l'infarctus cérébral est clairement documenté dans le dossier médical et que le médecin indique le lien entre l'infarctus et la thrombose, l'embolie, l'occlusion ou la sténose de l'artère cérébrale. Le codeur ne peut jamais faire l'hypothèse qu'un infarctus a eu lieu. Ces codes s'appliquent uniquement à l'épisode de soins actuel ; ils n'indiquent pas que le patient a eu un infarctus cérébral dans le passé.

FIGURE 28.3 Types d'infarctus cérébral



Quand il y a occlusion et sténose d'une artère cérébrale ou précérébrale sans mention d'infarctus, il faut utiliser les codes de la catégorie I65 "Occlusion and stenosis of precerebral arteries, not resulting in cerebral infarction" ou I66 "Occlusion and stenosis of cerebral arteries, not resulting in cerebral infarction". Les autres termes qui conduisent à ces catégories sont "embolism", "narrowing", "obstruction" (complète) (partielle) et "thrombosis". Dans les sous-catégories I65.0, I65.2, I66.0, I66.1 et I66.2, un 5^{ème} caractère est proposé pour indiquer si l'affection est présente au niveau des artères droites, gauches, bilatérales ou non spécifiées.

Les diagnostics posés sont souvent peu spécifiques en regard du site ou du type d'affection cérébrovasculaire. Quand le diagnostic établi est celui d'accident cérébrovasculaire (AVC) ou d'attaque cérébrale (stroke) sans autre indication, il est important pour le codeur de revoir le dossier médical pour trouver une information plus précise ou de consulter le médecin traitant. Si finalement aucune autre information n'est disponible, le code I63.9 "Cerebral infarction, unspecified" est attribué pour le diagnostic d'attaque cérébrale ou d'AVC, afin de permettre une meilleure uniformité du codage et des données statistiques.

Le code I63.9 est également attribué dans le cas d'un AVC "avorté" quand il n'y a pas d'information complémentaire sur le type d'AVC (see index : "Accident cerebrovascular aborted" ou "Infarct, infarction cerebral aborted"). Les patients qui présentent les symptômes d'infarctus cérébrovasculaire aigu et qui sont traités par l'activateur tissulaire du plasminogène (tPA) ont réellement souffert d'un infarctus cérébral. Bien que le dommage cérébral ne soit pas visualisé au CT-Scan (tomographie par ordinateur), le dommage cérébral devrait être microscopiquement visible. L'administration de tPA dans une veine périphérique est codée 3E03317 "Introduction of Other Thrombolytic into Peripheral Vein, Percutaneous Approach". Elle est efficace dans le traitement des AVC ischémiques causés par un caillot bloquant le flux sanguin vers le cerveau. Elle est également efficace dans le traitement de l'infarctus du myocarde.

Parfois, l'administration d'une thérapie par tPA conduit à une conversion hémorragique de l'AVC ischémique. L'hémorragie cérébrale subséquente est codée comme un effet secondaire de médicament, plutôt que comme une complication (si on part du principe que le tPA a été administré correctement). Le code I63.9 "Cerebral infarction, unspecified" est enregistré pour l'AVC ischémique initial. Pour la transformation hémorragique suite à l'administration de tPA, le code approprié de la catégorie I61 "Nontraumatic intracerebral hemorrhage" est enregistré, en plus du code T45.615A "Adverse effect Of thrombolytic drugs, initial encounter".

Le code Z92.82 "Status post administration of tPA (rtPA) in a different facility within the last 24 hours prior to admission to current facility" est attribué comme code complémentaire aux codes de la catégorie I63 "Cerebral Infarction" ou I21 "Acute myocardial infarction", ou I22 "Subsequent ST elevation (STEMI) and non-ST elevation (NSTEMI) myocardial infarction", pour informer que le patient a reçu du tPA dans une autre institution dans les 24h qui ont précédé l'admission dans l'institution actuelle. Le

code Z92.82 peut être donc exclusivement codé dans l'institution où le patient est transféré et non dans l'institution où le traitement lui a été administré.

Chaque composant du libellé diagnostique qui identifie une maladie cérébrovasculaire doit être codé, excepté si l'index ou la liste systématique donne d'autres instructions. Par exemple :

- Artériosclérose cérébrovasculaire avec hémorragie sous-arachnoïdienne sur rupture d'anévrisme "en forme de baie" :
I60.7 "Nontraumatic subarachnoid hemorrhage from unspecified intracranial artery"
I67.2 "Cerebral atherosclerosis"
- Hémorragie intracérébrale avec œdème vasogénique :
I61.9 "Nontraumatic intracerebral hemorrhage, unspecified"
G93.6 "Cerebral edema"
- Angiopathie amyloïde cérébrale:
E85.4 "Organ-limited amyloidosis"
I68.0 "Cerebral amyloid angiopathy"

L'ICD-10-CM fournit des codes pour rapporter les accidents vasculaires cérébraux postopératoires. Cependant, la documentation du dossier médical doit clairement spécifier la relation de cause à effet entre l'intervention médicale et l'accident vasculaire cérébral pour pouvoir attribuer le code d'accident vasculaire cérébral per- ou postopératoire. L'attribution correcte du code dépend de la présence d'un infarctus ou d'une hémorragie et de sa survenance per- ou postopératoire. S'il s'agit d'une hémorragie cérébrale, l'attribution du code dépend du type de procédure réalisée.

Exemples :

G97.31 "Intraoperative hemorrhage and hematoma of a nervous system organ or structure complicating a nervous system procedure"
G97.32 "Intraoperative hemorrhage and hematoma of a nervous system organ or structure complicating other procedure"
I97.810 "Intraoperative cerebrovascular infarction during cardiac surgery"
I97.811 "Intraoperative cerebrovascular infarction during other surgery"
I97.820 "Postprocedural cerebrovascular infarction following cardiac surgery"
I97.821 "Postprocedural cerebrovascular infarction following other surgery"

Pour les codes de la sous-catégorie I97.8, attribuez un code complémentaire pour identifier le type spécifique d'accident cérébrovasculaire.

La règle de codage générale pour les complications postopératoires est que, lorsque le code de complication n'identifie pas spécifiquement l'affection, un code complémentaire doit être utilisé pour la décrire complètement.

Les affections classées dans les catégories I00 à I99 sont reclassées dans la sous-catégorie O99.4 "Diseases of the circulatory system complicating pregnancy, childbirth and the puerperium", quand elles surviennent durant la grossesse, l'accouchement et le post-partum. Comme les codes O99.4- n'indiquent pas la nature de la pathologie cardiovasculaire, il est approprié d'ajouter un code du chapitre "Maladies du système circulatoire" pour une plus grande précision.

9.1. Séquelles des maladies cérébrovasculaires

Les codes de la catégorie I69 "Sequelae of cerebrovascular disease" permettent une plus grande spécificité pour enregistrer les séquelles de maladies cérébrovasculaires. Ces séquelles incluent les déficits neurologiques persistant après la pathologie cérébrovasculaire initiale classée dans les catégories I60 à I67. Les déficits neurologiques provoqués par la maladie cérébrovasculaire peuvent être présents au début, ou peuvent survenir à n'importe quel moment après le début de l'affection classée des catégories I60 à I67. La sous-classification en 4 chiffres indique l'affection causale (par ex hémorragie sous-arachnoïdienne non traumatique, infarctus cérébral) comme suit :

- I69.0- "Sequelae of nontraumatic subarachnoid hemorrhage"
- I69.1- "Sequelae of nontraumatic intracerebral hemorrhage"
- I69.2- "Sequelae of other nontraumatic intracranial hemorrhage"
- I69.3- "Sequelae of cerebral infarction"
- I69.8- "Sequelae of other cerebrovascular diseases "
- I69.9- "Sequelae of unspecified cerebrovascular diseases "

Les 5^{ème} et 6^{ème} caractères fournissent les informations à propos du déficit neurologique. Les déficits neurologiques correspondant sont les suivants :

- Déficits cognitifs
- Troubles de la parole et du langage
- Monoplégie du membre supérieur
- Monoplégie du membre inférieur
- Hémiplégie/hémi-parésie
- Autre syndrome paralytique
- Autres séquelles (incluant apraxie, dysphagie, parésie faciale, ataxie et autre séquelle)

Le professionnel des soins de santé peut parfois documenter une faiblesse unilatérale due à un infarctus cérébral. Quand elle est clairement documentée comme faisant suite à un AVC, elle est considérée comme synonyme de hémi-parésie/hémiplégie (I69.35-). En dehors de cette association claire, la faiblesse unilatérale ne peut pas être considérée comme une hémi-parésie/hémiplégie, sauf si elle est associée à d'autres lésions ou maladies cérébrales.

Les codes d'autres syndromes paralytiques à la suite d'une maladie cérébrovasculaire (I69.06-, I69.16-, I69.26-, I69.36-, I69.86- et I69.96-) fournissent une note invitant à ajouter un code pour indiquer le type de syndrome paralytique, tel que "locked-in state" (G83.5) ou quadriplégie (G82.5-).

Un code complémentaire devrait également être ajouté aux codes I69.091, I69.191, I69.291, I69.391, I69.891 et I69.991 pour identifier le type de dysphagie si elle est connue. Pour les autres séquelles de maladie cérébrovasculaire (codes I69.098, I69.198, I69.298, I69.398, I69.898 et I69.998), attribuez des codes complémentaires pour identifier les séquelles spécifiques.

Les codes de la catégorie I69 sont attribués pour tout déficit résiduel quand le patient est admis à une date ultérieure. Comme les autres codes de séquelle, la catégorie I69 est attribuée uniquement si ces séquelles sont pertinentes pour l'épisode de soins actuel. Le code Z86.73 "Personal history of transient ischemic attack (TIA), and cerebral infarction without residual deficits" devrait être attribué plutôt qu'un code de la catégorie I69 quand le patient a un antécédent d'infarctus cérébrovasculaire ou d'AVC sans séquelle, d'AIT, de déficit neurologique ischémique réversible prolongé (PRIND), ou de déficit neurologique ischémique réversible (RIND).

Les codes de la catégorie I69 diffèrent des autres codes de séquelles sur deux points :

- Ces codes peuvent être attribués comme diagnostic principal quand le but de l'admission est de prendre en charge la séquelle.
- Ces codes de la catégorie I69 peuvent être attribués en plus des codes des catégories I60-I67, quand un nouvel AVC survient et lorsqu'il persiste des déficits d'un épisode antérieur. Cette distinction permet d'identifier les déficits dus à l'AVC actuel et ceux découlant d'un épisode antérieur.

Notez que les codes de la catégorie I69 ne sont pas attribués pour les séquelles de traumatismes intracrâniens. Attribuez plutôt les codes de la catégorie S06 "Intracranial injury" avec comme 7^{ème} caractère la valeur « S » pour les séquelles.

Les codes de la catégorie I69 "Sequelae of cerebrovascular disease" spécifient si l'hémiplégie, l'hémi-parésie ou la monoplégie affecte le côté dominant ou le côté non dominant.

Ce côté (dominant ou non) devrait donc être documenté dans le dossier. Dans le cas contraire, il n'existe pas de possibilité de coder un côté non spécifié et il faut donc coder comme suit :

- Patient ambidextre : par défaut coder le côté dominant
- Le côté gauche est atteint : par défaut coder le côté non-dominant
- Le côté droit est atteint : par défaut coder le côté dominant

Remarque : la catégorie R29.7- permet d'enregistrer en diagnostic secondaire l'échelle NIHSS (*National Institutes of Health Stroke Scale*) chez les patients présentant un infarctus cérébral (catégorie I63).

Cette échelle permet de mesurer l'intensité des signes neurologiques pour en surveiller l'évolution et en estimer la gravité (AHA cc 2016 Q4)

 **National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) scores**
ICD-10-CM/PCS Coding Clinic, Fourth Quarter ICD-10 2016 Page: 61-62 Effective with discharges: October 1, 2016

A new subcategory (R29.7-) has been created to report the National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) scores. The NIHSS scale is a clinical assessment tool to evaluate and document neurological status in acute stroke patients. The NIHSS is a 15-item neurologic examination stroke scale used to evaluate the effect of acute cerebral infarction on the levels of consciousness, language, neglect, visual-field loss, extraocular movement, motor strength, ataxia, dysarthria, and sensory loss.

Codes from R29.7- are intended to be used as secondary codes as the acute cerebral infarction (I63-) should be coded first. The codes discretely identify NIHSS scores from 0 to 42. At a minimum, report the initial score documented. If desired, a facility may choose to capture multiple stroke scale scores.

Code assignment for the NIHSS may be based on medical record documentation from clinicians who are not the patient's provider (i.e., physician or other qualified healthcare practitioner legally accountable for establishing the patient's diagnosis), since this information is typically documented by other clinicians involved in the care of the patient. However, the associated diagnosis (such as stroke) must be documented by the patient's provider. If there is conflicting medical record documentation, either from the same clinician or different clinicians, the patient's attending provider should be queried for clarification.

Question:

A 70-year-old male patient was admitted with acute stroke. The physician documented an NIHSS score of 30. How should this be coded?

Answer:

Assign code I63.9, Cerebral infarction, unspecified as the principal diagnosis. Code R29.730, NIHSS score 30, is assigned as an additional diagnosis.

AHA cc 2016 Q4

9.2 Manifestations aiguës des maladies cérébrovasculaires

A l'inverse des autres séquelles, les déficits neurologiques comme l'hémiplégie et l'aphasie dues à des AVC sont souvent présents dès le début de la maladie, plutôt que de survenir après que la pathologie initiale soit résolue. Il faut enregistrer tous les déficits neurologiques provoqués par l'AVC, même s'ils sont résolus au moment de la sortie de l'hôpital. Par exemple, un patient est admis pour hémorragie sous-arachnoïdienne avec aphasie et hémiplégie, qui sont résolues au moment où le patient sort de l'hôpital. Même si ces déficits sont résolus, les codes suivants doivent être enregistrés :

I60.9	"Nontraumatic subarachnoid hemorrhage, unspecified"
R47.01	"Aphasia"
G81.90	"Hemiplegia, unspecified affecting unspecified side"

Exercice 28.5 Codez les diagnostics qui suivent	
1 Occlusion de l'artère carotide interne droite avec infarctus cérébral et hémiplégie légère résolue avant la sortie	I63.231 + G81.90
2 Hémiplégie droite (côté dominant) due à une ancienne thrombose cérébrale avec infarctus	I69.351
3 Admission pour traitement d'une nouvelle embolie cérébrale avec infarctus cérébral et aphasie persistant après la sortie (le patient a souffert d'embolie cérébrale avec infarctus un an auparavant et garde une dysphagie et une apraxie résiduelles)	I63.40 R47.01 I69.390 I69.391
4 Infarctus cérébral sur thrombose avec hémiparésie droite (côté dominant) et aphasie	I63.30 G81.91 R47.01
5 Embolie de l'artère cérébrale antérieure droite	I66.11
6 Insuffisance des artères vertébro-basilaires	G45.0
7 Admission pour revalidation d'une hémiplégie du bras droit et de la jambe droite, affectant le côté dominant (le patient a souffert d'une hémorragie extradurale (intracrânienne) non traumatique un mois auparavant) (Sequelae)	I69.231 I69.241
8 Quadriplégie sur anévrisme « en baie » rompu 5 ans auparavant	I69.065 G82.50

10. HYPERTENSION

ICD-10-CM classe l'hypertension par type, essentielle ou primaire (code I10) et secondaire (catégorie I15). Les catégories I10 à I13 classent l'hypertension primaire selon une hiérarchie de la maladie : avec origine purement vasculaire (I10) jusqu'à l'organe final atteint, avec répercussion sur le cœur (I11), sur les reins (I12), ou sur les deux (I13). L'hypertension essentielle est également décrite comme pression sanguine élevée, hypertension artérielle primaire, pathologie hypertensive des vaisseaux, ou hypertension systémique.

La classification part du principe qu'il existe une relation de cause à effet entre l'hypertension et l'atteinte cardiaque et entre l'hypertension et l'atteinte rénale, étant donné que ces deux conditions sont reliées entre elles par le terme "with" dans l'Index Alphabétique. Ces conditions doivent donc être liées par défaut (même en l'absence de documentation dans le dossier du patient qui précise le lien entre elles), excepté si le médecin mentionne clairement que celles-ci ne sont pas liées.

Si la documentation indique que l'hypertension et la cardiopathie, ou l'hypertension et la néphropathie, ne sont pas liées, il faut coder ces pathologies séparément. L'ordre de codage dépendra des circonstances de l'admission.

10.1. Hypertension primaire, transitoire et secondaire

L'hypertension maligne est un processus rapidement évolutif et grave d'une pression sanguine extrêmement élevée. La pression artérielle diastolique, qui est habituellement inférieure à 80 mm Hg, est souvent supérieure à 130 mm Hg. Sans traitement efficace, l'hypertension maligne peut conduire à une insuffisance cardiaque congestive, une encéphalopathie hypertensive, une hémorragie cérébrale, une urémie voire au décès.

Dans la catégorie I16, "Hypertensive crisis", sont classées la crise aiguë hypertensive (I16.0, "hypertensive urgency"), l'urgence hypertensive (I16.1, "hypertensive emergency") et la crise hypertensive non spécifiée (I16.9, "hypertensive crisis, unspecified"). Il faut, dans ces cas, enregistrer aussi un code pour toute maladie hypertensive associée identifiée (I10-I15). L'ordre d'enregistrement dépend de la raison d'admission.

Le terme "hypertension bénigne" réfère à une hypertension relativement légère de durée prolongée ou chronique. La nature maligne de l'hypertension artérielle est presque toujours identifiée dans le dossier du patient, contrairement à l'hypertension bénigne qui, elle, est rarement spécifiée. Du point de vue d'ICD-10-CM, l'hypertension décrite comme accélérée, bénigne, essentielle, idiopathique, maligne ou systémique s'enregistre à l'aide du code I10 "Essential (primary) hypertension".

Occasionnellement, l'hypertension peut être décrite comme "contrôlée" ou "non contrôlée". Une hypertension "contrôlée" ou une hypertension documentée par le terme "antécédent de" fait habituellement référence à un état hypertensif existant qui est contrôlé par le traitement. Une hypertension "non contrôlée" fait référence à une hypertension non traitée ou à une hypertension qui ne répond pas au traitement actuel. Cependant, le fait que l'hypertension soit contrôlée ou non n'affecte pas le choix du code. Attribuez le code approprié des catégories I10 à I15 "Hypertensive diseases".

Une hypertension décrite comme "contrôlée" ou "antécédent de" fait habituellement référence à une hypertension existante qui est sous contrôle grâce à un traitement continu. Le codeur devrait revoir le dossier médical pour déterminer si l'hypertension est encore sous traitement. Si oui, le code approprié des catégories I10 à I15 devrait être attribué.

Quand l'hypertension est décrite comme transitoire, attribuez le code R03.0 "Elevated blood-pressure reading, without diagnosis of hypertension" à moins que le patient n'ait un diagnostic établi d'hypertension. Pour l'hypertension transitoire de la grossesse, attribuez le code O13.- "Gestational [pregnancy-induced] hypertension without significant proteinuria" ou O14.- "Pre-eclampsia".

L'hypertension secondaire (catégorie I15) est le résultat de certaines autres maladies primaires ou affections sous-jacentes. Quand l'affection causant l'hypertension peut être traitée ou raisonnablement contrôlée, l'hypertension secondaire peut être stabilisée voire disparaître complètement. Deux codes sont requis pour rapporter l'hypertension secondaire : un pour la cause sous-jacente et un dans la catégorie I15 pour identifier l'hypertension secondaire. L'ordre d'enregistrement (DP-DS) de ces codes dépend des circonstances de l'admission ou du contact.

Exemples:

- Hypertension sur lupus érythémateux disséminé
M32.10 " Systemic lupus erythematosus, organ or system involvement unspecified"
I15.8 " Other secondary hypertension"
- Acromégalie avec hypertension secondaire, examinée pour prise en charge de l'hypertension:
I15.2 "Hypertension secondary to endocrine disorders"
E22.0 "Acromegaly and pituitary gigantism"

10.2. Hypertension et maladie cardiaque

La classification part du principe qu'il existe une relation de cause à effet entre l'hypertension et l'atteinte cardiaque : l'hypertension avec une affection cardiaque classée sous I50.-, I51.4- à I51.7, I51.89, et I51.9 sont classées dans la catégorie I11 "Hypertensive heart disease", étant donné que ces deux conditions sont reliées entre elles par le terme "with" dans l'index alphabétique. Ces conditions doivent donc être liées par défaut (même en l'absence de documentation dans le dossier du patient qui précise le lien entre elles), excepté si le médecin mentionne clairement que celles-ci ne sont pas liées.

La catégorie I11 est subdivisée pour indiquer la présence ou non d'une insuffisance cardiaque. Si celle-ci est présente, un code de la catégorie I50 sera également enregistré comme diagnostic complémentaire pour identifier le type d'insuffisance cardiaque, si elle est connue. Coder d'abord I11.0 "Hypertensive heart disease with heart failure", comme le veut la note d'instruction à la catégorie I50, Heart failure.

Exemples:

- Insuffisance cardiaque congestive due à l'hypertension :
I11.0 "Hypertensive heart disease with heart failure"
I50.9 "Heart failure, unspecified"
- Cardiopathie hypertensive avec insuffisance cardiaque congestive :
I11.0 "Hypertensive heart disease with heart failure"
I50.9 "Heart failure, unspecified"
- Insuffisance cardiaque congestive avec hypertension:
I11.0 "Hypertensive heart disease with heart failure"
I50.9 "Heart failure, unspecified"

Une relation causale est supposée exister pour une affection cardiaque lorsque celle-ci est associée à une autre affection classée comme cardiopathie hypertensive.

Par exemple :

- Myocardite hypertensive avec insuffisance cardiaque congestive :
I11.0 "Hypertensive heart disease with heart failure"
I50.9 "Heart failure, unspecified"
- Maladie cardiovasculaire hypertensive avec insuffisance cardiaque congestive :
I11.0 "Hypertensive heart disease with heart failure"
I50.9 "Heart failure, unspecified"

Le codeur devrait revoir le dossier médical pour toute référence à la présence d'affections telles que l'artériosclérose coronaire ou l'insuffisance coronarienne chronique, qui mériteraient l'attribution d'un code complémentaire.

10.3. Hypertension et maladies rénales (néphropathies) chroniques

Quand le relevé diagnostique comprend à la fois l'hypertension et la maladie rénale chronique, ICD-10-CM, part du principe qu'il y a un lien de cause à effet et attribue un code de la catégorie I12 "Hypertensive chronic kidney disease", étant donné que les deux affections sont liées par le terme "with" dans l'index alphabétique. Ces conditions doivent donc être liées par défaut (même en l'absence de documentation dans le dossier du patient qui précise le lien entre elles), excepté si le médecin mentionne clairement que celles-ci ne sont pas liées.

Dans la catégorie I12, un 4^{ème} caractère est utilisé pour indiquer le stade de la maladie rénale chronique. Les codes dans cette catégorie requièrent un code complémentaire de la catégorie N18 "Chronic kidney disease (CKD)" pour identifier le stade de la néphropathie chronique.

Notez que la catégorie I12 n'inclut pas l'insuffisance rénale aiguë qui est une pathologie complètement différente de la maladie rénale chronique et qui n'est pas causée par l'hypertension.

Si le patient a une maladie rénale chronique hypertensive et une insuffisance rénale aiguë, un code additionnel d'insuffisance rénale aiguë doit être enregistré.

Les affections rénales qui ne sont pas indexées vers la néphropathie hypertensive chronique (donc, autres que N18.- "Chronic kidney disease" et N26.- "Unspecified contracted kidney", dont la sclérose rénale) peuvent être d'origine hypertensive ou pas ; si le médecin indique une relation causale, seul le code de néphropathie hypertensive chronique est attribué.

Exemples:

- Néphropathie hypertensive bénigne:
I12.9 "Hypertensive chronic kidney disease with stage 1 through stage 4 chronic kidney disease, or unspecified chronic kidney disease"
N18.9 "Chronic kidney disease, unspecified"
- Néphrosclérose hypertensive:
I12.9 "Hypertensive chronic kidney disease with stage 1 through stage 4 chronic kidney disease, or unspecified chronic kidney disease"
N18.9 "Chronic kidney disease, unspecified"
- Hypertension accélérée avec maladie rénale chronique de stade 3:
I12.9 "Hypertensive chronic kidney disease with stage 1 through stage 4 chronic kidney disease, or unspecified chronic kidney disease"
N18.3 "Chronic kidney disease, stage 3 (moderate)"
- Insuffisance rénale aiguë avec nécrose papillaire et hypertension:
N17.2 "Acute kidney failure with medullary necrosis"
I10 "Essential (primary) hypertension"

Quand le relevé diagnostique indique que l'hypertension et le diabète sucré sont tous deux présents, ainsi qu'une maladie rénale chronique, attribuez le code approprié de la catégorie I12 ainsi qu'un code des catégories E08 à E13 dont le 4^{ième} caractère de valeur 2 correspond à la sous-catégorie du diabète avec complications rénales. L'ordre d'enregistrement des codes (DP-DS) dépend des circonstances de l'admission. Un code complémentaire est attribué pour le stade de la maladie rénale chronique (N18.-).

Les codes de la catégorie I12 (tout comme les codes de la catégorie I13) ne s'appliquent donc pas dans les situations suivantes :

- la maladie rénale est uniquement une insuffisance rénale aiguë ;
- l'hypertension est décrite comme secondaire ;
- le médecin nie le lien entre la maladie rénale et l'hypertension.

10.4. Maladies (cardiopathie) hypertensives cardiaque et rénale (néphropathie) chronique

Les codes de la catégorie I13 "Hypertensive heart and chronic kidney disease" sont des codes combinés qui incluent l'hypertension, la maladie cardiaque (cardiopathie) et la maladie rénale (néphropathie) chronique. La note d'inclusion de la catégorie I13 stipule que les pathologies classées dans les catégories I11 "Hypertensive heart disease" et I12 "Hypertensive chronic kidney disease" sont comprises ensemble dans la catégorie I13. C'est pourquoi, si un patient a une hypertension, une maladie cardiaque (cardiopathie) et une maladie rénale (néphropathie) chronique, alors un code de la catégorie I13 devrait être utilisé et non des codes distincts pour l'hypertension, la maladie cardiaque (cardiopathie) et la maladie rénale (néphropathie) chronique, ou des codes des catégories I11 ou I12.

Les 4^{ème} et 5^{ème} caractères précisent la présence ou non d'insuffisance cardiaque ainsi que le stade de la maladie rénale (néphropathie) chronique. On part du principe d'une relation entre l'hypertension et la néphropathie et cardiopathie, que l'affection soit mentionnée comme telle ou pas. Si une insuffisance cardiaque est présente, attribuez un code complémentaire de la catégorie I50 pour identifier le type d'insuffisance cardiaque. Le code approprié de la catégorie N18 "Chronic kidney disease (CKD)" devrait être utilisé comme diagnostic secondaire, avec un code de la catégorie I13 pour identifier le stade de la maladie rénale chronique. Pour les patients ayant à la fois une insuffisance rénale aiguë et une maladie rénale chronique, un code complémentaire est requis pour l'insuffisance rénale aiguë.

10.5. Hypertension avec d'autres affections

Bien que l'hypertension soit souvent associée à d'autres pathologies et puisse accélérer leur développement, ICD-10-CM ne fournit pas de codes combinés. Les codes de chaque affection doivent être attribués pour décrire complètement l'affection.

Exemples:

- Athérosclérose de l'aorte avec hypertension essentielle :
I70.0 "Atherosclerosis of aorta"
I10 "Essential (primary) hypertension"
- Athérosclérose coronaire et hypertension systémique :
I25.10 "Atherosclerotic heart disease of native coronary artery without angina pectoris"
I10 "Essential (primary) hypertension"
- Maladie cardiaque artériosclérotique avec hypertension essentielle:
I25.10 "Atherosclerotic heart disease of native coronary artery without angina pectoris"
I10 "Essential (primary) hypertension"

10.5.1 Maladie cérébrovasculaire hypertensive

Pour les maladies cérébrovasculaires hypertensives, attribuez en premier lieu le code approprié des catégories I60 à I69, suivi du code approprié de l'hypertension (I10 à I15).

10.5.2 Rétinopathie hypertensive

La sous-catégorie H35.0 "Background retinopathy and retinal vascular changes" devrait être utilisée avec un code des catégories I10 à I15 "Hypertensive diseases" pour inclure l'hypertension systémique. L'ordre d'enregistrement des codes (DP-DS) dépend des circonstances de l'admission.

10.5.3 Hypertension compliquant la grossesse, l'accouchement et le post-partum

L'hypertension associée à la grossesse, l'accouchement et le post-partum est considérée comme une complication sauf si le médecin indique spécifiquement le contraire. Cette pathologie comprend l'hypertension préexistante aussi bien que l'hypertension transitoire de la grossesse ou l'hypertension se développant durant la grossesse. L'hypertension compliquant la grossesse, l'accouchement et le post-partum est classée dans les catégories O10 à O11 et O13 à O16 (voir chapitre 24 "Complications de grossesse, accouchement et le post-partum" de ce manuel).

10.5.4 Augmentation de la tension artérielle versus hypertension

Les valeurs de la tension artérielle varient au cours du temps et tendent à augmenter avec l'âge. En raison de ces variations, un diagnostic d'hypertension doit être établi sur base d'une série de mesures de tension artérielle et non pas sur base d'une seule mesure. Un diagnostic de mesure de tension artérielle élevée, sans diagnostic d'hypertension, se voit attribuer le code R03.0 "Elevated blood-pressure reading, without diagnosis of hypertension". Ce code n'est jamais attribué sur base des valeurs de tension artérielle documentées dans le dossier médical; le médecin doit spécifiquement documenter un diagnostic de tension artérielle élevée.

La véritable hypertension postopératoire est considérée comme une complication chirurgicale, et est codée au moyen du code I97.3 "Postprocedural hypertension". Cependant, il se peut que la tension élevée postopératoire soit uniquement due à l'agitation du patient ou à une administration insuffisante d'analgésiques, dans ce cas, le code R03.0 devrait être codé.

Quand le patient présente une hypertension préexistante, seul un code des catégories I10 à I13 est attribué ; ni l'hypertension préexistante ni une simple élévation de la tension artérielle ne sont classées comme une hypertension postopératoire. Tout autre diagnostic d'hypertension transitoire, excepté celle survenant pendant la grossesse, ou un diagnostic d'hypertension postopératoire non documenté clairement dans le dossier médical devrait être discuté avec le médecin pour déterminer s'il représente une tension artérielle élevée ou une hypertension artérielle véritable.

Exercice 28.6

Codez les diagnostics qui suivent

1 Insuffisance cardiaque gauche avec hypertension	I11.0 + I50.1
2 Cardiomégalie hypertensive	I11.9
3 Insuffisance cardiaque congestive, cardiomégalie, hypertension	I11.0 + I50.9
4 Insuffisance cardiaque diastolique, congestive, aiguë, sur hypertension	I11.0 + I50.31
5 Maladie cardiaque (cardiopathie) hypertensive, dégénérescence myocardique	I11.9
6 Thrombose cérébrale, hypertension artérielle modérée	I66.9 + I10
7 Maladie cérébrovasculaire artériosclérotique, hypertension primaire	I67.2 + I10
8 Insuffisance coronarienne chronique, hypertension essentielle	I25.89 + I10
9 Insuffisance coronarienne aiguë, maladie cardiaque (cardiopathie) hypertensive	I24.8 + I11.9

11. ATHEROSCLEROSE DES EXTREMITES

L'athérosclérose des artères (d'origine) des extrémités est classée dans la sous-catégorie I70.2. Le 5^{ème} caractère de la sous-catégorie I70.2 "Atherosclerosis of native arteries of the extremities", indique la progression de la maladie comme suit :

- Le code I70.21- indique l'athérosclérose des extrémités avec claudication intermittente.
- Le code I70.22- indique l'athérosclérose des extrémités avec douleur au repos ; il inclut toute claudication intermittente.
- Les codes I70.23-, I70.24-, I70.25- indiquent que l'affection a évolué vers l'ulcération mais incluent toute douleur au repos et/ou toute claudication intermittente. Le code L97.- "Non-pressure chronic ulcer of lower limb, not elsewhere classified" est utilisé avec I70.23- et I70.24-, ainsi que le code L98.49- "Non-pressure chronic ulcer of skin of other sites" avec I70.25- pour identifier la sévérité de l'ulcère.
- Le code I70.26- indique la présence de gangrène ; ce code inclut chacune ou toutes les affections précédentes. Le code L98.49- ou L97.- est attribué comme code complémentaire pour identifier la sévérité de tout ulcère, si nécessaire.

L'athérosclérose des extrémités au niveau d'un greffon se code à l'aide de code des sous-catégories I70.3 à I70.7, comme suit :

I70.3-	"Atherosclerosis of unspecified type of bypass graft(s) of the extremities"
I70.4-	"Atherosclerosis of autologous vein bypass graft(s) of the extremities"
I70.5-	"Atherosclerosis of nonautologous biological bypass graft(s) of the extremities"
I70.6-	"Atherosclerosis of nonbiological bypass graft(s) of the extremities"
I70.7-	"Atherosclerosis of other type of bypass graft(s) of the extremities"

Les codes compris de I70.3- à I70.7- fournissent des caractères complémentaires permettant d'indiquer la même progression de la maladie que celle discutée plus haut pour la sous-catégorie I70.2 "Atherosclerosis of native arteries of the extremities", à savoir claudication intermittente, douleur au repos, ulcère et gangrène.

Une occlusion chronique totale d'une artère des extrémités (I70.92) se développe quand une plaque calcifiée et dure s'accumule dans une artère durant une longue période conduisant à une diminution cliniquement significative du flux sanguin. Approximativement 40% des patients atteints de maladie vasculaire périphérique présentent initialement une occlusion partielle qui progresse jusqu'à une occlusion chronique totale. Une intervention par angioplastie et stenting est plus complexe car il est extrêmement difficile de passer un guide à travers une occlusion totale.

Le code I70.92 devrait être utilisé comme code complémentaire aux codes des sous-catégories I70.2 à I70.7 quand une occlusion chronique totale est associée à une artériosclérose des extrémités. Une occlusion totale aiguë d'une artère périphérique se voit attribuer les codes I74.2-, I74.3- ou I74.4-.

12. MALADIES DE LA CIRCULATION PULMONAIRE

Les maladies pulmonaires aiguës et chroniques et les autres affections qui perturbent la fonction respiratoire peuvent mener à une pathologie cardiaque droite, au travers d'une augmentation de la pression artérielle pulmonaire. Pour le codage de ces pathologies, il existe les codes ICD-10-CM suivants :

I26.- "Pulmonary embolism"

I26.0- "Pulmonary embolism with acute cor pulmonale"

I26.1- "Pulmonary embolism without acute cor pulmonale"

I27.- "Other pulmonary heart diseases":

I27.0 "Primary pulmonary hypertension"

I27.1 "Kyphoscoliotic heart disease"

I27.2- "Other secondary pulmonary hypertension"

I27.20 "Pulmonary hypertension, unspecified"

I27.21 "Secondary pulmonary arterial hypertension"

I27.22 "Pulmonary hypertension due to left heart disease"

I27.23 "Pulmonary hypertension due to lung diseases and hypoxia"

I27.24 "Chronic thromboembolic pulmonary hypertension"

I27.29 "Other secondary pulmonary hypertension"

I27.8- "Other specified pulmonary heart diseases"

I27.81 "Cor pulmonale (chronic)"

I27.82 "Chronic pulmonary embolism"

I27.83 "Eisenmenger's syndrome"

I27.89 "Other specified pulmonary heart diseases"

I27.9 "Pulmonary heart disease, unspecified"

I28.- "Other diseases of pulmonary vessels"

I28.0 "Arteriovenous fistula of pulmonary vessels"

I28.1 "Aneurysm of pulmonary artery"

I28.8 "Other diseases of pulmonary vessels"

I28.9 "Disease of pulmonary vessels, unspecified"

12.1. Embolie pulmonaire

Un embolie est un caillot sanguin qui survient habituellement dans les veines des membres inférieurs (thrombose veineuse profonde ou TVP). Les embolies peuvent se détacher et migrer vers d'autres organes du corps. Une embolie pulmonaire est un caillot logé dans les poumons, bloquant les artères pulmonaires et réduisant le flux sanguin vers les poumons et le cœur. La maladie embolique pulmonaire peut être aiguë ou chronique (de longue durée, survenant depuis de nombreuses semaines, mois ou années). Dans la majorité des cas, les embolies pulmonaires aiguës ne causent pas de maladie chronique car les mécanismes mis en jeu par le corps désintègrent généralement le caillot sanguin.

Une embolie aiguë est habituellement traitée par des anticoagulants (par ex. héparine IV ou warfarine per os) pour dissoudre le caillot et prévenir la formation de nouveaux caillots. Pour les embolies pulmonaires aiguës, le traitement anticoagulant peut durer de 3 à 6 mois. Le traitement est arrêté quand l'embolie est dissoute. Un filtre placé sur la veine cave est une autre option thérapeutique. L'appareil filtre le sang retournant vers le cœur et les poumons jusqu'à ce que l'embolie pulmonaire se dissolve.

Un filtre cave (ex : "Tulip®") est indiqué dans les cas d'embolie pulmonaire récente et de TVP proximale avec une contre-indication d'anticoagulation, et comme prophylaxie à la suite d'un traumatisme. Quand le filtre "Tulip®" est utilisé de manière temporaire, on peut éviter les complications des filtres permanents (entre autres thrombose, migration du filtre, occlusion ou perforation de la veine cave inférieure, fragmentation du filtre et risque accru de TVP). Ce filtre comporte 4 pattes qui forment un cône. Un petit crochet à la base de chaque patte sert à fixer l'appareil. Les fils du filtre donnent la forme des pétales, indiquant le nom de l'appareil. Un crochet au sommet du cône permet de récupérer le filtre bien qu'il puisse être utilisé de façon permanente dans le traitement de la maladie thrombo-embolique. Par exemple :

Filtre "tulipe" sur la veine cave à travers la veine fémorale droite chez un patient avec embolie pulmonaire

I26.99 "Other pulmonary embolism without acute cor pulmonale"

06H03DZ "Insertion of Intraluminal Device into Inferior Vena Cava, Percutaneous Approach"

Les embolies pulmonaires aiguës sont classées sous la catégorie I26 "Pulmonary embolism" avec un 4^{ème} caractère indiquant s'il y a un cœur pulmonaire aigu, et un 5^{ème} caractère pour indiquer l'embolie pulmonaire septique ou en selle. Le code I26.99 "Other pulmonary embolism without acute cor pulmonale", est utilisé pour l'embolie pulmonaire aiguë non spécifiée autrement. Le code I27.82 "Chronic pulmonary embolism" est attribué pour l'embolie pulmonaire chronique ou récidivante. De plus, attribuez le code Z79.01 "Long term (current) use of anticoagulants" avec le code I27.82 pour décrire toute utilisation associée d'anticoagulant à long terme. Si l'embolie pulmonaire est complètement résolue et si le médecin mentionne un antécédent d'embolie pulmonaire, attribuez le code Z86.711 "Personal history of pulmonary embolism".

L'embolie pulmonaire en selle est une des formes les plus sévères de l'embolie et peut conduire au décès. La survie du patient dépend d'un diagnostic et d'un traitement précoce et intensif. L'aorte est le siège le plus habituel de l'embolie en selle mais elle peut survenir dans d'autres sites, tels que l'artère pulmonaire au niveau de la bifurcation du tronc pulmonaire et s'étendre aux artères pulmonaires principales droites et gauches.

Les codes suivants sont attribués pour les embolies pulmonaires en selle: embolie pulmonaire en selle avec cœur pulmonaire aigu (I26.02), embolie pulmonaire en selle sans cœur pulmonaire aigu (I26.92). Le traitement comprend différentes techniques dont l'héparine intraveineuse (IV), l'activateur du plasminogène tissulaire IV (TPA) et/ou la thrombectomie.

12.2 Hypertension pulmonaire

L'hypertension pulmonaire (HP) est définie comme une "augmentation de la pression dans les artères pulmonaires" et est habituellement provoquée par d'autres pathologies.

La sous-catégorie I27.2, "Other secondary pulmonary hypertension", permet de distinguer les différents types d'HP secondaire. Elles sont classées cliniquement en 5 groupes (remarque : le groupe 1 comprend aussi des HT primitives):

- Groupe 1, *Secondary pulmonary arterial hypertension (I27.21)* : L'hypertension artérielle pulmonaire secondaire (HTAP) est la catégorie d'HP la plus largement reconnue. Les causes d'HP de groupe 1 sont les HP induites par des médicaments et des toxines, l'HP associée à une maladie cardiaque congénitale et l'infection HIV. Le groupe 1 inclut aussi l'hypertension pulmonaire primitive, de même que la forme idiopathique et héréditaire.

- Groupe 2, *Pulmonary hypertension due to left heart disease* (I27.22): l'HP du groupe 2 est secondaire à une insuffisance cardiaque gauche (systolique ou diastolique) ou à une maladie valvulaire du cœur gauche.
- Group 3, *Pulmonary hypertension due to lung disease and hypoxia* (I27.23): Les causes principales des HP du groupe 3 sont l'hypoxie due aux maladies pulmonaires, l'altération du contrôle respiratoire (ex : syndrome d'apnées du sommeil), les hautes altitudes
- Group 4, *Chronic thromboembolic pulmonary hypertension* (I27.24): L'HP du groupe 4 peut se développer lors de l'obstruction des vaisseaux artériels pulmonaires provoquée par des thrombi/emboles, tumeur ou corps étrangers.
- Group 5, *Other secondary pulmonary hypertension* (I27.29): Dans ce groupe, le mécanisme de développement de l' HP est soit peu claire, soit multifactoriel. Le groupe 5 comprend les troubles hématologiques, les maladies systémiques (sarcoïdoses, histiocytose à cellules de Langerhans), les maladies métaboliques (comme la glycogénose), la maladie de Gaucher, les pathologies thyroïdiennes et d'autres maladies.

Le code I27.20 est enregistré pour l'HP non spécifiée. Lorsqu'on attribue des codes dans la sous-catégorie I27.2, il faut également coder toute pathologie associée, si cela s'applique, comme la pathologie pulmonaire, HIV, la maladie cardiaque, la maladie thrombo-embolique.... Cependant, dans les cas d'effets secondaires de médicaments, l'ordre d'attribution des codes est basé sur la raison d'admission. Consulter le chapitre 32 du manuel pour définir l'ordre d'attribution des codes d'effets secondaires.

L'insuffisance cardiaque droite (chronique) ou cœur pulmonaire (chronique) qui fait suite à une hypertension pulmonaire se code I27.29. Un cœur pulmonaire chronique sans mention d'hypertension pulmonaire se code I27.81.

13. THROMBOSE ET THROMBOPHLEBITE DES VEINES DES EXTREMITES

La thrombose veineuse profonde et la thrombophlébite sont deux processus distincts qui peuvent coexister. Un patient peut développer un thrombus avec ou sans inflammation. Un diagnostic de thrombose veineuse indique qu'un caillot s'est formé dans une veine; un diagnostic de thrombophlébite indique que le caillot s'est enflammé.

Quand tant la thrombose que la thrombophlébite des extrémités inférieures sont documentées, attribuer uniquement le code des sous-catégories I82.4- "Acute embolism and thrombosis of deep veins of lower extremity" ; I82.5- "Chronic embolism and thrombosis of deep veins of lower extremity" et I82.81- "Embolism and thrombosis of superficial veins of lower extremities"

En fonction de la veine atteinte, on enregistre la thrombophlébite des extrémités comme suit :

- I80.0- "Phlebitis and thrombophlebitis of superficial vessels of lower extremities"
- I80.1- "Phlebitis and thrombophlebitis of femoral vein"
- I80.20- "Phlebitis and thrombophlebitis of unspecified deep vessels of lower extremities"
- I80.21- "Phlebitis and thrombophlebitis of iliac vein"
- I80.22- "Phlebitis and thrombophlebitis of popliteal veins"
- I80.23- "Phlebitis and thrombophlebitis of tibial vein"
- I80.29- "Phlebitis and thrombophlebitis of other deep vessels of lower extremities"
- I80.3 "Phlebitis and thrombophlebitis of lower extremities, unspecified"
- I80.8 "Phlebitis and thrombophlebitis of other sites"
- I80.9 "Phlebitis and thrombophlebitis of unspecified site"

(voir tableau 28.2)

La TVP, aussi connue comme thromboembolie veineuse, est un caillot sanguin dans une veine majeure. Elle implique généralement les veines des extrémités inférieures mais peut aussi se produire dans les veines des extrémités supérieures.

Avec l'utilisation des cathéters d'accès veineux et d'appareils cardiaques, il y a un risque accru de développer une TVP des extrémités supérieures, comme au niveau de veines axillaires, sous-clavières ou brachiocéphaliques.

Une TVP peut survenir à la suite d'une chirurgie orthopédique, d'une chirurgie abdominopelvienne ou d'une inactivité prolongée (par ex, voyage de longue distance, repos au lit pour traumatisme ou maladie, paralysie). Certains individus ont une prédisposition à développer des caillots sanguins en raison d'une anomalie de leur système de coagulation (par ex, mutation du facteur V, déficit en protéine C ou S, lupus).

Le traitement consiste en la prise d'anticoagulants inhibant le développement ultérieur de caillots ou de médicaments dissolvant les caillots. A l'hôpital, l'héparine est habituellement administrée par voie intraveineuse. Dans certains cas, un filtre est placé dans la veine cave pour prévenir la migration des embolies et des caillots vers le cœur et les poumons.

A la sortie, le traitement anticoagulant est recommandé pendant 3 à 6 mois (ou plus longtemps). Les patients à haut risque peuvent être maintenus sous traitement anticoagulant pour une période illimitée.

L'embolie et la thrombose veineuses peuvent atteindre les vaisseaux profonds ou superficiels et elles peuvent être aiguës ou chroniques, avec des récurrences. La thrombose veineuse profonde récidivante peut être prévenue par un traitement anticoagulant prophylactique, par la prévention de la stase veineuse via le port de bas élastiques, et par la compression pneumatique intermittente des jambes.

Il n'y a pas eu d'études cliniques pour déterminer quand la TVP devient chronique. Dans ICD-10-CM, on considère par défaut que c'est aigu et les termes d'inclusion dans la catégorie I82.4- confirment que cette catégorie de codes est utilisée pour la TVP NOS (non spécifiée autrement).

Quand la TVP est complètement résolue et quand la documentation du médecin mentionne un antécédent de TVP, attribuez le code Z86.718 "Personal history of other venous thrombosis and embolism".

ICD-10 classe les embolies veineuses et les thromboses dans la catégorie I82 "Other venous embolism and thrombosis" selon la veine atteinte, avec les codes des veines des extrémités ensuite spécifiés comme aigus ou chroniques :

I82.0 Budd-Chiari syndrome

I82.1 Thrombophlebitis migrans

I82.2- Embolism and thrombosis of vena cava and other thoracic veins

I82.3 Embolism and thrombosis of renal vein

I82.4- Acute embolism and thrombosis of deep veins of lower extremity

I82.5- Chronic embolism and thrombosis of deep veins of lower extremity

I82.6- Acute embolism and thrombosis of veins of upper extremity

I82.7- Chronic embolism and thrombosis of veins of upper extremity

I82.A- Embolism and thrombosis of axillary vein

I82.B- Embolism and thrombosis of subclavian vein

I82.C- Embolism and thrombosis of internal jugular vein

I82.81- Embolism and thrombosis of superficial veins of lower extremities

I82.89- Embolism and thrombosis of other specified veins

I82.9- Embolism and thrombosis of unspecified veins

(voir tableau 28.2)

Tableau 28.2 Codage des thromboses et thrombophlébites des veines des extrémités

Veine	Veine (précision)	Aigu/chronique	Thrombose (et embolie)	Thrombophlébite
Veine axillaire		Aigu	I82.A1-	I80.8
		Chronique	I82.A2-	
Veine Sous-clavière		Aigu	I82.B1-	I80.8
		Chronique	I82.B2-	
Veine jugulaire interne		Aigu	I82.C1-	I80.8
		Chronique	I82.C2-	
Veine hépatique (Budd-Chiari)			I82.0	I80.8
Veine porte			I82.89-	K75.1
Thrombophlébitis migrans			I82.1	I82.1
VC supérieure			I82.21-	I80.8
VC inférieure			I82.22-	I80.8
Autres veines thoraciques (v. , brachiocéphalique, inominée)			I82.29-	I80.8
V rénale			I82.3	I80.8
MS	?	Aigu	I82.60-	I80.8
		Chronique	I82.70-	
	Veine superficielle (antécubitale, basilique, céphalique)	Aigu	I82.61-	
		Chronique	I82.71-	
	Veine profonde (brachiale, radiale, cubitale)	Aigu	I82.62-	
		Chronique	I82.72-	
MI : profondes	?	Aigu	I82.40-	I80.2- I80.1- (ilio-fémorale) I80.21- I80.22- I80.23- I80.29-
		Chronique	I82.50-	
	? MI proximal (cuisse)	Aigu	I82.4Y-	
		Chronique	I82.5Y-	
	? MI distal (mollet)	Aigu	I82.4Z-	
		Chronique	I82.5Z-	
	Veine fémorale	Aigu	I82.41-	
		Chronique	I82.51-	
	Veine iliaque	Aigu	I82.42-	
		Chronique	I82.52-	
	Veine poplitée	Aigu	I82.43-	
		Chronique	I82.53-	
	Veine tibiale	Aigu	I82.44-	
		Chronique	I82.54-	
	Autre veine profonde	Aigu	I82.49-	
		Chronique	I82.59-	
MI : Veine superficielle (saphène)			I82.81-	I80.0 - (fémoro-poplitée)
MI : ?				I80.3
Autre veine			I82.89-	I80.8
Veine ?		Aigu	I82.90-	I80.9
		Chronique	I82.91-	

Le code Z79.01 "Long term (current) use of anticoagulants" est rapporté avec les codes des sous-catégories I82.5 "Chronic embolism and thrombosis of deep veins of lower extremity" et I82.7 "Chronic embolism and thrombosis of veins of upper extremity" pour décrire un traitement anticoagulant de longue durée.

14. ATHEROEMBOLIES (EMBOLES DE CHOLESTEROL)

Il faut distinguer les athéroembolies (emboles de cholestérol) de l'athérosclérose, des thromboses et des embolies. En effet, les thromboses et les embolies sont de véritables caillots de sang, tandis que les athéroembolies sont des fragments détachés de plaques d'athérome, situées par exemple dans l'aorte ou dans les artères rénales, et qui sont constitués principalement de cristaux de cholestérol. Les athéroembolies concernent généralement les membres. Ce phénomène est codé au moyen de la catégorie I75 qui est utilisée pour rapporter l'athéroembolie.

Exercice 28.7	
Codez les diagnostics et interventions qui suivent	
Ulcère de stase, extrémité inférieure gauche Stripping de veine saphène gauche (percutanée)	I83.029 L97.929 06DQ3ZZ
2 Embolie veineuse chronique et thrombose des veines sous-clavières et traitement de longue durée par coumarine Hypotension orthostatique chronique	I82.B23 Z79.01 I95.1
3 Artériosclérose des jambes avec claudication intermittente	I70.213
4 Embole septique de l'artère pulmonaire dû à un sepsis à staphylocoque doré Phlébite de la saphène de la jambe droite	A41.01+ I26.90 I80.01
5 Hypertension pulmonaire	I27.20
6 Syndrome de Raynaud avec gangrène	I73.01
7 Varices œsophagiennes hémorragiques	I85.01
8 Varices œsophagiennes hémorragiques sur hypertension portale Ligature de varices œsophagiennes, par voie naturelle, endoscopique	K76.6 + I85.11 06L38ZZ
9 Ulcère artériosclérotique et gangrène de la jambe gauche	I70.262 L97.929
10 Un patient est admis avec céphalée aiguë et problèmes de vision; son état se détériore rapidement et le patient décède dans les 4 heures après l'admission ; le diagnostic final est une rupture d'anévrisme « en forme de baie »	I60.7
11 Anévrisme disséquant de l'aorte thoracique descendante Excision de l'anévrisme avec anastomose (par voie ouverte)	I71.01 02BW0ZZ

15. **CODES Z DE STATUT**

ICD-10-CM fournit plusieurs codes Z pour indiquer que le patient est porteur d'un statut lié au système circulatoire, tel que :

- Z94.1 "Heart transplant status"
- Z95.0 "Presence of cardiac pacemaker"
- Z95.1 "Presence of aortocoronary bypass graft"
- Z95.2 "Presence of prosthetic heart valve"
- Z95.3 "Presence of xenogenic heart valve"
- Z95.4 "Presence of other heart-valve replacement"
- Z95.5 "Presence of coronary angioplasty implant and graft"
- Z95.810 "Presence of automatic (implantable) cardiac defibrillator"
- Z95.811 "Presence of heart assist device"
- Z95.812 "Presence of fully implantable artificial heart"
- Z95.818 "Presence of other cardiac implants and grafts"
- Z95.820 "Peripheral vascular angioplasty status with implants and grafts"
- Z95.828 "Presence of other vascular implants and grafts"
- Z98.61 "Coronary angioplasty status "
- Z98.62 "Peripheral vascular angioplasty status"
- Z95.9 "Presence of cardiac and vascular implant and graft, unspecified"

Ces codes sont attribués uniquement comme codes complémentaires et sont enregistrés uniquement quand le statut affecte les soins du patient pour un épisode donné.

PARTIE 2 : PROCEDURES CONCERNANT LE SYSTEME CIRCULATOIRE

De nombreux tests diagnostiques complexes ont été développés pour évaluer le statut circulatoire du patient et beaucoup d'interventions invasives sont utilisées actuellement pour traiter les maladies du système circulatoire. Aux pontages coronariens utilisés chez les patients ayant de sévères sténoses des artères coronaires, s'ajoutent des interventions moins invasives telles que les angioplasties. Certains de ces tests et interventions sont décrits brièvement dans cette section.

La plupart des guidelines ICD-10-PCS (*ICD-10-PCS Official Coding Guidelines*) sont décrits aux chapitres 8 et 10 de ce manuel de codage. Cependant, il y a trois guidelines spécifiques pour la sélection des valeurs du "body part" (partie du corps) pour le codage des procédures du système circulatoire :

- *Ramification des "body parts" (partie du corps)* : si une ramification spécifique d'un "body part" n'a pas sa valeur propre en ICD-10-PCS, le "body part" est habituellement codé au moyen de la valeur de la branche proximale la plus proche disposant d'une valeur spécifique de "body part". Dans le système cardiovasculaire, si un "body part" général est disponible dans la table des "root operations" (intervention de base), et que le codage d'une branche proximale nécessite d'utiliser un code dans un "body system" (système anatomique) différent, alors la procédure est codée en utilisant la valeur de "body part" générale.

Par exemple : une occlusion d'artère bronchique est codée par la valeur de "body part" "upper artery" dans le système anatomique "upper arteries", et pas avec la valeur de "body part" "thoracic aorta, descending" du système anatomique "heart and great vessels".

- *Partie continue de "body part" (partie du corps) tubulaire* : si une procédure est réalisée sur une partie continue de "body part" tubulaire, il faut coder la valeur de "body part" correspondant au site anatomique situé le plus loin du point d'entrée.

Par exemple, une procédure réalisée sur une partie continue d'artère, allant de l'artère fémorale à l'artère iliaque externe, avec le point d'entrée au niveau de l'artère fémorale, est codée à l'aide du "body part" "external iliac artery".

- *Artères coronaires* : les artères coronaires sont classées selon un "body part" (partie du corps) unique, qui est ensuite spécifié à l'aide du nombre d'artères traitées. Un seul code de procédures spécifiant de multiples artères est utilisé quand la même procédure est réalisée, incluant les mêmes valeurs de "device" (matériel, appareil et/ou dispositif) et de "qualifier" (qualificatif).

Exemple : une angioplastie de deux artères coronaires distinctes avec placement de deux stents est codée comme "dilation of coronary arteries, two arteries with two intraluminal devices", tandis qu'une angioplastie de deux artères coronaires distinctes, une avec stent et l'autre pas, est codée à l'aide de deux procédures différentes : "dilation of coronary artery, one artery with intraluminal device" et "dilation of coronary artery, one artery with no device".

Les *Coding Clinic* ont proposé les consignes suivantes pour coder les valeurs de "body part" des vaisseaux. Dans les sections de l'ICD-10-PCS contenant des valeurs qui distinguent les vaisseaux centraux des vaisseaux périphériques, une convention peut être appliquée pour déterminer si, pour le codage, le site de la procédure correspond à un vaisseau central ou périphérique. Les vaisseaux suivants sont codés comme valeur de "body part" "central artery/vein" :

- Coronary artery
- Coronary vein
- Pulmonary trunk
- Pulmonary artery
- Pulmonary vein
- Inferior vena cava
- Superior vena cava
- Thoracic aorta

Tous les autres vaisseaux sont codés avec des valeurs de "body part" "peripheral artery/vein".

1. IMAGERIE INTRAVASCULAIRE

Une nouvelle technique diagnostique de visualisation intravasculaire des vaisseaux est connue sous le nom d'imagerie intravasculaire. Cette procédure utilise une méthode d'imagerie par ultrasons par cathétérisme qui permet de visualiser les vaisseaux de l'intérieur. Les codes de l'imagerie intravasculaire se trouvent dans la section "imaging" ; système anatomique "upper arteries", "lower arteries " ou "veins" ; type de technique "ultrasonography" et qualificatif "intravascular":

- B240ZZ3 "Ultrasonography of single coronary artery, intravascular"
- B340ZZ3 "Ultrasonography of thoracic aorta, intravascular"
- B341ZZ3 "Ultrasonography of right brachiocephalic-subclavian artery, intravascular"
- B343ZZ3 "Ultrasonography of right common carotid artery, intravascular"
- B344ZZ3 "Ultrasonography of left common carotid artery, intravascular"
- B345ZZ3 "Ultrasonography of bilateral common carotid arteries, intravascular"
- B34JZZ3 "Ultrasonography of left upper extremity arteries, intravascular"

2. CATHETERISME CARDIAQUE DIAGNOSTIQUE

Le cathétérisme cardiaque est une intervention diagnostique invasive réalisée pour diagnostiquer et évaluer la sévérité d'une maladie cardiovasculaire. L'intervention inclut l'enregistrement des pressions intracardiaque et intravasculaire, l'enregistrement des tracés, l'examen des gaz sanguins et la mesure du débit cardiaque. D'autres tests impliquent une insertion de cathéters cardiaques mais ils ne sont pas classés comme cathétérismes diagnostiques, excepté si une intervention distincte est documentée, incluant les mesures mentionnées dans la phrase précédente.

ICD-10-PCS classe les cathétérismes cardiaques dans la section "measurement and monitoring" ; "body system" (système anatomique) "physiological systems" ; "function/device" (fonction/matériel) (6^{ème} caractère) "sampling and pressure" ; et "qualifier" (qualificatif) (7^{ème} caractère) précisant s'il s'agit d'un cathétérisme gauche, droit, ou bilatéral.

Exemples:

4A023N8 "Measurement of cardiac sampling and pressure, bilateral, percutaneous approach"

4A023N6 "Measurement of cardiac sampling and pressure, right heart, percutaneous approach"

4A020N7 "Measurement of cardiac sampling and pressure, left heart, open approach"

3. CORONAROGRAPHIE/ANGIOCARDIOGRAPHIE

Une coronarographie/angiocardiographie est un test diagnostique habituellement réalisé en association avec le cathétérisme cardiaque diagnostique. Les tests de provocation à l'ergovine sont souvent effectués en même temps que les coronarographies, afin de diagnostiquer des spasmes coronaires, et sont inclus dans le code de la coronarographie.

Les angiographies et les artériographies sont classées dans la section "imaging" d'ICD-10-PCS ; "root operation" (intervention de base) "fluoroscopy" ; avec le caractère "body part" (partie du corps) identifiant le vaisseau examiné et avec un 5^{ème} caractère précisant si le produit de contraste est d'osmolarité élevée, basse ou s'il s'agit d'un autre produit de contraste.

Les codeurs peuvent demander au service de radiologie quels produits de contraste sont utilisés pour l'imagerie et le mentionner dans des documents internes.

Pour les coronarographies, ICD-10-PCS distingue, à l'aide du caractère "body part" (partie du corps) s'il s'agit d'une artère coronaire unique ou d'artères coronaires multiples et si l'intervention est réalisée sur un pontage coronarien.

Exemples :

B2120ZZ "Fluoroscopy of single coronary artery bypass graft using high osmolar contrast"

B211YZZ "Fluoroscopy of multiple coronary arteries using other contrast"

4. ANGIOGRAPHIE FLUORESCENTE PEROPERATOIRE

L'angiographie fluorescente peropératoire est une nouvelle technologie d'imagerie qui permet d'évaluer en temps réel la vascularisation des coronaires et des chambres cardiaques durant une intervention de pontage coronarien. Elle est utilisée pour évaluer la qualité et la perméabilité des anastomoses vasculaires et des greffons, avec des résultats similaires à ceux d'une artériographie coronaire sélective et d'un cathétérisme cardiaque. Cette nouvelle technologie est réalisée en moins de temps et n'utilise pas de matériel de contraste potentiellement nuisible. Cette intervention est classée dans ICD-10-PCS comme les angiographies conventionnelles avec fluoroscopie mais se distingue par la valeur des "qualifier" (qualificatif) "laser" (6^{ème} caractère) et "intra-opératoire" (7^{ème} caractère).

Exemples :

B212010 "Fluoroscopy of single coronary artery bypass graft using high osmolar contrast, laser intraoperative"

B211Y10 "Fluoroscopy of multiple coronary arteries using other contrast, laser intraoperative"

L'angiographie fluorescente peropératoire peut également être utilisée dans des procédures non coronariennes, comme la chirurgie du cancer du sein, la microchirurgie pédiatrique, la chirurgie reconstructrice et d'autres types de reconstruction tissulaire. De plus, l'angiographie fluorescente peropératoire ne visualise pas uniquement la vascularisation des coronaires mais offre également une visualisation peropératoire de la perfusion sanguine du muscle cardiaque, permettant au chirurgien de réaliser avec succès une revascularisation transmyocardique (TMR).

5. ETUDES (ET STIMULATIONS) ELECTROPHYSIOLOGIQUES

Les études électrophysiologiques (EEP) sont réalisées dans un but de prises en charge diagnostique et thérapeutique des patients atteints de tachycardie ou fibrillation ventriculaire, deux formes d'arythmies cardiaques à risque élevé de mort subite. Les EEP sont également réalisées chez des patients présentant des syncopes inexplicables, des palpitations ou une tachycardie supra-ventriculaire. Parfois, l'électrocardiographie du faisceau de His fait partie d'une EEP. L'électrocardiographie du faisceau de His est un test qui mesure l'activité électrique d'une partie du cœur qui transporte les signaux contrôlant le temps entre les battements cardiaques (contractions).

Lors de cette procédure, un cathéter, attaché à une électrode de monitoring électrique, est inséré dans un vaisseau sanguin (souvent au niveau inguinal ou du cou) et poussé jusqu'au cœur.

Après que l'accès au cœur soit obtenu, par voie percutanée ou par voie ouverte, des électrodes d'électrophysiologie spécialisées sont insérées et guidées sous fluoroscopie. Une fois que le cathéter atteint le cœur, l'extrémité de l'électrode collecte les données et une série de mesures électriques sont prises. De cette manière, on peut identifier la localisation du site électrique défectueux. Durant ce "mapping électrique", l'électrophysiologiste spécialisé en arythmie cardiaque peut stimuler par "pacing" (utilisation de faibles impulsions électriques) les arythmies qui sont la cause du problème.

Coder les EEP invasives requiert 2 codes :

4A0234Z "Measurement of cardiac electrical activity, percutaneous approach"
3E063KZ "Introduction of other diagnostic substance into central artery, percutaneous approach"

Pour les stimulations électriques programmées non invasives, enregistrer le code 4A02X4Z "Measurement of cardiac electrical activity, external approach".

Cette étude non invasive peut aussi être faite par approche transœsophagienne . ICD-10-PCS ne fournit pas de valeur spécifique pour cette approche transœsophagienne de mesure du rythme cardiaque. L'approche externe (4A02X4Z) est l'équivalent le plus proche.

Une procédure d'ablation peut aussi être réalisée. Le système de conduction cardiaque comprend le nœud sinoatrial, le nœud auriculo-ventriculaire, le faisceau de His et, dans les oreillettes et ventricules, toutes les autres voies spécialisées qui contrôlent la stimulation de la pompe cardiaque. Le système de conduction cardiaque est le lieu de foyers arythmogènes, qui peuvent être traités par procédure d'ablation. De telles procédures sont codées grâce à la valeur de "body part" (partie du corps) "conduction mechanism".

Par exemple :

Un patient avec diagnostic de tachycardie ventriculaire (TV) subit une ablation percutanée de TV. Attribuez le code :

02583ZZ "Destruction of conduction mechanism, percutaneous approach".

6. IMPLANTATION DE DEFIBRILLATEUR AUTOMATIQUE

Un défibrillateur (cardiovertteur) automatique implantable (AICD) est un appareil électronique conçu pour détecter et traiter au moyen de chocs électriques les tachyarythmies qui mettent la vie en danger. Les patients qui bénéficient de cet appareil présentent habituellement un ou plusieurs épisodes d'arythmies qui ne sont pas contrôlées par d'autres traitements.

L'implantation d'un système total défibrillateur/cardiovertteur est habituellement réalisée en une seule procédure. Elle comprend la formation d'une poche de tissu sous-cutané ou d'une poche dans un fascia abdominal, la mise en place ou le remplacement du défibrillateur avec des patchs épicaudiques et des électrodes transveineuses, les procédures peropératoires pour évaluer le signal de l'électrode, les mesures de seuil du défibrillateur et les tests du matériel implanté avec induction des arythmies. Durant la chirurgie de mise en place de l'AICD, l'appareil est testé en induisant une fibrillation ventriculaire (FV). Les chocs sont délivrés par l'appareil et un rythme sinusal normal est restauré. Un diagnostic de FV n'est pas codé quand elle est induite lors du test de défibrillateur pour s'assurer que l'AICD reconnaît bien la FV, car celle-ci est induite uniquement pour tester le fonctionnement de l'appareil.

Cependant, l'AICD est parfois mis en place en deux étapes. Les électrodes sont insérées en premier lieu et ensuite, le générateur est implanté le jour suivant, durant le même séjour hospitalier.

Le codage de l'insertion d'un AICD requiert de multiples codes, comme suit :

1. Un code pour l'insertion du générateur dans une poche sous-cutanée soit au niveau du thorax, soit au niveau de l'abdomen, utilisant soit une voie d'abord ouverte, soit une voie d'abord percutanée.

Exemples:

0JH608Z "Insertion of defibrillator generator into chest subcutaneous tissue and fascia, open approach"

0JH808Z " Insertion of defibrillator generator into abdomen subcutaneous tissue and fascia, open approach"

2. Un code pour l'insertion des électrodes du défibrillateur. Il y a plusieurs codes possibles selon la localisation de l'électrode, oreillette droite, oreillette gauche, ventricule droit ou ventricule gauche. Il y a également des codes différents selon que l'insertion de l'électrode se fait par voie percutanée ou ouverte.

Exemples :

02H60KZ "Insertion of defibrillator lead into right atrium, open approach"

02H73KZ "Insertion of defibrillator lead into left atrium, percutaneous approach"

02HK4KZ "Insertion of defibrillator lead into right ventricle, percutaneous endoscopic approach"

3. Toute circulation extracorporelle (continue cardiac output) 5A1221Z "performance of cardiac output, continuous" ou n'importe quelle autre intervention chirurgicale concomitante devrait être également codée, si d'application.

Il existe deux codes pour la révision ou la relocalisation d'une poche pour matériel cardiaque selon la voie d'abord (ouverte ou percutanée) utilisée :

0JWT0PZ "Revision of cardiac rhythm related device in trunk subcutaneous tissue and fascia, open approach"

0JWT3PZ "Revision of cardiac rhythm related device in trunk subcutaneous tissue and fascia, percutaneous approach"

Quand un patient est admis pour remplacement ou ajustement d'un AICD, le code **Z45.02 "Encounter for adjustment and management of automatic implantable cardiac defibrillator"** est mentionné comme diagnostic principal, à moins que la procédure soit réalisée en raison d'une complication mécanique, auquel cas le code de la sous-catégorie **T82.1 "Mechanical complication of cardiac electronic device"** est attribué. Quand on remplace uniquement les électrodes, on code l'enlèvement de l'ancienne électrode et ensuite l'insertion de la nouvelle. Quand on remplace uniquement le générateur, on code l'ablation de l'ancien générateur ainsi que l'insertion du nouveau.

Par exemple :

Un générateur est enlevé du thorax et remplacé par un nouveau, les deux procédures étant réalisées par voie ouverte :

0JPT0PZ "Removal of cardiac rhythm related device from trunk subcutaneous tissue and fascia, open approach"

0JH608Z "Insertion of defibrillator generator into chest subcutaneous tissue and fascia, open approach".

Les défibrillateurs/cardioverters automatiques implantables requièrent parfois un contrôle ou un test du seuil de déclenchement sans induction d'arythmies. Cette procédure peut être réalisée au lit du patient et est codée **4B02XTZ "Measurement of cardiac defibrillator, external approach"**.

Ces codes peuvent être utilisés pour la création d'une "poche" pour un "loop recorder" ou pour un enregistreur cardiaque implantable pouvant être activé par le patient. 0JH602Z "Insertion of Monitoring Device into Chest Subcutaneous Tissue and Fascia, Open Approach".

L'insertion et le remplacement de ces appareils sont inclus dans les mêmes codes.

7. TRAITEMENT PAR PACEMAKER CARDIAQUE

Un traitement par pacemaker cardiaque implique un contrôle électrique de la fréquence cardiaque (figure 28.4). Les codes d'ICD-10-PCS font la distinction entre l'insertion de pacemakers temporaire et permanent. Lors de l'insertion d'un pacemaker temporaire, les électrodes sont introduites par un cathéter et attachées à un générateur d'impulsions externe. Ce type de pacemaker est généralement utilisé dans la phase aiguë en attendant qu'un pacemaker permanent soit inséré. Un autre type de

pacemaker temporaire est utilisé en peropératoire ou immédiatement après la chirurgie, avec les électrodes insérées sur le myocarde dans un thorax déjà ouvert.

Les interventions concernant les pacemakers temporaires sont classées sous le code **5A1213Z "Performance of cardiac pacing, intermittent"** ou **5A1223Z "Performance of cardiac pacing, continuous"**, plus le code approprié pour l'insertion de l'électrode.

ICD-10-PCS ne code pas les "devices" (matériel), sauf si celui-ci est laissé en place lorsque la procédure est terminée. Dès lors, un PMK temporaire utilisé uniquement pendant la chirurgie n'est pas codé.

Dans le cas de réanimation cardiopulmonaire, on utilise parfois un pacemaker temporaire transmyocardique, pour lequel une aiguille est insérée dans le thorax et dans le myocarde. A une extrémité de cette aiguille sont fixées des électrodes directement insérées dans le muscle cardiaque via l'aiguille et l'autre extrémité est reliée à un pacemaker externe. Cette procédure fait partie intégrante de la réanimation cardiopulmonaire (5A2204Z "Restoration of cardiac rhythm, single") et aucun code complémentaire n'est attribué.

L'insertion initiale d'un pacemaker permanent requiert au moins deux codes :

- Un code pour indiquer le type d'appareil, généralement appelé générateur d'impulsions, qui est codé dans la section "Medical and Surgical Section" ; "body system" (système anatomique) "subcutaneous tissue and fascia" ; "root operation" (intervention de base) "insertion" ; avec le 6^{ème} caractère fournissant une information quant au type de pacemaker: chambre unique ("single chamber"), chambre unique avec asservissement de fréquence ("single chamber rate responsive") ou chambre double ("dual chamber").
- Des codes distincts sont utilisés pour rapporter l'insertion des électrodes.

Les électrodes du pacemaker peuvent être placées soit par voie transveineuse à l'intérieur du cœur soit sur l'épicaire à l'extérieur du cœur. Pour insérer une électrode transveineuse dans le ventricule par voie percutanée, l'électrode est introduite par la veine sous-clavière, la veine cave supérieure, l'oreillette droite et dans le ventricule droit. Quand des électrodes transveineuses sont utilisées, le générateur est habituellement placé dans une poche sous-cutanée de la paroi thoracique supérieure.

Le code **0JWT0PZ/0JWT3PZ "Revision of cardiac rhythm related device in trunk subcutaneous tissue and fascia, open/percutaneous approach"** est attribué pour la révision ou le repositionnement d'une poche de pacemaker, de défibrillateur ou d'un autre appareil cardiaque implanté.

Aucune incision de la paroi thoracique n'est nécessaire pour l'insertion d'une électrode épicaudique. En présence d'une électrode épicaudique, la paroi abdominale est le site habituel pour la poche du pacemaker.

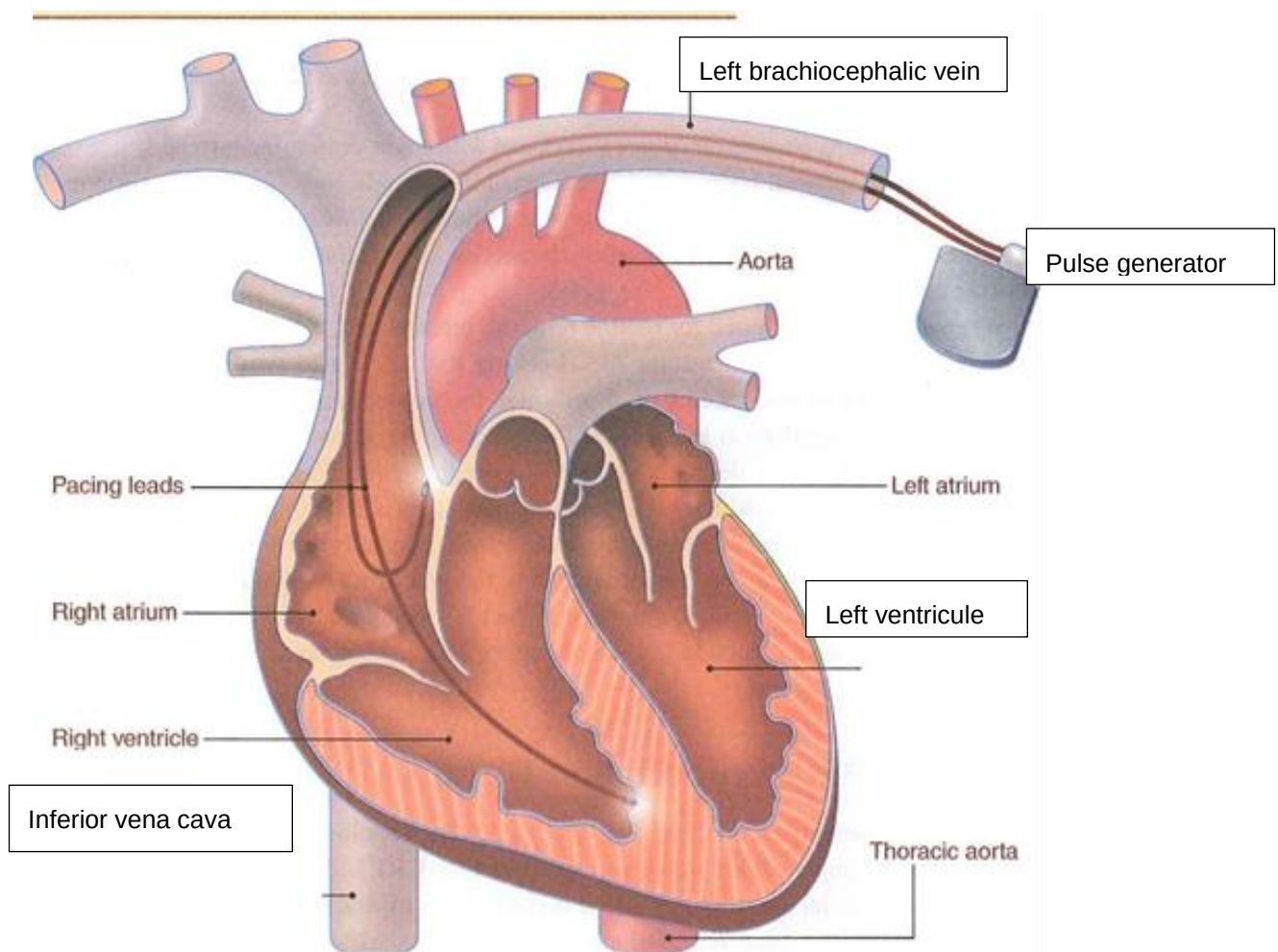
- Il y a 4 types de pacemaker sur le marché : chambre unique ("single chamber"), chambre unique avec asservissement de fréquence ("single chamber rate responsive") ou chambre double ("dual chamber") et intracardiaue. Chacun a une valeur unique pour le 6^{ème} caractère du code ICD-10-PCS pour la procédure d'insertion.

Par exemple :

Insertion d'un pacemaker simple chambre dans une poche thoracique par voie ouverte

0JH604Z "Insertion of pacemaker, single chamber, into chest subcutaneous tissue and fascia, open approach"

FIGURE 28.4: Insertion de pacemaker cardiaque



Un pacemaker simple chambre utilise une seule électrode; un pacemaker double chambre requiert deux électrodes, une pour l'oreillette et une pour le ventricule. Il est important de s'assurer que le code pour l'insertion de l'électrode et le code pour le pacemaker soient compatibles.

Par exemple :

L'insertion d'un pacemaker double chambre permanent avec des électrodes dans l'oreillette droite et dans le ventricule droit est codée :

0JH606Z "Insertion of pacemaker, dual chamber into chest subcutaneous tissue and fascia, open approach"

02H63JZ "Insertion of pacemaker lead into right atrium, percutaneous approach"

02HK3JZ "Insertion of pacemaker lead into right ventricle, percutaneous approach"

Un pacemaker avec asservissement de fréquence (rate responsive) est un appareil avec lequel la fréquence est déterminée par des variables physiologiques autres que la fréquence auriculaire. Ce type de PMK permet au patient de vivre une vie plus normale et est fortement préféré chez un patient potentiellement actif.

On peut convenir d'un accord avec les médecins de l'hôpital, de manière à avoir une documentation cohérente dans le dossier médical, concernant le type de stimulateur utilisé.

Il est parfois nécessaire, dans le cadre d'une mise à jour, de remplacer le générateur d'impulsions ou de passer d'un pacemaker simple chambre à un pacemaker double chambre. ICD-10-PCS fournit des codes spécifiques pour chaque partie de la procédure. Par exemple, le seul remplacement d'un générateur d'impulsions requiert un code pour l'enlèvement du générateur et un code pour l'insertion du nouveau générateur. De la même manière, si le remplacement d'électrodes existantes est requis, il faudra un code pour l'enlèvement des anciennes électrodes ainsi qu'un code pour l'insertion des nouvelles.

Par exemple :

Un pacemaker simple chambre est enlevé de la paroi thoracique et remplacé par un nouveau, coder ensemble les deux procédures avec la voie d'abord ouverte :

0JPT0PZ "Removal of cardiac rhythm related device from trunk subcutaneous tissue and fascia, open approach"

0JH604Z "Insertion of pacemaker, single chamber into chest subcutaneous tissue and fascia, open approach"

ICD-10-PCS ne fournit qu'un seul code 0JPT0PZ "Removal of cardiac rhythm related device from trunk subcutaneous tissue and fascia, open approach", qu'il s'agisse de l'enlèvement d'un pacemaker ou d'un défibrillateur, au niveau du thorax ou de l'abdomen.

Quand un patient est admis pour enlèvement, remplacement et reprogrammation de routine d'un pacemaker cardiaque, le diagnostic principal est le code **Z45.010 "Encounter for checking and testing of cardiac pacemaker pulse generator [battery]"** ou le code **Z45.018 "Encounter for adjustment and management of other part of cardiac pacemaker"**. Une reprogrammation est une simple technique non opératoire qui ne requiert pas de code de procédure.

Les médecins parlent parfois du remplacement de la "batterie" mais, en fait, cela revient actuellement à remplacer le pacemaker (pas les électrodes) car les termes "pacemaker" et "batterie" sont employés l'un pour l'autre. Pour le codage, il faut toujours bien savoir quelle partie du pacemaker est remplacée. Quand le patient est admis uniquement pour le remplacement du pacemaker, le code Z45.010 "Encounter for checking and testing of cardiac pacemaker pulse generator [battery]" ou Z45.018 "Encounter for adjustment and management of other part of cardiac pacemaker" est attribué comme diagnostic principal.

Quand le pacemaker ou une électrode doit être remplacé en raison d'une complication mécanique de l'appareil, on attribue un code de la sous-catégorie T82.1 "Mechanical complication of cardiac electronic device".

Les PMK intracardiaques sont aussi nommés PMK "leadless" (sans électrode) ou PMK "transcathéter". Les PMK conventionnels nécessitent deux composants : un générateur dans une poche sous-cutanée au niveau de la paroi thoracique, ainsi qu'une ou des électrode(s) tunnelisée(s) sous la peau et avancée(s) dans une ou plusieurs chambres du cœur.

Les composants d'un PMK intracardiaque sont combinés dans un seul appareil implanté dans une chambre cardiaque. Ce type de PMK ne nécessite pas de poche sous-cutanée ou d'électrode tunnelisée. Tous les composants sont miniaturisés dans un appareil ressemblant à une capsule, qui est inséré par un vaisseau périphérique, habituellement la veine fémorale, et ensuite avancé dans la chambre cardiaque et fixé à la paroi cardiaque. Bien que les PMK intracardiaque soient aussi connus comme PMK "leadless", une minuscule électrode au bout de la batterie délivre la fréquence de pulsation au tissu cardiaque.

Les PMK intracardiaques sont actuellement placés dans le ventricule droit pour un pacing simple chambre. Un PMK intracardiaque peut être placé par approche endoscopique percutanée, percutanée ou ouverte. Le PMK doit être programmé quand il est placé et ensuite, périodiquement contrôlé et reprogrammé. Lorsque l'appareil est en fin de vie en raison de l'épuisement de la batterie, un nouveau PMK doit être placé. L'ancien appareil peut être enlevé par voie percutanée, ou il peut être éteint et laissé en place.

Les codes suivants sont des exemples de procédures liées aux PMK intracardiaques :

02H43NZ "Insertion of intracardiac pacemaker into coronary vein, percutaneous approach"

02H44NZ "Insertion of intracardiac pacemaker into coronary vein, percutaneous endoscopic approach"

02H60NZ "Insertion of intracardiac pacemaker into right atrium, open approach"

02H63NZ "Insertion of intracardiac pacemaker into right atrium, percutaneous approach"

02H64NZ "Insertion of intracardiac pacemaker into right atrium, percutaneous endoscopic approach"

02H70NZ "Insertion of intracardiac pacemaker into left atrium, open approach"

02H73NZ "Insertion of intracardiac pacemaker into left atrium, percutaneous approach"

02H74NZ "Insertion of intracardiac pacemaker into left atrium, percutaneous endoscopic approach"

02HK0NZ "Insertion of intracardiac pacemaker into right ventricle, open approach"

02HK3NZ "Insertion of intracardiac pacemaker into right ventricle, percutaneous approach"

02HK4NZ "Insertion of intracardiac pacemaker into right ventricle, percutaneous endoscopic approach"

02HL0NZ "Insertion of intracardiac pacemaker into left ventricle, open approach"

02HL3NZ "Insertion of intracardiac pacemaker into left ventricle, percutaneous approach"

02HL4NZ "Insertion of intracardiac pacemaker into left ventricle, percutaneous endoscopic approach"

8.TRAITEMENT PAR RESYNCHRONISATION CARDIAQUE

Un traitement par resynchronisation cardiaque (CRT) est une nouvelle technologie semblable au pacemaker conventionnel et au défibrillateur cardiaque. Une CRT est différente parce qu'elle requiert, en plus d'électrodes placées dans l'oreillette droite et le ventricule droit, l'implantation d'une 3^{ème} électrode spéciale dans une veine coronaire (à la surface externe du ventricule gauche). Une CRT traite une décompensation cardiaque en donnant une stimulation électrique stratégique à l'oreillette droite, au ventricule droit et au ventricule gauche, pour coordonner les contractions ventriculaires et améliorer le débit cardiaque. Le CRT est parfois appelée « pacing biventriculaire » car les deux ventricules sont stimulés électriquement au même moment.

Les codes ICD-10-PCS font la distinction entre l'insertion d'un pacemaker de resynchronisation cardiaque sans défibrillateur cardiaque interne (CRT-P) et celle d'un défibrillateur de resynchronisation cardiaque (CRT-D). Les codes diffèrent par la valeur du 6^{ème} caractère qui fait la distinction entre un "cardiac resynchronization pacemaker pulse generator" et un "cardiac resynchronization defibrillator pulse generator".

Exemples:

0JH607Z	"Insertion of cardiac resynchronization pacemaker pulse generator into chest subcutaneous tissue and fascia, open approach"
0JH609Z	"Insertion of cardiac resynchronisation defibrillator pulse generator into chest subcutaneous tissue and fascia, open approach"

Aucun code complémentaire n'est attribué pour la création d'une poche abritant l'appareil et pour la procédure peropératoire qui évalue les signaux de l'électrode. Cependant, des codes distincts sont requis pour l'insertion des électrodes transveineuses.

Pour le CRT-P, des codes sont nécessaires pour l'insertion des électrodes du pacemaker dans le ventricule droit ou gauche.

Par exemple:

02HK3JZ "Insertion of pacemaker lead into right ventricle, percutaneous approach"

Pour le CRT-D, des codes sont nécessaires pour l'insertion des électrodes de défibrillation, sur base de la documentation indiquant où elles ont été placées.

Exemples :

02H63KZ "Insertion of defibrillator lead into right atrium, percutaneous approach"

02HK3KZ "Insertion of Defibrillator Lead into Right Ventricle, Percutaneous Approach"

02HL3KZ "Insertion of Defibrillator Lead into Left Ventricle, Percutaneous Approach"

02H43KZ "Insertion of Defibrillator Lead into Coronary Vein, Percutaneous Approach"

Au cours du temps, il peut être nécessaire de remplacer l'électrode de la veine coronaire du ventricule gauche, de remplacer le générateur d'impulsions du pacemaker (CRT-P) ou de remplacer le générateur d'impulsions du défibrillateur (CRT-D). Dans toutes ces situations, on code séparément l'enlèvement et l'insertion de l'appareil remplacé.

Quand on repositionne les électrodes sans les remplacer, la "root,operation" (intervention de base) est "Revision".

Par exemple :

Repositionnement de l'électrode du CRT-P ou du CRT-D par voie percutanée

02WA3MZ "Revision of cardiac lead in heart, percutaneous approach"

9. REPARATION DE VALVE MITRALE PAR VOIE PERCUTANEE

L'implantation d'un MitraClip® est une procédure peu invasive, avec insertion par cathéter, à thorax fermé, pour le traitement intracardiaque des insuffisances mitrales causées par une pathologie valvulaire et/ou une dysfonction ventriculaire gauche. Cette intervention est réalisée à cœur battant et est une alternative à la chirurgie cardiaque à cœur ouvert. Cette procédure est réalisée par des cardiologues interventionnels dans une salle de cathétérisme ou une salle d'opération hybride, et sous anesthésie générale.

Cette procédure ne requiert pas de circulation extracorporelle.

L'insertion d'un implant MitraClip® est codée **02UG3JZ "Supplement mitral valve with synthetic substitute, percutaneous approach"**.

10. REPARATION DE VALVES AORTIQUE ET PULMONAIRE PAR VOIE PERCUTANEE

Les remplacements "transcathéter" de valves aortique et pulmonaire sont des procédures utilisant un cathéter, qui permettent l'implantation d'une valve prothétique à la place de la valve native malade, sans chirurgie invasive et sans circulation extra-corporelle.

Il y a deux voies d'abord pour le remplacement de valves aortique et pulmonaire : la voie d'abord endovasculaire et la voie d'abord transapicale. Une bioprothèse valvulaire est amenée par cathéter au niveau de la valve native malade, via l'artère ou la veine fémorale (voie d'abord endovasculaire) ou par la pointe du cœur au moyen d'une incision de thoracotomie (voie d'abord transapicale). Dans les deux voies d'abord, un cathéter de valvuloplastie par ballon est avancé via l'aorte et placé sur la valve native, aortique ou pulmonaire, malade. Une valvuloplastie par ballon est alors réalisée. Le cathéter "fournisseur" est placé sur la valve native et la nouvelle bioprothèse est mise en place, détruisant la valve d'origine sous elle. Le remplacement endovasculaire ou transapical des valves aortique ou pulmonaire est codé sous la "root operation" (intervention de base) "Remplacement".

Par exemple :

02RF3JZ	"Replacement of aortic valve with synthetic substitute, percutaneous approach"
02RH3JH	"Replacement of pulmonary valve with synthetic substitute, transapical, percutaneous approach"

Si une procédure est réalisée pour corriger un appareil défectueux ou déplacé, l'intervention est codée via la "root operation" (intervention de base) "Revision".

Par exemple :

Un patient a subi un remplacement de la valve aortique et présente une fuite au niveau de la valve bioprothétique. Le chirurgien réalise une fermeture percutanée de la fuite paravalvulaire.

02WF3KZ "Revision of nonautologous tissue substitute in aortic valve, percutaneous approach".

11. VALVULOPLASTIE PERCUTANEE PAR BALLON

La valvuloplastie percutanée par ballon, 027H3ZZ "Dilation of pulmonary valve, percutaneous approach", est un traitement non invasif de sténose valvulaire pulmonaire. Il s'agit d'un cathéter avec ballon qui est introduit dans le cœur jusqu'à travers la valve rétrécie via la veine fémorale. Le ballon est ensuite gonflé manuellement. Une anesthésie générale n'est pas nécessaire, le séjour hospitalier est plus court et il n'y a pas de cicatrice résultant de la procédure.

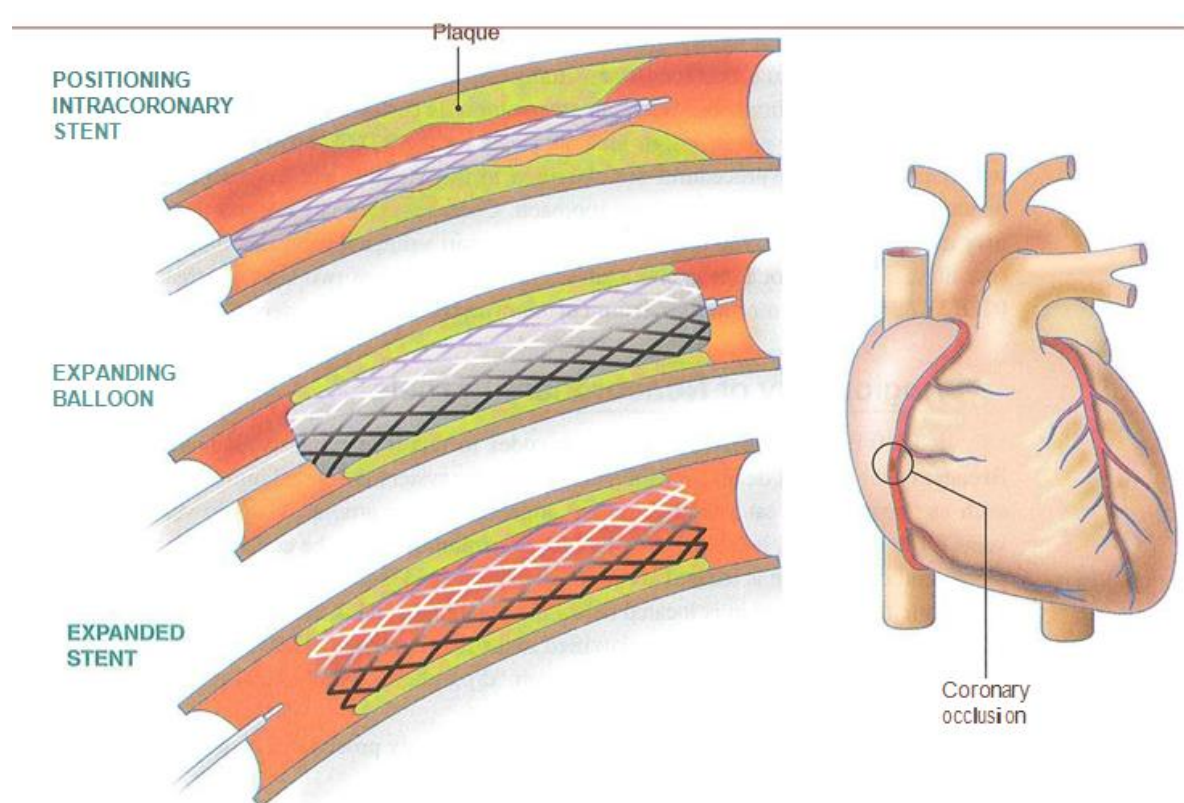
12. ANGIOPLASTIE CORONAIRE TRANSLUMINALE PERCUTANEE

L'angioplastie coronaire transluminale percutanée (PTCA) est classée sous la "root operation" (intervention de base) "dilation", voie d'abord percutanée dans la section médico-chirurgicale.

La sélection des codes est basée sur le nombre d'artères coronaires traitées, la valeur du 4^{ème} caractère "body part" (partie du corps) indiquant s'il y a une, deux, trois, quatre ou davantage d'artères concernées. L'attribution du code reflète le nombre d'artères coronaires traitées, ainsi que le nombre de stents insérés. Les codes indiquent aussi une valeur au travers du 6^{ème} caractère pour le type de stent utilisé, si c'est le cas (pharmaco-actif ou non pharmaco-actif).

Quand un agent thrombolytique est également administré, il faut attribuer un code distinct, par exemple le code 3E03317 "Introduction of other thrombolytic into peripheral vein, percutaneous approach".

FIGURE 28.5: Angioplastie coronaire avec stent



Comme une nouvelle sténose (resténose) survient souvent après une angioplastie, un stent est fréquemment inséré par mesure de prévention (*figure 28.5*). Au cours de cette procédure, un petit stent en acier inoxydable est introduit pendant l'angioplastie pour maintenir ouverte l'artère coronaire occluse. Après que le ballon a été inséré dans l'artère coronaire et gonflé pour écraser les dépôts de plaque contre la paroi du vaisseau, le processus est répété avec un second ballon transportant le stent. L'expansion du ballon pousse le stent contre la paroi artérielle permettant de maintenir l'ouverture de l'artère.

L'ICD-10-PCS fournit des valeurs différentes pour le 6^{ème} caractère du code "device " (matériel), pour identifier s'il s'agit d'un stent pharmaco-actif intraluminal, d'un stent intraluminal "simple" (non pharmaco-actif), d'un matériel intraluminal radioactif, ou si aucun matériel n'a été utilisé.

A noter qu'un code de procédure séparé est attribué pour chaque artère dilatée lorsque la valeur du "device" (matériel) diffère.

Par exemple :

Angioplastie (PTCA) réalisée sur deux artères coronaires, une avec stent pharmaco-actif et l'autre avec stent non pharmaco-actif:

027034Z "Dilation of Coronary Artery, one artery with drug-eluting intraluminal device, percutaneous approach

02703DZ "Dilation of coronary artery, one artery with intraluminal device , percutaneous approach"

Dans l'ICD-10-PCS, les interventions de base de dilatation coronaire fournissent un 7^{ème} caractère pour rapporter les procédures réalisées au niveau des bifurcations des vaisseaux.

Le terme "bifurcation" décrit la jonction entre une artère coronaire principale et une branche importante. Les exemples au niveau coronaire sont :

- 1) bifurcation du tronc commun de l'artère coronaire principale gauche, qui se divise en artère interventriculaire antérieure (IVA) et artère circonflexe gauche
- 2) bifurcation de l'IVA et ses branches diagonales

Le traitement des lésions situées sur les bifurcations est habituellement plus complexe.

Ce qualificatif est utilisé pour collecter les informations en faisant la distinction entre les interventions réalisées au niveau des vaisseaux rectilignes et celles réalisées au niveau des bifurcations.

Les codes ICD-10-PCS indiquant les bifurcations vasculaires sont disponibles dans les tables suivantes :

027 Heart and great vessels, dilation

02C Heart and great vessels, extirpation

037 Upper arteries, dilation

03C Upper arteries, extirpation

047 Lower arteries, dilation

04C Lower arteries, extirpation

De minimes déchirures de l'intima surviennent souvent pendant une angioplastie ou un athérectomie rotationnelle; celles-ci sont considérées comme inévitables pendant cette intervention et ne sont pas classées comme complications.

13. Athérectomie coronaire transluminale/athérectomie rotationnelle

L'athérectomie coronarienne transluminale est une intervention peu invasive utilisant un cathéter qui enlève les plaques des artères.

Cette procédure est efficace pour enlever les calcifications liées à la formation de la plaque et lever les blocages dans les artères coronaires, permettant au sang de circuler librement dans le muscle cardiaque. Les types d'athérectomie mécanique sont la rotationnelle, directionnelle et par extraction transluminale. Cette dernière utilise un appareil qui coupe la plaque de la paroi du vaisseau et est utilisée pour nettoyer les greffons des pontages.

Les procédures d'athérectomie sont classées dans la section médico-chirurgicale, dans l'intervention de base "extirpation", voie d'abord percutanée.

La sélection du code est basée sur le nombre d'artères coronaires traitées. La valeur du 4^{ème} caractère "body part" (partie du corps) indique le nombre d'artères : une, deux, trois, quatre artères ou plus.

Par exemple :

Athérectomie au niveau de deux artères coronaires par voie percutanée

02C13ZZ "Extirpation of Matter from Coronary Artery, Two Arteries, Percutaneous Approach"

L'athérectomie peut être utilisée à la place de – ou en association avec une angioplastie, avec ou sans insertion de stent. Quand une athérectomie est réalisée avec une PTCA et une injection d'agent thrombolytique, attribuez des codes distincts pour la PTCA, l'athérectomie et l'injection d'agent thrombolytique.

14. ANGIOPLASTIE ET ATHERECTOMIE/ENDARTERECTOMIE DE VAISSEAUX NON CORONAIRES

L'ICD-10-PCS fournit une myriade de codes uniques pour enregistrer l'angioplastie de vaisseaux non coronaires. En raison du niveau de détail disponible, le système circulatoire est divisé en différents systèmes anatomiques tels que "cœur heart and great vessels", "upper arteries", "lower arteries", "upper veins" et "lower veins". Le diaphragme est la ligne de division pour déterminer où est classé le code. Par exemple, la veine sous-clavière est localisée au-dessus du diaphragme et est trouvée dans le "body system" (système anatomique) "upper veins", tandis que la veine fémorale est localisée sous le diaphragme et se trouve dans le système anatomique "lower veins".

Les angioplasties des vaisseaux non coronaires sont classées dans l'intervention de base "dilation" et incluent différentes valeurs pour le 6^{ème} caractère afin de distinguer le matériel intraluminal "drug-eluting" (pharmaco-actif), le matériel intraluminal "non-drug-eluting" (non pharmaco-actif), ainsi que le nombre de matériel utilisé, ou l'absence de matériel.

Le "qualifier" (qualificatif) "bifurcation" est attribué à l'artère située au-dessus de la bifurcation. De plus, ce "qualifier" n'est utilisé qu'une seule fois pour identifier la présence d'un vaisseau avec bifurcation pendant un épisode opératoire.

Pour les artères périphériques, la bifurcation se réfère généralement à des sites anatomiques où un vaisseau principal bifurque en 2 nouveaux vaisseaux.

Les exemples de bifurcations périphériques sont :

- bifurcation de l'artère carotide commune en artères carotides interne et externe
- bifurcation aortique distale en artères iliaques communes gauche et droite
- bifurcation de l'artère iliaque commune en artères iliaques interne et externe
- bifurcation de l'artère fémorale commune en artères fémorales superficielle et profonde
- bifurcation de l'artère poplitée en artère tibiale antérieure et tronc tibiopéronier.

Les lésions de bifurcation peuvent être traitées par angioplastie, athérectomie ou stenting, ou par une combinaison de ces traitements. Il est habituel de traiter des lésions sur une bifurcation par placement d'un stent unique dans l'artère principale avec angioplastie d'une branche latérale ou de la seconde artère. Les autres lésions de bifurcation sont traitées par double angioplastie ou double athérectomie, avec une intervention dans chaque artère. Le placement de 2 stents est aussi réalisé, avec un stent dans l'artère principale et un stent dans la branche latérale ou la seconde artère. Les techniques des deux stents sont nommées, selon la configuration qu'elles prennent : T-stenting, V-stenting, Y-stenting, trouser-stenting ("pantalon") et kissing-stenting.

Exemples d'angioplastie de vaisseaux non coronaires :

027V3ZZ	"Dilation of superior vena cava, percutaneous approach"
047H3DZ	"Dilation of right external iliac artery with intraluminal device, percutaneous approach"
047P34Z	"Dilation of right anterior tibial artery with drug-eluting intraluminal device, percutaneous approach"
037J34Z	"Dilation of left common carotid artery with drug-eluting intraluminal device, percutaneous approach"
037G3ZZ	"Dilation of intracranial artery, percutaneous approach"

L'athérectomie est une procédure peu invasive par cathéter qui peut être réalisée pour enlever des plaques de vaisseaux non coronaires.

Pour traiter le blocage, un guide contenant un fil est avancé à travers la zone de sténose/occlusion, et le cathéter d'athérectomie/endartérectomie est avancé dans le segment artériel malade. Au bout du cathéter se trouve un outil rotatif à haute vitesse (burr) ou une lame tranchante. L'outil rotatif broie la plaque en minuscules particules tandis que la lame coupe la plaque. La plaque est ensuite extraite et aspirée.

ICD-10-PCS fournit des codes pour les interventions d'athérectomie pour les vaisseaux non coronaires tels que les artères carotides communes, les artères carotides interne et externe, les artères vertébrales et les autres artères extra-crâniennes. L'athérectomie est classée sous l'intervention de base "extirpation". L'extirpation est définie comme "prendre ou couper une matière solide d'une partie du corps". Quand l'athérectomie est associée à une angioplastie, attribuez les codes des 2 interventions.

Exemples d'athérectomie de vaisseaux non coronaires:

03CG3ZZ	"Extirpation of matter from intracranial artery, percutaneous approach"
03CH3ZZ	"Extirpation of matter from right common carotid artery, percutaneous approach"

En cas d'utilisation d'un agent thrombolytique, il faut attribuer un code complémentaire, avec le code approprié sous la section "Administration", intervention de base "Introduction".

Exemples :

3E03317	"Introduction of other thrombolytic into peripheral vein, percutaneous approach"
3E04317	"Introduction of other thrombolytic into central vein, percutaneous approach"
3E05317	"Introduction of other thrombolytic into peripheral artery, percutaneous approach"

15. PONTAGE D'ARTERE CORONAIRE (CABG)

Un pontage (CABG ou Coronary Artery Bypass Graft) est réalisé pour revasculariser le myocarde quand une sténose de l'artère coronaire limite l'apport de sang au cœur. Le pontage court-circuite les obstructions des artères coronaires.

La circulation coronaire comprend deux artères principales, droite et gauche, chacune avec différentes branches, par exemple:

Right coronary artery (RAD)

Right marginal

Right posterior descending (PDA)

Left main coronary artery (LMCA)

Left anterior descending branch (LAD)

Diagonal

Septal

Circumflex (LCX)

Obtuse marginal (OM)

Posterior descending

Posterolateral

Le pontage aorto-coronaire est le type de pontage le plus couramment utilisé. Il apporte le sang de l'aorte dans l'artère coronaire obstruée en court-circuitant l'obstruction au moyen d'un segment de veine saphène du patient lui-même, d'un matériel biologique non autologue ou, occasionnellement, d'un segment d'artère mammaire interne (IMA).

Les pontages coronariens sont codés différemment des autres pontages. Plutôt que d'identifier le "body part" (partie du corps) à l'origine du pontage, le 4^{ème} caractère "body part" identifie le nombre d'artères coronaire pontées; le 7^{ème} caractère ("qualifier") précise à partir de quelle artère le pontage est réalisé. Par exemple, un pontage aorto-coronaire de l'artère interventriculaire antérieure et de la marginale gauche prend la valeur correspondant à 2 artères coronaires pour le "body part", et le "qualifier" précise que le pontage est réalisé à partir de l'aorte.

L'ICD-10-PCS identifie également par le 6^{ème} caractère ("device") le type de matériel utilisé comme : "autologous venous tissue", "autologous arterial tissue", "synthetic substitute", "nonautologous tissue substitute".

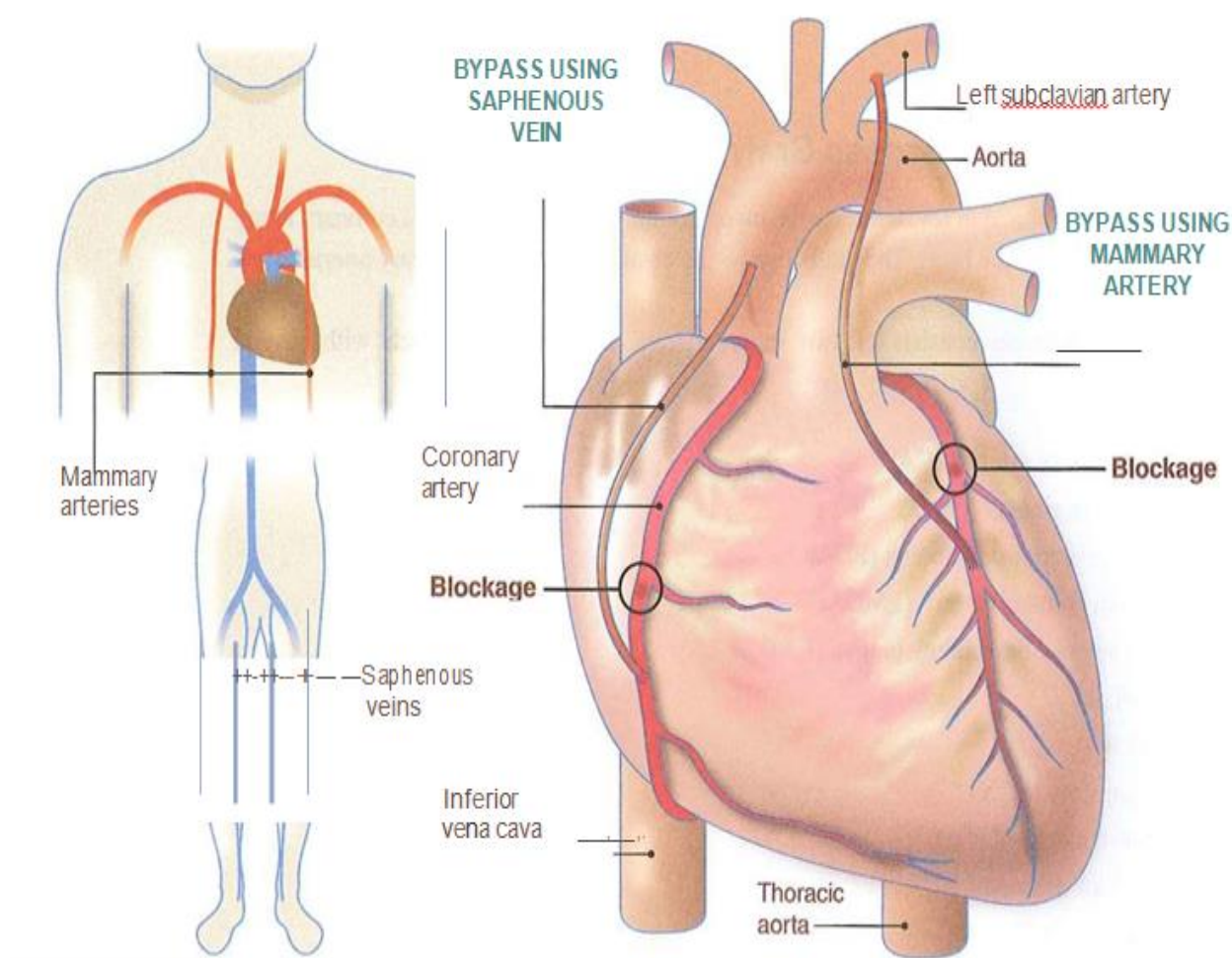
Exemples:

021009W "Bypass coronary artery, one artery from aorta with autologous venous tissue, open approach"

02100JW "Bypass coronary artery, one artery from aorta with synthetic substitute, open approach"

02110KW "Bypass coronary artery, two arteries from aorta with nonautologous tissue substitute, open approach"

FIGURE 28.6: Pontage d'artère coronaire (CABG)



L'aorte n'est pas impliquée dans tous les pontages coronariens. Un pontage avec l'artère mammaire interne est réalisé en libérant l'artère mammaire interne de sa position normale et en l'utilisant comme conduit qui apporte le sang de l'artère sous-clavière vers l'artère coronaire occluse. Lors du codage des pontages avec l'artère mammaire interne, le 4^{ème} caractère "body part" (partie du corps) identifie le nombre d'artères coronaires pontées et le "qualifier" (qualificatif) précise à partir de quelle artère le pontage est réalisé, ici l'artère mammaire interne.

ICD-10-PCS identifie également par le 6^{ème} caractère ("device") le type de tissu utilisé comme "autologous venous tissue", "autologous arterial tissue", "synthetic substitute", "nonautologous tissue substitute".

Voici des exemples de codes de pontages coronariens avec l'artère mammaire interne :

02100Z8 "Bypass coronary artery, one artery from right internal mammary, open approach"

02110J9 "Bypass coronary artery, two arteries from left internal mammary with synthetic substitute, open approach"

L'artère mammaire interne (IMA) est souvent utilisée comme greffe pédiculée (in situ) dans les pontages chirurgicaux d'artère coronaire. Ceci se traduit dans l'ICD-10-PCS par le 7^{ème} caractère "qualifier" (qualificatif). Cependant, il arrive occasionnellement que la longueur de l'IMA droite ne soit pas suffisante pour atteindre la position désirée sur l'artère cible. Dans ce cas, la longueur peut être compensée en sectionnant l'IMA droite et en l'utilisant comme greffon libre ou en ajoutant un conduit additionnel (extension de greffon).

Si l'IMA droite est excisée et utilisée comme greffon libre pour ponter l'artère coronaire malade, attribuez un code complémentaire pour l'intervention d'excision de l'artère mammaire interne (03B00ZZ "Excision of right internal mammary artery, open approach")

D'autres artères sont également utilisées pour ponter des sténoses d'artères coronaires. L'ICD-10-PCS distingue ces interventions par l'usage de valeurs différentes pour le 7^{ème} caractère, "qualifier", telles que l'artère thoracique ou l'artère abdominale.

Exemples :

02130ZC "Bypass coronary artery, four or more arteries from thoracic artery, open approach"

02130ZF "Bypass coronary artery, four or more arteries from abdominal artery, open approach"

Il est rare qu'une seule artère coronaire soit pontée. Quand plusieurs artères coronaires sont pontées, un code distinct d'intervention est utilisé pour chaque intervention ayant un matériel et/ou un "qualifier" (qualificatif) différent. Il est assez habituel de réaliser un pontage coronarien à l'aide d'une artère mammaire interne et un pontage aorto-coronarien durant le même temps opératoire.

Quand cela se produit, le pontage aorto-coronarien et le pontage coronarien avec l'artère mammaire interne sont codés séparément.

Si une greffe autologue est réalisée à partir d'une autre partie du corps pour atteindre l'objectif de l'intervention, un code distinct est enregistré pour la procédure. Par exemple, un pontage coronarien avec excision de veine saphène : l'excision de la veine saphène est codée séparément.

Un code additionnel doit être utilisé pour toute circulation extracorporelle (5A1221Z "Performance of cardiac output, continuous") réalisée pendant le pontage. Cependant, des interventions telles que l'hypothermie, la cardioplégie, le pacing intra-opératoire et l'insertion de drains thoraciques sont considérés comme faisant partie intégrante du pontage ; aucun code distinct n'est attribué.

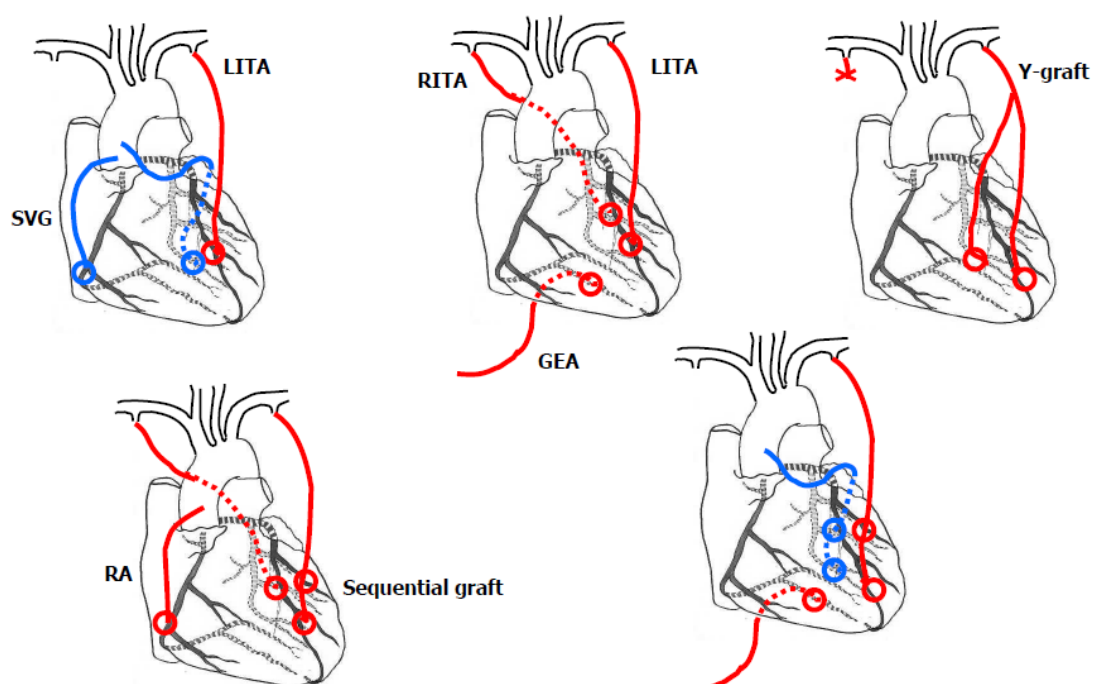
Lors du codage des pontages coronariens, il est important de garder en tête les points qui suivent :

- Le fait qu'un segment de l'artère mammaire interne (free graft IMA) soit détaché et utilisé comme greffon à la place de la veine saphène lors d'un pontage aorto-coronarien n'en fait pas un pontage artère mammaire interne-coronaire. Un pontage artère mammaire interne-

coronaire implique l'utilisation de l'artère mammaire interne elle-même, comme conduit encore vascularisé pour l'apport du sang et ceci n'implique pas l'aorte.

- Quand plus d'une artère coronaire est impliquée dans l'un ou l'autre type de greffe (pontage par IMA, pontage aorto-coronarien ou autre), l'anastomose est parfois réalisée de manière séquentielle, pontant plus d'une artère. La mention d'anastomose séquentielle n'affecte en aucune manière le choix du code.

FIGURE 28.7 : Différents types de pontage d'artère coronaire (CABG)



Some example of CABG
Various combinations are possible
Arterial graft must be favored

LITA: left internal thoracic artery
RITA: right internal thoracic artery
GEA: gastroepiploic artery
SVG: saphenous vein graft
RA: Radial artery

Exemples :

- 1 Une revascularisation d'artère coronaire (par thoracotomie) est réalisée avec 4 greffons veineux (provenant de la veine saphène gauche) de l'aorte vers la branche diagonale de la coronaire gauche (side-to-side) et de manière séquentielle (end-to-side) vers la branche marginale gauche de la circonflexe, la coronaire droite et l'interventriculaire antérieure. Cette procédure concerne seulement l'aorte et les artères coronaires et puisque 4 artères coronaires sont concernées :

021309W "Bypass coronary artery, four or more arteries from aorta with autologous venous tissue, open approach".

06BQ0ZZ "Excision of left saphenous vein, open approach"

2. Durant une intervention ouverte, des greffes de l'aorte vers les artères coronaires sont réalisées en greffant la bifurcation de l'IVA à l'aide d'une section de 1.5 mm excisée de l'artère mammaire interne gauche. La première diagonale, la marginale gauche et la postérieure descendante sont greffées avec une section de 4 mm de la veine saphène droite. Les 4 greffons apportent du sang de l'aorte vers les artères coronaires. Les sections de la veine saphène droite et de l'artère mammaire interne gauche sont utilisées à cet effet. Trois artères (diagonale, marginale gauche et postérieure descendante) sont pontées à l'aide de matériel veineux en une artère, à l'aide de matériel artériel.

021209W "Bypass coronary artery, three arteries from aorta with autologous venous tissue, open approach"

02100AW "Bypass coronary artery, one artery from aorta with autologous arterial tissue, open approach"

03B10ZZ "Excision of left internal mammary artery, open approach"

06BP0ZZ "Excision of right saphenous vein, open approach"

3. Des pontages sont réalisés par thoracotomie amenant l'artère mammaire interne gauche vers l'IVA ; un greffon veineux de la veine saphène droite est ensuite utilisé pour apporter le sang de l'aorte vers la branche marginale gauche de l'artère circonflexe, l'artère diagonale et l'IVP proximale. Dans ce cas, un seul pontage mammaire interne-c coronaire et 3 pontages aorto-coronaires ont été réalisés (OM, diagonale et IVP).

02100Z9 "Bypass coronary artery, one artery from left internal mammary, open approach"

021209W "Bypass coronary artery, three arteries from aorta with autologous venous tissue, open approach"

06BP0ZZ "Excision of right saphenous vein, open approach"

4. L'artère mammaire interne gauche (LIMA) est libérée et utilisée pour ponter l'IVA ; des greffons de la veine saphène droite sont utilisés pour ponter l'IVP et la branche marginale obtuse de la circonflexe. Dans ce cas, 3 artères coronaires sont pontées, une par l'artère mammaire interne et 2 par pontage aorto-c coronaire.

02100Z9 "Bypass coronary artery, one artery from left internal mammary, open approach"

021109W "Bypass coronary artery, two arteries from aorta with autologous venous tissue, open approach"

06BP0ZZ "Excision of right saphenous vein, open approach"

La revascularisation cardiaque peut également être réalisée par d'autres techniques. La revascularisation transmyocardique (TMR) est une intervention qui utilise le laser pour creuser des trous dans le myocarde pour restaurer une perfusion de zones du cœur où le flux sanguin est altéré en raison d'artères malades ou obstruées. Une TMR est codée sous l'intervention de base "Repair" (Réparation) (Restaurer une partie du corps dans sa structure normale).

Bien que la TMR ne restaure pas la structure anatomique cardiaque, l'intervention est réalisée pour restaurer la fonction cardiaque. L'intervention peut être réalisée par voie ouverte (02QA0ZZ, 02QB0ZZ ou 02QC0ZZ), par voie d'abord percutanée endoscopique (02QA4ZZ, 02QB4ZZ ou 02QC4ZZ) et par interventions percutanées ou endovasculaires (02QA3ZZ, 02QB3ZZ ou 02QC3ZZ).

EXERCICE 28.8

Codez les diagnostics et interventions qui suivent.

1. Un patient est admis via le service des urgences en se plaignant de douleurs thoraciques irradiant vers le bras gauche, douleurs qui augmentent en intensité durant les 3 dernières heures. L'impression initiale est une menace d'infarctus du myocarde et le patient est transféré directement vers le quartier opératoire où on réalise une angioplastie transluminale percutanée avec insertion de stent au niveau de la coronaire droite. L'infarctus est évité et le diagnostic d'insuffisance coronaire aiguë est posé.	I24.8 02703DZ
2. Athérosclérose d'un bypass précédent d'une artère coronaire avec angor instable. Un greffon pris sur la veine saphène droite est utilisé pour apporter le sang de l'aorte vers l'artère coronaire droite, l'artère coronaire gauche et l'IVA. Un pacemaker peropératoire est utilisé durant l'intervention ainsi qu'une circulation extracorporelle. Insertion d'électrode de pacemaker dans l'oreillette et le ventricule gauches. (Bypass)	I25.700 021209W 06BP0ZZ 5A1221Z 5A1223Z 02H70JZ 02HL0JZ
3. Occlusion de l'artère coronaire droite Cathétérisme cardiaque droit et gauche à but diagnostique	I24.0 4A023N8
4 Un patient avec athérosclérose connue des vaisseaux coronaires natifs et angor instable subit une angioplastie par ballon sur 3 artères coronaires dont une bifurcation, avec insertion de 2 stents	I25.110 02723E6

5. Un patient ayant une maladie du sinus est admis pour une insertion initiale de pacemaker double chambre dans la paroi thoracique, voie d'abord percutanée, électrodes dans le ventricule droit et dans l'oreillette droite	I49.5 0JH636Z 02H63JZ 02HK3JZ
6. Patient admis pour remplacement d'un pacemaker simple chambre car la batterie sera en fin de vie dans un court laps de temps ; l'appareil est remplacé (par voie percutanée) par un pacemaker simple chambre avec asservissement de fréquence. Aucune électrode n'est remplacée.	Z45.010 0JH635Z 0JPT3PZ
7 Patient admis pour révision par voie d'abord ouverte d'un pacemaker déplacé et qui fait protrusion (pacemaker simple chambre avec asservissement de fréquence)	T82.121A T82.191A 0JWTPZ
8 Un patient souffrant de tachycardie ventriculaire subit une étude cardiaque électrophysiologique invasive par cathéter (via artère fémorale)	I47.2 4A023FZ 3E053KZ

16. EXCLUSION OU EXCISION DE L'AURICULE GAUCHE

L'exclusion ou l'excision de l'auricule gauche (LAA) fait partie de la plupart des interventions qui traitent la fibrillation auriculaire (FA), et réduisent les thrombo-embolies tardives chez les patients avec FA qui subissent une chirurgie de la valve mitrale. Le code **I51.3 "Intracardiac thrombosis, not elsewhere classified"** est attribué pour le thrombus de l'auricule. Le caillot se trouve dans le cœur et non dans les vaisseaux coronaires.

Il existe plusieurs stratégies pour prendre en charge les LAA, comme le clipping, la ligature, l'excision ou l'agrafage avec ou sans excision. Certaines de ces procédures utilisent du matériel implanté de manière permanente sur le site du LAA.

Par exemple, le code suivant est attribué pour:

un agrafage par voie thoracoscopique gauche pour occlure un LAA gauche
02L74ZK "Occlusion left atrium, percutaneous endoscopic approach"

17. ABLATION DE TISSU CARDIAQUE PAR THORACOSCOPIE OU ASSISTEE PAR THORACOSCOPIE (INTERVENTION DE MAZE)

L'intervention de Maze est un traitement chirurgical utilisé pour la fibrillation auriculaire, en créant des lignes de bloc de conduction dans le cœur lui-même.

La procédure de Maze et les autres types de procédures ablatives réalisées dans le laboratoire d'électrophysiologie se rapportent au mécanisme de conduction (voie électrique) qui implique plusieurs parties du cœur, incluant l'oreillette. Le but de la procédure est de faire une ablation du mécanisme de conduction (pour corriger les arythmies aberrantes) et pas l'ablation du muscle cardiaque lui-même. Parce que le mécanisme de conduction est la partie traitée, c'est le "body part" (partie du corps) à utiliser pour coder correctement cette procédure, plutôt que l'oreillette ou l'appendice auriculaire.

La procédure Maze classique est réalisée par une approche thoracotomique, en créant des lignes au scalpel selon un schéma soigneusement défini dans le tissu cardiaque. Un tissu cicatriciel (lésions) se forme lorsque les incisions guérissent, ce qui crée le bloc de conduction.

Il existe des variations, appelées Maze 1, Maze 2 et Maze 3 qui représentent différents schémas d'incisions.

Au fil des années, plusieurs approches pour la procédure Maze ont été développées.

La voie d'abord ouverte (02580ZZ) est la méthode chirurgicale traditionnelle et est réalisée par sternotomie médiane ou thoracotomie. La technique ouverte de départ était "inciser et suturer" et consistait en des incisions du tissu auriculaire suivies d'une reconstruction de l'oreillette.

Suite aux difficultés et aux risques associés aux multiples incisions auriculaires, plus récemment, une série d'ablations linéaires ont été réalisées. Plusieurs sources d'énergie sont utilisées pour cette intervention (p. ex. radiofréquence, cryothermie, micro-ondes, laser, ultrasons).

La source d'énergie est délivrée via une sonde ou un instrument à pince et peut être appliquée au niveau de localisations stratégiques dans le cœur ou sur la surface du cœur. La création de lignes d'ablation/incision peut être directement visualisée lors de l'approche ouverte.

La voie d'abord endovasculaire (percutanée) (02583ZZ) par cathétérisme cardiaque inséré via une voie périphérique a également été développée. Les ablations endovasculaires sont très efficaces dans le traitement des arythmies, incluant la fibrillation et le flutter auriculaires, résultant d'une source anormale unique (ex. foyer ectopique) de stimulation électrique dans la partie droite du cœur.

La voie d'abord thoracoscopique (02583ZZ) est la technique la plus nouvelle. Cependant, ce qui est habituellement cité comme voie d'abord thoracoscopique devrait être plus précisément mentionné comme "assisté par thoroscopie".

Le thoracoscope est utilisé uniquement pour l'illumination et la visualisation, tandis que les instruments d'ablation chirurgicale sont en fait insérés via (mini)-thoracotomie ou incision sous-xyphoïdienne plutôt que via le scope lui-même. Une approche thorascopique totale a été récemment développée.

Comme dans la voie d'abord ouverte, les interventions par thoracoscopie assistée ou totale requièrent l'ouverture du péricarde. Une dissection des sinus péricardiques et d'autres structures vitales est requise pour accéder aux zones cibles du cœur. De plus, comme avec la technique ouverte, les incisions peuvent être faites dans l'oreillette par thoracoscopie, mais le plus souvent des ablations linéaires sont faites.

Par exemple :

Un patient avec une fibrillation auriculaire chronique persistante subit une intervention de Maze peu invasive de radiofréquence épicaudique par assistance péricardioscopique (intervention convergente). Lors de la chirurgie, on entre dans le thorax et on réalise une ablation du tissu auriculaire droit en pleine épaisseur.

02584ZZ "Destruction of conduction mechanism, percutaneous endoscopic approach"

18. DISPOSITIFS D'ASSISTANCE CARDIAQUE (HEART ASSIST DEVICES)

Des dispositifs d'assistance cardiaque peuvent fournir temporairement un support ventriculaire gauche, droit ou biventriculaire aux patients dont le cœur est décompensé mais possède un potentiel de récupération. L'appareil peut aussi être utilisé de manière transitoire pour les patients en attente de greffe cardiaque. Il est composé d'une pompe électromécanique de la taille d'un cœur humain implantée dans la paroi abdominale. Ce système fournit un support circulatoire en prenant le contrôle d'une grande partie de la charge du ventricule gauche. Le sang entre dans la pompe au travers d'un conduit d'entrée connecté au ventricule gauche et est éjecté au travers d'un conduit de sortie dans le système artériel du corps. Le système est monitoré par un système de contrôle électronique et l'énergie est fournie par des batteries de base et de réserve portées dans une ceinture autour de la taille ou à l'épaule. Il existe aussi un système statique qui consiste en un petit moniteur à côté du lit. Le système de contrôle est connecté à la pompe implantée par une électrode percutanée.

L'implantation d'un système de remplacement cardiaque biventriculaire total interne (02RK0JZ et 02RL0JZ) implique un enlèvement substantiel de tout le cœur ou d'une partie du cœur biologique. Les deux ventricules sont réséqués et le cœur d'origine n'est plus intact. La ventriculectomie est incluse dans cette intervention et ne doit pas être codée séparément. Cependant, toute intervention associée réalisée en combinaison avec le placement du système biventriculaire total interne, tel qu'une transplantation cœur-poumon ou une transplantation cardiaque devrait être rapportée.

L'ICD-10-PCS fournit les codes suivants pour l'implantation, la réparation et l'enlèvement de systèmes d'assistance cardiaques externes, implantables ou non, uni- ou biventriculaire. :

Substituts cardiaque/ventriculaire synthétiques

02RK0JZ "Replacement of right ventricle with synthetic substitute, open approach"

02RL0JZ "Replacement of left ventricle with synthetic substitute, open approach"

02WA0JZ "Revision of synthetic substitute in heart, open approach"

Dispositifs d'assistance cardiaque implantables

02HA0QZ "Insertion of implantable heart assist system into heart, open approach"

02HA3QZ "Insertion of implantable heart assist system into heart, percutaneous approach"

02HA4QZ "Insertion of implantable heart assist system into heart, percutaneous endoscopic Approach"

02WA0QZ "Revision of implantable heart assist system in heart, open approach"

02WA3QZ "Revision of implantable heart assist system in heart, percutaneous approach"

02WA4QZ "Revision of implantable heart assist system in heart, percutaneous endoscopic approach"

02PA0QZ "Removal of implantable heart assist system from heart, open approach"

02PA3QZ "Removal of implantable heart assist system from heart, percutaneous approach"

02PA4QZ "Removal of implantable heart assist system from heart, percutaneous endoscopic Approach"

19. Dispositifs d'assistance cardiaque externe de courte durée (SHORT-TERM EXTERNE HEART ASSIST DEVICES)

Les dispositifs d'assistance cardiaque externe de courte durée sont généralement répertoriés comme matériel de support hémodynamique qui décharge le ventricule gauche. Ce sont des mini-pompes/appareils d'assistance ventriculaire (VAD) et des appareils de support circulatoire temporaire. Généralement, ces systèmes d'assistance cardiaque incluent une canule d'entrée, une pompe, un système de sortie et une composante de contrôle externe.

L'ICD-10-PCS prévoit les codes suivants pour l'implantation, la révision et le changement des dispositifs d'assistance cardiaque externe de courte durée :

02HA0RS "Insertion of biventricular short-term external heart assist system into heart, open approach"

02HA3RS "Insertion of biventricular short-term external heart assist system into heart, percutaneous approach"

02HA4RS "Insertion of biventricular short-term external heart assist system into heart, percutaneous endoscopic approach"

02WA0RZ "Revision of short-term external heart assist system in heart, open approach"

02WA3RZ "Revision of short-term external heart assist system in hear, percutaneous approach"

02WA4RZ "Revision of short-term external heart assist system in hear, percutaneous endoscopic approach"

02PA0RZ "Removal of short-term external heart assist system from heart, open approach"

02PA3RZ "Removal of short-term external heart assist system from heart, percutaneous approach"

02PA4RZ "Removal of short-term external heart assist system from heart, percutaneous endoscopic approach"

Un exemple de dispositif d'assistance cardiaque temporaire est le Impella ®. Quand un patient est admis et bénéficie de l'insertion d'un dispositif Impella®, deux codes doivent être enregistrés : un code de la table 02H qui décrit l'insertion du dispositif, et un code de la table 5A0 qui décrit l'assistance avec cette pompe.

Par exemple :

Un patient bénéficie de l'insertion d'un dispositif d'assistance ventriculaire gauche Impella ®, qui est introduit via l'artère fémorale, en utilisant une combinaison de guidage par fluoroscopie et échographie transoesophagienne. Les paramètres hémodynamiques du patient sont stabilisés et la pression, réduite.

Attribuer les codes :

02HA3RS "Insertion of biventricular short-term external heart assist system into heart, percutaneous approach "

5A0221D "Assistance with cardiac output using Impeller Pump,continuous"

Si un patient est ensuite transféré avec le dispositif encore en place, le seul code rapporté est celui d'enlèvement de dispositif si celui-ci est bien enlevé.

L'insertion du dispositif d'assistance externe est un exemple qui illustre les où la classification donne une valeur "intraopératoire" pour des procédures impliquant du matériel cliniquement significatif. Le matériel est utilisé pour une durée brève pendant la procédure ou le séjour du patient. Quand un dispositif d'assistance cardiaque externe comme Impella® est inséré en période peropératoire et enlevé à la fin de la procédure, enregistrer les codes :

02HA3RJ "Insertion of short-term external heart assist system into heart, intraoperative, percutaneous approach"

5A0221D "Assistance with cardiac output using Impeller Pump, continuous"

20. BALLON DE CONTRE-PULSION INTRA-AORTIQUE

Un ballon de contre-pulsion intra-aortique (IABP) aide le cœur à pomper le sang. Spécifiquement, il s'agit d'un ballon en polyéthylène, monté sur un cathéter, qui est habituellement inséré dans l'aorte descendante via l'artère fémorale. L'autre bout du cathéter est attaché à une console d'ordinateur contenant une pompe qui gonfle le ballon. Quand le ballon au bout du cathéter se gonfle et dégonfle selon le rythme cardiaque, il aide le cœur à pomper le sang dans le corps. Au début de la diastole, le ballon se gonfle, augmentant la perfusion coronaire. Au début de la systole, le ballon se dégonfle et le sang est éjecté du ventricule gauche, augmentant le débit cardiaque. Ces actions réduisent la charge du cœur et permettent au cœur de pomper plus de sang. Le traitement par IABP était d'abord utilisé pour des patients chirurgicaux mais est maintenant employé aussi lors de procédures de cardiologie interventionnelle et de traitements médicaux. Une IABP peut être utilisée en pré-, per- ou postopératoire pour soutenir le patient pendant quelques heures ou quelques jours.

Un IABP diffère d'un dispositif d'assistance cardiaque externe et n'est pas classé comme matériel dans l'ICD-10-PCS. Etant donné que ce n'est pas considéré comme matériel, il n'est pas approprié d'utiliser la root operation "insertion" ou "removal" pour le placement ou le retrait, respectivement du ballon intra-aortique. Habituellement, les procédures auxiliaires effectuées uniquement pour soutenir la performance de procédures chirurgicales ne sont pas codées séparément. Cependant, la CEC et le IABP sont des exceptions. Quand une procédure chirurgicale est réalisée avec un IABP, l'utilisation du IABP (root operation [intervention de base] "Assistance") est enregistrée par le code séparé **5A02210 "Assistance with cardiac output using balloon pump, continuous"**.

21. MATERIEL D'ACCES VASCULAIRE TOTALEMENT IMPLANTABLE ET TUNNELISE

21.1 Matériel d'accès vasculaire totalement implantable

Un matériel d'accès vasculaire totalement implantable (VAD), souvent référé comme port-a-cath, ou port implantable, consiste en un port d'injection et un système de cathéter. Un VAD totalement implantable est utilisé à des multiples fins, comme la perfusion d'une nutrition parentérale totale ou les injections en bolus de médicaments. Il est conçu pour permettre des accès répétés au système vasculaire sans générer de traumatismes ou de complications liées aux multiples ponctions veineuses. Les appareils peuvent être laissés en place pendant des semaines ou des mois, plutôt que des jours, et sont généralement placés chez des patients qui nécessitent un accès intermittent à long terme, comme pour les chimiothérapies.

Le "port" (réservoir) est inséré en sous-cutané dans la région thoracique, sans aucune partie de l'appareil ne sortant de la peau. Le cathéter est inséré dans une des veines thoraciques supérieures majeures (sous-clavière, jugulaire interne ou veine cave supérieure) et tunnelisé à travers le tissu sous-cutané. Le bout du cathéter est avancé vers un point de la veine cave supérieure VCS juste en dehors de l'oreillette droite ; l'autre bout du cathéter est connecté au port, qui est accessible en percutané via une aiguille.

Un VAD totalement implantable (type port-a-cath) est un appareil en deux parties ; deux codes ICD-10-PCS sont nécessaires pour enregistrer l'insertion du matériel.

Enregistrer les codes ICD-10-PCS suivants pour le placement du cathéter et celui du port sous-cutané

02HV33Z "Insertion of infusion device into superior vena cava, percutaneous approach"

0JH60WZ "Insertion of totally implantable vascular access device into chest subcutaneous tissue and fascia, open approach"

21.2 Matériel d'accès vasculaire tunnelisé

Un VAD tunnelisé (par ex, cathéter de Hickman) est placé, au travers d'une petite incision du cou, dans la veine jugulaire interne, et le bout du cathéter est avancé dans la veine cave supérieure ou l'oreillette droite. Le bout opposé du cathéter est tunnelisé dans le tissu sous-cutané et sort du corps à travers une petite incision dans la paroi thoracique. Les VADs tunnelisés sont utilisés pour des besoins à long terme comme la chimiothérapie, l'hémodialyse, la nutrition parentérale totale.

Par exemple, un patient a bénéficié du placement d'un cathéter tunnelisé dans l'oreillette droite. Les codes suivants sont attribués respectivement pour l'insertion du cathéter et du VAD :

02H633Z "Insertion of infusion device into right atrium, percutaneous approach"

0JH63XZ "Insertion of tunneled vascular access device into chest subcutaneous tissue and fascia, percutaneous approach"

Quand un cathéter tunnelisé doit être changé, en plaçant un cathéter de nouvel accès à travers le tunnel existant et dans l'oreillette droite sous guidance fluoroscopique, la root operation (intervention de base) "change" est utilisée pour le placement du cathéter dans la même position que le cathéter précédent. "Change" est défini comme "Intervention au cours de laquelle un matériel est ôté d'une partie du corps et est échangé par un matériel similaire sans incision ou ponction de peau ou de muqueuse ". Toutes les procédures de "change" sont codées en utilisant la voir d'abord "externe".

21.3 Pompe à perfusion

L'utilisation d'une pompe à perfusion qui reste à l'extérieur du corps pour perfuser les médicaments par une aiguille sous-cutanée ou veineuse, n'est pas codée. Seule la procédure de placement de l'aiguille

ou du cathéter veineux est codée. L'application de cet appareil inclut l'insertion d'un cathéter permanent.

21.4 Cathéters veineux

Les simples **cathéters veineux (aussi appelés "heparin locks")** sont des systèmes de cathéters stériles qui donnent un accès répété au système vasculaire pour des procédures telles que des prises de sang ou l'administration de liquide ou de médicaments. Le cathéter est inséré dans une veine périphérique comme la veine céphalique, en ponctionnant la veine et en collant le cathéter en place. Ces cathéters restent en place pour une période bien plus courte que les VAD totalement implantables ou tunnelisés.

Les exemples de ces cathéters sont les Angiocaths®, les cathéters Abbott® et les cathéters Jelco®. Par exemple : le code **05HB33Z "Insertion of infusion device into right basilic vein, percutaneous approach"** est attribué pour l'insertion d'un simple cathéter dans la veine basilique du bras droit.

21.5 Cathéter central inséré en périphérie (PICC : Peripheral Inserted Central Catheter)

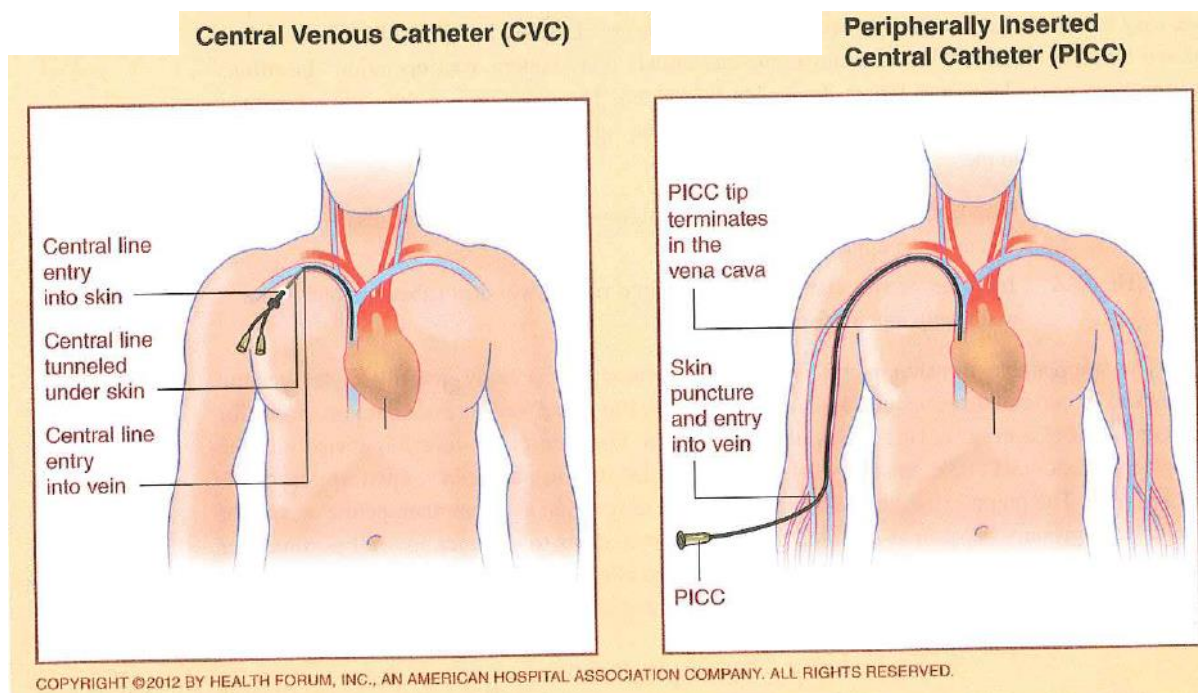
Un cathéter central inséré en périphérie (Picc) peut être enlevé au lit du patient par simple enlèvement de sutures et en tirant sur le cathéter. L'enlèvement non opératoire d'une Picc Line n'est habituellement pas codée. Cependant, si les hôpitaux veulent le coder, il faut aller attribuer le code suivant :

02PYX3Z "Removal of infusion device from great vessel, external approach"

La sélection de la valeur de "body part" (partie du corps) pour l'insertion des matériaux d'accès vasculaires ou des cathéters veineux simples est basée sur la localisation du cathéter après que la procédure est complétée, c'est-à-dire la place finale du cathéter plutôt que le point d'entrée.

Par exemple, une Picc line insérée dans le bras droit, avec le bout dans la veine cave supérieure est codée **02HV33Z "Insertion of infusion device into superior vena cava, percutaneous approach"**.

FIGURE 28.8 : Cathéters veineux



22. MONITEUR HEMODYNAMIQUE IMPLANTABLE

Le moniteur hémodynamique implantable permet aux cliniciens d'identifier les signes précoces d'une surcharge volumique avant que les signes et symptômes de décompensation cardiaque ne deviennent apparents. Les cliniciens peuvent alors ajuster le traitement pour prévenir la décompensation cardiaque aiguë et la nécessité d'une hospitalisation. L'appareil comprend deux composants principaux. Une électrode avec un détecteur de pression est placée dans le ventricule droit au niveau de l'éjection du flux. L'autre partie est un appareil de monitoring qui comprend des circuits sensibles à la pression avec mémorisation du processus et collecte des données obtenues par le détecteur.

Exemples :

02HK30Z "Insertion of pressure sensor monitoring device into right ventricle, percutaneous approach"

0JH600Z "Insertion of hemodynamic monitoring device into chest subcutaneous tissue and fascia, open approach"

0JH600Z "Insertion of hemodynamic monitoring device into abdomen subcutaneous tissue and fascia, open approach"

23. MESURE DE PRESSION INTRAVASCULAIRE ET INTRA-ANEVRISMALE

La mesure de pression dans le sac anévrysmal pendant la réparation endovasculaire d'un anévrisme de l'aorte thoracique ou abdominale peut aider à détecter et traiter les fuites durant la mise en place

d'une endoprothèse. Cette procédure est classée dans la section médico-chirurgicale, "root operation" (intervention de base) "insertion", "body part" (partie du corps) est soit "aorte abdominale" soit "aorte thoracique" et "device" (matériel) "détecteur de pression".

Par exemple:

02HW30Z "Insertion of pressure sensor monitoring device into thoracic aorta, descending, percutaneous approach"

La mesure de pression intravasculaire des artères coronaires fournit une évaluation physiologique des lésions intravasculaires. Le détecteur de pression spécialisé, monté sur un guide, mesure les pressions et les flux et peut être utilisé durant le cathétérisme cardiaque diagnostique pour déterminer le pourcentage de sténose d'une artère coronaire. Ces mesures de pression peuvent confirmer des résultats thérapeutiques de stenting vasculaire lors de coronarographie, identifier les vaisseaux en cause, aider au développement de stratégies thérapeutiques ou fournir une guidance pas-à-pas pendant des procédures interventionnelles complexes.

Cette procédure est classée dans la section "Measurement and Monitoring", "body system" (système anatomique) "système physiologique", "root operation" (intervention de base) "mesure", "function" (fonction) "pression" et "qualifier" (qualificatif) "coronaire".

Par exemple:

4A033BC "Measurement of arterial pressure, coronary, percutaneous approach":

Toute autre intervention diagnostique ou thérapeutique réalisée en association avec des mesures de pression intravasculaire des artères coronaires est codée séparément.

Des mesures de pression intravasculaire peuvent être réalisées au niveau d'autres vaisseaux, tels que des artères intrathoraciques (entre autres, évaluation de l'aorte, de l'arc aortique et des carotides), des artères pulmonaires et des artères périphériques incluant l'évaluation des vaisseaux des bras et des jambes. Attribuez un code complémentaire pour toute procédure diagnostique ou thérapeutique synchrone.

24. IMPLANTATION D'UN SYSTEME DE STIMULATION DU SINUS CAROTIDIEN

Le système baroréflexe aide à réguler la fonction du cœur, des reins et des vaisseaux périphériques pour maintenir une pression sanguine appropriée. L'appareil d'activation baroréflexe du sinus carotidien est actuellement le seul appareil utilisé pour traiter l'hypertension réfractaire. Il consiste en un générateur d'impulsions implantable, des électrodes bilatérales dans les sinus carotidiens, et un système programmé par ordinateur. Le générateur d'impulsions est placé dans une poche sous-cutanée dans la région pectorale sous la clavicule. Les électrodes sont placées bilatéralement sur les carotides, les deux points principaux de contrôle de la pression artérielle, et les électrodes sont situées sous la peau et connectées au générateur.

Le positionnement des électrodes est déterminé selon la réponse de la pression sanguine intraopératoire aux tests d'activation. Le système de programmation régule l'énergie d'activation de l'appareil vers les électrodes et peut être ajusté en fonction des besoins du patient.

Quand l'appareil est activé, le système de programmation délivre une énergie d'activation à travers les électrodes vers le sinus carotidien. Les barorécepteurs des artères carotides envoient des signaux via les voies neurologiques vers le cerveau où il y a une augmentation de la pression sanguine qui nécessite une correction. Le cerveau envoie des signaux aux autres parties du corps pour contrebalancer l'augmentation de la pression sanguine, en modulant le système nerveux et les hormones, afin de dilater les vaisseaux sanguins et permettre au sang d'entrer plus librement, en réduisant la fréquence cardiaque, et en influençant la prise en charge des liquides par le rein. Cela produit une réduction de la pression sanguine, réduit la charge sur le cœur, améliore la circulation, et un équilibre neurohormonal plus optimal.

L'insertion d'un système complet est codée en attribuant des codes distincts pour chacun des composants de la chirurgie :

0JH60MZ "Insertion of stimulator generator into chest subcutaneous tissue and fascia, open approach"

03HK3MZ "Insertion of stimulator lead into right internal carotid artery, percutaneous approach"

03HL3MZ "Insertion of stimulator lead into left internal carotid artery, percutaneous approach"

Dans le cas de révision des électrodes ou du générateur d'impulsions, ICD-10-PCS fournit également des codes distincts pour ces procédures.

Par exemple :

Un patient porteur d'un appareil de stimulation baroréflexe du sinus carotidien en raison d'une hypertension réfractaire est admis pour ajustement de l'électrode et repositionnement (voie d'abord percutanée) dans le sinus carotidien gauche pour une meilleure activation du signal.

Z45.09 "Encounter for adjustment and management of other cardiac device"

I10 "Essential (primary) hypertension"

03WY3MZ "Revision of stimulator lead in upper artery percutaneous approach"

25. IMPLANTATION D'UN SYSTEME DE CARDIOMYOSTIMULATION

Une cardiomyoplastie dynamique est une nouvelle technique chirurgicale ouverte, réalisée en deux étapes, qui consiste à élever le muscle grand dorsal et ensuite à l'enrouler autour du cœur.

Un stimulateur semblable à un pacemaker est implanté et connecté à la fois au cœur et au muscle enroulé. Il y a de nombreuses composantes à l'intervention qui sont toutes codées séparément comme suit :

0KXG0ZZ "Transfer left trunk muscle, open approach" ou 0KXF0ZZ "Transfer right trunk muscle, open approach"

0PT20ZZ "Resection of left rib, open approach" ou 0PT10ZZ "Resection of right rib, open approach"

02HN0MZ "Insertion of cardiac lead into pericardium, open approach"

26. TRANSPLANTATION CARDIAQUE

La transplantation cardiaque est réalisée quand le cœur ne fonctionne plus et ne répond plus à aucun traitement. Les principales raisons de la transplantation cardiaque sont la cardiomyopathie, la maladie coronarienne sévère et les anomalies cardiaques congénitales.

Le nombre d'organes disponibles pour la transplantation est insuffisant pour rencontrer les besoins. Un patient peut attendre des mois pour une greffe, et beaucoup de patients ne vivent pas assez longtemps pour recevoir les organes.

Le code **02YA0Z0 "Transplantation of heart, allogeneic, open approach"** ou **02YA0Z1 "Transplantation of heart syngeneic, open approach"** est utilisé pour rapporter la transplantation cardiaque à partir d'un donneur. "Allogeneic" fait référence à une transplantation à partir d'un donneur génétiquement semblable mais non identique ; "syngeneic" fait référence à un donneur génétiquement similaire ou très proche.

Par exemple :

Un patient bénéficie d'une transplantation par allogreffe cardiaque orthostatique sous circulation extra-corporelle avec sternotomie ouverte. Etant donné que de nombreuses transfusions étaient nécessaires, un cathéter de Mahurkar a été inséré en percutané dans la veine fémorale commune gauche, et le bout du cathéter était placé dans la veine cave inférieure. Le patient a aussi eu un IABP de contrepulsion, qui a été laissé en place après la procédure. Le PMK a aussi été laissé en place en raison d'une coagulopathie.

Les codes suivants sont enregistrés :

02YA0Z0 "Transplantation of heart, allogeneic, open approach"

5A02110 "Assistance with cardiac output using balloon pump, intermittent"

5A1221Z "Performance of cardiac output, continuous"

5A1223Z "Performance of cardiac pacing, continuous"

06H033Z "Insertion of infusion device into inferior vena cava, percutaneous approach"

Habituellement, les procédures effectuées uniquement pour soutenir la performance de procédures chirurgicales ne sont pas codées séparément. La CEC est une exception. Quand une procédure chirurgicale est effectuée avec une CEC, elle est codée séparément en ICD-10-PCS. Dans ce cas, la cathéter de transfusion, le IABP, et le pacing temporaire devaient tous être continués au-delà de

l'épisode opératoire de transplantation cardiaque. Dans ce sens, ces procédures sont plus que de simples supports temporaires auxiliaires de la procédure chirurgicale et sont donc codés séparément.

27. PROCEDURES REALISEES SUR LES ANEVRYSMES

Un anévrisme de vaisseau est une dilatation anormale consistant en un élargissement et un affaiblissement du vaisseau qui peuvent conduire à la rupture. Dans ICD-10-PCS, le choix de l'intervention de base appropriée pour la réparation de l'anévrisme dépend de l'action chirurgicale principale réalisée pour corriger l'anévrisme.

En cas de **voie d'abord ouverte**, le sac anévrysmal est incisé, ouvert et réparé par l'utilisation d'un long greffon tubulaire (par exemple Dacron ou Polytétrafluoroéthylène-PTFE). Le greffon est suturé à l'aorte, reliant une extrémité de l'aorte au niveau du site de l'anévrisme à l'autre extrémité de l'aorte. Si l'anévrisme est réparé par incision et ouverture de celui-ci, enlèvement de la région affectée et remplacement de celle-ci par un greffon, l'intervention de base est "remplacement". ICD-10-PCS propose des valeurs distinctes pour les différents types de greffons tels que les substituts tissulaires autologues ou non autologues, substituts de synthèse et tissus hétérologues (d'origine animale).

Si le matériel de greffe est d'origine animale, et que le "device" (matériel) "zooplastic" n'est pas disponible, il est approprié d'utiliser la valeur "nonautologous tissue substitute". ICD-10-PCS fournit des détails cliniques sur le segment spécifique de l'aorte thoracique traitée. La valeur du "body part" (partie du corps) "X" est utilisée pour les segments ascendants et l'arc de l'aorte thoracique ; la valeur "W" de "body part" est utilisée pour les procédures réalisées sur le segment descendant de l'aorte thoracique.

Exemples:

04R007Z	"Replacement of abdominal aorta with autologous tissue substitute, open approach"
04R00JZ	"Replacement of abdominal aorta with synthetic substitute, open approach"
04R00KZ	"Replacement of abdominal aorta with nonautologous tissue substitute, open approach"
02RW08Z	"Replacement of thoracic aorta, descending , with zooplastic tissue, open approach"

La réparation d'un anévrisme de l'aorte abdominale peut également se faire par interposition d'un greffon tubulaire sans enlever l'anévrisme. Lors de cette intervention, le sac anévrysmal est ouvert; un greffon tubulaire y est interposé (Dacron® or Gore-Tex®) et suturé et le vaisseau est refermé par-dessus le greffon. Bien que ce type de réparation ne soit pas effectuée par une approche endovasculaire, la "root operation" (opération de base) est "restriction". Le "device" (matériel) interaluminal est placé pour réduire la lumière du vaisseau, par une approche ouverte; on ne remplace pas le vaisseau car l'anévrisme n'est pas réséqué.

Le code suivant est un exemple de réparation ouverte d'anévrisme de l'aorte abdominale par greffon interposé :

04V00DZ "Restriction of abdominal aorta with intraluminal device, open approach"

La **réparation endovasculaire** d'un anévrisme (EVAR) est une intervention peu invasive utilisée pour traiter un anévrisme. Dans ce type d'intervention, un stent est déployé sous guidance radiologique, introduit via l'artère fémorale dans le site de l'anévrisme. Le stent réduit la taille de l'anévrisme dans lequel circule le sang, dans le but de prévenir sa dilatation et sa rupture. Si l'anévrisme est réparé par l'insertion d'un stent ou d'un autre matériel dans la lumière de l'artère, l'intervention de base est "restriction" et le matériel est "intraluminal". Si l'anévrisme est réparé par "enveloppement" ou par un matériel se déployant autrement (par ex clip, manchon, etc.) sur ou autour de la paroi artérielle, l'intervention de base est "restriction" et le matériel est "extraluminal".

Les endogreffes aortiques les plus simples consistent essentiellement en des tubes droits qui réalignent le segment d'aorte pour exclure l'anévrisme de la circulation. Cependant, ces tuyaux ne peuvent pas être utilisés pour traiter des anévrismes proches ou impliquant des branches majeures de l'aorte, étant donné que ce tube pourrait recouvrir les origines des branches et ainsi couper la circulation des organes desservis par ces branches. Pour cette raison, des endogreffes fenestrées et multibranches ont été développées.

Par exemple :

04V03DZ "Restriction of abdominal aorta with intraluminal device, percutaneous Approach"

04V93CZ "Restriction of right renal artery with extraluminal device, percutaneous approach"

04V53DZ "Restriction of superior mesenteric artery with intraluminal device, percutaneous Approach"

La valeur du "qualifier" (qualificatif) "bifurcation" est uniquement utilisée pour décrire des vaisseaux bifurqués. Ce n'est pas utilisé pour identifier des endogreffes bifurquées. Les endogreffes bifurquées sont utilisées pour traiter les anévrismes localisés au niveau ou juste au-dessus de la bifurcation de l'aorte abdominale vers les artères iliaques communes gauche et droite (ex anévrisme aorto-iliaque). Dans de tels cas, aucun code séparé n'est attribué pour les endogreffes supplémentaires des membres ou les extensions placées dans les artères iliaques communes, sauf si l'anévrisme se prolonge distalement dans l'artère iliaque interne, externe ou l'artère fémorale externe, nécessitant une autre endogreffe.

Les procédures d'endogreffe impliquent une "landing zone" aussi appelée "seal zone" (zone de jointure). C'est un segment de tissu sain dans lequel l'endogreffe s'étend de manière à former une jointure propre et de réduire les risques de fuite. Trouver une zone de jointure pour un anévrisme peut impliquer d'aller au-delà des limites anatomiques vers un autre "body part" (partie du corps). Par exemple, une endogreffe aortique abdominale peut avoir une zone de jointure proximale dans l'aorte thoracique, ou distale dans l'artère iliaque commune. Néanmoins, l'anévrisme même est uniquement dans l'aorte abdominale, mais l'endogreffe s'étend dans l'aorte thoracique ou, vers le bas, dans l'artère

iliaque commune, simplement pour atteindre une zone de jointure propre. Un code séparé n'est pas attribué pour cette zone de jointure, même si c'est dans un "body part" différent.

A la suite de réparation endovasculaire d'anévrisme, les patients peuvent avoir une fuite endovasculaire, qui est définie par la présence de flux sanguin dans le sac anévrisimal mais en dehors de l'endogreffe. La réparation endovasculaire de l'anévrisme (EVAR) implique une restriction du sac anévrisimal de la circulation systémique, et une restriction inadéquate peut mener à une endofuite, conduisant à une expansion de l'anévrisme avec un risque accru de rupture.

Par exemple :

Un patient qui a subi une réparation endovasculaire d'anévrisme développe une endofuite de type 1 et subit une nouvelle EVAR, lors de laquelle le chirurgien utilise un matériel d'agrafage endovasculaire pour attacher le stent.

Le code **04WY3DZ "Revision of intraluminal device in lower artery, percutaneous approach"** est ici d'application.

Dans le cas ci-dessus, l'endofuite de type 1 impliquait un lâchage au site d'attachement de la greffe. Les agrafes étaient utilisées pour fixer la position de l'endogreffe. L'objectif de la chirurgie est de corriger la fuite. La "root operation" (intervention de base) appropriée est « revision » parce que les agrafes endovasculaires sont utilisées pour rattacher l'endogreffe. En ICD-10-PCS, les endogreffes sont considérées comme du matériel intra-luminal ; cependant, les agrafes sont considérées comme du matériel inhérent à la procédure et ne sont pas codées comme "device".

Un pseudo-anévrisme, aussi considéré comme "faux-anévrisme" est un hématome adjacent au point de ponction ou à une rupture de paroi artérielle. Il est provoqué par une fuite lente de sang dans les tissus avoisinants, qui donnent à l'hématome un aspect de sac même si la collection de sang se fait en dehors de la paroi artérielle. Un pseudo-anévrisme est différent d'un vrai anévrisme. Ce dernier est un élargissement anormal de la paroi artérielle même, et, sauf s'il s'agit d'un anévrisme disséquant, implique les trois couches de la paroi artérielle. S'il n'est pas traité, le pseudo-anévrisme peut conduire à une thrombose, rupture ou embolisme distal.

Voici un exemple d'attribution de code pour une procédure de traitement de pseudo-anévrisme :

Un patient se présente pour réparation de pseudo-anévrisme de l'artère fémorale droite. En chirurgie, la dissection est entreprise sous le ligament inguinal, et l'artère fémorale commune est identifiée. Le site du pseudo-anévrisme est suturé.

Le code **04QK0ZZ "Repair right femoral artery, open approach"** est attribué.

Dans l'exemple ci-dessus, la coupure et la suture du pseudo-anévrisme sont codées comme "repair".

Un pseudo-anévrisme après pontage fémoro-poplité est inhabituel mais peut se produire comme complication de la chirurgie. La réparation endovasculaire du pseudo-anévrisme peut impliquer une angioplastie par ballon et un stent à déploiement dans le greffon du pontage fémoro-poplité placé antérieurement.

Par exemple :

Un patient avec athéromatose périphérique, ayant subi un pontage fémoro-poplité droit par greffe saphène, présente une année plus tard un greffon totalement occlus. A ce moment, il bénéficie d'une recanalisation du greffon par angioplastie et placement de stent. Il présente maintenant un pseudo-anévrisme de l'extrémité inférieure droite, en raison de la rupture du greffon au niveau fémoral. Le patient bénéficie d'une réparation endovasculaire avec déploiement de stent au niveau du greffon fémoral.

Les codes

04WY37Z "Revision of autologous tissue substitute in lower artery, percutaneous approach" et **04UK3JZ "Supplement right femoral artery with synthetic substitute, percutaneous approach"**, sont attribués.

Dans l'exemple ci-dessus, le pseudo-anévrisme est une complication du greffon précédent. Lors de la chirurgie, un stent est déployé dans le greffon existant pour renforcer et prévenir la récurrence de la rupture. Deux codes sont attribués. La "root operation" (intervention de base) "revision" capte le fait que la greffe de saphène préalablement placée est réparée. La "root operation" (intervention de base) "supplement" capte le fait qu'un stent est placé à l'intérieur de la greffe existante pour renforcer le site de pontage précédent.

Parfois, un **détecteur de pression** est placé dans le sac anévrysmal en association avec une cure endovasculaire.

Par exemple :

Traitement endovasculaire d'un anévrisme thoracique et insertion d'un capteur pour monitoring de la pression

02VW3DZ "Restriction of thoracic aorta, descending with intraluminal device, percutaneous approach"

02HW30Z "Insertion of pressure sensor monitoring device into thoracic aorta, descending, percutaneous approach"

L'implantation endovasculaire dans l'aorte d'un greffon **fenêtré** ou d'embranchement est une nouvelle technologie qui a été développée comme option de réparation endovasculaire pour les patients dont

l'anatomie ne permet pas le remplacement endovasculaire standard de l'anévrisme aortique abdominal (AAA). Le greffon interne fenêtré ou d'embranchement est un greffon tubulaire en tissu avec un stent métallique de soutien comprenant des trous (fenestrations) pour assurer un flux sanguin approprié à travers l'aorte, les reins et les organes adjacents. Chaque greffon fenêtré est adapté pour l'anévrisme d'un individu.

Ce type de greffe est codé avec la valeur de device "E, Intraluminal device, branched or fenestrated , one or two arteries," ou "F, Intraluminal device, branched or fenestrated , three or more arteries" .

Dans l'aorte abdominale, 4 branches latérales doivent être laissées ouvertes : l'artère sous-clavière gauche, l'artère rénale gauche, l'artère mésentérique supérieure et le tronc coeliaque – se référant collectivement aux artères viscérales. Dans l'aorte thoracique, spécifiquement l'arc aortique, trois branches doivent rester ouvertes : l'artère sous-clavière gauche, l'artère carotide commune et l'artère brachiocéphalique (inominée) se référant collectivement aux artères pré-cérébrales.

Il est important de comprendre que, pour des raisons cliniques et de codage, le placement de stent fenêtré n'est pas équivalent aux procédures de stents habituels. Dans ces dernières, l'objectif est de rouvrir un vaisseau occlus. A l'inverse, l'objectif de placer un stent pendant un EVAR est de s'assurer qu'un vaisseau qui était ouvert le reste bien. Un code séparé n'est pas attribué pour les endogreffes de membres s'étendant dans les artères iliaques communes ou l'extension dans l'iliaque au niveau de la jambe. Il est seulement approprié d'enregistrer un code pour le vaisseau contenant l'anévrisme traité.

Par exemple,

La réparation endovasculaire d'anévrismes de l'aorte abdominale avec une greffe fenêtrée est codée 04V03EZ "Restriction of abdominal aorta with branched or fenestrated Intraluminal device, one or two arteries, percutaneous approach"

28. AUTRES PROCEDURES ENDOVASCULAIRES

L'embolisation endovasculaire utilise des particules telles que le Gelfoam®, l'alcool polyvinyl et des emboles sphériques, des coils, des liquides sclérosants (tels que l'alcool et des tissus adhésifs) et d'autres types de matériaux emboliques (comme Onyx-18, un agent embolisant liquide). Les microperles et microcoils sont considérés comme du matériel intraluminal. Les coils d'embolisation sont codés avec la valeur de matériel "intraluminal devices".

Il est important de bien distinguer les interventions de base "restriction" et "occlusion"» quand la documentation mentionne "embolisation".

Les procédures d'embolisation sont toujours effectuées dans le but de fermer le vaisseau.

L'objectif de l'intervention est de mettre fin à la circulation sanguine dans un vaisseau ou dans un anévrisme ampullaire. La sélection de l'intervention de base appropriée dépend de la manière dont l'intervention est définie. Par exemple, si le but de l'intervention est d'oblitérer le vaisseau (occlusion

totale), l'intervention de base est "occlusion". Si on réalise seulement une occlusion partielle, l'intervention de base est "restriction"

Exemples :

- embolisation percutanée de l'artère utérine droite par coil :
04LE3DT "Occlusion of right uterine artery with intraluminal device, percutaneous approach"
- un patient avec un saignement gastro-intestinal subit une embolisation par microperles de l'artère mésentérique inférieure. Cette procédure est réalisée pour occlure totalement l'artère 04LB3DZ "Occlusion of inferior mesenteric artery with intraluminal device, percutaneous approach"

Les varices oesophagiennes sont des veines élargies au niveau de l'oesophage, qui peuvent se rompre spontanément et provoquer une hémorragie sévère. La ligature endoscopique transorificice des varices oesophagiennes implique une occlusion complète du flux sanguine et rencontre ainsi la définition de la "root operation" (intervention de base) "occlusion". La lumière de la veine oesophagienne est ligaturée, pas l'oesophage.

L'index, sous "ligation", indique d'aller voir à "occlusion". Attribuer le code **06L38CZ "Occlusion of esophageal vein with extraluminal device, via natural or artificial opening endoscopic"**, pour la ligature endoscopique des varices oesophagiennes.

Exercice 28.9	
Codez les diagnostics et interventions qui suivent	
1 Hémorroïdes, prolapsus du second degré Hémorroïdectomie par cryochirurgie	K64.1 065Y0ZC
2 Veines variqueuses douloureuses de la jambe droite Ligature de la veine saphène droite et stripping des varicosités, ouverte	I83.811 06DP0ZZ
3 Sténose mitrale avec insuffisance aortique Fibrillation auriculaire Hypertension	I08.0 I48.91 I10
4 Anévrisme de l'aorte abdominale Cardiopathie hypertensive essentielle	I71.4 I11.9

Réparation ouverte de l'anévrisme de l'aorte abdominale par interposition de greffon tubulaire	04V00DZ
5 Infarctus aigu du myocarde de type 2, paroi antérieure	I21.A1
6 Hypertension rénovasculaire secondaire à une hyperplasie fibromusculaire de l'artère rénale droite	I77.3 I15.0
Scintigraphie nucléaire rénale au Tc-99m	CT131ZZ
7 Insuffisance cardiaque congestive sur cardiopathie hypertensive	I11.0 I50.9
8 Insuffisance cardiaque congestive systolique aiguë	I50.21
Cardiomyopathie dilatée stade terminal	I42.0
Pacemaker cardiaque permanent en place: exposition des fils et dysfonctionnement de l'appareil	T82.598A T82.118A Z95.0
Révision percutanée de l'appareil d'assistance cardiaque externe en raison d'une exposition des fils et d'un dysfonctionnement de l'appareil	02WA3RZ
9 Occlusion cérébrale thrombotique avec infarctus cérébral	I63.30
Cardiopathie hypertensive	I11.9
10 Hypertension et insuffisance rénale chronique	I12.9 N18.9
11 Infarctus pulmonaire postopératoire, contact initial	T81.718A I26.99
12 Encéphalopathie hypertensive sur hypertension accélérée	I67.4 I10
13 Insertion percutanée d'électrodes de pacemaker (ventricule et oreillette droites)	02H63JZ 02HK3JZ
Insertion d'un pacemaker double chambre, poche thoracique (ouverte)	0JH606Z
14 Artériosclérose d'un pontage par greffon veineux autologue (pontage de 4 vaisseaux avec la saphène, réalisé 2 ans auparavant)	I25.810 Z95.1
15 Œdème pulmonaire aigu avec insuffisance cardiaque gauche	I50.1
16 Infarctus cérébral aigu avec thrombose	I63.30 G81.91

Hémiplégie résiduelle droite, côté dominant et aphasie (encore présents à la sortie du patient)	R47.01
Hypertension essentielle	I10
17 Sténose sévère de la coronaire gauche chez un patient qui n'a aucun antécédent de pontage	I25.10
Pontage aorto-coronaire, diagonale et circonflexe gauches, avec greffon saphène droite, ouverte	021109W
	06BP0ZZ
Circulation extracorporelle (Performance)	5A1221Z

1. INTRODUCTION

Un néoplasme est une croissance nouvelle ou anormale. Dans le système de classification ICD-10-CM, les maladies néoplasiques sont classées dans les catégories C00 à D49. Certains néoplasmes bénins, comme l'adénome prostatique, peuvent être trouvés dans les chapitres spécifiques des systèmes anatomiques.

2. CLASSIFICATION EN FONCTION DU COMPORTEMENT

Le premier axe de codage des néoplasmes est le comportement (nature de la tumeur) ; le second est le site anatomique. ICD-10-CM classe les néoplasmes en 5 groupes de comportement, plus un 6^{ème} pour le comportement non spécifié :

C00 – C96	Malignant
C7A – C7B, D3A	Neuroendocrine
D00 – D09	Carcinoma in situ
D10 – D36	Benign
D37 – D48	Uncertain behavior
D49	Unspecified behavior

2.1 Néoplasmes malins

Les néoplasmes malins sont des cellules tumorales qui s'étendent au-delà du site primaire en s'attachant aux structures adjacentes ou en diffusant à distance. Ils sont caractérisés par une croissance implacable et sont difficiles à soigner. Le terme « invasif » est souvent utilisé pour décrire l'extension des cellules tumorales aux tissus adjacents. La diffusion qui en résulte est appelée « métastase ».

Certains types de néoplasmes malins sont connus pour leurs propriétés invasives (par exemple le mélanome malin de la peau) et requièrent habituellement une excision au-delà du site primaire à cause de leur potentiel micro-invasif.

Dans de tels cas, une biopsie révélant une tumeur maligne sur un tissu prélevé lors d'une chirurgie en ambulatoire peut indiquer la nécessité d'une chirurgie plus étendue. Lors de la réalisation de cette intervention chirurgicale supplémentaire, le rapport d'anatomie pathologique peut indiquer ou non une tumeur maligne. Même si aucune autre tumeur maligne n'y est trouvée, le médecin documente habituellement le diagnostic comme une tumeur maligne conformément aux conclusions de la biopsie initiale, car cette pathologie est la raison de l'admission et la tumeur primitive a nécessité un traitement supplémentaire. Dans cette situation, le diagnostic fourni par le médecin doit être codé, même si le résultat d'anatomopathologie actuel ne confirme pas le diagnostic. Une copie du rapport initiale d'anatomopathologie sera classée avec le dossier médical du séjour dans la mesure du possible.

2.2 Tumeur neuroendocrine

Les tumeurs neuroendocrines (catégories C7A-C7B, D3A) sont issues des cellules endocrines et neuroendocrines dispersées dans l'organisme. Les sites les plus communs sont les bronches, l'estomac, l'intestin grêle, l'appendice et le rectum. Ces tumeurs sont habituellement classées en fonction du site embryonnaire d'origine présumé, tel que l'intestin antérieur (bronches, estomac), l'intestin moyen (l'intestin grêle et l'appendice) et l'intestin postérieur (colon et rectum).

Une tumeur carcinoïde est une tumeur qui se développe à partir des cellules entéro-chromaffines. Ces cellules sont habituellement trouvées dans l'intestin grêle, l'appendice, le colon, le rectum, les bronches, le pancréas, les ovaires, les testicules, les voies biliaires, le foie et d'autres organes; elles produisent des hormones. Les tumeurs carcinoïdes sont capables de produire les mêmes hormones, souvent en grande quantité, et peuvent causer un syndrome carcinoïde (E34.0).

Les tumeurs carcinoïdes peuvent être trouvées partout dans l'organisme mais la majorité est trouvée dans le tractus gastro-intestinal. Environ 25% des tumeurs carcinoïdes sont trouvées dans les bronches et les poumons. Dans certains cas, il n'est pas possible de localiser le site d'origine des tumeurs carcinoïdes, bien que des symptômes de syndrome carcinoïde soient présents.

Les tumeurs carcinoïdes peuvent se présenter comme néoplasme primaire (catégorie C7A), secondaire ou métastatique (catégorie C7B), ou comme tumeur bénigne (catégorie D3A). Les codes Z85.020, Z85.030, Z85.040, Z85.060, Z85.110, Z85.230 et Z85.520 sont utilisés pour décrire les antécédents de tumeurs neuroendocrines malignes qui ont été éradiquées ou excisées précédemment sans aucun traitement complémentaire.

Quand un syndrome de néoplasie endocrinienne multiple (MEN) est associé à une tumeur neuroendocrine maligne ou bénigne, codez aussi le syndrome MEN (E31.2-) lorsqu'il est clairement mentionné dans le dossier médical. Un syndrome endocrinien associé, tel que le syndrome carcinoïde (E34.0) est codé en diagnostic secondaire.

Par exemple :

Tumeur maligne carcinoïde de l'estomac associée à un syndrome de Wermer et un syndrome carcinoïde :

C7A.092	'Malignant carcinoid tumor of the stomach'
E31.21	'Multiple endocrine neoplasia [MEN] type I' (Wermer's syndrome)
E34.0	'carcinoid syndrome'

2.3 Carcinome à cellules de Merkel

Le carcinome à cellules de Merkel (catégorie C4A), également appelé carcinome neuroendocrinien de la peau, provient d'une croissance incontrôlée des cellules de Merkel de la peau. Il s'agit d'un cancer rare de la peau potentiellement mortel; un traitement agressif peut être nécessaire. Le carcinome à cellules de Merkel n'a pas une apparence particulière et se développe habituellement sur les zones

exposées au soleil (tête, cou, bras) comme une bosse non douloureuse, ferme, de couleur chair, rouge ou bleue. Le diagnostic est fait par une biopsie cutanée. La catégorie C4A est subdivisée en fonction de la localisation du carcinome à cellules de Merkel.

2.4 Néoplasmes malins de tissu ectopique

Les néoplasmes malins de tissu ectopique sont codés en fonction du site d'origine mentionné dans le dossier. Par exemple, un néoplasme malin pancréatique ectopique localisé dans l'estomac sera codé C25.9 'Malignant neoplasm of pancreas, unspecified'.

2.5 Néoplasmes bénins

Les néoplasmes bénins ne sont pas invasifs et ne s'étendent ni aux sites adjacents, ni aux sites distants. Cependant, ils peuvent causer des effets locaux tels que déplacement ou pression de structures adjacentes, une compression de nerf ou de vaisseau, et, de ce fait, requérir une chirurgie. Par exemple, les myomes utérins peuvent causer une compression de la vessie conduisant à des symptômes urinaires. La plupart des tumeurs bénignes peuvent être guéries par une excision totale.

2.6 Carcinome in situ

Les cellules tumorales des carcinomes décrits comme in situ subissent des transformations malignes qui sont encore confinées au point d'origine sans invasion du tissu normal environnant. Ils présentent un risque accru de devenir envahissants après rupture de la membrane basale. D'autres termes décrivant le carcinome in situ sont le carcinome « intraépithélial », « non infiltrant », « non invasif », et « pré-invasif ».

Les dysplasies cervicales et vulvaires sévères décrites comme CIN III ou VIN III sont classifiées comme carcinomes in situ. (Voir chapitre 21 'Maladies du système génito-urinaire' de ce manuel pour plus d'information).

2.7 Néoplasme de comportement incertain

Le comportement définitif de certains néoplasmes ne peut pas être déterminé au moment où la tumeur est découverte, et une distinction nette entre cellules tumorales malignes ou bénignes ne peut être faite.

La neurofibromatose (Q85.0- 'Neurofibromatosis') renvoie à un groupe de troubles génétiques autosomiques dominants responsables de la croissance de tumeurs le long des nerfs.

La schwannomatose (Q85.03) est une tumeur des cellules de soutien du système nerveux. Il peut se développer le long de n'importe quel nerf de l'organisme, y compris les nerfs rachidiens, crâniens et périphériques, à l'exception du nerf vestibulaire. La croissance des tumeurs entraîne une compression des nerfs et provoque de la douleur, des engourdissements, des picotements, des faiblesses et d'autres symptômes neurologiques.

2.8 Néoplasme de comportement non spécifié

La catégorie D49 'Neoplasms of unspecified behavior' est proposée pour les situations dans lesquelles ni le comportement, ni la morphologie de la tumeur ne sont précisés dans les diagnostics établis ou ailleurs dans le dossier médical. Ceci survient habituellement quand le patient est transféré dans un autre hôpital pour mise au point complémentaire et traitement éventuel avant que la démarche diagnostique ne soit complète. La catégorie D49 inclut des termes tels que « excroissance », « néoplasme », « nouvelle excroissance », et « tumeur » quand les néoplasmes ne sont pas précisés autrement. Un code de la catégorie D49 n'est quasiment jamais utilisé dans un hôpital aigu car une information plus définitive devrait toujours être disponible.

L'exception au codage des néoplasmes de comportement non spécifié concerne le codage de taches rétinienues qui sont rapportées comme néoplasme ou suspicion de mélanome. Cette pathologie est codée D49.81 'Neoplasm of unspecified behavior, retina and choroid'. Il est souvent difficile de prélever une biopsie de ces taches et elles doivent être continuellement évaluées. Comme une biopsie de la rétine présente un risque pour l'œil et est réalisée uniquement si la lésion s'étend, il n'y a habituellement pas de prélèvement de biopsie pour confirmer le diagnostic.

Il est important de ne pas confondre les néoplasmes de comportement non spécifié avec ceux de comportement incertain.

2.9 Masse ou lésion non précisée

Il est incorrect de sélectionner un code de la catégorie D49 'Neoplasm of unspecified behavior' en présence des seuls termes « masse » ou « lésion ».

- Lors du codage des diagnostics documentés comme « masse » ou « lésion » d'un site particulier, et lorsque ce site n'est pas répertorié sous les termes principaux Masse ou Lésion, il faut suivre les références croisées sous le terme principal.
- Si le diagnostic final est « grosneur » (lump) à un endroit déterminé et si l'index ne contient pas d'entrée sous ce terme principal, regardez au terme principal « mass » comme indiqué par la note « see » mentionnée sous le terme principal « lump ». Si l'index ne contient pas non plus d'entrée pour le site spécifique indiqué dans le diagnostic sous le terme principal « Mass », il renvoie via « Mass, specified organ NEC » à l'entrée 'Disease by site'.
- Si le diagnostic final est documenté comme « lésion » d'un site déterminé et que l'index n'a pas d'entrée pour l'organe ou le site spécifique sous le terme principal « Lesion », regardez au terme principal « Disease ».

EXERCICE 29.1

En vous référant aux sous-catégories de la liste systématique qui suivent, croisez les codes de la colonne de gauche avec les descriptions mentionnées dans la colonne de droite

1.	C18.4	Colon transverse	c	a. Bénin
2.	D44.10	Glande surrénale	d	b. Carcinoma in situ
3.	C43.0	Lèvre	c	c. Malin
4.	D02.1	Trachée	b	d. Comportement incertain
5.	D49.4	Vessie	e	e. Comportement non spécifié
6.	D10.6	Nasopharynx	a	
7.	C7A.025	Colon sigmoïde	c	

3. CLASSIFICATION MORPHOLOGIQUE

La morphologie des néoplasmes fait référence à la forme et à la structure des cellules tumorales et est étudiée pour classer les néoplasmes en fonction du tissu d'origine. Le tissu d'origine et le type de cellules qui constituent la tumeur maligne déterminent souvent le taux de croissance attendu, la sévérité de la maladie et le type de traitement à donner. Les tumeurs métastatiques sont identifiées par leur morphologie, qui est différente du tissu normal du site mais qui est identique à celle de la tumeur primaire.

EXERCICE 29.2

Indiquez si les phrases suivantes sont vraies (V) ou fausses (F)

1. La morphologie des néoplasmes fait référence à l'étude de la forme et de la structure des tissus et des cellules desquels est issu le néoplasme	V
2. Les néoplasmes métastatiques peuvent être identifiés par leur morphologie qui est identique à la morphologie du tissu normal environnant et aux cellules du site métastatique.	F

4. LOCALISATION DES CODES DE MALADIES NÉOPLASIQUES

La première étape dans la localisation d'un code de néoplasme est de se référer au terme principal du type morphologique dans l'Index des maladies et des traumatismes et de revoir ensuite les sous-entrées. Pour certains types, un code diagnostic spécifique est fourni. Par exemple, pour le diagnostic de 'renal cell carcinoma', l'index présente le terme principal 'Carcinoma' et le sous-terme 'renal cell' comme suit :

Carcinoma ...

-renal cell C64.-

Quand le site n'est pas mentionné comme sous-terme ou quand un code spécifique n'est pas donné dans l'index, une référence croisée vers le tableau des néoplasmes dans le volume 2 de l'index apparaît. Les références croisées doivent être suivies précisément; les entrées successives aident le codeur quand le type de néoplasme est référencé dans l'index :

Sarcoma

-cerebellar C71.6

-embryonal – see Neoplasm, connective tissue, malignant

-Ewing's – see Neoplasm, bone, malignant

Le tableau des néoplasmes, dont une partie est reproduite dans le tableau 29.1, mentionne les sites anatomiques par ordre alphabétique à l'extrême gauche (les niveaux d'indentation ont la même signification que ceux utilisés ailleurs dans l'index). Les colonnes vers la droite indiquent le code pour chaque type de comportement pour ce site.

Pour utiliser le tableau, le codeur doit d'abord localiser le site anatomique dans la liste (ligne), se diriger dans la page vers le type de comportement (colonne) et ensuite sélectionner le code approprié. Pour chaque site, il y a 6 codes possibles selon que le néoplasme en question est malin, bénin, in situ, de comportement incertain ou de nature non spécifiée.

La description d'un néoplasme indiquera souvent laquelle des 6 colonnes est appropriée (par ex. mélanome malin de la peau, fibroadénome bénin du sein, carcinome in situ du col utérin).

Quand ces termes ne sont pas présents, il faut consulter l'index pour l'énoncé du diagnostic et suivre les indications qui permettent de sélectionner la colonne appropriée pour chaque type morphologique mentionné.

Exemple :

'Mesonephroma – see Neoplasm, malignant ;

'Embryoma – see also Neoplasm, uncertain behaviour' ;

'Bowen disease – see Neoplasm, skin, in situ'.

Cependant, l'aide de l'index peut être dépassée si l'un des termes mentionnés ci-dessus (bénin, malin, ...) est présent. Par exemple, adénome malin du colon est codé C18.9 'Malignant neoplasm of colon, unspecified', et non D12.6 'Benign neoplasm of colon, unspecified', car l'adjectif « malin » dépasse l'entrée à l'index 'Adenoma – see also Neoplasm, benign'.

Les codes suivis d'un tiret requièrent un 5e caractère pour la latéralité. Les codes issus du tableau des néoplasmes doivent être vérifiés dans la liste systématique.

TABEAU 29.1 Section du tableau des néoplasmes dans l'index des maladies et des traumatismes

	Malignant Primary	Malignant Secondary	Ca in situ	Benign	Uncertain Behavior	Unspecified Behavior
Neoplasm, neoplastic - continued						
-nostril	C30.0	C78.39	D02.3	D14.0	D38.5	D49.1
-nucleus pulposus	C41.2	C79.51	-	D16.6	D48.0	D49.2
-occipital						
--bone	C41.0	C79.51	-	D16.4	D48.0	D49.2
--lobe or pole, brain	C71.4	C79.31	-	D33.0	D43.0	D49.6
-odontogenic-see Neoplasm, jaw bone						
-olfactory nerve or bulb	C72.2	C79.49	-	D33.3	D43.3	D49.7
-olive (brain)	C71.7	C79.31	-	D33.1	D43.1	D49.6
-omentum	C48.1	C78.6	-	D20.1	D48.4	D49.0

EXERCICE 29.3

Attribuez le code diagnostique aux diagnostics qui suivent.

1. Adénome bronchique	D38.1
2. Lymphome de Burkitt des ganglions lymphatiques intrapelviens	C83.76
3. Lipome de la tête	D17.0
4. Leucémie à tricholeucocytes (HCL) en rémission	C91.41
5. Sarcome endométrial	C54.1
6. Sarcome de Hodgkin	C81.90

5. TYPES DE NÉOPLASMES MALINS

Il y a 2 types de néoplasmes malins:

C00 - C80	Solid
C81 à C96	Hematopoietic and lymphatic

Les tumeurs solides ont un point d'origine unique et localisé qui est considéré comme néoplasme primaire de ce site. Les tumeurs solides tendent à s'étendre aux sites adjacents ou éloignés, ces sites sont classifiés comme néoplasmes secondaires ou métastatiques. Par exemple, un diagnostic de carcinome du poumon avec métastases au cerveau indique que le néoplasme primaire du poumon a métastasé vers un site secondaire dans le cerveau.

Les néoplasmes lymphatiques et hématopoïétiques se développent dans les systèmes réticuloendothélial et lymphatique et dans les tissus hématopoïétiques. Ces néoplasmes diffèrent des tumeurs malignes solides sur plusieurs points, dont les suivants:

- Ils peuvent se développer dans un ou plusieurs sites simultanément.
- Les cellules tumorales circulent souvent en grand nombre dans la circulation sanguine et le système lymphatique plutôt que de rester confinées à un seul site.
- La diffusion à d'autres sites du système hématopoïétique ou lymphatique n'est pas considérée comme métastatique mais est également classifiée comme néoplasme primaire.

En raison des différences entre les tumeurs solides et hématopoïétiques-lymphatiques, ce manuel traite ces 2 types de néoplasmes malins séparément.

6. CODAGE DES NÉOPLASMES MALINS SOLIDES

Un néoplasme solide malin peut diffuser à partir de son site d'origine soit par extension directe, soit par métastase à distance. L'extension directe est un envahissement des tissus adjacents; une métastase fait référence à la diffusion vers un site distant et l'implantation d'un nouveau centre de malignité. L'ICD-10-CM ne fait pas la distinction entre ces 2 types d'extension ; les néoplasmes par extension directe ou à distance se codent comme des néoplasmes malins secondaires. Les termes « métastatiques » et « secondaires » sont généralement utilisés de manière interchangeable.

6.1 Localisations contiguës

Quand un néoplasme malin primaire recouvre 2 ou plusieurs sites contigus (proches l'un de l'autre), il est classé avec la valeur « 8 » pour le 4^{ème} caractère signifiant « lésion contiguë », à moins qu'un code combiné soit spécifiquement indexé ailleurs.

Par exemple, l'ICD-10-CM fournit les codes qui suivent pour certains néoplasmes malins pour lesquels il y a un chevauchement sur 2 ou plusieurs côtés du site mentionné :

C00.8 Néoplasme de la lèvre, localisations contiguës, dont le point d'origine ne peut être attribué à aucun autre code dans la catégorie C00 'Malignant neoplasm of lip'.

C16.8 Néoplasme de l'estomac dont le point d'origine ne peut être attribué à aucun autre code dans la catégorie C16 'Malignant neoplasm of stomach'.

C34.80 Néoplasme de poumon, bronche, trachée, localisations contiguës, dont le point d'origine ne peut être attribué à aucun autre code dans la catégorie C34 'Malignant neoplasm of bronchus and lung'.

Quand plusieurs néoplasmes du même site ne sont pas contigus, tel que des tumeurs dans différents quadrants du même sein, le code de chaque site doit être attribué.

EXERCICE 29.4

Codez les diagnostics qui suivent.

1.	Carcinome de l'œsophage tiers moyen et supérieur	C15.8
2.	Carcinome de la cavité buccale et du pharynx	C14.8
3.	Adénocarcinome de l'anus et du rectum	C21.8

6.2 Tumeurs malignes de 2 ou plusieurs sites non contigus

Un patient peut avoir plusieurs tumeurs malignes du même organe. Ces tumeurs peuvent représenter différents sites primaires ou une maladie métastatique, selon le site. Quand la documentation n'est pas claire, il faut interroger le clinicien à propos du statut de chaque tumeur afin de sélectionner correctement le code.

Quand plus d'un site primaire survient dans le même organe, ils sont appelés tumeurs primaires synchrones. Cette situation peut survenir dans les poumons quand le tissu cible, en l'occurrence l'épithélium respiratoire, est attaqué/altéré par un agent irritant, comme par exemple la fumée du tabac. Cependant, le médecin doit indiquer si l'une des tumeurs représente un second site primaire ou une métastase.

Exemple :

- Un patient atteint d'un cancer du poumon, lobe inférieur gauche, non à petites cellules, de stade IV est admis avec des métastases péritonéales étendues et avec des métastases hépatiques. Un scanner du poumon montre une large tumeur de la base du poumon gauche avec une extension diffuse au poumon droit. Interrogé, le clinicien précise que la tumeur a débuté dans le poumon gauche et qu'elle a métastasé dans le poumon droit. Comme le clinicien a clairement documenté que la tumeur maligne primaire du poumon gauche s'est étendue au poumon droit, attribuez les codes :
 - Comme diagnostic principal:
C34.32, 'Malignant neoplasm of lower lobe, left bronchus or lung'
 - Comme diagnostics secondaires:
C78.01, 'Secondary malignant neoplasm of right lung'
C78.6, 'Secondary malignant neoplasm of retroperitoneum and peritoneum'
C78.7, 'Secondary malignant neoplasm of liver and intrahepatic bile duct'

6.3 Néoplasmes décrits comme métastatiques

Les termes « métastatique » et « métastase » sont souvent utilisés de manière ambiguë dans la description des maladies néoplasiques, désignant tantôt le site primaire, tantôt le site secondaire. Quand l'intitulé du diagnostic n'est pas clair à cet égard, le codeur doit revoir le dossier médical pour rechercher plus d'informations. Cependant, quand il n'y a aucune information, les règles suivantes s'appliquent.

6.3.1 « Métastasé vers »

La formulation « métastasé vers » indique que le site mentionné est secondaire. Par exemple, un diagnostic de carcinome métastasé dans le poumon est codé comme néoplasme malin secondaire du poumon (C78.0-). Un code pour le site primaire doit également être ajouté quand le néoplasme primaire est encore présent. Un code d'antécédent de la sous-catégorie Z85.0-Z85.7 'Personal history of malignant neoplasm' quand le néoplasme primaire a été enlevé et ne nécessite plus de traitement. Un code de cette sous-catégorie Z85.0-Z85.7 ne peut pas être utilisé pour coder un antécédent de néoplasme secondaire. On peut utiliser les codes d'antécédent de la sous-catégorie Z85.8- 'Personal history of malignant neoplasms of other organs and systems' que ce soit pour un antécédent de néoplasme primaire ou de néoplasme secondaire, pour autant qu'il n'y a plus aucun signe de présence d'une tumeur maligne, ni de traitement.

Le 4^e caractère de la catégorie Z85 indique le système anatomique dans lequel s'est développée la tumeur primaire, les 5^e et 6^e caractères, l'organe spécifique concerné.

Normalement, aucun code d'historique n'est attribué lorsque le patient a eu un néoplasme bénin ou in situ ou un comportement incertain. Il y a quelques exceptions qu'on trouvera dans la sous-catégorie Z86.0.

6.3.2 « Métastatique au départ de »

La formulation « métastase au départ de » indique que le site mentionné est le site de la tumeur primaire. Par exemple, un diagnostic de métastase de carcinome du sein indique que le sein est le site primaire (C50.9-). Un code doit également être attribué pour le site de la métastase.

6.3.3 Sites métastatiques multiples

Quand, dans une liste de diagnostics, 2 ou plusieurs sites sont décrits comme métastatiques, chacun des sites mentionnés doit être codé comme secondaire (métastatique). Un code doit également être attribué pour le site primaire quand il est connu; si ce n'est pas le cas, il doit être codé C80.1 'Malignant (primary) neoplasm, unspecified'.

6.3.4 Site métastatique unique

Quand un seul site est décrit comme métastatique sans aucune autre qualification et quand le dossier médical ne fournit pas d'information plus précise, les étapes suivantes doivent être suivies:

1. Référez-vous au type morphologique dans l'index et au code pour le site primaire de ce site. Par exemple, un diagnostic de carcinome à cellules rénales métastatique du poumon indique que le site primaire est le rein et le site secondaire le poumon. Le codage correct est, dans ce cas, C64.9 'Malignant neoplasm of unspecified kidney, except renal pelvis' et C78.00 'Secondary malignant neoplasm of unspecified lung'.

Quand un site spécifique pour le type morphologique n'est pas indiqué dans l'entrée d'un code ou n'est pas indexé, attribuez le code pour le site non précisé du site anatomique correspondant. Par exemple, un carcinome à petites cellules est codé C34.90 'Malignant neoplasm of unspecified part of unspecified bronchus or lung' quand il n'y a pas plus d'information à propos du site.

2. Quand le type de morphologie n'est pas indiqué ou quand le seul code qui est obtenu est soit C80.0 'Disseminated malignant neoplasm, unspecified' ou C80.1 'Malignant (primary) neoplasm, unspecified', codez comme s'il s'agissait d'un néoplasme malin primaire excepté s'il s'agit d'un des sites suivants :

Os, Cerveau, Diaphragme, Cœur, Foie, Ganglions lymphatiques, Médiastin, Méninges, Péritoine, Plèvre, Rétropéritoine, Moelle épinière et Sites classés sous la catégorie C76 'Malignant neoplasm of other and ill-defined sites'.

Les néoplasmes malins de ces sites sont classés comme secondaires s'il n'y a pas d'autre information, sauf pour le néoplasme du foie qu'on codera C22.9 'Malignant neoplasm of liver, not specified as primary or secondary'.

Voici des exemples de ce processus de codage en 2 étapes :

- Carcinome métastatique du poumon
C34.90 'Malignant neoplasm of unspecified part of unspecified bronchus or lung'
C79.9 'Secondary malignant neoplasm of unspecified site'

Le site primaire est attribué au poumon et le site secondaire est non spécifié.

- Carcinome métastatique des os

C79.51 Secondary malignant neoplasm of bone'

C80.1 'Malignant (primary) neoplasm, unspecified'

Le site primaire du carcinome est inconnu et le site secondaire (métastase) est l'os.

6.3.5 Pas de mention du site

Le code C80.0 'Disseminated malignant neoplasm, unspecified' s'utilise uniquement pour les cas où le patient a une maladie métastatique avancée et qu'aucun site primaire ou secondaire n'est mentionné. Il ne doit pas être attribué à la place des codes du site primaire ni de tous les autres sites secondaires lorsqu'ils sont connus.

Le code C80.1 'Malignant (primary) neoplasm, unspecified' équivaut à 'Cancer, non spécifié'. Ce code doit être utilisé uniquement quand il n'est pas possible de déterminer le site primaire d'une tumeur maligne. Ce code devrait être rarement utilisé.

Le code C79.9 'Secondary malignant neoplasm of unspecified site' est attribué quand aucun site n'est indiqué pour le néoplasme secondaire.

Lorsque le type morphologique de la tumeur est uniquement mentionné et qualifié de métastatique sans localisation précisée, le code fourni pour ce type morphologique est attribué pour le diagnostic principal, ainsi qu'un code complémentaire pour le néoplasme secondaire de site non précisé. Par exemple :

- Un adénocarcinome apocrine métastatique sans site spécifié est codé comme un néoplasme malin primaire de la peau, site non spécifié (C44.99 'Other specified malignant neoplasm of skin, unspecified').
- Un code additionnel (C79.9 'Secondary malignant neoplasm of unspecified site') est attribué pour le néoplasme secondaire.

Le code C44.99 est obtenu en se référant aux entrées et sous-entrées suivantes de l'index:

Adenocarcinoma ...

-apocrine ...

--unspecified site C44.99

EXERCICE 29.5

Codez les diagnostics qui suivent :

1. Carcinome métastatique au départ du poumon droit	C34.91 C79.9
2. Carcinome métastasé vers le cerveau	C79.31 C80.1
3. Carcinome de la prostate métastasé dans l'os pelvien	C79.51

Antécédent de prostatectomie sans récurrence du site primaire (History)	Z85.46 Z90.79
4. Carcinome du poumon métastasé dans le cerveau. Antécédent de résection pulmonaire sans mention de récurrence dans le site primaire (History)	C79.31 Z85.118 Z90.2
5. Carcinome de la prostate métastasé dans l'os pelvien	C61 C79.51
6. Carcinome métastasé dans le cerveau et le poumon	C79.31 C78.00 C80.1
7. Carcinome métastatique dans le pancréas et l'épiploon	C78.89 C78.6 C80.1
8. Adénocarcinome métastatique de colon transverse	C18.4 C79.9
9. Carcinome métastatique de bronche	C34.90 C79.9
10. Carcinome métastatique de moelle épinière	C79.49 C80.1
11. Carcinome métastatique du fémur	C79.51 C80.1
12. Carcinome métastatique dans le cerveau	C79.31 C80.1
13. Adénocarcinome séreux papillaire métastatique de l'os	C56.9 C79.51
14. Carcinome canalaire infiltrant métastatique, femme	C50.919 C79.9
15. Fibrosarcome métastatique odontogénique	C41.1 C79.9
16. Ostéosarcome chondroblastique de membre avec métastases	C40.90 C79.9

7. CODAGE DES TUMEURS MALIGNES DES SYSTÈMES HÉMATOPOÏÉTIQUE ET LYMPHATIQUE

Contrairement aux tumeurs solides, les néoplasmes apparaissant dans les tissus lymphatiques et hématopoïétiques ne diffusent pas vers des sites secondaires. Au contraire, les cellules malignes circulent et peuvent se trouver dans ces tissus mais d'autres sites. Ces sites sont considérés comme néoplasmes primaires plutôt que secondaires.

7.1 Néoplasmes des ganglions lymphatiques

Les néoplasmes malins primaires des ganglions lymphatiques sont classés dans les catégories C81 à C88, avec un 4^e caractère fournissant plus de précision à propos du type particulier de néoplasme et un 5^e caractère indiquant les ganglions concernés (excepté pour les catégories C86 et C88 qui ne précisent pas le site). Si le néoplasme concerne des ganglions lymphatiques de plusieurs sites différents, le 5^e caractère « 8 » est attribué pour indiquer que la tumeur concerne de multiples sites. Par exemple, le code C83.38 'Diffuse large B-cell lymphoma, lymph nodes of multiple sites' est attribué pour le diagnostic de lymphome diffus à grandes cellules B des ganglions intra-abdominaux et intrathoraciques, les codes individuels ne sont pas assignés.

Quand une tumeur solide s'étend aux ganglions lymphatiques, un code de la catégorie C77 'Secondary and unspecified malignant neoplasm of lymph nodes' est attribué. Par exemple, chez la femme, un adénocarcinome du sein droit avec métastase aux ganglions lymphatiques axillaires est codé C50.911 'Malignant neoplasm of unspecified site of right female breast' et C77.3 'Secondary and unspecified malignant neoplasms of axilla and upper limb lymph nodes'. Aucun code des catégories C81 à C88 n'est attribué.

Les lymphomes peuvent être malins ou bénins. Les lymphomes bénins sont classés sous le code D36.0 'Benign neoplasm of lymph nodes'. Les lymphomes malins sont indexés en tant que sous-entrées sous l'entrée principale 'Lymphoma'. Quand dans l'index, un intitulé diagnostique de lymphome ne correspond pas aux sous-entrées sous 'Lymphoma', le codeur peut trouver le comportement de la tumeur dans le rapport anatomo-pathologique. Il faut toutefois que le médecin en apporte la confirmation avant de sélectionner ce code.

7.2 Lymphome hodgkinien

Le lymphome hodgkinien (catégorie C81) est un type de cancer provenant des lymphocytes. Le lymphome hodgkinien est caractérisé par la diffusion systématique de la maladie d'un groupe de ganglions lymphatiques vers un autre et par le développement de symptômes systémiques au stade avancé de la maladie. Le lymphome hodgkinien peut être traité par radiothérapie, chimiothérapie ou greffe de cellules souches hématopoïétiques. Le choix du traitement dépend de l'âge et du sexe du patient, et du stade, de l'ampleur et du type histologique de la maladie.

La catégorie C81 fournit un 4^e caractère de sous-classification pour identifier le sous-type pathologique du lymphome hodgkinien et le 5^e caractère identifie les ganglions atteints (site non spécifié; tête, face et cou; intrathoracique; intra-abdominal; axillaire et membre supérieur; région inguinale et membre inférieur; intrapelvien; rate; sites multiples; sites extra-ganglionnaires et organes solides).

Le sous-type pathologique est identifié dans les sous-catégories C81.0 à C81.9.

7.3 Lymphomes non hodgkiniens

Les lymphomes non hodgkiniens sont un groupe hétérogène de lymphomes malins dont le tableau clinique est largement semblable à celui du lymphome hodgkinien, mais sans les cellules atypiques géantes de Reed-Sternberg qui sont caractéristiques des lymphomes hodgkiniens. Les lymphomes se développent à partir de la composante lymphoïde du système immunitaire : lymphocytes B (cellules B) et lymphocytes T (cellules T). Les lymphomes non hodgkiniens peuvent survenir à n'importe quel âge et sont souvent marqués par de la fièvre, une perte de poids et une présence de ganglions lymphatiques plus grands que la normale. Il y a beaucoup de types différents de lymphomes non odgkiniens. Ces types se répartissent en formes agressives (évolution rapide) et formes indolentes (évolution lente) et ils peuvent être formés de lymphocytes B ou T.

Au cours des 40 dernières années, la classification des lymphomes a considérablement évolué en fonction des nouvelles connaissances fournies par les avancées technologiques ainsi que des avancées dans la compréhension du comportement clinique du lymphome.

L'ICD-10-CM fournit les catégories C82 à C88 pour les lymphomes non hodgkiniens :

Le lymphome folliculaire (catégorie C82 'Follicular lymphoma') est le plus commun des lymphomes non hodgkiniens à évolution lente et la deuxième forme de lymphome non hodgkinien la plus répandue. La catégorie C82 permet la classification des lymphomes folliculaires selon le grade morphologique (par exemple grade 1) ou de la description du follicule (par exemple centro-folliculaire diffus).

C82.0- 'Follicular lymphoma grade I'

C82.1- 'Follicular lymphoma grade II'

C82.2- 'Follicular lymphoma grade III, unspecified C82.3- Follicular lymphoma grade IIIa'

C82.4- 'Follicular lymphoma grade IITb'

C82.5- 'Diffuse follicle center lymphoma'

C82.6- 'Cutaneous follicle center lymphoma'

C82.8- 'Other types of follicular lymphoma'

C82.9- 'Follicular lymphoma, unspecified'

L'ICD-10-CM classe les lymphomes non folliculaires sous la catégorie C83 'Non-follicular lymphoma'.

C83.0 'Small cell B-cell lymphoma'

C83.1 'Mantle cell lymphoma'

C83.3 'Diffuse large B-cell lymphoma'

C83.5 'Lymphoblastic (diffuse) lymphoma'

C83.7 'Burkitt lymphoma'

C83.8 'Other non-follicular lymphoma'

C83.9 'Non-follicular (diffuse) lymphoma, unspecified'

Comme pour la catégorie C81 'Hodgkin's lymphoma', les catégories C82 à C85 fournissent un 5^e caractère pour identifier les ganglions lymphatiques atteints (site non spécifié; tête, face et cou;

intrathoracique; intra-abdominal; axillaire et membre supérieur; inguinal et membre inférieur; intrapelvien; rate; sites multiples; sites extra-ganglionnaires et organes solides).

7.4 Myélomes multiples, autres néoplasmes immuno-prolifératifs, et leucémies

Les myélomes multiples et les néoplasmes à cellules plasmatiques malignes sont classés dans la catégorie C90, dont le 4^e caractère indique le type particulier de néoplasme.

Les leucémies sont classées dans les catégories C91 à C95, dont le 4^e caractère indique soit le stade de la maladie (aigu ou chronique), soit le type de leucémie (par ex. cellule T adulte, leucémie prolymphocytaire ou à cellules T).

Pour tous les codes des catégories C90 à C95, un 5^e caractère est utilisé pour indiquer le statut du patient comme suit :

- 0 Sans rémission (not having achieved remission)
- 1 En rémission (in remission)
- 2 En rechute (in relapse)

Le 5^e caractère « 0 » est attribué si le dossier médical n'indique pas que le patient est en rémission, ni en rechute. Quand le clinicien indique que la pathologie maligne est en rémission, attribuez la valeur « 1 » au 5^e caractère. Ce caractère est attribué uniquement quand le médecin décrit spécifiquement que le néoplasme est en rémission. Si le patient présente une récurrence et que le clinicien documente « relapse (rechute) », attribuez au 5^e caractère la valeur « 2 ». Une récurrence peut survenir à n'importe quel moment durant le traitement ou après la fin du traitement, voire des mois ou des années après la rémission.

Il est important de ne pas confondre « en rémission » avec « antécédent de ». Les antécédents personnels pertinents (Z85.6 'Personal history of leukemia' et Z85.79 'Personal history of other malignant neoplasms of lymphoid and related issues') sont enregistrés lorsque le néoplasme est considéré comme éradiqué. Il n'est plus traité mais peut revenir et, de ce fait, le patient nécessite une surveillance régulière. Si le dossier médical ne permet pas de déterminer si le patient est en rémission ou si le néoplasme est éradiqué, il faut interroger le médecin.

EXERCICE 29.6

Codez les diagnostics qui suivent :

1. Leucémie myéloïde aleucémique en rémission	C92.Z1
2. Réticulosarcome de la rate	C83.37
3. Réticulosarcome, intrathoracique	C83.32

4. Granulome de Hodgkin intrapelvien	C81.96
5. Leucémie myéloïde chronique, BCR/ABL positif	C92.10
6. Leucémie à plasmocytes	C90.10
7. Carcinome du poumon métastasé dans les ganglions lymphatiques intrathoraciques	C34.90 C77.1
8. Mycosis fongoïde des ganglions lymphatiques intrathoraciques et intra-abdominaux	C84.08
9. Lymphogranulome à Chlamydia	A55
10. Adénolymphome du sein gauche (femme)	D24.2
11. Lymphome diffus à grande cellules B intra-abdominal	C83.33
12. Lymphome T périphérique du cou	C84.41

8. SÉQUENCE DES CODES POUR LES MALADIES NÉOPLASIQUES

Les règles de base pour le choix du diagnostic principal sont les mêmes que pour n'importe quelle autre maladie; le diagnostic principal est la pathologie qui, après étude, motive l'hospitalisation. Il n'y a pas de règle qui donnerait au néoplasme la préséance sur un autre code.

Comme le diagnostic principal est parfois difficile à déterminer chez un patient atteint d'un néoplasme malin, l'orientation du traitement peut souvent être utilisée comme guide pour la sélection du diagnostic principal.

8.1 Néoplasme avec influence sur le système endocrinien

Certains néoplasmes sont fonctionnellement actifs en ce sens qu'ils affectent le fonctionnement des glandes endocrines. Dans ce cas, le code de ces néoplasmes primaires est mentionné en premier lieu, suivi par le code du chapitre 4 du manuel de codage ICD-10-CM, de manière à identifier le dysfonctionnement endocrinien associé au néoplasme.

Exemples:

- Hyperœstrogénisme sur carcinome de l'ovaire droit:
C56.1 'Malignant neoplasm of right ovary'
E28.0 'Estrogen excess'
- Carcinome de l'ovaire droit avec hirsutisme:
C56.1 'Malignant neoplasm of right ovary'
L68.0 'Hirsutism'

8.2 Traitement ciblant le site primaire

Quand le traitement cible directement le site primaire, le néoplasme de ce site primaire est codé en diagnostic principal, suivi de tous les sites métastatiques. La seule exception à cette règle concerne les admissions dont le seul but est l'administration d'une chimiothérapie, d'une immunothérapie ou d'une radiothérapie, auquel cas le code approprié Z51.0 'Encounter for antineoplastic radiation therapy' ou Z51.1- 'Encounter for antineoplastic chemotherapy and immunotherapy' est mentionné en diagnostic principal, et le néoplasme pour lequel le traitement est réalisé est mentionné en diagnostic secondaire.

Exemples:

- Carcinome du sigmoïde avec petits nodules métastatiques dans le foie; résection du colon sigmoïde
C18.7 'Malignant neoplasm of sigmoid colon'
C78.7 'Secondary malignant neoplasm of liver and intrahepatic bile duct'
- Admission pour chimiothérapie pour carcinome du colon sigmoïde préalablement réséqué
Z51.11 'Encounter for antineoplastic chemotherapy'
C18.7 'Malignant neoplasm of sigmoid colon'

Parfois, deux sites primaires sont présents; dans ce cas, chaque site est codé comme néoplasme primaire. Quand le traitement est orienté directement vers un site, il faut coder le site en question en diagnostic principal. Quand le traitement est orienté simultanément vers les 2 tumeurs, l'une comme l'autre peuvent être désignées en diagnostic principal.

Parfois, un patient est admis pour chirurgie dans le cadre d'une maladie non néoplasique et le rapport anatomo-pathologique révèle la présence de cellules malignes. Dans cette situation, la pathologie qui a justifié l'admission reste le diagnostic principal, avec un code complémentaire attribué pour le néoplasme.

Exemples :

- Un patient ayant une rétention urinaire sévère sur hypertrophie de la prostate est admis pour prostatectomie. Une résection transurétrale de la prostate est réalisée et le patient sort avec un diagnostic d'hypertrophie bénigne de la prostate. Quand le rapport d'anatomo-pathologie est reçu, ce diagnostic est confirmé mais un adénocarcinome microscopique est également identifié.
N40.1 'benign prostatic hyperplasia with lower urinary tract symptoms'
C61 'Malignant neoplasm of prostate'
R33.8 'Other retention of urine'
- Une patiente est admise pour endométriose de l'utérus et une hystérectomie abdominale totale est réalisée. Le rapport anatomo-pathologique confirme l'endométriose mais indique également la présence d'un carcinome in situ du col. Dans ce cas, l'endométriose est le diagnostic principal qui motive le séjour. Un code complémentaire est attribué pour le carcinome in situ du col.

N80.0 'Endometriosis of uterus'

D06.9 'Carcinoma in situ of cervix, unspecified'

8.3 Traitement ciblant le site secondaire (métastase)

Quand un patient est admis pour un néoplasme primaire avec métastases et que le traitement cible uniquement le site secondaire, le site secondaire est codé en diagnostic principal même si la tumeur maligne primaire est encore présente. Un code pour le néoplasme primaire est attribué en diagnostic secondaire.

Quand un patient est admis pour un néoplasme primaire avec métastase et que le traitement cible à la fois le site primaire et le site secondaire, la tumeur maligne primaire doit être codée en diagnostic principal, avec un code complémentaire attribué pour le néoplasme secondaire.

8.4 Admission pour complications associées à un néoplasme malin

Les patients atteints de néoplasme malin développent souvent des complications dues soit à la tumeur elle-même, soit au traitement qu'ils ont reçu.

Lorsque l'admission est motivée par le traitement d'une complication, la complication est codée en premier lieu et suivie par le(s) code(s) approprié(s) pour le néoplasme. L'exception à cette règle est l'anémie associée à une tumeur.

Anémie associée à un néoplasme malin

Quand l'admission concerne la prise en charge d'une anémie associée à une tumeur maligne et que **seule** l'anémie est traitée, le code approprié du néoplasme est **malgré tout** mentionné en diagnostic principal, suivi du code D63.0 'Anemia in neoplastic disease' (voir instruction 'code first').

Anémie suite à une chimio ou une immunothérapie

Quand l'admission concerne la prise en charge d'une anémie consécutive à un effet secondaire de chimiothérapie ou d'immunothérapie (D64.81) et que **seule** l'anémie est traitée, le code de l'anémie est mentionné en diagnostic principal, suivi par les codes appropriés pour le néoplasme et pour l'effet secondaire (T45.1x5-).

Par exemple:

- Un patient atteint d'un cancer du poumon, lobe supérieur droit, non à petites cellules, avec métastase développe une anémie sur chimiothérapie. Il est admis en service d'oncologie pour le traitement de cette anémie consécutive à sa chimiothérapie.

D64.81 'Anemia due to antineoplastic chemotherapy'

C34.11 'Malignant neoplasm of upper lobe, right bronchus or lung'

C79.9 'Secondary malignant neoplasm of unspecified site'

T45.1x5- 'Adverse effect of antineoplastic and immunosuppressive drugs'

Anémie suite à une radiothérapie

Quand l'admission concerne la prise en charge d'une anémie consécutive à un effet secondaire de radiothérapie, l'anémie doit être codée en premier lieu, suivie par le code approprié du néoplasme et le code Y84.2 'Radiological procedure and radiotherapy as the cause of abnormal reaction of the patient, or of later complication, without mention of misadventure at the time of the procedure'.

Par exemple:

- Une patiente atteinte d'un cancer du sein droit consulte pour traitement d'une anémie consécutive à sa radiothérapie.

D64.9 'Anemia, unspecified'

C50.911 'Malignant neoplasm of unspecified site of right female breast'

Y84.2 'Radiological procedure and radiotherapy as the cause of abnormal reaction of the patient, or later complication, without mention of misadventure at the time of procedure'.

Pancytopenie suite à une chimiothérapie

Quand l'admission concerne la prise en charge d'une anémie documentée comme « pancytopenie due à la chimiothérapie », le code D61.810 'Antineoplastic chemotherapy induced pancytopenia' est enregistré comme diagnostic principal suivi du code approprié pour le néoplasme et l'effet secondaire (T45.1X5-). Chez les patients cancéreux, la pancytopenie survient habituellement en raison d'une destruction de la moelle osseuse par la chimiothérapie. La suppression de la moelle osseuse (une diminution de la fabrication de cellules sanguines par la moelle osseuse) est un effet secondaire habituel de la chimiothérapie.

Par exemple:

- Une patiente atteinte d'un cancer du quadrant supéro-externe du sein gauche développe une pancytopenie à la suite de la chimiothérapie. Elle est admise pour le suivi de sa pancytopenie induite par la chimiothérapie.

D61.810 'Antineoplastic chemotherapy induced pancytopenia'

C50.412 'Malignant neoplasm of upper-outer quadrant of left female breast'

T45.1x5A 'Adverse effect of antineoplastic and immunosuppressive drugs, initial encounter'

Neutropénie fébrile suite à une chimiothérapie

Quand l'admission concerne la prise en charge d'une neutropénie fébrile due à une chimiothérapie sans qu'il soit fait état d'une pancytopenie, on code D70.1 'Agranulocytosis secondary to cancer chemotherapy' en premier lieu suivi de R50.81 'Fever presenting with conditions classified elsewhere' et T45.1X5A 'Adverse effect of antineoplastic and immunosuppressive drugs, initial encounter' et du néoplasme (Coding Clinic, Fourth Quarter ICD-10 2014 p22).

Quand l'admission concerne la prise en charge d'une **déshydratation sur tumeur maligne ou sur chimiothérapie ou sur une combinaison des deux**, et que seule la déshydratation est traitée, la déshydratation est codée en premier lieu, suivie du ou des code(s) pour la tumeur maligne.

Comme le diagnostic principal peut être difficile à déterminer, la cible du traitement peut souvent servir de fil rouge.

Par exemple:

Un patient traité pour un cancer de la prostate est admis pour hématurie macroscopique aiguë.

La vessie est irriguée jusqu'à ce que les urines soient claires.

Dans ce cas, le patient est admis et traité pour l'hématurie aiguë. La tumeur n'est pas traitée.

R31.0 'Gross hematurie'

C61 'Malignant neoplasm of prostate'

Complication suite à une intervention chirurgicale

Quand l'admission a lieu pour le traitement ou l'examen diagnostic d'une complication résultant d'une intervention chirurgicale dans le cadre du traitement du néoplasme, codez la complication en diagnostic principal.

8.5 Admission pour radiothérapie, immunothérapie ou chimiothérapie

Quand l'épisode de soins concerne l'ablation chirurgicale d'un néoplasme sur le site primaire ou secondaire, suivi d'un traitement adjuvant par chimiothérapie ou radiothérapie durant le même épisode de soins, le code du néoplasme est mentionné en diagnostic principal.

Quand l'admission du patient a, en revanche, pour seul but l'administration de chimiothérapie, de radiothérapie ou d'immunothérapie, attribuez le code Z51.0 'Encounter for antineoplastic radiation therapy' ou Z51.11 'Encounter for antineoplastic chemotherapy' ou Z51.12 'Encounter for antineoplastic immunotherapy' en diagnostic principal.

Quand le patient reçoit plus d'un de ces traitements durant la même admission, on code l'un de ces codes de diagnostic (Z51.-) en diagnostic principal, les autres Z51.- en diagnostic secondaire. Comme le patient est encore sous traitement du néoplasme, même si celui-ci a été enlevé chirurgicalement, on attribue **non pas** un code de la catégorie Z85 'Personal history of malignant neoplasm', mais un code complémentaire pour la tumeur maligne.

Quand le patient est admis pour implantation d'éléments radioactifs (ex : brachythérapie ou curiethérapie), le néoplasme est codé en diagnostic principal. On n'ajoute pas de code Z51.0 dans ce cas.

Quand le patient est admis pour radiothérapie, immunothérapie ou chimiothérapie et développe des complications telles que des nausées et vomissements incontrôlés, de la déshydratation, le diagnostic principal ou premier diagnostic est le code Z51.0 'Encounter for antineoplastic radiation therapy' ou Z51.11 'Encounter for antineoplastic chemotherapy' ou Z51.12 'Encounter for antineoplastic immunotherapy', suivi par les codes de complications.

Cependant, si le patient venait pour implantation d'éléments radioactifs et qu'il développe ces complications, le diagnostic principal reste le néoplasme, avec les complications en diagnostics secondaires.

Le syndrome de lyse tumorale (TLS) est un groupe de troubles métaboliques graves, potentiellement mortelle, causés par les produits de la décomposition des cellules cancéreuses qui sont détruites, et qui peuvent survenir après traitement antinéoplasique, radiothérapie ou corticothérapie. Il est souvent associé aux leucémies et lymphomes, mais il peut également être rencontré dans d'autres tumeurs hématologiques ou solides. Le code E88.3 'Tumor lysis syndrome' est attribué en premier lieu, suivi du code T45.1X5- 'Adverse effect of antineoplastic and immunosuppressive drugs' pour identifier la cause quand le TLS est induit par un médicament.

Par exemple:

- Un enfant atteint de leucémie myéloblastique aiguë est admis pour chimiothérapie intraveineuse périphérique. Le clinicien diagnostique un syndrome de lyse tumorale secondaire à la chimiothérapie
Z51.11 'Encounter for antineoplastic chemotherapy'
C92.00 'Acute myeloblastic leukemia, not having achieved remission'
E88.3 'Tumor lysis syndrome'
T45.1X5A 'Adverse effect of antineoplastic and immunosuppressive drugs, initial encounter'
3E03305 'Introduction of other antineoplastic into peripheral vein, percutaneous approach, is assigned for the administration of chemotherapy'

Quand un patient est admis pour insertion de port-a-cath ou cathéter intrapéritonéal pour les administrations ultérieures de chimiothérapie, mais qu'aucune chimiothérapie n'est administrée pendant le même épisode de soins, le néoplasme est mentionné en diagnostic principal. Dans ce cas, le code Z51.11 'Encounter for antineoplastic chemotherapy' n'est pas attribué.

Quand l'insertion du port-a-cath ou cathéter intrapéritonéal est suivie par une chimiothérapie ou immunothérapie antinéoplasique pendant le même épisode de soins, Le code Z51.11 est mentionné en diagnostic principal.

8.6 Admission visant à déterminer l'extension de la tumeur (bilan d'extension)

Quand l'admission a pour objet soit de déterminer l'extension du néoplasme (staging, bilan d'extension) ou pour une procédure telle qu'une paracentèse ou une thoracocentèse diagnostique, le néoplasme primaire ou le site métastatique approprié est codé en diagnostic principal ou premier diagnostic, même si de la chimiothérapie ou radiothérapie sont administrées.

8.7 Néoplasme actuel versus antécédent personnel de néoplasme malin

Quand une tumeur maligne primaire a été excisée mais qu'un traitement complémentaire, tel qu'une chirurgie complémentaire du néoplasme, une radiothérapie ou une chimiothérapie cible ce site, le code de la tumeur maligne primaire doit être utilisé jusqu'à ce que le traitement soit complètement terminé.

Les codes de la catégorie Z85 'Personal history of malignant neoplasm' sont attribués uniquement quand le néoplasme primaire a été précédemment excisé ou totalement éradiqué de ce site, qu'il n'est plus sous traitement de quel que type que ce soit, et qu'il n'y a aucun élément probant attestant la subsistance du néoplasme primaire. Cette règle s'applique tant pour les néoplasmes solides que pour les tumeurs hématopoïétiques ou lymphatiques, y compris les leucémies. A noter cependant que les

patients atteints de leucémie sont souvent admis pour des examens ou traitements en plus de la chimiothérapie. S'il n'est pas clair que si le patient vient uniquement dans le cadre d'un chimio ou immuno- ou radiothérapie, il faut consulter le médecin.

8.8 Néoplasme malin associé à un organe transplanté

Un néoplasme malin d'un organe transplanté doit être codé comme une complication de transplant. Un code de la catégorie T86 'Complications of transplanted organs and tissue' est attribué en premier lieu, suivi du code C80.2 'Malignant neoplasm associated with transplanted organ'. Un code complémentaire est attribué pour préciser le néoplasme.

8.9 Tumeur maligne chez une femme enceinte

Les codes du chapitre 15 'Pregnancy, Childbirth and Puerperium' du manuel de codage ICD-10-CM sont toujours mentionnés en premier lieu dans le dossier médical. Les néoplasmes malins lors de la grossesse, l'accouchement et le puerpérium sont classés au niveau de la sous-catégorie O9A.1- 'Malignant neoplasm complicating pregnancy, childbirth, and the puerperium'. Un code de cette sous-catégorie est mentionné en premier lieu, suivi du code approprié du chapitre 2 'Neoplasms' précisant le type de néoplasme.

8.10 Fracture pathologique due à un néoplasme

La séquence des codes lors de fractures pathologiques dues à un néoplasme s'établit comme suit, en fonction de l'objectif du traitement:

- Si l'objectif du traitement concerne la fracture, un code de la sous-catégorie M84.5 'Pathological fracture in neoplastic disease' doit être mentionné en premier lieu, suivi du code du néoplasme.
- Si l'objectif du traitement concerne le néoplasme avec fracture pathologique associée, le code du néoplasme doit être mentionné en premier lieu, suivi par le code de la catégorie M84.5 pour la fracture pathologique.

La note « code also » sous M84.5 fournit cette instruction de séquence.

8.11 L'ascite maligne

L'ascite maligne (R18.0) est une production anormale de liquide dans l'abdomen causée par un néoplasme. Les tests diagnostiques visant à déterminer la cause sous-jacente peuvent comprendre des tests sanguins, une échographie de l'abdomen et une paracentèse. Le traitement peut inclure des diurétiques, une paracentèse thérapeutique (aspiration par aiguille de la cavité abdominale), ou d'autres traitements ciblant la cause sous-jacente.

Par exemple:

- Un patient atteint d'un cancer du pancréas est admis avec une ascite maligne massive. Le diagnostic final est cancer du pancréas avec ascite maligne et métastase de rétropéritoine. Une paracentèse thérapeutique est réalisée.

C25.9 'Malignant neoplasm of pancreas, unspecified'

R18.0 'Malignant ascites'

C78.6 'Secondary malignant neoplasm of retroperitoneum and peritoneum'

0W9G3ZZ 'Drainage of peritoneal cavity, percutaneous approach, for the paracentesis'.

8.12 Épanchement pleural malin

L'épanchement pleural malin (J91.0) peut survenir en cas de modification du drainage lymphatique pleural en présence de tumeurs médiastinales (particulièrement les lymphomes) et non uniquement en raison d'une tumeur envahissant directement la plèvre. Dans ce cas, le système de drainage est obstrué par le lymphome qui perturbe les forces de Starling régulant la réabsorption des fluides dans l'espace pleural. Le code du néoplasme est mentionné en premier lieu et le code de l'épanchement pleural malin est indiqué en diagnostic complémentaire.

8.13 Admission pour ablation prophylactique d'organe

Pour les admissions concernant spécifiquement l'ablation prophylactique de seins, d'ovaires ou d'autres organes en raison d'une susceptibilité génétique au cancer ou en raison d'antécédents familiaux de cancer, le diagnostic principal ou premier diagnostic est un code de la catégorie Z40 'Encounter for prophylactic surgery'. Les codes appropriés identifiant les facteurs de risque associés (tels que susceptibilité génétique ou antécédent familial) doivent être attribués en diagnostics complémentaires.

Si le patient a une tumeur maligne située sur un côté et si l'autre côté fait l'objet d'une ablation prophylactique pour prévenir soit une nouvelle tumeur maligne, soit une métastase, le code du néoplasme doit être attribué en plus du code de la sous-catégorie Z40.0 'Encounter for prophylactic surgery for risk factors related to malignant neoplasms' pour les facteurs de risque liés au néoplasme. Un code Z40.0- ne doit pas être attribué si l'ablation de l'organe est réalisée pour traiter le néoplasme, comme par exemple l'ablation des testicules dans le traitement du cancer de la prostate.

8.14 Codage des admissions ou contacts pour examens de suivi

Une fois qu'un néoplasme a été excisé ou éradiqué, des examens périodiques de suivi sont réalisés pour déterminer s'il y a récurrence de la tumeur maligne ou s'il y a extension à un site secondaire. Quand rien n'indique une récurrence du site primaire ou métastatique, le code Z08 'Encounter for follow-up examination after completed treatment for malignant neoplasm' est attribué en diagnostic principal. Utilisez un code complémentaire pour identifier l'antécédent de néoplasme malin (Z85.-). Utilisez un code complémentaire pour identifier toute absence acquise d'organe (Z90.-). Des codes doivent également être attribués pour toute procédure diagnostique réalisée (telle qu'une endoscopie ou une biopsie).

Quand il y a récurrence du site primaire, le code du néoplasme est mentionné en diagnostic principal. Par exemple, un carcinome primaire de la paroi antérieure de la vessie excisé précédemment mais récidivant au niveau de la paroi latérale est codé C67.2 'Malignant neoplasm of lateral wall of bladder'.

Quand il n'y a pas de récurrence du site primaire mais qu'il y a métastase d'un site secondaire, un code de métastase de ce site est attribué, suivi d'un code de la catégorie Z85 faisant référence à l'antécédent personnel de néoplasme.

Le code Z08 'Encounter for follow-up examination after completed treatment for malignant neoplasm' n'est pas attribué en cas de récurrence du néoplasme sur le site primaire ou de métastase sur un site secondaire.

EXERCICE 29.7

Indiquez si les phrases suivantes sont vraies (V) ou fausses (F)

1 Une récurrence de néoplasme primaire malin qui a été éradiqué précédemment et ne faisant plus l'objet d'un traitement est classifiée à l'aide du code de la tumeur primaire et d'un code de la catégorie Z85 'Personal history of malignant neoplasm'.	V
2 Si un néoplasme primaire malin a été excisé antérieurement et qu'il n'y a pas de récurrence du site primaire d'origine, on attribue le code du néoplasme malin initial parmi les codes des catégories C00 à D49.	F
3 Quand il y a des métastases, le code Z identifiant l'antécédent personnel de néoplasme malin ne peut pas être codé en diagnostic principal suivant les directives générales de codage	V

9. TRAITEMENT DES NÉOPLASMES

Le traitement des néoplasmes comprend de la chirurgie, de la chimiothérapie, de la radiothérapie et d'autres méthodes thérapeutiques. Généralement, la chirurgie consiste en l'ablation du néoplasme. L'ICD-10-PCS classe ces interventions dans la section médico-chirurgicale et les interventions de base les plus fréquentes sont « Excision », « Resection », « Destruction » et « Extirpation ».

9.1 Excision / résection des ganglions lymphatiques

Les ganglions lymphatiques sont souvent enlevés dans le cadre du diagnostic ou du traitement d'une tumeur maligne. L'élimination peut impliquer l'excision d'un ou plusieurs ganglions lymphatiques individuels ou d'une chaîne entière de ganglions lymphatiques. Chaque niveau de ganglion est considéré comme une chaîne. Le ou les ganglions lymphatiques réséqués sont envoyés au service de pathologie afin de rechercher une maladie métastatique.

Dans l'ICD-10-PCS, si une partie de la chaîne des ganglions lymphatiques (c.-à-d. des ganglions lymphatiques individuels) est retirée, on codera une **excision**. Par exemple, le terme «Excision» est utilisé pour le prélèvement de ganglions lymphatiques, tels que les ganglions sentinelles. Les termes qui impliquent l'excision des ganglions lymphatiques incluent «biopsie» et « ganglions isolés ».

Si le but de la procédure est d'enlever tous les ganglions lymphatiques d'une zone (c'est-à-dire une chaîne entière de ganglions lymphatiques plutôt que des ganglions isolés), on codera une **résection**. Les ganglions axillaires sont considérés comme un seul 'body part' (partie du corps) et, par conséquent,

plusieurs codes de procédure ne sont pas attribués pour l'ablation de divers « niveaux » de ganglions lymphatiques axillaires. Une résection radicale et une résection radicale modifiée impliquent l'ablation de tous les ganglions lymphatiques. Les procédures radicales impliquent de tout retirer dans une limite anatomique désignée.

Notez qu'une résection radicale d'un organe n'implique pas nécessairement l'enlèvement de ganglions adjacents; cela implique seulement que tout l'organe a été réséqué.

9.2 Thermoablation

Les nouvelles avancées dans les thermoablations par radiofréquence ont étendu les options thérapeutiques de certains patients cancéreux. Les techniques de thermoablation utilisent la chaleur pour détruire les tumeurs pulmonaires, hépatiques ou rénales. Peu invasive et guidée par l'image, la thermoablation permet un traitement efficace d'une maladie néoplasique localisée et peut également être utilisée comme traitement adjuvant de la chirurgie traditionnelle, de la chimiothérapie et/ou de la radiothérapie. Sous guidage de l'imagerie médicale, une aiguille-électrode est insérée dans le site de la tumeur; une énergie obtenue par radiofréquence est alors appliquée pour détruire la tumeur. La thermoablation peut être ouverte, laparoscopique, thoracoscopique et percutanée. L'ICD-10-PCS classe les interventions de thermoablation dans la section médico-chirurgicale à l'intervention de base « Destruction ». Par exemple, le code 0B5M4ZZ 'Destruction of bilateral lungs, percutaneous endoscopic approach' est attribué pour la thermoablation des 2 poumons par thoracoscopie.

9.3 Chimiothérapie et immunothérapie

La chimiothérapie et l'immunothérapie sont codées à la section « administration », intervention de base « Introduction » et sous le système anatomique (région) approprié où la chimiothérapie ou l'immunothérapie est administrée (par ex « veine centrale », « veine périphérique », « cavité péritonéale ») tandis que le 6^e caractère, substance, identifie la substance antinéoplasique ou immunothérapeutique administrée. Le 7^e caractère, qualificatif, fournit une information complémentaire, par ex, à propos de l'administration d'une dose élevée d'interleukine 2 (IL-2), d'une dose faible d'IL-2, de clofarabine, ou d'anticorps monoclonal.

À titre d'exemple, la structure du code 3E03305 'introduction of other antineoplastic into periferal vein, percutaneous approach' est présentée ci-dessous :

Character 1 Section	Character 2 Body System	Character 3 Root Operation	Character 4 Body System/Regio	Character 5 Approach	Character 6 Substance	Character 7 Qualifier
3	E	0	3	3	0	5
Administration	Physiological systems and	Introduction	Peripheral vein	Percutaneous	Antineoplastic	Other antineoplastic

	anatomical regions					

Le bacille de Calmette et Guérin (BCG) est un agent immunothérapeutique non spécifique utilisé dans le traitement des mélanomes, du cancer du poumon, des sarcomes des tissus mous, du carcinome du colon, et du carcinome du sein. L'interféron est un autre agent immunothérapeutique non spécifique utilisé dans le traitement des néoplasmes. Un autre type d'immunothérapie est l'IL-2 qui est utilisée pour traiter les patients ayant un cancer avancé du rein ou un mélanome avancé. Il y a des traitements à doses élevées d'IL-2 et à doses faibles d'IL-2. Un traitement par doses élevées d'IL-2 est un traitement hospitalier habituellement réalisé dans des services spécialisés tels que les services de soins intensifs ou les unités de greffes de moelle osseuse. Un traitement à doses élevées d'IL-2 requiert des oncologues hautement spécialisés pouvant prendre en charge la sévérité d'une toxicité prévisible qui nécessite une surveillance intensive.

La barrière hémato-encéphalique (Blood-Brain-Barrier) est un obstacle majeur à l'administration par intraveineuse de chimiothérapie pour le traitement des tumeurs du système nerveux central (CNS). La BBB est un revêtement de petits vaisseaux dans le cerveau, qui empêche des substances telles que des toxines ou des médicaments d'entrer dans le cerveau. Les patients recevant une chimiothérapie pour tumeur cérébrale ne reçoivent pas les doses adéquates car les médicaments antinéoplasiques ne peuvent franchir la BBB avec les méthodes conventionnelles d'administration des médicaments. Une chimiothérapie franchissant la BBB (blood brain barrier disruption ou BBBD) est une solution unique pour le traitement des tumeurs et métastases cérébrales.

L'administration directe de la chimiothérapie dans les artères cérébrales par interruption de la BBB est une technique améliorée pour faire passer les médicaments dans le système nerveux central. Un traitement par BBBD délivre des médicaments clés et d'autres substances au cerveau (par ex. : rituximab, trastuzumab, anticorps ou antigènes), évitant les effets cognitifs à long terme de la radiothérapie. Cette technique permet de délivrer des concentrations de médicaments jusqu'à 10 fois plus élevées dans le cerveau sans risque de neurotoxicité. Attribuez le code Z51.11 'Encounter for antineoplastic chemotherapy' en diagnostic principal quand l'admission a pour objet l'administration d'une chimiothérapie avec perfusion d'une substance pour franchir la barrière hémato-encéphalique. ICD-10-PCS classe cette intervention dans la section « administration », intervention de base « introduction » et le passage de la barrière hémato-encéphalique est identifié par le 7^e caractère.

La structure du code 3E043GN 'Introduction of blood brain barrier disruption substance into central vein, percutaneous approach' est présentée ci-dessous:

Character 1 Section	Character 2 Body System	Character 3 Root Operation	Character 4 Body System/Regio	Character 5 Approach	Character 6 Substance	Character 7 Qualifier
3	E	0	4	3	G	N

Administration	Physiological systems and anatomical regions	Introduction	Central vein	Percutaneous	Other therapeutic substance	Blood brain barrier disruption

L'implant d'acétate de leuprolide (Viadur®) est utilisé comme traitement palliatif du cancer avancé de la prostate. Le matériel est implanté en sous-cutané dans le bras et délivre de l'acétate de leuprolide de manière continue pendant une période de 12 mois. L'acétate de leuprolide diminue le taux de testostérone, une hormone dont ont besoin les cellules du cancer de la prostate.

Attribuez le code 3E013VJ 'Introduction of other hormone into subcutaneous tissue, percutaneous approach' pour l'insertion de l'implant Viadur®. Le code du néoplasme malin de la prostate est mentionné en diagnostic principal.

9.4 Radiothérapie

La radiothérapie fait référence aux techniques d'irradiation utilisées dans le traitement du cancer. ICD-10-PCS classe ces interventions dans une section particulière strictement réservée aux interventions de radiothérapie. Dans cette section, les caractères ont les significations suivantes:

1. Section (Section)
2. Système anatomique
3. Modalité (Modality), qui est la forme fondamentale du traitement. Quatre modalités différentes sont utilisées dans cette section : « irradiations par rayons » (Beam radiation), « brachythérapie », « radiochirurgie stéréotactique », et les « autres irradiations ».
4. Site du traitement (Treatment site)
5. Qualificatif de modalité (Modality qualifier) qui donne des précisions sur les modalités thérapeutiques. Par exemple, pour « brachythérapie », le qualificatif additionnel de modalité précise s'il s'agit d'une haute dose ou d'une faible dose.
6. Isotope (Isotope) qui définit l'isotope utilisé, si nécessaire. Par exemple, les isotopes utilisés pour la brachythérapie sont le césium-137, l'iridium-192, l'iode-125, le palladium-103 et le californium-252.
7. Qualificatif (Qualifier)

La structure du code DM1198Z 'High dose rate (HDR) brachytherapy of right breast using iridium-192 (Ir-192)' est présentée ci-dessous:

Character 1 Section	Character 2 Body System	Character 3 Modality	Character 4 Treatment site	Character 5 Modality qualifier	Character 6 Isotope	Character 7 Qualifier
D	M	1	1	9	8	Z
Radiation therapy	Breast	Brachytherapy	Breast, right	High dose rate	Iridium 192	None

9.5 Thermothérapie interstitielle par laser

La thermothérapie peut être utilisée pour détruire les néoplasmes du cerveau, du sein, du foie, de la prostate ou d'autres organes. Les sources d'énergie sont diverses: le laser, les micro-ondes et la radiofréquence. La source de chaleur peut être extracorporelle (située à l'extérieur du corps), « extrastitielle » (à l'extérieur de la tumeur) ou interstitielle (à l'intérieur de la tumeur).

La thermothérapie interstitielle par laser (LITT) est une intervention chirurgicale dans laquelle la destruction des tissus mous du corps est réalisée par élévation des températures provoquée par l'absorption locale de l'énergie du laser, elle s'effectue sous guidance par résonance magnétique. Dans ce type de traitement, l'énergie est appliquée directement sur la tumeur plutôt qu'à travers le tissu normal environnant. Le traitement englobe la totalité de la cible, sans toucher les structures environnantes critiques. La LITT peut également être utilisée pour détruire les lésions cancéreuses d'autres sites, tels que la tête, le cou, le foie, le sein, la prostate et le poumon. L'ICD-10-PCS classe la LITT dans la section 'Radiation Therapy', intervention de base 'Other irradiation' (autre irradiation) avec le 5^e caractère, 'Modality qualifier' (qualificatif de modalité), 'laser interstitial thermal therapy'.

La structure du code D0Y1KZZ 'Laser interstitial thermal therapy of brain stem' est présentée ci-dessous:

Character 1 Section	Character 2 Body System	Character 3 Modality	Character 4 Treatment site	Character 5 Modality qualifier	Character 6 Isotope	Character 7 Qualifier
D	0	Y	1	K	Z	Z
Radiation therapy	Central and peripheral nervous system	Other radiation	Brain stem	Laser interstitial thermal therapy	None	None

9.6 Radiothérapie intra-opératoire par électrons

La radiothérapie intra-opératoire par électrons est un traitement spécialisé, par administration intensive de rayons pendant la chirurgie, directement sur le site de la tumeur ou sur le lit tumoral. Le tissu normal est protégé, ce qui augmente significativement l'efficacité du traitement. Le code du néoplasme malin est mentionné en diagnostic principal ; le code Z51.11 n'est pas attribué. Pour coder le traitement, on utilise un code de la section 'Radiation Therapy', intervention de base 'Beam radiation', modalité 'Electrons', et choisissez la valeur 'intra-opératoire' pour le 7^e caractère, qualificatif.

La structure du code DW013Z0 'Beam radiation of head and neck using electrons, intraoperative' est décrite ci-dessous:

Character 1 Section	Character 2 Body System	Character 3 Modality	Character 4 Treatment site	Character 5 Modality Qualifier	Character 6 Isotope	Character 7 Qualifier
D	W	0	1	3	Z	0
Radiation therapy	Anatomical regions	Beam radiation	Head and neck	Electrons	None	Intraoperative

EXERCICE 29.8

Vous trouverez ci-dessous des exercices permettant de réviser le chapitre 'Néoplasmes' du présent manuel. Attribuez les codes d'intervention pertinents.

1	Carcinome papillaire infiltrant du col de la vessie	C67.5
	Excision transurétrale endoscopique de tumeur du col de la vessie	0TBC8ZZ
2	Carcinome de l'œsophage moyen métastatique aux ganglions lymphatiques coeliaques	C15.4
	Gastrostomie permanente, approche percutanée, avec substitut synthétique	C77.2
	Radiothérapie de l'œsophage par photons (1 à 10 MeV)	0D163J4
		DD001ZZ
3	Tumeur carcinoïde maligne de l'intestin grêle	C7A.019
	Excision endoscopique de la tumeur de l'intestin grêle	0DB88ZZ
4	Carcinome squirreux de la partie externe du sein gauche, chez la femme	C50.812
	Biopsie ouverte de section congelée suivie immédiatement par une mastectomie radicale gauche (résection du sein gauche, des ganglions axillaires gauches et du muscle pectoral)	0HTU0ZZ
		07T60ZZ
		0KTJ0ZZ
		0HBU0ZX
5	Léiomyome intra-mural de l'utérus	D25.1
	Hystérectomie vaginale totale	0UT97ZZ
6	Myélome multiple	C90.00
7	Carcinome de la vésicule biliaire avec métastase des ganglions lymphatiques abdominaux et implants péritonéaux et hépatiques	C23
	Laparotomie exploratrice avec cholécystectomie, biopsie à l'aiguille des implants péritonéaux et radiothérapie intra-opérative par électrons des ganglions lymphatiques	C77.2
		C78.7
		C78.6
		0FT40ZZ
		0DBW3ZX
		D7063Z0
8	Carcinome in situ squameux du plancher buccal	D00.06
	Résection de la lésion, plancher buccal (muqueuse)	0CB4XZZ
9	Mélanome malin métastatique de la paroi thoracique latérale gauche avec ganglion lymphatique axillaire (Neoplasm)	C43.59
	Excision du mélanome malin de la paroi thoracique (approche ouverte)	C77.3
	avec lymphadénectomie axillaire radicale gauche (approche ouverte)	0WB80ZZ
		07T60ZZ

10	Antécédent de prostatectomie pour un adénocarcinome qui se métastase actuellement au niveau du sacrum (History)	C79.51 Z85.46
11	Une femme de 33 ans est admise pour ablation prophylactique des 2 seins. Prédisposition génétique au cancer du sein (multiples antécédents familiaux de cancer du sein) Mastectomie bilatérale	Z40.01 Z15.01 Z80.3 OHTV0ZZ
12	Séminome du testicule gauche Orchidectomie bilatérale (approche ouverte)	C62.92 OVTC0ZZ
13	Lipome du rein droit Ponction-biopsie percutanée du rein droit	D17.71 OT903ZX
14	Leucémie lymphocytaire chronique (cellules B), en rémission	C91.11
15	Admission pour chimiothérapie (veine périphérique) après ovariectomie pour cancer de l'ovaire gauche	Z51.11 C56.2 3E03305
16	Patient avec métastases cérébrales, admis pour chimiothérapie et infusion de substances qui passent la barrière hémato-encéphalique (veine périphérique)	Z51.11 C79.31 C80.1 3E033GN 3E03305
17	Carcinome de l'ovaire avec ascite maligne et métastase de la cavité péritonéale. Paracentèse percutanée de la cavité péritonéale.	C56.9 R18.0 C78.6 0W9G3ZZ
18	Un patient ayant un glioblastome multiforme (GBM) est admis pour une thermothérapie interstitielle par laser (LITT) sous guidance en RMN. Le patient a été admis au quartier opératoire où le neurochirurgien a inséré une sonde laser compatible avec la RMN, à l'aide d'un guide attaché au crâne et introduit par un petit trou crânien. La sonde est alors avancée dans la tumeur et positionnée sous guidance RMN.	C71.9 D0Y0KZZ
19	(a) On diagnostique un glioblastome malin du lobe frontal chez une patiente. Ensuite, elle subit une résection chirurgicale de la tumeur par voie ouverte avec insertion d'un cathéter GliaSite® dans la cavité créée par l'excision de la tumeur. (b) La patiente rentre à domicile et revient à l'hôpital 3 semaines plus tard pour perfusion d'une haute dose de liquide de brachythérapie (I-125) par le	C71.1 00B00ZZ 00H003Z C71.1 D01099Z

	cathéter crânien. Après le traitement, le cathéter est ôté par craniectomie et la patiente rentre à domicile.	00P003Z
20	On a diagnostiqué chez le patient une leucémie lymphocytaire aiguë, positive pour le chromosome Philadelphia. Le patient est admis pour une chimiothérapie antinéoplasique. Une ponction lombaire ramène un liquide clair, on instille du méthotrexate en intrathécal.	Z51.11 C91.00 3E0R305
21	Un cancer du poumon droit a été diagnostiqué chez le patient. Le patient a subi une biopsie des ganglions lymphatiques médiastinaux par thoracoscopie (aires paratrachéales droites 2, 4R, 7, 9 et 10R).	C34.91 07B74ZX

1. INTRODUCTION

Le chapitre 19 'Injuries' de la classification ICD-10-CM classe les traumatismes, les empoisonnements, certaines complications précoces de traumatismes, les complications de soins médicaux et chirurgicaux, et certaines autres conséquences de causes externes. Comme ce chapitre couvre une assez large étendue d'affections, les règles de codage des brûlures, des empoisonnements, des effets secondaires et des complications de soins médicaux et chirurgicaux seront discutées dans d'autres chapitres de ce manuel.

Les traumatismes sont classés dans les sections suivantes :

S00-S09	Injuries to the head
S10-S19	Injuries to the neck
S20-S29	Injuries to the thorax
S30-S39	Injuries to the abdomen, lower back, lumbar spine, pelvis, and external genitals
S40-S49	Injuries to the shoulder and upper arm
S50-S59	Injuries to the elbow and forearm
S60-S69	Injuries to the wrist, hand, and fingers
S70-S79	Injuries to the hip and thigh
S80-S89	Injuries to the knee and lower leg
S90-S99	Injuries to the ankle and foot
T07	Injuries involving multiple body regions
T14	Injury of unspecified body region
T15-T19	Effects of foreign body entering through natural orifice
T20-T32	Burns and corrosion
T33-T34	Frostbite
T36-T50	Poisoning by, adverse effect of and underdosing of drugs, medicaments and biological substances
T51-T65	Toxic effects of substances chiefly nonmedicinal as to source
T66-T78	Other and unspecified effects of external causes
T79	Certain early complications of trauma
T80-T88	Complications of surgical and medical care, not elsewhere classified

Le premier axe de classification des traumatismes est le site anatomique, comme indiqué dans la liste précédente ; le second axe est déterminé par le type de traumatisme.

Le chapitre 19 'Injuries' d'ICD-10-CM utilise la section S pour coder les différents types de traumatismes liés à une région anatomique unique et utilise la section T pour les traumatismes de régions anatomiques non précisées, les empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes.

Les notes d'inclusion et d'exclusion sont largement utilisées dans ce chapitre, certaines sont longues et complexes, et il est important d'y apporter une attention particulière pour attribuer correctement les codes.

Les codes S00 à T14.9 sont réservés aux lésions traumatiques et ne seront jamais utilisés pour le codage de plaies chirurgicales à cicatrisation normale ou de complications de plaies chirurgicales.

2. 7^{ÈME} CARACTÈRE

La plupart des catégories de ce chapitre 19 ont une extension à un 7^{ème} caractère requis pour chaque code dans la catégorie en question. Le 7^{ème} caractère doit toujours occuper la 7^{ème} position dans ces codes. Pour les codes qui requièrent un 7^{ème} caractère mais dont la longueur est inférieure à 6 caractères, un caractère de positionnement « X » peut être utilisé pour compléter les caractères manquants.

La plupart des catégories de ce chapitre possèdent 3 valeurs pour ce 7^{ème} caractère (à l'exception des fractures qui possèdent plus de valeurs pour le 7^{ème} caractère et qui sont abordées plus loin dans ce chapitre) : "A" contact initial ; "D" contact ultérieur et "S" séquelle.

Bien que le patient puisse être vu par un nouveau ou un autre médecin au cours du traitement d'une blessure, la valeur du 7^{ème} caractère est basée sur le fait que le patient reçoit un traitement actif ou un traitement de suivi ultérieur et, par conséquent, non fondé sur le fait que le médecin voit le patient pour la première fois ou pas.

Pour les codes de complication, le traitement actif désigne le traitement de l'affection décrite par le code, même s'il peut y avoir un facteur sous-jacent antérieur. Par exemple, le code T84.50XA, 'Infection and inflammatory reaction due to unspecified internal joint prosthesis, initial encounter' est utilisé lorsqu'un traitement actif soigne l'infection, alors que l'affection est liée à la prothèse, implant ou greffe placé lors d'un séjour précédent.

7^{ème} caractère "A"

La valeur "A", contact initial, pour le 7^{ème} caractère s'utilise quand le patient reçoit un traitement actif pour la l'affection. Des exemples de traitements actifs sont un traitement chirurgical pour réduction de fracture, le traitement de lacérations aux urgences, le débridement de plaie, et l'évaluation de la prise en charge des traumatismes aigus.

7^{ème} caractère "D"

La valeur "D", contact ultérieur, pour le 7^{ème} caractère s'utilise pour les contacts qui ont lieu après que le patient a reçu un traitement actif complet et quand il reçoit encore un traitement de routine pendant la phase de cicatrisation et de récupération. Pour les suites de soins d'un traumatisme, utilisez le code du traumatisme aigu avec comme 7^{ème} caractère "D" (contact ultérieur).

Des exemples de "contact ultérieur" sont les admissions pour le changement ou l'enlèvement de plâtre, une radiographie pour contrôler la guérison d'une fracture, l'ablation de matériel de fixation externe ou interne, l'ajustement médicamenteux, d'autres contacts de suivi après le traitement du traumatisme.

7^{ème} caractère "S"

La valeur "S" séquelle pour le 7^{ème} caractère s'utilise pour des complications ou circonstances qui sont une conséquence directe d'une affection, comme la formation de cicatrice après une brûlure ; les cicatrices sont les séquelles de la brûlure.

Lors de l'utilisation de la valeur "S", il est indispensable de coder à la fois le traumatisme qui a occasionné la séquelle et la séquelle elle-même.

La valeur "S" est ajoutée uniquement au code du traumatisme à l'origine de la séquelle et non au code de la séquelle même. La valeur "S" identifie le traumatisme responsable de la séquelle. Le type spécifique de séquelle (p. ex. cicatrice) est codé en premier lieu, suivi du code du traumatisme.

Par exemple :

- Un passager a une lacération du cuir chevelu à la suite d'un accident de voiture, une collision avec un SUV. Au service des urgences, la lacération est nettoyée et suturée. On attribuera les codes S01.02XA 1 'Laceration with foreign body of scalp, initial encounter' et V43.61XA 'Car passenger injured in collision with sport utility vehicle in traffic accident, initial encounter'.
- Dix jours plus tard, le même patient se présente aux urgences pour enlever les fils. On attribuera les codes S01.02XD 'Laceration with foreign body of scalp, subsequent encounter' et V43.61XD 'Car passenger injured in collision with sport utility vehicle in traffic accident, subsequent encounter'.
- Un patient est examiné par un médecin pour une cicatrice chéloïde qui s'est développée suite à une plaie perforante du bras droit un an plus tôt. On codera L91.0, 'Hypertrophic scar', comme premier diagnostic, suivi de S41.131S, 'Puncture wound without foreign body of right upper arm, sequela'.

3. CODAGE DE TRAUMATISMES MULTIPLES

Lors du codage de traumatismes multiples, chaque traumatisme doit être codé séparément excepté si un code combiné est fourni, auquel cas le code combiné est attribué. Des codes généraux pour traumatismes multiples sont prévus dans le cas où le dossier du patient est insuffisamment détaillé pour permettre l'attribution d'un code plus spécifique (comme les patients traumatiques transférés aussitôt vers une autre institution).

Des codes de la catégorie T07 'Unspecified multiple injuries' ne seront jamais utilisés pour des patients hospitalisés, excepté si l'information pour un code plus spécifique n'est pas disponible.

Comme exposé dans le chapitre 2 de ce manuel "Introduction à la classification ICD-10-CM", les termes "with" (avec) et "and" (et) sont utilisés de manière spécifique dans l'ICD-10-CM, et ils sont employés dans une large mesure dans le chapitre 19 'Injuries' de l'ICD-10-CM. Le terme « with » (avec) signifie que les 2 sites mentionnés dans l'intitulé diagnostique sont concernés par le traumatisme.

Le terme "and" (et), utilisé dans l'intitulé du code, s'interprète comme un "and/or" (et/ou), c.-à-d. qu'un seul site ou les deux à la fois pourraient être concernés.

Les traumatismes du pouce sont généralement codés au niveau des doigts, mais quelques codes distincts existent pour les traumatismes du pouce. Des termes tels que "condylus", "processus coronoïdeus", "ramus" et "symphyse" font référence à la partie d'os concernée par le traumatisme, et non à l'os lui-même.

4. SÉQUENCE DES CODES DE TRAUMATISME

Si l'admission est justifiée par un traumatisme et que plusieurs traumatismes sont présents, le code du traumatisme le plus sévère, déterminé par le médecin et sur lequel se concentre le traitement, est choisi comme diagnostic principal. Si l'information dans le dossier patient n'est pas tout à fait claire, il faudra interroger le médecin pour faire ce choix.

Les traumatismes superficiels tels que les abrasions ou les contusions ne sont pas codés quand ils sont associés à des traumatismes plus sévères au niveau du même site. Dans ce cas, seul le traumatisme sévère est codé.

Quand un traumatisme primaire conduit à des lésions mineures des nerfs périphériques, de la moelle épinière et/ou des vaisseaux sanguins, le traumatisme primaire est mentionné en premier lieu, avec des codes complémentaires pour les traumatismes des nerfs et de la moelle épinière (comme la catégorie S04 'Injury of cranial nerve') et/ou les traumatismes des vaisseaux sanguins (comme la catégorie S15 'Injury of blood vessels at neck level'). Si le traumatisme primaire concerne les vaisseaux sanguins ou les nerfs, ce traumatisme doit être codé en premier lieu.

5. CAUSES EXTERNES DE MORBIDITÉ (V00-Y99)

Comme mentionné dans le chapitre 12 "Codes Z et codes de causes externes de morbidité" de ce manuel, les codes de cause externe de morbidité (catégories V00 à Y99) sont utilisés avec les codes de traumatisme pour fournir une information sur les circonstances du traumatisme (cause), l'intention (accidentelle ou intentionnelle), le lieu où le traumatisme s'est produit et le statut du patient au moment du traumatisme (par ex. militaire ou civil). Lorsqu'une personne se fait soigner pour un traumatisme ou une autre affection résultant

d'une certaine activité, ou quand l'activité a contribué au traumatisme ou à la pathologie, les codes de la catégorie Y93 sont utilisés pour décrire cette activité.

Les codes d'empoisonnement, d'effet secondaire et de sous-dosage (catégories T36 à T50) et ceux d'intoxications par des substances principalement non médicinales (catégories T51 à T65) comprennent déjà en soi des informations sur la cause (p. ex. la substance responsable) ainsi que sur l'intention (accidentelle ou intentionnelle). Pour ces codes, il n'est donc pas nécessaire d'ajouter un code de cause externe du chapitre 20 'External causes of morbidity' de l'ICD-10-CM pour mentionner la cause ou l'intention.

Les traumatismes sont une cause majeure de mortalité, de morbidité et d'invalidité et les coûts des soins liés à ces traumatismes contribuent significativement à l'augmentation du budget des soins de santé. L'enregistrement des causes externes fournit des données pour la recherche au niveau de l'évaluation des stratégies de prévention. En Belgique, l'utilisation des codes de cause externe est **obligatoire**.

Le code de cause externe avec le 7^{ème} caractère approprié (contact initial, ultérieur ou séquelle) est attribué pour chaque contact au cours duquel le traumatisme ou l'affection est traité. La plupart des catégories du chapitre 20 demandent un 7^{ème} caractère pour chaque code applicable. Bien que le patient puisse être vu par un nouveau ou un autre médecin pendant la durée de son traitement pour une blessure ou une affection, le 7^{ème} caractère de la cause externe doit correspondre au 7^{ème} caractère du code associé au traumatisme ou à l'affection.

Par exemple :

- Un patient de trois ans a eu un premier contact pour une blessure à l'avant-bras droit lors d'une bagarre avec son frère. Après examen, on diagnostique une subluxation radiale droite. On effectue une réduction fermée de la luxation. Le diagnostic final du médecin traitant est « pronation douloureuse ». Le patient doit revoir le pédiatre dans 3 à 5 jours. Les codes suivants doivent être attribués : S53.031A 'Nursemaid's elbow, right elbow, initial encounter'; W50.2XXA 'Accidental twist by another person, initial encounter; Y93.83 Activity, rough housing and horseplay'.
- Le même patient de trois ans se présente chez le pédiatre pour le suivi. Le médecin examine le coude droit et trouve le radius en position anatomique normale. On attribuera les codes suivants: S53.031D 'Nursemaid's elbow, right elbow, subsequent encounter', W50.2XXD 'Accidental twist by another person, subsequent encounter'.

Les principales catégories de codes de causes externes sont les suivantes:

V00-V99	Transport accidents
W00-X58	Other external causes of accidental injury
X71-X83	Intentional self-harm
X92-Y09	Assault
Y21-Y33	Event of undetermined intent
Y35-Y38	Legal intervention, operations of war, military operations, and terrorism
Y62-Y84	Complications of medical and surgical care
Y90-Y99	Supplementary factors related to causes of morbidity classified elsewhere

Le choix d'un code approprié de cause externe de traumatisme est dicté par l'index alphabétique des causes externes de traumatismes et par les notes d'inclusion et d'exclusion de la liste systématique. Les codes se trouvent par ordre alphabétique dans la liste systématique.

5.1 STATUT DU PATIENT AU MOMENT DU TRAUMATISME

Un code de la catégorie Y99 'External cause status' est utilisé pour indiquer le type d'activité du patient au moment de la survenue du traumatisme. Ce code de statut indique si l'accident a eu lieu pendant une activité rémunérée ou professionnelle en tant que militaire ou civil, ou pendant une activité non rémunérée en dehors du travail comme dans le cas d'un étudiant, d'un bénévole, d'un militaire en dehors de son service, dans le cadre d'un hobby, d'activités de loisirs ou de récréation. Un code de la catégorie Y99 doit être ajouté à un autre "code de cause externe" comme les accidents de transport et les chutes, le cas échéant.

Les codes de cause externe ne sont pas d'application pour les empoisonnements, les effets secondaires, les erreurs ou les séquelles tardives. Aucun code de la catégorie Y99 n'est attribué lorsqu'il est impossible d'enregistrer un autre code de cause externe (cause, activité) pour le contact. Le code Y99.9 'Unspecified external cause status' n'est pas attribué lorsque le statut n'est pas documenté.

5.2 ACTIVITÉ DU PATIENT AU MOMENT DU TRAUMATISME

On attribuera un code de la catégorie Y93 'Activity codes' pour décrire l'activité du patient au moment où le traumatisme ou une autre pathologie est survenu(e) (p. ex. sport, cuisine, ménage). Les codes de la catégorie Y93 sont utilisés une seule fois, à savoir au moment du contact initial.

Un seul code de la catégorie Y93 doit être enregistré par incident survenu. Le code Y93.9 'Unspecified activity' n'est pas utilisé lorsque l'activité n'est pas mentionnée.

5.3 SÉQUENCE DES CODES DE CAUSE EXTERNE

Un code de cause externe n'est jamais mentionné comme diagnostic principal.

Si deux événements ou plus causent des blessures distinctes, un code de cause externe doit être ajouté pour chaque événement.

5.4 ACCIDENTS DE TRANSPORT ET DE VÉHICULE

Un accident de transport (V00-V99 'Transport accidents') est un accident dans lequel le véhicule impliqué doit être en mouvement, rouler ou être utilisé à des fins de transport au moment de l'accident. Une longue note en début de section définit en détail chaque type de transport et quels véhicules y sont inclus. La note définit aussi la personne blessée dans l'accident, comme le passager, le conducteur, le cycliste, ou le piéton.

Exemple:

Fracture ouverte de la diaphyse fémorale chez un piéton heurté par une voiture au cours d'une promenade récréative:

S72.309B Unspecified fracture of shaft of unspecified femur, initial encounter for open fracture I or II or NOS (traumatisme)

V03.10XA Pedestrian on foot injured in collision with car, pick-up truck or van in traffic accident (cause externe accident de la route)

Y93.01 Activity walking, marching and hiking (activiteit)

Y99.8 Other external cause status, hobby not done for income (status)

Les accidents causés par les machines agricoles ou les engins de terrassement sont classés dans les accidents de transport si l'engin est utilisé comme véhicule de transport au moment de l'accident. Sinon, ils sont classés dans la catégorie W30 'Contact with agricultural machinery', ou la catégorie W31 'Contact with other and unspecified machinery', avec un 4^{ème} caractère indiquant le type spécifique d'engin utilisé.

5.5 CAUSES EXTERNES DE TRAUMATISME CLASSÉES EN FONCTION DE L'INTENTION (V00-Y33)

Des codes de cause externe distincts sont prévus pour le codage de causes externes de traumatismes en fonction de l'intention (accident, automutilation ou suicide, agression). Si l'intention n'est pas connue ou non précisée, coder l'intention comme accidentelle. Toutes les catégories d'accidents de transport (V00-V99) supposent une « intention accidentelle ». Des codes de cause externe pour des événements avec intention non déterminée ne devraient être utilisés que si le dossier mentionne que l'intention ne peut pas être déterminée.

La catégorie Y38 'Terrorism' est utilisée pour identifier les traumatismes et maladies résultant d'un acte terroriste. On peut attribuer plus d'un code Y38 si la blessure résulte de plus d'un moyen de terrorisme (p. ex., destruction d'avion et armes à feu). Un code de la catégorie Y92 'Place of occurrence of the external cause', est utilisé comme code supplémentaire pour mentionner l'emplacement de l'événement.

5.6 LIEU DE L'INCIDENT

L'ICD-10-CM prévoit une catégorie de cause externe Y92 'Place of occurrence of the external cause' comme code supplémentaire pour indiquer le lieu où était le patient au moment de la survenue du traumatisme ou d'une autre pathologie. Le lieu de l'accident est codé le plus souvent une seule fois, au moment du contact initial. Toutefois, dans les rares cas où une nouvelle blessure survient pendant l'hospitalisation, on peut coder un autre lieu d'accident. On n'utilise pas de 7^{ème} caractère dans la catégorie Y92.

Un seul code de la catégorie Y92 est codé par incident. Le code Y92.9 'Unspecified place or not applicable' n'est pas appliqué lorsque le lieu de l'incident n'est pas précisé ou est sans objet. A noter que les codes de la

catégorie Y92 se rapportent uniquement au lieu, pas à l'activité de la personne blessée. Des codes séparés sont fournis pour l'activité et le statut.

Par exemple:

- Chute depuis un escalator dans un aéroport:
W10.0XXA 'Fall (on)(from) escalator, initial encounter'
Y92.520 'Airport as the place of occurrence of the external cause'
- Vêtements prenant feu lors de l'incinération de déchets ménagers dans le jardin:
X03.0XXA 'Exposure to flames in controlled fire, not in building or structure'
X06.2XXA 'Exposure to ignition of other clothing and apparel'
Y92.096 'Garden or yard of other non-institutional residence as the place of occurrence of the external cause'
Y93.E9 'Activity, other interior property and clothing maintenance'
Y99.8 'Other external cause status'

5.7 SÉQUELLES DE CAUSES EXTERNES

Quand le code d'une pathologie selon la classification est un effet tardif, c.-à-d. une séquelle d'un traumatisme antérieur, le code associé de cause externe doit également indiquer la séquelle (effet tardif). Le 7^{ème} caractère prend dans ce cas la valeur "S". Ces codes doivent être utilisés pour tout effet tardif ou séquelle d'un traumatisme antérieur. Un code de séquelle de cause externe ne sera jamais utilisé pour le traumatisme aigu actuel.

Les codes de séquelles de causes externes sont utilisés lors des visites pour le traitement d'une séquelle d'un traumatisme antérieur et non lors des visites de suivi de ce traumatisme (p. ex. évaluation de la cicatrisation, traitement de rééducation) quand aucune séquelle du traumatisme n'est documentée.

Par exemple :

Cicatrice étendue de la face à la suite d'une brûlure ancienne:

L90.5 Scar conditions and fibrosis of skin

T20.00XS 'Burn of unspecified degree of head, face, and neck, unspecified site, sequelae'

X08.8XXS 'Exposure to other specified smoke, fire and flames, sequelae'.

Dans cet exemple, le code T20.00XS indique que la pathologie (cicatrice étendue de la face) est une séquelle de brûlure de l'œil, de la face, de la tête et du cou et le code X08.8XXS indique qu'il s'agit d'une séquelle d'un accident causé par le feu. Notez que les 2 codes ont le même 7^{ème} caractère "S" pour la séquelle.

EXERCICE 30.1		
Dans l'exercice suivant, attribuez uniquement les codes de cause externe. Sans autre indication, partez de l'hypothèse qu'il s'agit du contact initial.		
1. Fracture fermée, tibia et péroné droits suite à une <u>chute</u> de vélo alors que le patient travaillait comme coursier pour un service de livraison (Pedal cycle rider)	V18.4XXA Y93.55 Y99.0	
2. Traumatisme chez un livreur qui descendait du camion car il pensait que le chauffeur allait s'arrêter (Pick-up/ <u>van accident</u>)	V58.4XXA Y99.0	
3. Lacérations faciales multiples d'un MP (policier militaire) suite à la <u>collision</u> de son véhicule de service avec un autre véhicule sur une voie rapide (Car injury)	V43.52XA Y92.411 Y99.1	
4. Lésions cérébrales anoxiques sur ancien traumatisme cérébral, 3 ans auparavant, chez un patient piéton ayant été heurté non intentionnellement par un véhicule le long d'une voie rapide (Pedestrian <u>accident</u>)	V03.10XS	
5. Traumatisme chez un membre d'équipage d'une compagnie d'aviation commerciale, qui a fait une chute pendant le décollage (Aircraft accident)	V97.0XXA Y99.0	
6. Traumatisme chez un passager d'une montgolfière quand celle-ci a fait une descente inattendue et a atterri (Balloon <u>accident</u>)	V96.02XA Y93.89 Y99.8	
7. Traumatisme chez un voyageur par collision avec un autre voyageur en descendant d'un tram (Streetcar <u>accident</u>)	V82.4XXA Y92.410	
8. Traumatisme chez un employé des chemins de fer heurté accidentellement par le contenu transporté lors d'une collision entre 2 wagons (Railway accident)	V81.2XXA Y99.0	
9. Traumatisme chez un employé des chemins de fer heurté accidentellement par un wagon pendant un déchargement (Railway <u>accident</u>)	V81.2XXA Y99.0	
10. Traumatisme chez un voyageur suite au déraillement accidentel d'un train (Railway <u>accident</u>)	V81.7XXA	
11. Traumatisme chez un motocycliste suite à une <u>collision</u> accidentelle avec un train (Motor cycle accident)	V25.4XXA	

6. MALTRAITANCE D'ENFANTS ET D'ADULTES

Une extension du nombre de codes pour la maltraitance d'enfants et d'adultes facilite la collecte de données spécifiques.

Il faut garder à l'esprit que les codes de maltraitance d'enfants et d'adultes ne peuvent être attribués que si le médecin documente la maltraitance; le codeur ne peut jamais interpréter une description comme une maltraitance sans que le médecin traitant ne l'ait confirmé.

L'ICD-10-CM prévoit 2 catégories pour rapporter les abus, la négligence et d'autres formes de maltraitance d'enfants et d'adultes. Le premier axe de la classification indique si l'abus est confirmé (catégorie T74) ou suspecté (catégorie T76). Le choix entre un abus confirmé ou présumé est basé sur le dossier médical. Il y a

une exception dans la catégorie T74 ; le code T74.4 'Shaken infant syndrome' est toujours considéré comme diagnostic confirmé en ICD-10-CM.

Le 4^{ème} caractère des catégories T74 et T76 indique le type d'abus : négligence ou abandon, abus physique, sexuel ou émotionnel (incluant le harcèlement et l'intimidation), l'exploitation sexuelle forcée, le travail forcé, et la maltraitance non spécifiée. Le 5^{ème} caractère précise si la maltraitance concerne un adulte ou un enfant.

L'ICD-10-CM ne précise aucune limite d'âge pour l'attribution des codes de maltraitance d'enfant ou d'adulte. L'âge de la majorité varie d'un état à l'autre. En Belgique, la limite est à 18 ans. Il y a des exceptions comme les adolescents déclarés adultes par le tribunal.

La maltraitance provoque souvent des traumatismes psychiques, physiques et/ou d'autres pathologies médicales. Si tel est le cas, on mentionne en premier lieu le code approprié des catégories T74 ou T76, suivi par les codes de traumatisme mental et/ou physique. En cas de maltraitance confirmée (T74), on utilise un code de cause externe pour identifier l'auteur, s'il est connu (Y07.- 'Perpetrator of assault, maltreatment and neglect').

L'ICD-10-CM classe comme 'assault' (agression) les cas confirmés de maltraitance, de négligence ou d'abus d'enfants ou d'adultes. Chacun de ces codes d'assault' (X92-Y09) peut être utilisé pour indiquer la cause externe de tout traumatisme physique résultant d'une maltraitance **confirmée**.

Pour les **cas** d'abus présumés, de négligence ou de maltraitance, aucun code n'est utilisé pour identifier la cause externe et/ou l'auteur. Si la suspicion d'abus, de négligence ou de maltraitance est exclue, on utilise le code Z04.71 'Encounter for examination and observation following alleged adult physical abuse', ou le code Z04.72 'Encounter for examination and observation following alleged child physical abuse'.

Si une suspicion de viol ou d'abus sexuel est exclue, on utilise le code Z04.41 'Encounter for examination and observation following alleged adult rape', ou le code Z04.42 'Encounter for examination and observation following alleged child rape', au lieu d'un code de la catégorie T76 'Adult and child abuse, neglect and other maltreatment, suspected'. Si un cas présumé d'exploitation sexuelle ou d'exploitation au travail a été exclu pendant un séjour, utilisez le code Z04.81 'Encounter for examination and observation of victim following forced sexual exploitation', ou Z04.82 'Encounter for examination and observation of victim following forced labor exploitation'. Un code de catégorie T76 n'est pas utilisé pour ces séjours.

Les incidents documentés de maltraitance d'adultes pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum qu'ils soient confirmés ou suspectés, sont classés dans le chapitre 15 du manuel ICD-10-CM 'Pregnancy, childbirth and the puerperium' et non dans la catégorie T74 ou T76, de la manière suivante:

O9A.3 'Physical abuse complicating pregnancy, childbirth and the puerperium'

O9A.4 'Sexual abuse complicating pregnancy, childbirth and the puerperium'

O9A.5 'Psychological abuse complicating pregnancy, childbirth and the puerperium'

Les codes des sous-catégories O9A.3, O9A4 et O9A.5 doivent être codés en premier lieu, suivis du code approprié (le cas échéant) pour identifier tout traumatisme associé actuel dû à l'abus physique ou sexuel, ainsi que le code identifiant l'auteur des actes.

Par exemple :

- Une patiente est examinée aux urgences avec un diagnostic d'épouse maltraitée (battered housewife) et une lacération du front droit. Elle rapporte avoir été frappée au visage par son mari. Les codes suivants sont attribués:
 T74.11XA 'Adult physical abuse, confirmed, initial encounter'
 S01.81XA 'Laceration without foreign body of other part of head, initial encounter'
 Y04.0XXA 'Assault by unarmed fight or brawl, initial encounter'
 Y07.01 'Husband, perpetrator of maltreatment and neglect'
 Y99.8 'Other external cause status'
- Un nourrisson de 4 mois est examiné aux urgences avec un diagnostic de bébé secoué ('shaken baby'). Le bébé est resté inconscient pendant environ 2 heures après avoir été secoué vigoureusement par son père. Le diagnostic inclut aussi un hématome sous-dural et une hémorragie rétinienne bilatérale. Les codes suivants sont attribués:
 T74.4XXA 'Shaken infant syndrome, initial encounter';
 S06.5X3A 'Traumatic subdural hemorrhage with loss of consciousness of 1 hour to 5 hours 59 minutes, initial encounter';
 H35.63 'Retinal hemorrhage, bilateral'
 Y04.8XXA Assault by other bodily force, initial encounter
 Y07.11 'Biological father, perpetrator of maltreatment and neglect'
 Y99.8 'Other external cause status'
- Une dame âgée est amenée à l'hôpital en état de malnutrition sévère. Elle vit dans une maison de repos non agréée et on suspecte qu'elle n'a reçu qu'un seul repas par jour pendant plusieurs mois. À l'hôpital, une sonde nasogastrique est placée et des concentrés riches en protéines sont administrés pour sa malnutrition par déficit calorique sévère. Les codes suivants sont d'application:
 T76.01XA 'Adult neglect or abandonment, suspected, initial encounter'
 E41 'Nutritional marasmus'
 Z59.4 'Lack of adequate food and safe drinking water'
 0DH67UZ 'Insertion of feeding device into stomach, via natural or artificial opening'
 3E0G76Z 'Introduction of nutritional substance into upper G.I., via natural or artificial opening'
- Un enfant de 6 mois est amené à l'hôpital en état de prostration due à la chaleur parce que ses parents l'ont laissé seul dans la voiture pendant qu'ils faisaient les courses. Le médecin diagnostique une suspicion de négligence d'enfant. Les codes suivants sont attribués:
 T76.02XA 'Child neglect or abandonment, suspected, initial encounter'
 T67.5XXA 'Heat exhaustion, unspecified, initial encounter'

La sous-catégorie Z62.81 'Personal history of abuse in childhood' indique qu'un patient a été victime de maltraitance d'enfant par le passé:

Z62.810	Personal history of physical and sexual abuse in childhood
Z62.811	Personal history of psychological abuse in childhood
Z62.812	Personal history of neglect in childhood
Z62.813	Personal history of forced labor or sexual exploitation in childhood
Z62.819	Personal history of unspecified abuse in childhood

Les codes de la catégorie Z91 'Personal risk factors, NEC' peuvent également être utilisés pour indiquer qu'un patient a été victime de maltraitance d'adulte par le passé:

Z91.410	Personal history of adult physical and sexual abuse
Z91.411	Personal history of adult psychological abuse
Z91.412	Personal history of adult neglect
Z91.419	Personal history of unspecified adult abuse
Z91.42	Personal history of forced labor or sexual exploitation
Z91.49	Other personal history of psychological trauma NEC

Il existe des codes de conseil (catégorie Z69 'Encounter for mental health services for victim and perpetrator of abuse') pour fournir une information sur les contacts avec des centres de soins de santé mentale pour les victimes ou les auteurs d'abus.

7. FRACTURES

Les fractures sont classées dans différentes (sous-)catégories selon leur site anatomique:

S02	Fractures of skull and facial bones
S12	Fractures of cervical vertebra and other parts of neck
S22	Fractures of rib(s), sternum, and thoracic spine
S32	Fractures of lumbar spine and pelvis
S42	Fractures of shoulder and upper arm
S49.0-S49.1-	Physeal fractures of shoulder and upper arm
S52	Fracture of forearm
S59.0-S59.2-	Physeal fractures of elbow and forearm
S62	Fracture at wrist and hand level
S72	Fracture of femur
S79.0-S79.1-	Physeal fractures of hip and thigh
S82	Fractures of lower leg, including ankle
S89.0-S89.3	Physeal fractures of lower leg
S92.0-S92.8-	Fracture of foot and toe, except ankle
S99.0-S99.2-	Physeal fractures of ankle, foot and toe

Les catégories à 3 caractères indiquent des sites plus spécifiques à l'intérieur des groupes de fracture au niveau du crâne, de la colonne vertébrale et des extrémités. Le 4^{ème} caractère indique habituellement l'os (par ex, mâchoire) et le 5^{ème} caractère indique généralement une partie plus spécifique de l'os (p. ex, condyle de

la mâchoire). Pour les fractures des extrémités, le 4^{ème} caractère indique une partie générale de l'os (par ex. extrémité supérieure de l'ulna (cubitus)), le 5^{ème} caractère indique une partie plus spécifique de l'os (par ex. olécrâne, avec l'extension intra-articulaire de l'ulna (cubitus)) et le 6^{ème} caractère apporte une information sur la latéralité (par ex droit, gauche ou non spécifié) et sur la présence d'un déplacement ou non.

Dans une fracture ouverte, il y a une plaie ouverte en communication avec l'os. Toute fracture non spécifiée comme ouverte ou fermée est codée comme fracture fermée dans l'ICD-10-CM.

Si l'ICD-10-CM ne fournit pas de code qui identifie à la fois l'emplacement et le type de fracture, le code de l'emplacement de la fracture a préséance sur le type de fracture. Par exemple, l'ICD-10-CM a des codes pour les fractures comminutives de la diaphyse des os, comme l'humérus, le tibia, le cubitus et le péroné, mais pas pour d'autres parties de ces os. S'il est question d'une fracture comminutive du tibia distal gauche, on utilise le code S82.392-, Other fracture of lower end of left tibia'.

Une fracture pour laquelle il n'est pas précisé s'il y a déplacement ou non est codée comme fracture avec déplacement. En cas de doute, il faut contacter le médecin traitant.

Parfois, un diagnostic contient des termes qui renvoient aussi bien aux fractures ouvertes que fermées. Dans un tel cas, on codera la fracture comme ouverte. Par exemple, un diagnostic d'une fracture comminutive compliquée utilise des termes qui font référence aux fractures ouvertes et fermées. Cette fracture doit être codée comme ouverte parce que compliquée a toujours cette signification (fracture avec effraction de la peau par un fragment osseux), même si le terme comminutive renvoie en soi à une fracture fermée.

Le principe de codage multiple des traumatismes doit être respecté lors du codage des fractures. Les fractures observées sur des sites spécifiques sont codées séparément en fonction des informations prévues dans les catégories S02, S12, S22, S32, S42, S49, S52, S59, S62, S72, S79, S82, S89, S92 et S99 et du niveau de détail trouvé dans le dossier patient. En cas de fractures multiples, la fracture la plus lourde sera codée comme diagnostic principal.

A noter qu'il faut utiliser un code de la catégorie M80 'Osteoporosis with current pathological fracture', et non un code de fracture traumatique, pour tout patient atteint d'ostéoporose connue qui fait une fracture – même après un traumatisme ou une chute mineure – qui dans des circonstances normales n'aurait pas provoqué de fracture sur un os normal sain.

7.1 Extensions au 7^{ème} caractère pour les fractures

L'ICD-10-CM utilise largement le 7^{ème} caractère pour les fractures. Alors que la plupart des catégories du chapitre 19 du manuel de codage ICD-10-CM possèdent 3 extensions – “A”, contact initial; “D”, contact ultérieur et “S” séquelle – la valeur du 7^{ème} caractère dans le cas des fractures varie de façon significative. En particulier, le 7^{ème} caractère varie en fonction des os touchés. C'est pourquoi il est impératif de consulter la liste systématique de chaque catégorie à tous les niveaux pour déterminer l'extension appropriée. Par exemple, les codes de la catégorie S02 'Fracture of skull and facial bones' disposent de six extensions de caractère possibles. La catégorie S52 'Fracture of forearm, en revanche, possède seize extensions de caractère possibles.

Le plus grand nombre d'extensions au 7^{ème} caractère ne signifie pas que les concepts “contact initial, contact ultérieur et séquelle” ne sont plus d'application. Il s'agit plutôt d'axes de codage supplémentaires au sein des extensions. Par exemple, le code des extensions pour le contact initial (A, B, C) et les contacts ultérieurs (D-H, J-R) applicables pour la catégorie S52 ‘Fracture of forearm’ établissent aussi la distinction entre une fracture ouverte (B-C, E-F, H-J, M-N, Q-R) et fermée (A, D, G, K, P). Pour les contacts ultérieurs, les codes des extensions précisent si la guérison est normale (‘routine healing’ - consolidation primaire) ou s’il y a un problème tel que ‘delayed healing’ (retard de consolidation) (G-J), ‘nonunion’ (pseudarthrose) (K-N) ou ‘malunion’ (cal vicieux) (P-R).

Exemples tirés de la liste systématique de valeurs pour le 7^{ème} caractère

S52 ‘Fracture of forearm’

Exclusion 1: amputation traumatique de l'avant-bras (S58.- ‘Traumatic amputation of elbow and forearm’)

Exclusion 2: fracture du poignet et de la main (S62.- ‘Fracture at wrist and hand level’)

Note: Faute de mention de fracture avec ou sans déplacement, la fracture est codée comme fracture avec déplacement.

Faute de mention de fracture ouverte ou fermée, la fracture est codée comme fracture fermée.

Les indications de fracture ouverte sont basées sur la classification des fractures ouvertes de Gustilo.

Les différents 7^{ème} caractères à ajouter à chaque code de la catégorie S52 doivent être choisis parmi les suivants:

A – Contact initial pour fracture fermée

B – Contact initial pour fracture ouverte type I ou II ou non spécifié

C – Contact initial pour fracture ouverte type IIIA, IIIB ou IIIC

D – Contact ultérieur pour fracture fermée avec ‘routine healing’ (consolidation primaire)

E – Contact ultérieur pour fracture ouverte type I ou II avec ‘routine healing’ (consolidation primaire)

F – Contact ultérieur pour fracture ouverte type IIIA, IIIB ou IIIC avec ‘routine healing’ (consolidation primaire)

G – Contact ultérieur pour fracture fermée avec ‘delayed healing’ (retard de consolidation)

H – Contact ultérieur pour fracture ouverte type I ou II avec ‘delayed healing’ (retard de consolidation)

J – Contact ultérieur pour fracture ouverte type IIIA, IIIB ou IIIC avec ‘delayed healing’ (retard de consolidation)

K – Contact ultérieur pour fracture fermée avec ‘nonunion’ (pseudarthrose)

M – Contact ultérieur pour fracture ouverte type I ou II avec ‘nonunion’ (pseudarthrose)

N – Contact ultérieur pour fracture ouverte type IIIA, IIIB ou IIIC avec ‘nonunion’ (pseudarthrose)

P – Contact ultérieur pour fracture fermée avec ‘malunion’ (cal vicieux)

Q – Contact ultérieur pour fracture ouverte type I ou II avec ‘malunion’ (cal vicieux)

R – Contact ultérieur pour fracture ouverte type IIIA, IIIB ou IIIC avec ‘malunion’ (cal vicieux)

S – Séquelle

Pour les contacts ultérieurs, les valeurs du 7^{ème} caractère précisent si la fracture est en consolidation primaire (D-F), ou pose des problèmes tels que ‘delayed healing’ (G-J), ‘nonunion’ (K-N) ou ‘malunion’ (P-R).

Exemples:

- Un patient ayant fait une fracture traumatique de la diaphyse humérale gauche un mois auparavant est admis pour fièvre et douleur secondaire à une diverticulite. La fracture cicatrise bien et est traitée de façon minimale.
K57.92 'Diverticulitis of intestine, part unspecified, without perforation or abscess without bleeding'
S42.302D 'Unspecified fracture of shaft of humerus, left arm, subsequent encounter for fracture with routine healing'.
- Un jeune homme avec fracture de la malléole externe du péroné gauche 6 semaines auparavant est admis pour ablation des broches internes sous anesthésie locale:
S82.62XD 'Displaced fracture of lateral malleolus of left fibula, subsequent encounter for closed fracture with routine healing'

Différentes méthodes sont utilisées pour classer les fractures ouvertes. L'ICD-10-CM utilise la classification de Gustilo pour attribuer la valeur du 7^{ème} caractère dans les fractures ouvertes des catégories S52 'Fracture of forearm', S72 'Fracture of femur' et S82 'Fracture of lower leg, including ankle'. Attention: le codeur ne peut pas sélectionner le type de fracture sans documentation du médecin dans le dossier du patient, même si la fracture est décrite à l'aide de la terminologie employée dans la classification de Gustilo.

Par exemple, si le dossier du patient mentionne une fracture ouverte avec plaie de 2 centimètres et lésions étendues des tissus mous, elle ne peut pas être codée comme fracture de type III de Gustilo sans confirmation du médecin. Si le dossier mentionne un contact initial pour fracture ouverte, sans spécifier le type de fracture selon la classification de Gustilo, l'ICD-10-CM renvoie par défaut à la valeur "B" pour le 7^{ème} caractère, contact initial pour fracture ouverte de type I ou II.

Classification de Gustilo des fractures ouvertes

I	Petite plaie < 1 cm; lésion minimale des parties molles; pas de contamination (perforation de la peau par les extrémités osseuses de l'intérieur vers l'extérieur)
II	Plaies plus larges > 1 cm; faible présence/absence de tissu dévitalisé; lésion minimale des parties molles (perforation de la peau sous l'action de la force de l'intérieur vers l'extérieur)
III	Énergie importante, plaies supérieures à 1 cm avec lésion étendue des tissus mous
IIIA	Plaie de toute dimension, mais avec lésion étendue de la peau et des tissus mous (lacération, plaie avec lambeau de peau), alors que la fracture est encore relativement couverte par la peau lacérée et les tissus mous
IIIB	Lésion plus étendue des tissus mous (crush) ou même perte de tissu, laissant les parties fracturées à découvert. Stripping périostal étendu et contamination importante
IIIC	Fracture compliquée avec lésion artérielle, entraînant une ischémie aiguë

7.1.1. Contact initial

Les valeurs "A", "B", "C", contact initial, pour le 7^{ème} caractère est utilisée pour chaque contact où le patient reçoit un traitement actif pour la fracture traumatique. Des exemples de traitements actifs sont un traitement

chirurgical pour réduire la fracture, une admission aux urgences pour le traitement d'une fracture aiguë, et une évaluation et une prise en charge de fractures aiguës.

7.1.2 Contact ultérieur

Les fractures sont codées en utilisant la valeur du contact ultérieur pour le 7^{ème} caractère lors de tout contact après la fin du traitement actif en vue de recevoir des soins de routine pendant la phase de cicatrisation ou de récupération. Des exemples de soins de suivi de fracture sont les changements ou enlèvements de plâtres, une radiographie pour contrôler le statut de guérison, l'ablation de matériel d'immobilisation interne ou externe, l'adaptation des médicaments, la revalidation, et les visites de suivi après le traitement de la fracture.

Le contact ultérieur pour des complications de fracture telles que 'nonunion' (pseudarthrose) ou 'malunion' (cal vicieux) est codé au moyen de la valeur appropriée pour le 7^{ème} caractère "contact ultérieur avec 'nonunion' (K, M, N) ou 'malunion' (P, Q, R)". Si toutefois le patient reporte son traitement de fracture et se présente avec une pseudarthrose lors du contact initial, il faut mentionner la valeur adéquate "contact initial" pour le 7^{ème} caractère au lieu de "contact ultérieur".

Les soins pour complications de traitements chirurgicaux de fracture durant la phase de cicatrisation ou récupération doivent être codés avec le code approprié de complication plutôt qu'avec le 7^{ème} caractère.

Un cal vicieux ('malunion') implique que les fragments d'os cicatrisent mais dans une mauvaise position.

La pseudarthrose ('nonunion'), en revanche, est l'absence de consolidation de la fracture, de sorte que les extrémités osseuses restent non soudées l'une à l'autre.

7.2 Fractures du crâne et traumatismes intracrâniens

Les fractures du crâne et des os de la face sont classées dans la catégorie S02 'Fracture of skull and facial bones'. Le 4^{ème} caractère indique la zone du crâne (par exemple, la base) ou de la face (par exemple la mâchoire) où se situe la fracture. Le 5^{ème} caractère fournit une spécificité complémentaire telle que l'os atteint ou le type de fracture. Tout traumatisme intracrânien associé est codé séparément à l'aide d'un code de la catégorie S06 'Intracranial injury'.

Si le traumatisme intracrânien implique une plaie ouverte de la tête (S01.-) ou une fracture du crâne (S02.-), ceux-ci sont codés séparément, comme indiqué dans la liste systématique. Les codes de traumatisme intracrânien (S06.-) ont un caractère additionnel pour préciser :

- si une perte de conscience a été associée ou non au traumatisme
- la durée de cette perte de conscience
- en cas de perte de conscience supérieure à 24 h:
 - avec un retour à l'état de conscience préexistant
 - sans retour à l'état de conscience préexistant, avec survie du patient

- s'il y a eu perte de conscience, quelle qu'en soit la durée, avec décès dû au traumatisme cérébral ou à toute autre cause avant d'avoir recouvré la conscience

L'information énumérée ci-dessus étant rarement reprise dans le diagnostic, il faut la plupart du temps rechercher cette information dans le dossier patient, en particulier dans le dossier d'admission aux urgences ou les notes d'admission.

La catégorie S06 'Intracranial injury', qui inclut les lésions traumatiques, est divisée en sous-catégories comme suit:

- S06.0 'Concussion'
- S06.1 'Traumatic cerebral edema'
- S06.2 'Diffuse traumatic brain injury'
- S06.3 'Focal traumatic brain injury (with further subdivisions for unspecified; contusion and laceration of right, left, or unspecified cerebrum; traumatic hemorrhage of right, left, or unspecified cerebrum; and contusion, laceration, and hemorrhage of cerebellum or brainstem)'
- S06.4 'Epidural hemorrhage'
- S06.5 'Traumatic subdural hemorrhage'
- S06.6 'Traumatic subarachnoid hemorrhage'
- S06.8 'Other specified intracranial injuries (including injury of right or left internal carotid artery, intracranial portion, and other intracranial injury)'
- S06.9 'Unspecified intracranial injury'

La commotion cérébrale ('Concussion' S06.0X-) est le type le plus fréquent de traumatisme cérébral. Il s'agit d'un choc cérébral qui conduit parfois à une perte passagère de la conscience, souvent suivie d'une brève amnésie, de vertiges, de nausées, et d'un pouls faible. Le patient peut souffrir de maux de tête sévères et de vision trouble après avoir repris conscience. La récupération se fait habituellement dans les 24h à 48h. Les patients ayant ce type de traumatisme sont souvent hébétés et le médecin peut devoir s'en remettre à ses seuls constats cliniques pour poser le diagnostic de commotion.

Les codes des sous-catégorie S06.0, 'Concussion' sont spécifiés en "without loss of consciousness", "with loss of consciousness of 30 minutes or less" et "Concussion with loss of consciousness of unspecified duration". Si la commotion cérébrale s'accompagne d'une perte de conscience de plus de 30 minutes, on codera S06.0X9 "Concussion with loss of consciousness of unspecified duration" avec le 7ème caractère approprié.

Quand une commotion documentée est associée à d'autres traumatismes intracrâniens classés en catégorie S06, elle est codée au moyen du code de traumatisme crânien spécifique. Quand le traumatisme crânien est décrit comme une laceration ou contusion cérébrale ou quand il est associé à une hémorragie sous-durale, sous-arachnoïdienne ou une autre hémorragie intracrânienne ou à d'autres pathologies spécifiques classifiables dans la catégorie S06, le code de la commotion n'est pas utilisé.

Le syndrome post-commotionnel (F07.81 'Postconcussional syndrome') comprend divers symptômes qui peuvent survenir après la commotion, parfois pendant quelques semaines. Les symptômes le plus souvent associés au syndrome post-commotionnel sont des maux de tête, des étourdissements, des vertiges, de la fatigue, des difficultés de concentration, une dépression, de l'anxiété, des acouphènes, des palpitations cardiaques et une apathie. Chacune de ces pathologies peut entraîner une demande d'aide. Le code F07.81 n'est généralement pas utilisé lors du contact initial pour le traitement d'une commotion. Lorsque le patient est traité pour ces symptômes dans les 24h à 48h suivant le traumatisme et que le médecin évoque un syndrome post-commotionnel, un syndrome post-contusion ou un syndrome posttraumatique cérébral, le codeur doit demander au médecin si la commotion est toujours en phase initiale. Si oui, elle est codée par S06.0X- au lieu de F07.81. Les céphalées posttraumatiques sont souvent associées à un syndrome post-commotionnel. En complément au code F07.81, ajoutez un code de la sous-catégorie G44.3- 'Post-traumatic headache' pour mentionner toute association avec des céphalées posttraumatiques aiguës ou chroniques.

7.3. Fractures de vertèbres

Les fractures de vertèbres sont classées en fonction de la région touchée de la colonne vertébrale: cervicale (S12.-), dorsale (S22.2-) ou lombaire (S32.0-). Le 4^{ème} caractère de la catégorie S12 indique la vertèbre (ex. 1^{ère} vertèbre cervicale), tandis que les 5^{ème} et 6^{ème} caractères fournissent une information complémentaire sur le type de fracture (p. ex. stable, instable, avec ou sans déplacement). Le 5^{ème} caractère des sous-catégories S22.0 et S32.0 indique la vertèbre (par ex 2^{ème} vertèbre dorsale, 3^{ème} lombaire ...) tandis que le 6^{ème} caractère spécifie le type de fracture (p. ex tassement en coin, éclatement stable).

Exemples:

- Fracture avec déplacement de l'arc postérieur de la première vertèbre cervicale:
S12.030- 'Displaced posterior arch fracture of first cervical vertebra'
- Fracture avec compression de la deuxième vertèbre dorsale
S22.020- 'Wedge compression fracture of second thoracic vertebra'
- Éclatement stable de la troisième vertèbre lombaire
S32.031- 'Stable burst fracture of third lumbar vertebra'

Des codes complémentaires sont utilisés pour rapporter tout traumatisme médullaire associé, tels que:

S14.0, S14.1- 'Cervical spinal cord injury'
S24.0, S24.1- 'Thoracic spinal cord injury'
S34.0, S34.1- 'Lumbar and sacral spinal cord injury'

Si la fracture des côtes, du sternum et de la colonne dorsale implique également un traumatisme des organes intrathoraciques, celui-ci doit être codé séparément en utilisant les codes de la sous-catégorie S27 'Injury of other and unspecified intrathoracic organs'.

7.4. Fractures du bassin

Les fractures du bassin sont classées dans la catégorie S32. Le bassin est constitué d'un groupe d'os (ischion, ilion, pubis, sacrum et coccyx) qui forment un anneau supportant la colonne vertébrale et reliant le tronc aux extrémités inférieures. Des fractures peuvent survenir à hauteur de chacun des os ou de plusieurs os

simultanément. Les fractures qui entraînent une rupture de l'anneau pelvien (fractures instables du bassin) sont les plus sévères.

L'ICD-10-CM prévoit des codes pour fractures multiples du bassin avec (S32.81-) ou sans (S32.82-) rupture de l'anneau pelvien. L'ICD-10-CM propose en outre différentes valeurs pour le 7^{ème} caractère permettant d'indiquer si la fracture est ouverte ou fermée et s'il s'agit d'un contact initial, ultérieur ou d'une séquelle.

7.5. Fractures des extrémités

Les codes des catégories S42, S49, S52, S59, S62, S72, S79, S82, S89, S92 et S99 classent les fractures des extrémités. Le 4^{ème} caractère indique la partie générale de l'os atteint (par exemple extrémité supérieure de l'ulna(cubitus)), le 5^{ème} caractère précise la partie plus spécifique de l'os (par exemple processus olécrânien de l'ulna avec extension intra-articulaire) et le 6^{ème} caractère apporte une information sur la latéralité (p. ex. gauche, droit ou non spécifié) ainsi que sur la présence ou non d'un déplacement.

Voici quelques exemples:

- Fracture transversale ouverte avec déplacement de la diaphyse de l'humérus droit, contact initial:
S42.321B 'Displaced transverse fracture of shaft of humerus, right arm, initial encounter for open fracture
- Fracture ouverte avec déplacement de l'apophyse coronoïde de l'ulna droit, contact initial:
S52.041B 'Displaced fracture of coronoid process of right ulna, initial encounter for open fracture type I or II or NOS'

Les fractures de l'épiphyse (sous-catégories S49.0-S49.1-, S59.0-S59.2-, S79.0-S79.1 et S89.0-S89.3-, S99.0-S99.2), qui incluent les fractures de cartilages de croissance) font référence à la rupture du cartilage épiphysaire des os longs pouvant ou non atteindre l'épiphyse ou la métaphyse osseuse. Chez l'enfant, elles sont responsables de 15-20% des fractures des principaux os longs et de 34% des fractures de la main. La plupart de ces fractures guérissent bien sans problème ultérieur. Parfois, elles conduisent à un raccourcissement ou une angulation cliniquement significatifs ; d'autres entraînent une altération de la circulation épiphysaire, qui empêche le développement de plaques de croissance ou de ponts osseux.

Différents systèmes de classification existent dans le monde pour classer les fractures épiphysaires, parmi lesquels la classification de Salter-Harris (SH) est la plus utilisée en Amérique du Nord. L'ICD-10-CM prévoit un 5^{ème} caractère pour représenter cette classification SH (type I, II, III ou IV), si elle est documentée par le médecin.

Par exemple:

- Fracture épiphysaire fermée de la partie supérieure de l'humérus gauche, contact initial:
S49.002A 'Unspecified physal fracture of upper end of humerus, left arm, initial encounter for closed fracture'
- Fracture épiphysaire de type SH I (Salter-Harris) de l'extrémité supérieure de l'humérus droit, contact ultérieur avec cicatrisation de routine:

S49.011D 'Salter-Harris Type I physeal fracture of upper end of humerus, right arm, subsequent encounter for fracture with routine healing'

Des fractures multiples du même os qui diffèrent par le 4^{ème} ou 5^{ème} caractère (partie de l'os), dans la même sous-catégorie à trois caractères, sont codées individuellement.

Voici quelques exemples:

- Contact initial pour fracture comminutive de la diaphyse de l'humérus droit, avec fracture-luxation fermée sans déplacement de l'épaule droite impliquant la grande tubérosité:

S42.354A Nondisplaced comminuted fracture of shaft of humerus, right arm, initial encounter for closed fracture

S42.254A 'Nondisplaced fracture of greater tuberosity of right humerus, initial encounter for closed fracture'

- Contact initial pour fracture fermée de l'olécrâne et de l'apophyse coronoïde de l'ulna gauche:
S52.022A 'Displaced fracture of olecranon process without intra-articular extension of left ulna, initial encounter for closed fracture' et
S52.042A 'Displaced fracture of coronoid process of left ulna, initial encounter for closed fracture'

EXERCICE 30.2	
Codez les diagnostics suivants. Sauf indication contraire, partez de l'hypothèse qu'il s'agit d'un contact initial. N'attribuez pas les codes de cause externe.	
1. <u>Fracture</u> comminutive de l'extrémité supérieure du tibia gauche	S82.102A
2. <u>Fracture</u> de l'os iliaque gauche. <u>Fracture</u> des 2 ^{ème} , 3 ^{ème} , 4 ^{ème} , 5 ^{ème} et 6 ^{ème} côtes gauches.	S32.602A S22.42XA
3. <u>Fracture</u> fermée de la voûte crânienne avec hématome sous-dural et perte de conscience de 3 heures	S02.0XXA S06.5X3A
4. <u>Fracture</u> ouverte de Monteggia type II	S52.279B
5. Commotion cérébrale. <u>Contusion</u> du tronc cérébral sans plaie ouverte. Le patient est resté inconscient pendant 2 heures.	S06.383A
6. <u>Fracture</u> trimalléolaire de la cheville gauche	S82.852A
7. <u>Fracture</u> fermée du condyle externe de l'humérus gauche	S42.452A
8. Fracture complexe ouverte du processus coronoïde gauche de la mâchoire	S02.632B
9. Fracture complexe ouverte, type II, de la diaphyse du tibia et de la fibula gauches	S82.202B S82.402B
10. Fracture du crâne complexe, bilatérale avec enfoncement. Contusions et lacérations cérébrales bilatérales massives	S02.91XB S06.310A S06.320A

7.6. Fractures pathologiques

Les fractures pathologiques sont des fractures qui surviennent spontanément dans les os suite à des pathologies comme l'ostéoporose, les néoplasmes (métastases osseuses). Ces fractures sont la plupart du temps spontanées, mais résultent parfois d'un traumatisme mineur (p. ex. une petite chute) qui n'aurait pas causé de fracture sur un os sain. Ce type de fracture est classé dans le chapitre des maladies musculo-squelettiques et non dans celui des traumatismes et est abordé au chapitre 23 "Maladies du système musculo-squelettique et du tissu conjonctif" de ce manuel.

Les fractures décrites comme "spontanées" sont toujours des fractures pathologiques. Les fractures pathologiques sont rapportées à l'aide de la catégorie M80 'Osteoporosis with current pathological fracture' et des sous-catégories M84.4- 'Pathological fracture, not elsewhere classified', M84.5 'Pathological fracture in neoplastic disease' et M84.6- 'Pathological fracture in other disease'.

Par exemple:

- Un patient souffrant de tassement pathologique chronique des vertèbres avec traitement de la douleur est admis pour une pathologie non liée à ce problème:
M84.48XA 'Pathological fracture, other site, initial encounter for fracture', est utilisé pour la fracture vertébrale chronique. Le 7^{ème} caractère "D" n'est pas applicable ici car le patient n'a pas encore achevé son traitement actif.

7.7. Fractures de tassement (fractures de compression)

Les fractures de compression peuvent être dues à une maladie du système osseux ou à un traumatisme. Le codeur doit rechercher dans le dossier tout traumatisme significatif ou une référence quelconque à une maladie osseuse qui pourrait suggérer une fracture pathologique. Par exemple, une fracture de compression chez un patient âgé suite à un faux pas ou un autre traumatisme léger est généralement considérée comme pathologique, surtout lorsque ce patient présente une pathologie sous-jacente comme l'ostéoporose qui cause fréquemment de telles fractures. Si le diagnostic n'est pas clair, il faut interroger le médecin.

7.8. Les fractures de stress

Les fractures de stress sont différentes des fractures pathologiques parce qu'elles sont dues à des forces répétées sans que l'os et les tissus adjacents aient eu suffisamment de temps pour absorber ces forces, tandis que les fractures pathologiques sont toujours dues à une condition sous-jacente, comme le cancer ou l'ostéoporose, qui cause des dommages osseux. Les fractures de stress sont classées comme des troubles musculo-squelettiques (chapitre 23 de ce manuel).

7.9. Les fractures périprothétiques

Les fractures périprothétiques sont des fractures qui se produisent autour d'une prothèse. Ces fractures ne sont pas une complication de la prothèse, mais le résultat des mêmes causes que d'autres fractures (traumatismes ou causes pathologiques). Ces fractures peuvent se produire autour de n'importe quelle

prothèse, mais le plus souvent au niveau de la hanche, du genou, de la cheville, de l'épaule et du coude.

Les fractures péri-prothétiques sont classées dans la catégorie M97 'Periprosthetic fracture around internal prosthetic joint'.

7.10. Fractures dues à un traumatisme de naissance

Les fractures dues à un traumatisme de naissance ne sont pas classées parmi les traumatismes mais plutôt dans le chapitre des affections périnatales, le chapitre 16 "Certain Conditions Originating in the Perinatal Period (P00-P96) " de la classification ICD-10-CM dans la catégorie P13 'Birth injury to skeleton'. Elles sont abordées dans le chapitre 27 de ce manuel.

8. PROCÉDURES LIÉES AUX FRACTURES

Dans le traitement des fractures, le premier objectif est d'obtenir un alignement osseux correct et de maintenir cet alignement jusqu'à ce que la cicatrisation soit complète et la fonction normale restaurée. Les procédures comprennent les réductions ouvertes et fermées, les manipulations simples, et l'application de différents types de matériel de fixation et d'appareils de traction. Le type de traitement dépend de l'état général du patient, de la présence de traumatismes associés, du type et de la localisation de la fracture.

8.1. Réduction de fractures

Le traitement le plus courant des fractures consiste d'abord à remettre les fragments d'os dans une position anatomique aussi normale que possible, à les stabiliser et à maintenir l'os dans cette position jusqu'à l'obtention d'une consolidation suffisante.

L'ICD-10-PCS classe la réduction des fractures avec déplacement sous l'intervention de base "Reposition" (repositionnement). L'application d'un plâtre ou d'une attelle en association avec l'intervention "Reposition" n'est pas codée de façon distincte. Le traitement d'une fracture sans déplacement est codée suivant l'intervention réalisée; par exemple la pose d'un plâtre est classée sous l'intervention de base "Immobilization" dans la section 'Placement'.

Lors d'une réduction ouverte, le chirurgien expose l'os fracturé en pratiquant une incision pour accéder directement à la fracture ou en élargissant au besoin une plaie ouverte afin d'obtenir un alignement correct. Un débridement est souvent nécessaire pour enlever les tissus dévitalisés ou tout autre matériau ayant contaminé le site de la fracture ouverte. Si l'irrigation et le débridement pour nettoyer la plaie font partie de la réduction ouverte, alors le débridement n'est pas codé séparément. Dans une réduction fermée, l'alignement des fragments d'os est obtenu sans incision à hauteur de la fracture. Un débridement de l'os n'est pas nécessaire.

8.2. Fixation interne

La fixation interne comprend l'utilisation de clous, de vis, d'agrafes, de tiges et de plaques qui sont insérées pour maintenir l'alignement osseux. Quand l'os fracturé se trouve en position anatomique correcte et ne nécessite aucune manipulation, on peut utiliser un matériel de fixation interne pour stabiliser l'os sans qu'aucune réduction de fracture ne soit réalisée. Une fixation interne sans réduction est également utilisée lorsque le matériel de fixation original est déplacé ou brisé et doit être remplacé par un nouveau matériel de fixation. Une incision est pratiquée pour insérer le matériel de fixation (tel que clous et vis); un code de l'intervention de base "Insertion" est utilisé pour une fixation non associée à une réduction de fracture.

Une fixation interne peut également être utilisée pour une réduction de fracture fermée. La petite incision nécessaire dans ce cas pour insérer le matériel de fixation ne justifie pas de considérer l'intervention comme une réduction ouverte.

8.3. Fixation externe

La fixation externe est le plus souvent non-invasive et s'applique par "Traction" (traction) à l'aide d'un appareil de traction ou par "Immobilisation" (immobilisation) avec la pose d'attelles ou de plâtres sur la peau.

Les quatre types de matériel de fixation externe sont :

- monoplan (p. ex., fixateur externe de Hoffman – 7^{ème} caractère « 3 »),
- le système en anneau (p. ex., système d'Ilizarov – 7^{ème} caractère « 4 »),
- le système hybride (7^{ème} caractère « 5 ») et
- l'appareillage pour l'allongement de membre (7^{ème} caractère « 9 »).

Lorsqu'une traction est effectuée, nous utilisons un code de 'section' « Placement », 'root operation' « Traction ». Les appareils de fixation externe peuvent être enlevés plus tard, ce qui sera codé avec la 'root operation' « removal » dans la 'Medical and Surgical Section'. L'enlèvement d'attelles, de plâtres et d'appareils orthopédiques est classé dans la section 'Placement' sous la 'root operation' "Removal".

Bien que les appareils de traction soient habituellement appliqués au moyen de broches de Kirschner ou de Steinmann, l'utilisation de ce matériel n'est pas considérée comme une fixation interne. Les appareils de traction comprennent:

- la traction de la peau, comme les appareils de traction par adhésifs, mousses ou feutres qui sont appliqués directement sur la peau et qui exercent une force longitudinale sur le membre;
- la traction squelettique dans et à travers l'os qui exerce directement une force sur les os longs (les vis et broches sont fixées perpendiculairement à travers l'os et sortent de la peau);
- la traction de la colonne cervicale telle que les pinces de Baron, les pinces de Crutchfield et le halo crânien en traction;
- la traction du membre supérieur, telle que la traction cutanée de Dunlaps;
- la traction du membre inférieur telle que la traction cutanée de Buck, la traction de Charnley, la traction de Hamilton-Russel, la traction par suspension balancée et la traction squelettique fixe.

EXERCICE 30.3	
Codez les interventions suivantes. Ne codez pas les diagnostics.	
1. <u>Traction</u> du membre inférieur droit avec appareil de traction	2W6QX0Z
2. <u>Réduction</u> ouverte d'une fracture de Monteggia du bras droit, avec utilisation d'une broche de Rush (interne) pour stabiliser le cubitus (<u>Reposition</u>)	0PSK04Z
3. <u>Réduction</u> ouverte d'une fracture du tibia droit avec fixation interne au moyen de plaques et de vis. Plâtrage du membre inférieur.	0QSG04Z
4. <u>Réduction</u> ouverte avec fixation (interne) par broche de Kirschner d'une fracture de la diaphyse humérale gauche	0PSG04Z
5. <u>Réduction</u> ouverte d'une fracture inter-trochantérienne de la hanche gauche avec utilisation d'une "dynamic hip screw"	0QS704Z
6. <u>Réduction</u> d'une fracture avec déplacement de la diaphyse humérale droite (fermée) au moyen d'un plâtre	0PSFXZZ
7. <u>Réduction</u> ouverte avec fixation interne d'une fracture de la mâchoire inférieure droite	0NST04Z
8. <u>Réduction</u> ouverte d'une fracture du maxillaire gauche et de l'arcade zygomatique gauche. <u>Réduction</u> fermée de fracture du nez.	0NSS0ZZ 0NSN0ZZ 0NSBXZZ
9. Craniotomie bi-frontale avec <u>repositionnement</u> d'une fracture complexe du crâne. <u>Réduction</u> ouverte d'une fracture d'orbite droite. <u>Trachéostomie</u> (percutanée)	0NS00ZZ 0NSP0ZZ 0B113Z4

9. ADMISSIONS POUR SOINS DE SUIVI ORTHOPÉDIQUES

Les soins de suivi pour lésions traumatiques (par exemple fractures) sont codés à l'aide du code de traumatisme aigu avec la valeur appropriée 'contact ultérieur' pour le 7^{ème} caractère.

Les codes Z de soins de suivi s'appliquent uniquement aux soins de suivi orthopédiques non traumatiques et non aux soins de suivi orthopédiques pour les lésions traumatiques.

Par exemple :

- Un patient a eu une fracture intertrochantérienne de la hanche droite traitée par le remplacement total de l'articulation. Il suit actuellement un traitement de réadaptation intensive. Le patient a subi une arthroplastie totale de la hanche et est maintenant en phase de guérison et de réadaptation du traitement de la fracture.
 - o S72.141D "Displaced intertrochanteric fracture of right femur, subsequent encounter for closed fracture with routine healing"
 - o Z96.641 "Presence of right artificial hip joint"

Les codes Z sont utilisés pour les soins de suivi orthopédiques (non liés à un traumatisme), tels que:

Z47.1 Aftercare following joint replacement surgery

Z47.2 Encounter for removal of internal fixation device

Sous-catégorie Z47.3- Aftercare following explantation of joint prosthesis

Z47.31 – shoulder joint prosthesis

Z47.32 – hip joint prosthesis

Z47.33 – knee joint prosthesis

Sous-catégorie Z47.8- Encounter for other orthopedic aftercare

Z47.81 Encounter for orthopedic aftercare following surgical amputation

Z47.82 Encounter for orthopedic aftercare following scoliosis surgery

Z47.89 Encounter for other orthopedic aftercare

Le code Z47.2 'Encounter for removal of internal fixation device', n'est pas utilisé lorsqu'il s'agit de l'ablation de matériel de fixation interne à la suite d'une infection ou d'une inflammation de celui-ci (T84.6- 'Infection and inflammatory reaction due to internal fixation device') ou d'une complication mécanique du matériel de fixation interne (T84.1- 'Mechanical complication of internal fixation device of bones of limb'). On utilise ici le code approprié des sous-catégories T84.6- ou T84.1-.

Un code de la sous-catégorie Z47.3- 'Aftercare following explantation of hip joint prosthesis' est utilisé pour les admissions ou contacts concernant les soins de suivi après enlèvement d'une prothèse articulaire. Les soins de suivi incluent les admissions pour remplacement d'articulation pour lesquelles il était nécessaire de réaliser l'intervention en plusieurs étapes, ou pour les remplacements de prothèse articulaire à la suite d'un enlèvement antérieur de la prothèse. Il peut exister un motif médical pour enlever la prothèse (p. ex. une infection ou un autre problème); mais il n'est pas toujours possible de remplacer la prothèse durant le même séjour, d'où la nécessité d'une réadmission pour le placement de la nouvelle prothèse.

Des codes Z sont également prévus pour indiquer un statut orthopédique quand celui-ci est significatif pour l'épisode de soins en cours. Les codes et sous-catégories de statut orthopédique sont les suivants:

Z89.23- 'Acquired absence of shoulder

Z89.52- 'Acquired absence of knee'

Z89.62- 'Acquired absence of hip'

Z96.6- 'Presence of orthopedic joint implants'

Code Z96.7 'Presence of other bone and tendon implants'

Z97.1- 'Presence of artificial limb (complete) (partial)'

Code Z98.1 'Arthrodesis status'

Les codes d'absence d'une articulation sont utilisés quand un patient est en attente d'insertion de prothèse articulaire. Dans un scénario habituel, en raison d'une infection, la prothèse est enlevée pour permettre au site de guérir et le patient est réadmis pour recevoir une nouvelle prothèse. Les **codes d'absence acquise** indiquent qu'une prothèse articulaire a été enlevée ; cependant, ils peuvent également être utilisés quand le contact actuel n'est pas lié à l'insertion de la nouvelle prothèse.

Utilisez le code Z47.32 'Aftercare following explantation of hip joint prosthesis' quand les soins de suivi concernent le placement d'une nouvelle prothèse de hanche à la suite d'un enlèvement antérieur.

Par exemple:

- Un patient développe une infection après un remplacement total de hanche gauche et est admis pour traitement chirurgical. La prothèse est enlevée. Un ciment imprégné d'antibiotique est appliqué. Lorsque l'infection est résorbée, le patient est réadmis six semaines plus tard pour l'enlèvement du ciment antibiotique avec remplacement de la prothèse totale de hanche par l'insertion d'une nouvelle prothèse métallique totale de la hanche.

Première hospitalisation :

T84.52XA 'Infection and inflammatory reaction due to internal left hip prosthesis, initial encounter' avec l'ajout d'un code pour indiquer l'infection.

Z96.642 'Presence of left artificial hip joint' est ajouté comme diagnostic secondaire

0SPB0JZ 'Removal of synthetic substitute from left hip joint, open approach, no qualifier'

0SHB08Z 'Insertion of spacer into left hip joint, open approach, no qualifier'

Deuxième hospitalisation :

Z47.32 'Aftercare following explantation of hip joint prosthesis'

0SPB08Z 'Removal of spacer from left hip joint, open approach'

0SRB01Z 'Replacement of left hip joint with metal synthetic substitute, open approach'

Les codes de soins de suivi sont toujours utilisés avec d'autres codes de soins de suivi ou de diagnostic pour fournir plus de détails sur la nature du contact de suivi, sauf disposition contraire dans la classification. La séquence des différents codes de soins de suivi dépend des circonstances du contact.

Par exemple:

- Un patient a été traité par prothèse de hanche totale pour coxarthrose droite. Il est actuellement en revalidation. On code: Z47.1 'Aftercare following joint replacement surgery' et Z96.641 'Presence of right artificial hip joint'. Chaque code fournit un élément d'information différent concernant les soins de suivi qui est nécessaire pour décrire complètement le contact.

10. LUXATIONS ET SUBLUXATIONS

Une luxation articulaire survient quand les os d'une articulation sont déplacés ou mal alignés et que les ligaments sont endommagés. Une subluxation est une luxation incomplète ou partielle. **Une luxation ou subluxation associée à une fracture est codée en tant que fracture**, et la réduction de la luxation est incluse dans le code de réduction de fracture.

Une luxation ou subluxation articulaire non associée à une fracture est classée dans les catégories suivantes:

- S03 Dislocation and sprain of joints and ligaments of head
- S13 Dislocation and sprain of joints and ligaments at neck level
- S23 Dislocation and sprain of joints and ligaments of thorax
- S33 Dislocation and sprain of joints and ligaments of lumbar spine and pelvis
- S43 Dislocation and sprain of joints and ligaments of shoulder girdle
- S53 Dislocation and sprain of joints and ligaments of elbow
- S63 Dislocation and sprain of joints and ligaments at wrist and hand level
- S73 Dislocation and sprain of joints and ligaments of hip
- S83 Dislocation and sprain of joints and ligaments of knee
- S93 Dislocation and sprain of joints and ligaments at ankle, foot, and toe level

Le premier axe de codage est le site général tel que la main ou le poignet, avec un 5^{ème} caractère indiquant un site plus spécifique tel qu'une luxation médio-carpienne du poignet ; le 6^{ème} caractère indique s'il y a subluxation ou luxation et la latéralité. Une plaie ouverte ou un traumatisme médullaire associé est codé séparément.

La réduction d'une luxation **non** associée à une fracture est codée à la section médico-chirurgicale sous l'intervention "Reposition", avec comme organe l'articulation traitée et non l'os comme c'est le cas lors de la réduction d'une **luxation ou subluxation avec fracture**.

11. TRAUMATISMES INTERNES DU THORAX, DE L'ABDOMEN ET DU BASSIN

Les traumatismes internes du thorax, de l'abdomen et du bassin sont classés dans les catégories S24-S27 et S34-S37. Toute plaie ouverte associée est codée séparément.

Par exemple :

- Traumatisme avec pneumothorax droit ouvert suite à une plaie à hauteur de la paroi thoracique frontale:
S27.0XXA 'Traumatic pneumothorax, initial encounter'
S21.311A 'Laceration without foreign body of right front wall of thorax with penetration into thoracic cavity, initial encounter'
- Perforation traumatique du jéjunum, contact initial:
S36.439A 'Laceration of unspecified part of small intestine, initial encounter'
- Contusion du myocarde, contact initial:
S26.91XA 'Contusion of heart, unspecified with or without hemopericardium, initial encounter'

Les codes de la sous-catégorie S37.0 'Injury of kidney' sont utilisés pour décrire une lésion interne du rein causée par un traumatisme.

12. TRAUMATISMES DES VAISSEAUX SANGUINS ET DES NERFS

Quand le traumatisme principal provoque des lésions mineures aux nerfs périphériques ou aux vaisseaux sanguins, le traumatisme principal est mentionné en premier lieu avec des codes complémentaires pour les traumatismes des nerfs et de la moelle épinière (comme la catégorie S04 'Injury of cranial nerve') et/ou les traumatismes des vaisseaux sanguins (comme la catégorie S15 'Injury of blood vessels at neck level'). Cependant, quand le traumatisme principal concerne un vaisseau sanguin ou un nerf, le code de ce traumatisme doit être mentionné en premier lieu.

Par exemple, une plaie ouverte de la paroi abdominale sans pénétration de la cavité péritonéale, mais avec rupture de l'aorte, est enregistrée avec comme premier code S35.00- 'Unspecified injury abdominal aorta', suivi du code complémentaire S31.109- 'Unspecified open wound of abdominal wall, unspecified quadrant without penetration into peritoneal cavity'.

13. PLAIES OUVERTES

Des plaies ouvertes telles que lacérations, piqûres, coupures, morsures d'animaux, avulsions et amputations traumatiques qui ne sont pas associées à des fractures sont codées séparément dans les catégories S01, S11, S21, S31, S41, S51, S61, S71, S81, et S91. Le 4^{ème} caractère apporte des précisions concernant la région anatomique. Les 5^{ème} et 6^{ème} caractères indiquent le type de plaie telle que lacération, piqûre, ou morsure ouverte, ainsi que la présence ou non de corps étranger. Tout traumatisme associé d'organe interne ou d'infection de plaie est codé séparément.

La cellulite et l'ostéomyélite surviennent parfois toutes deux comme complications de plaies ouvertes. La séquence des codes pour plaies ouvertes associées à ces infections majeures dépend des circonstances de l'admission. Il importe de déterminer si seule la plaie doit être traitée ou uniquement l'infection qui en résulte.

Par exemple:

- Un patient ayant fait une plaie ouverte de la main droite 6 semaines auparavant est examiné pour une ostéomyélite qui s'est développée. La plaie doit être traitée mais n'est pas le motif de l'admission. Ici, c'est l'ostéomyélite qui est le diagnostic principal avec les codes supplémentaires pour la plaie.
- Un patient victime d'une petite plaie par piqûre en début de semaine montre des signes de cellulite à hauteur de la piqûre. La plaie elle-même ne requiert aucune attention. Le motif de l'admission est la cellulite et la cellulite est le diagnostic principal.

14. AMPUTATIONS

Une amputation d'origine traumatique est classée dans les sous-catégories S08.1- à S08.8-, S28.1- à S28.2, S38.2, S48.0- à S48.9-, S58.0- à S58.9-, S68.0- à S68.7-, S78.0- à S78.9-, S88.0- à S88.9- et S98.0- à S98.9- et non parmi les plaies ouvertes. L'ICD-10-CM établit une distinction entre amputation traumatique complète

et partielle. **Une amputation non précisée comme complète ou partielle est codée comme une amputation complète.**

Par exemple:

- Amputation traumatique complète du bras à hauteur du coude:
S58.019- 'Complete traumatic amputation at elbow level, unspecified arm'
- Amputation traumatique partielle de l'avant-bras gauche:
S58.122- 'Partial traumatic amputation at level between elbow and wrist, left arm'
- Amputation traumatique complète de la jambe droite à hauteur du genou:
S88.011- 'Complete traumatic amputation at knee level, right lower leg'

Le terme "amputation" s'utilise également pour une intervention pouvant être réalisée pour toute une série de raisons autres que le traitement d'un traumatisme. Une amputation est réalisée soit par désarticulation soit par ostéotomie (section) de l'os.

Les interventions d'amputation sont classées dans l'ICD-10-PCS dans la section médico-chirurgicale, sous l'intervention de base "Detachment" (amputation). La valeur de l'organe est le site de l'amputation. Le cas échéant, des valeurs de qualificatif ('qualifier') sont attribuées pour préciser le niveau de l'amputation (« Detachment »). Les interventions d'amputation se rencontrent uniquement pour les régions anatomiques "X" (régions anatomiques, membres supérieurs) et "Y" (régions anatomiques, membres inférieurs), car les amputations sont réalisées sur les extrémités, à travers les différentes couches tissulaires (p. ex. peau, muscle, os). C'est pourquoi on ne peut coder un organe musculo-squelettique spécifique comme les os ou les articulations.

Les définitions des termes utilisés pour "Detachment" sont reprises dans le tableau sous-jacent.

Par exemple:

- Amputation du bras droit par désarticulation à hauteur du poignet:
0X6J0Z0 'Detachment at right hand, complete, open approach'
- Amputation du pied droit par désarticulation à hauteur de la cheville:
0Y6M0Z0 'Detachment of right foot, complete, open approach'
- Amputation médio-diaphysaire de la cuisse droite:
0Y6C0Z2 'Detachment at right upper leg, mid, open approach'
- Amputation de l'humérus droit au niveau de la diaphyse distale:
0X680Z3 'Detachment of right upper arm, low, open approach'

Définitions des termes utilisés comme qualificatifs pour l'intervention de base "Detachment" (amputation)

Organe	Définition du qualificatif (valeur)
Bras et cuisse	- Haut (1): amputation à hauteur de la partie proximale de la diaphyse de l'humérus ou du fémur - Médian (2): amputation à hauteur de la partie médiane de la diaphyse de l'humérus ou du fémur - Bas (3): amputation à hauteur de la partie distale de la diaphyse de l'humérus ou du fémur
Main et pied	- Complet: amputation de la totalité de la main/du pied (0) ou d'un rayon (4-8) à travers l'articulation carpo-métacarpienne/tarso-métatarsienne - Partiel: amputation n'importe où au niveau de la diaphyse ou de la tête du premier (9), deuxième (B), troisième (C), quatrième (D) ou cinquième (F) métacarpien/métatarsien
Pouce, doigt et orteil	- Complet (0): amputation à travers l'articulation métacarpo-phalangienne/ou métatarso-phalangienne - Haut (1): amputation n'importe où au niveau de la phalange proximale - Médian (2): amputation à travers l'articulation interphalangienne proximale ou n'importe où au niveau de la phalange médiane - Bas (3): amputation à travers l'articulation interphalangienne distale ou n'importe où au niveau de la phalange distale

P.S.: pour une désarticulation à hauteur du coude, de la hanche ou du genou, la valeur du qualificatif est "Aucun" (Z).

15. AUTRES TRAUMATISMES

Les traumatismes superficiels comme les contusions, les ampoules, les abrasions, les corps étrangers superficiels et les morsures d'insecte sont classés dans les catégories S00, S10, S20, S30, S40, S50, S60, S70, S80 et S90. Les 4^{ème} et 5^{ème} caractères renvoient à un site plus spécifique ou type de traumatisme. Le 6^{ème} caractère indique la latéralité. Quand ces traumatismes sont associés à un autre traumatisme majeur, tel qu'une fracture du même site, on n'ajoute habituellement pas un code pour ces traumatismes superficiels. Notez que le terme "superficial" (superficiel) ne se rapporte pas à la sévérité de la lésion, mais au caractère superficiel des structures atteintes.

La présence d'un corps étranger, entré dans le corps par un orifice naturel, est classée dans les catégories T15 à T19 'Effects of foreign body entering through natural orifice'. Quand le corps étranger est associé à une plaie pénétrante, il est codé comme une plaie ouverte, selon le site, avec corps étranger résiduel dans les tissus mous. Une esquille sans plaie ouverte est classée parmi les traumatismes superficiels selon la région

anatomique. Un corps étranger abandonné accidentellement dans la plaie opératoire au cours d'une intervention est considéré comme une complication d'intervention et est enregistré à l'aide du code T81.5-'. 'Complications of foreign body accidentally left in body following procedure'. Les codes de la série T15-T19 qui comprennent la cause externe ne nécessitent pas un code complémentaire de cause externe.

16. COMPLICATIONS PRÉCOCES D'UN TRAUMATISME

Certaines complications précoces de traumatisme qui ne sont pas comprises dans le code du traumatisme sont classées dans la catégorie T79 'Certain early complications of trauma, not elsewhere classified'. Le 4^{ème} caractère indique le type de complication traumatique tel qu'embolie gazeuse ou graisseuse, hémorragie et sérome secondaire ou récidivant secondaire, choc, anurie (syndrome de Crush), ischémie musculaire, emphysème sous-cutané ou syndrome des loges. Habituellement, les codes de la catégorie T79 sont mentionnés comme codes de diagnostic secondaire, avec le code du traumatisme en premier lieu.

La sous-catégorie T79.A- 'Traumatic compartment syndrome', classe le syndrome des loges consécutif à un traumatisme. Le syndrome des loges non traumatique est classé sous M79.A- 'Nontraumatic compartment syndrome'. Le syndrome des loges traumatique aigu est habituellement une séquelle d'un traumatisme grave des membres inférieurs ou supérieurs, de l'abdomen ou d'autres sites et peut entraîner un déficit moteur et/ou sensoriel significatif, une douleur, une raideur ou une déformation s'il n'est pas traité. Un syndrome des loges aigu traumatique est toujours associé à des fractures, luxations et/ou écrasements traumatiques. D'autres facteurs de risque de développement d'un syndrome des loges traumatique aigu sont les traumatismes vasculaires et les troubles de la coagulation (coagulopathies). Le diagnostic est établi par de multiples relevés de la pression dans la loge.

Le syndrome des loges traumatique est codé comme suit:

T79.A0	'Compartment syndrome, unspecified'
T79.A11	'Traumatic compartment syndrome of right upper extremity'
T79.A12	'Traumatic compartment syndrome of left upper extremity'
T79.A19	'Traumatic compartment syndrome of unspecified upper extremity'
T79.A21	'Traumatic compartment syndrome of right lower extremity'
T79.A22	'Traumatic compartment syndrome of left lower extremity'
T79.A29	'Traumatic compartment syndrome of unspecified lower extremity'
T79.A3	'Traumatic compartment syndrome of abdomen'
T79.A9	'Traumatic compartment syndrome of other sites'

EXERCICE 30.4

Codez les diagnostics suivants. Sans autre indication, partez de l'hypothèse qu'il s'agit du contact initial. N'attribuez pas les codes de cause externe.

1. Plaie de la paroi abdominale par <u>coup de poignard</u> , infectée	S31.119A L08.9
2. <u>Lacération</u> du pied gauche avec présence de corps étranger	S91.322A
3. <u>Amputation</u> traumatique du bras gauche au-dessus du coude	S48.112A
4. <u>Anurie</u> traumatique sur lésion traumatique du rein	S37.009A T79.5XXA

17. AUTRES EFFETS DE CAUSES EXTERNES

Les catégories T66 à T78 'Other and unspecified effects of external causes' classent les effets autres et non spécifiés de causes externes résultant d'une exposition à la chaleur et au froid et une variété d'autres affections dues à des causes externes qui ne sont pas classifiées ailleurs dans l'ICD-10-CM. Les codes de ces catégories ne sont pas attribués quand un code plus spécifique pour l'effet est disponible. Par exemple, une colite sur radiothérapie est codée K52.0 'Gastroenteritis and colitis due to radiation', car l'effet est identifié. Un diagnostic de complication de radiothérapie non spécifiée davantage et sans information complémentaire dans le dossier patient est codé dans la catégorie T66 'Radiation sickness, unspecified'. Le diagnostic de complication de la radiothérapie sans autre spécification et aucune autre information dans le dossier du patient est codé en fonction de la manifestation (par ex. anémie) avec le code supplémentaire Y84.2 "Radiological procedure and radiotherapy as the cause of abnormal reaction of the patient, or of later complication, without mention of misadventure at the time of the procedure".

Le code T68 est attribué pour l'hypothermie, sous réserve de quelques exceptions. Si l'hypothermie est due à une anesthésie, on utilise le code T88.51 'Hypothermia following anesthesie'. Quand l'hypothermie n'est pas due à une température ambiante basse, on attribue le code R68.0, 'Hypothermia not associated with low environmental temperature'. Un code complémentaire est utilisé pour identifier la source de l'exposition, comme une exposition à un froid excessif d'origine humaine (W93 'Exposure to excessive cold of man-made origin') ou naturelle (X31 'Exposure to excessive natural cold').

Trois codes existent pour l'hypothermie du nouveau-né : P80.0 'Cold injury syndrome', P80.8 'Other hypothermia of newborn' et P80.9 'Hypothermia of newborn, unspecified'.

La catégorie T78 'Adverse effect not elsewhere classified' est utilisée pour classer une variété d'effets secondaires tels que les chocs ou réactions anaphylactiques, les allergies alimentaires, les œdèmes angioneurotiques, les allergies non spécifiées et le phénomène d'Arthus.

L'anaphylaxie est une réaction immunologique qui affecte de nombreux organes. Les réactions peuvent varier de légères – urticaire, démangeaison, gonflement des yeux et des lèvres et une certaine congestion –, à

graves, mettant la vie en danger, avec obstruction des voies aériennes et collapsus cardiovasculaire. Le choc survient lorsqu'il y a une perte massive de liquide du système circulatoire dans les tissus.

Le choc anaphylactique résultant de la consommation d'**aliments** est codé T78.0 'Anaphylactic reaction due to food' avec un 5^{ème} caractère indiquant le type d'aliment. Les codes de la sous-catégorie T78.0- sont utilisés tant pour la réaction anaphylactique que pour le choc anaphylactique dus à une allergie alimentaire.

Par exemple:

- Un patient souffrant d'allergie connue aux noix se présente aux urgences avec des sibilances et de l'urticaire. On diagnostique une réaction anaphylactique due à des biscuits contenant des noix. Le code est T78.05XA 'Anaphylactic shock due to tree nuts and seeds, initial encounter'.

Le choc anaphylactique dû à des **médicaments administrés correctement** est classé dans la sous-catégorie T88.6- 'Anaphylactic shock due to adverse effect of correct drug or medicament properly administered', suivi d'un code de la série T36 à T50 'Poisoning by, adverse effects and underdosing of drugs, medicaments and biological substances', avec la valeur "5" pour le 5^{ème} ou 6^{ème} caractère pour identifier le médicament.

Les codes de la sous-catégorie T80.5, 'Anaphylactic reaction due to serum', décrivent les réactions allergiques au sérum y compris les transfusions sanguines, les vaccins et l'administration d'un autre sérum. Les autres réactions sériques dues à l'administration de sang et de produits sanguins, de vaccins et d'autres sérums sont classées dans la sous-catégorie T80.6 'Other serum reactions'.

Quand la réaction anaphylactique est due à l'**usage incorrect** d'un médicament, d'une substance médicinale ou biologique ou d'un produit toxique principalement non médicinal, le choc anaphylactique est codé comme un empoisonnement, avec le code d'empoisonnement mentionné en premier lieu et un code complémentaire T78.2- 'Anaphylactic shock, unspecified' pour indiquer la réaction.

EXERCICE 30.5

Codez les diagnostics suivants et attribuez le code de cause externe. Sans autre indication, partez de l'hypothèse qu'il s'agit du contact initial.

1. Symptômes de <u>coup de chaleur</u> dû à une déplétion en sel et en eau	<u>T67.4XXA</u>
2. <u>Engelures</u> de tous les orteils, dues à une <u>exposition</u> au froid	<u>T33.831A</u> T33.832A X31.XXXA
3. Cataracte liée à une exposition excessive à des micro-ondes	<u>H26.8</u> W90.8XXA
4. <u>Réaction</u> anaphylactique sur ingestion de cacahuètes	T78.01XA

18. SÉQUELLES DE TRAUMATISMES

Lors du codage de séquelles de traumatisme, la pathologie résiduelle ou la séquelle spécifique (telle qu'une cicatrice, une déformation ou une paralysie) est mentionnée en premier lieu, suivie du code du traumatisme avec un 7^{ème} caractère de valeur "S" de séquelle. Un 7^{ème} caractère de valeur « S » est également attribué pour le code de la cause externe du traumatisme. On n'utilise jamais un code de traumatisme initial associé à un code de séquelle pour le même type de traumatisme.

EXERCICE 30.6

Codez les diagnostics suivants et attribuez également les codes de cause externe. Appliquez la règle du diagnostic principal dans le cas de séquelles.

1. <u>Paralysie</u> du poignet droit suite à un <u>traumatisme</u> antérieur accidentel du nerf radial droit	G56.31 S64.21XS X58.XXXS
2. <u>Sténose</u> de l'œsophage suite à une <u>brûlure</u> caustique de celui-ci	K22.2 T54.3X1S T28.6XXS
3. Pseudarthrose d'une fracture du col du fémur gauche suite à une <u>bagarre dans un bar</u> 3 mois auparavant	S72.002K Y04.0XXD
4. <u>Cicatrices</u> posttraumatiques de la joue dues à un ancien <u>accident</u>	L90.5 S01.409S X58.XXXS

EXERCICE 30.7

Codez les diagnostics et les interventions qui suivent. Sans autre indication, partez de l'hypothèse qu'il s'agit du contact initial. Attribuez également les codes de cause externe là où l'information est disponible.

1. <u>Luxation</u> antérieure de l'épaule gauche Chute de cheval Monitrice d'équitation <u>Réduction</u> externe de la luxation	S43.015A V80.010A Y93.52 Y99.0 0RSKXZZ
2. <u>Fracture</u> luxation avec déplacement de l'humérus gauche à hauteur du col chirurgical Victime d'une avalanche pendant des vacances de ski en montagne <u>Réduction</u> ouverte avec fixation interne par broches et vis de Rush	S42.212A X36.1XXA Y92.838 Y93.23 Y99.8 0PSD04Z
3. <u>Fracture</u> de Colles droite Chute depuis une chaise à la maison <u>Réduction</u> fermée avec plâtre (externe)	S52.531A W07.XXXA Y92.099 Y99.8 0PSHXZZ

4. <u>Fracture</u> intracapsulaire du col du fémur droit Chute en patins à roulettes <u>Réduction</u> fermée avec insertion percutanée d'un clou de Smith-Petersen	<u>S72.011A</u> V00.111A Y93.51 Y99.8 0QS634Z
5. <u>Fracture</u> fermée de la partie supérieure de la diaphyse fémorale droite Fracture fermée de l'os iliaque gauche <u>Embolie</u> graisseuse posttraumatique Motocycliste ayant perdu le contrôle de son véhicule sur une autoroute (<u>Loss of control</u>) <u>Réduction</u> ouverte avec fixation par plaque et vis du fémur droit (partie supérieure) <u>Traction</u> squelettique pour la fracture de l'os iliaque	<u>S72.301A</u> S32.302A T79.1XXA V28.4XXA Y92.411 0QS604Z 2W67X0Z
6. <u>Fracture</u> de la base du crâne avec hématome sous-dural droit sans perte de conscience Chute lors d'un saut en parachute en chute libre au cours d'un exercice militaire	<u>S02.101A</u> S06.5X0A <u>V97.29XA</u> Y99.1
7. <u>Raccourcissement</u> posttraumatique du radius gauche Séquelle d'une ancienne fracture complexe de l'extrémité distale de l'avant-bras gauche Fracture causée par une collision avec une motoneige	M21.734 S52.502S V86.92XS
8. <u>Rupture</u> traumatique de la rate Contusion sévère du rein gauche Choc traumatique Patient (fermier) <u>pris</u> dans une grosse machine agricole à la ferme Urographie (IVP) avec produit de contraste de faible osmolarité Splénectomie laparoscopique	<u>S36.09XA</u> S37.022A T79.4XXA W30.9XXA Y92.79 Y99.0 BT141ZZ 07TP4ZZ
9. <u>Contusion</u> du cortex cérébral ; patient décédé des suites du traumatisme cérébral sans reprendre conscience. Chute depuis le balcon d'une tour d'observation lors de la visite d'un gratte-ciel	<u>S06.2XZA</u> W13.0XXA Y92.29 Y93.89 Y99.8
10. Femme présentant des contusions multiples sur le thorax. Cas confirmé de <u>maltraitance</u> de la femme par son mari	S20.219A <u>T74.11XA</u> Y04.0XXA Y07.01
11. <u>Lésion</u> cérébrale anoxique sur ancien traumatisme intracrânien avec perte de conscience 3 ans auparavant Le patient promenait le long de l'autoroute lorsqu'il a été victime à l'époque d'une collision par une voiture.	G93.1 <u>S06.9X9S</u> V03.90XS

12. Admission d'un enfant de trois ans pour examen sur suspicion de maltraitance physique. Le frère aîné a déclaré que l'enfant a été fortement secoué par le beau-père, d'où mise en observation préconisée. Après évaluation, examen et interrogatoire, on conclut que le jeune enfant n'a pas été victime de maltraitance.	Z04.72

1. INTRODUCTION

Les codes des catégories T20 à T32 'BURNS AND CORROSIONS' sont attribués pour toutes les brûlures thermiques et les corrosions causées par des substances caustiques.

L'ICD-10-CM fait la distinction entre les BRULURES et les CORROSIONS.

Les codes de brûlures 'burns' sont utilisés pour les brûlures résultant de la combustion thermique, qui est liée à une source de chaleur (à l'exception des coups de soleil). Les brûlures peuvent être causées par le contact avec des objets chauds, le feu, les liquides chauds et la vapeur, l'air chaud ou les gaz chauds, le frottement, la foudre, le courant électrique et la chaleur émise par rayonnement (par exemple en cas d'explosion).

Les brûlures provoquées par des agents chimiques, tels que les acides, les bases, les caustiques, et la chaux, sont classées comme « CORROSIONS ».

Les directives de codage pour 'BRULURES' et 'CORROSIONS' sont identiques.

Un certain nombre d'autres blessures, qui parfois sont désignées comme « brûlures » ne sont pas classées dans les catégories T20-T32. Cela concerne les affections cutanées causées par les radiations (soleil, bancs solaires, rayons ultraviolets, radiothérapie, etc.). Ces affections se trouvent dans le chapitre 12 'Diseases of the skin and subcutaneous tissues' sous la section L55-L59 'Radiation-related disorders of the skin and subcutaneous tissue'.

Les brûlures qui ne cicatrisent pas et les nécroses de peau brûlée sont codées comme des brûlures aiguës (catégories T20 à T28, 7^e caractère « A » pour le contact initial ou « D » pour un contact ultérieur). Les séquelles (telles que les cicatrices ou les contractures) qui persistent après cicatrisation de la brûlure sont classées comme séquelle (catégories T20 à T28, 7^e caractère « S » pour séquelle). Comme les brûlures cicatrisent à différentes vitesses, un patient peut avoir à la fois des brûlures cicatrisées et non cicatrisées pendant le même épisode de soins. Pour cette raison, il est possible d'utiliser des codes de brûlure « actuelle » ainsi que des codes de séquelle dans le même enregistrement.

2. SITE ANATOMIQUE DE LA BRÛLURE

Le premier axe de classification des brûlures est le site anatomique général, dont les 5^e et 6^e caractères indiquent un site plus spécifique comme suit :

T20-T25	Burns and corrosions of external body surface, specified by site
T26-T28	Burns and corrosions confined to eye and internal organs
T30-T32	Burns and corrosions of multiple and unspecified body regions

En cas de brûlures sur différents sites, on attribue un code pour chaque site.

Les codes de brûlures avec localisations multiples (par exemple, T20.39- 'Burn of third degree of multiple sites of head, face, and neck') et les codes de la catégorie T30 'Burns classified according to extent of body surface involved' ne peuvent être utilisés que quand les différents sites de brûlure ne sont pas suffisamment précis dans le dossier médical.

La catégorie T30 'Burn and corrosion, body region unspecified' est extrêmement vague et ne devrait être que rarement utilisée.

3. PROFONDEUR DES BRULURES

Pour les catégories T20 à T25, le 4^e caractère indique le type de brûlure ou de corrosion selon la profondeur ou le degré, comme suit :

- 1^{er} degré (lésions de l'épiderme, rougeur, érythème)
- 2^e degré (lésions d'une portion du derme, vésicules)
- 3^e degré (lésions sur toute l'épaisseur de la peau)

3.1 Brûlures du premier degré

Les lésions résultant des brûlures du premier degré se limitent aux couches superficielles de l'épiderme, avec rougeur (érythème) et augmentation de la sensibilité. Les brûlures du premier degré ont une bonne vascularisation capillaire et ne représentent pas un traumatisme significatif en termes de besoins de remplacement liquidien.

3.2 Brûlures du second degré

Les brûlures du second degré correspondent à un traumatisme d'une portion du derme, qui peut être soit superficiel soit profond. Une brûlure profonde du second degré cicatrise beaucoup plus lentement qu'une brûlure du premier degré et s'infecte plus fréquemment. Les brûlures du second degré peuvent laisser des cicatrices hypertrophiques.

3.3 Brûlures du troisième degré

Dans les brûlures du troisième degré, il y a destruction de l'épiderme et de tout le derme, la barrière dermique est perdue. La présence de tissu nécrotique crée une perte de volumes liquidiens avec effets systémiques sur les capillaires bien au-delà du site de la brûlure. De plus, le site de la brûlure constitue un bouillon de culture idéal pour des infections pouvant mettre la vie en danger. L'apport sanguin constitue le facteur critique de la cicatrisation des brûlures du troisième degré. Les zones riches en apport sanguin, telles que les follicules pileux et les glandes sudoripares, ont de meilleures chances de réépithélialisation. Les brûlures profondes du troisième degré se caractérisent par une nécrose sous-jacente avec thrombose des vaisseaux. Les codes pour les brûlures du troisième degré ne peuvent être utilisés que si le médecin mentionne explicitement le diagnostic.

Les brûlures de l'œil et des organes internes (T26 à T28) sont classées par site et non par degré.

4. SEQUENCE DES CODES DE BRULURES / CORROSIONS ET PATHOLOGIES QUI Y SONT LIEES

Si, sur le même site anatomique de la même moitié du corps, il y a brûlure ou corrosion de différents degrés, on mettra un seul code de la subcatégorie avec le plus haut degré. Une brûlure du troisième degré a la préséance sur une brûlure du deuxième degré qui, elle, a la préséance sur une brûlure du premier degré.

Par exemple, des brûlures des premier et second degrés de la jambe sont codées comme brûlures du second degré du membre inférieur (T24.209- 'Burn of second degree of left lower leg') ; on n'ajoute pas de code supplémentaire pour une brûlure du 1° degré de la jambe gauche.

Lors du codage de brûlures multiples, mentionnez en premier lieu le code indiquant la brûlure de degré le plus élevé (la plus sévère), avec des codes additionnels pour les brûlures des autres sites. Par exemple, un patient est admis pour brûlure du troisième degré de la jambe gauche et des brûlures des premier et second degrés de l'avant-bras gauche. On attribuera les codes suivants:

T24.332-	Burn of third-degree of left lower leg
T22.212-	Burn of second degree of left forearm

Si un patient présente à la fois des brûlures internes et externes, les circonstances de l'admission détermineront le diagnostic principal.

Quand un patient est admis pour brûlures et d'autres pathologies qui y sont liées telles qu'une inhalation de fumée et/ou une insuffisance respiratoire, ce sont les circonstances de l'admission qui détermineront le choix du diagnostic principal.

Les codes pour les corrosions requièrent qu'un code des catégories T51 à T65 'Toxic effects of substances chiefly nonmedicinal as to source' soit attribué en premier lieu pour identifier le produit chimique.

5. VALEURS DU 7^{EME} CARACTERE

Les catégories T20 à T28 requièrent l'utilisation d'un 7^e caractère prenant les valeurs suivantes:

A	Initial encounter (contact initial)
D	Subsequent encounter (contact ultérieur)
S	Sequela (séquelle)

La valeur « A » (contact initial) est utilisée pour le 7^e caractère quand le patient reçoit un traitement actif pour la brûlure. Des exemples de traitement actifs sont les soins de plaie, les traitements chirurgicaux, l'admission et l'évaluation d'urgence ainsi que le suivi des blessures actuelles.

Parfois, un patient est vu par un nouveau (différent) médecin de santé au cours du traitement. Dans ces circonstances, l'attribution du 7^{ème} caractère est basée sur le traitement - s'agit-il de la suite du traitement actif ou non? - et non pas sur le fait que le médecin voit le patient pour la première fois.

La valeur « D » (contact ultérieur) est utilisée pour le 7^e caractère pour les contacts qui ont lieu après que le patient ait reçu le traitement actif du traumatisme et qu'il reçoit des soins de routine pour le traumatisme durant la phase de cicatrisation ou de convalescence. Pour les soins de suivi d'une brûlure, on attribue le code du traumatisme aigu avec un 7^e caractère « D » (contact ultérieur). Des exemples de soins de routine sont les ajustements médicamenteux et les autres soins de suivi qui suivent le traitement du traumatisme. Les codes Z de soins de suivi ne devraient pas être utilisés pour les soins de suivi des brûlures. Dans ce cas, on utilise le code pour la brûlure aiguë, assorti d'un 7^e caractère « D ».

La valeur « S » (séquelle) est d'usage pour les contacts liés aux lésions résiduelles qui apparaissent au terme de la phase aiguë comme conséquence directe du traumatisme, comme la formation de cicatrices ou rétractions (brides cicatricielles) après une brûlure; les cicatrices sont des séquelles de brûlure. Lors de l'utilisation de la valeur « S », il est nécessaire d'utiliser à la fois le code de la brûlure qui a entraîné la séquelle et le code de la séquelle lui-même. La valeur « S » est ajoutée uniquement au code de la brûlure à l'origine du traumatisme, et non au code de séquelle. Le type spécifique de la séquelle (par ex. cicatrice) est mentionné en premier lieu, suivi du code du traumatisme assorti de la valeur « S » en 7^e caractère.

Notez qu'utiliser le code Z41.1 'Encounter for cosmetic surgery' est inapproprié pour les patients brûlés admis pour correction de tissu cicatriciel, de contracture cutanée ou d'autres séquelles. Pour ces patients, on code la pathologie à traiter.

6. EXTENSION DES BRULURES

Les catégories T31 'Burns classified according to extent of body surface involved' et T32 'Corrosions classified according to extent of body surface involved' classent les brûlures et les corrosions selon l'étendue de la surface corporelle atteinte. Le 4^e caractère spécifie le pourcentage total de la surface corporelle concernée par tous les types de brûlures (T31) ou de corrosions (T32), y compris les brûlures du 3^e degré. Le 5^e caractère indique le pourcentage de surface concernée uniquement par les brûlures du 3^e degré. Comme le 4^e caractère fait référence à la totalité de la surface corporelle brûlée, le 5^e caractère ne peut jamais être plus grand que la surface totale.

Par exemple, dans le code T31.73, le 4^e caractère indique que 70 à 79% de la surface corporelle sont concernés par un certain type de brûlure; le 5^e caractère spécifie que 30-39% de la surface corporelle a des brûlures du 3^e degré et ne pourra jamais faire état d'une brûlure de plus de 79%.

Le 5^{ème} caractère « 0 » sera attribué quand moins de 10% de la surface corporelle est concernée par une brûlure du 3^e degré ou lorsqu'il n'y a pas de brûlure du 3^e degré.

L'extension de la surface concernée par une brûlure est un facteur pronostique important et permet aux centres des grands brûlés d'évaluer la prise en charge des patients et de collecter des données statistiques. Quand plus de 20% de la surface corporelle est concernée par des brûlures du 3^e degré, il est conseillé d'attribuer un code additionnel de la catégorie T31. Les centres des grands brûlés utilisent parfois un code de

la catégorie T31 comme seul code pour beaucoup de leurs patients car ils présentent des brûlures tellement étendues et sévères concernant plusieurs sites qu'il est difficile de les coder individuellement.

Les catégories T31 et T32 sont basées sur la « règle des neufs » classique pour estimer la surface concernée par la brûlure. Les médecins peuvent modifier les pourcentages attribués pour la tête et le cou des nourrissons et des petits enfants car les jeunes enfants ont proportionnellement des têtes plus grandes que les adultes. Le pourcentage peut également être modifié pour les adultes en fonction de leurs proportions.

La règle des neufs subdivise le corps de la façon suivante:

Tête et cou	9%
Chaque bras	9%
Chaque jambe	18%
Partie antérieure du tronc	18%
Partie postérieure de tronc	18%
Organes génitaux	1%

Par exemple, en se basant sur cette règle, le médecin peut calculer que les brûlures du 1^{er} degré concernent 9% de la surface, que les brûlures du 2^e degré concernent 18% et que celles du 3^e degré concernent 36%. Si on additionne celles-ci, 63% de la surface est concernée par l'ensemble des brûlures. Il faut alors attribuer le code T31.63 (Brûlures sur un total de 60 à 69% de la surface corporelle, avec 30 à 39% de brûlures du 3^e degré).

On n'attend pas des codeurs qu'ils calculent l'étendue de la surface mais comprendre la règle des neufs peut aider le codeur à savoir à quel point les brûlures sont étendues et s'il faut demander des informations complémentaires au médecin.

7. B RULURE SOLAIRE

Les brûlures solaires (coups de soleil) et les brûlures par d'autres rayons ultraviolets sont classées dans le chapitre 12 'Diseases of Skin and Subcutaneous Tissue' du manuel de codage ICD-10-CM.

La catégorie L55 'Sunburn' comporte des codes pour les brûlures solaires aiguës dues aux rayons ultraviolets du soleil : pour le 1^{er} degré (L55.0), le 2^e degré (L55.1), le 3^e degré (L55.2), pour un degré non spécifié (L55.9). Les autres altérations cutanées dues au soleil (autres que les coups de soleil) ou dues à des sources de rayons ultraviolet autres que le soleil, comme les bancs solaires, sont classées à la catégorie L56 'Other acute skin changes due to ultraviolet radiation'

Les altérations cutanées dues à l'exposition de longue durée au rayonnement UV indépendamment de la source (soleil ou autres sources) sont classés dans la catégorie L57 'Skin changes due to chronic exposure to nonionizing radiation'.

8. CAUSES EXTERNES DE BRULURES

Les codes de causes externes, incluant les codes des catégories Y92 'Place of occurrence of the external cause' sont attribués pour les brûlures et les corrosions, comme indiqué au chapitre 30 de ce manuel qui couvre les autres traumatismes.

Les catégories de causes externes qui suivent doivent être utilisées pour rapporter la source et l'intention :

X00-X08	Exposure to smoke, fire and flames (unintentional)
X10-X19	Contact with heat and hot substances (unintentional)
X75	Intentional self-harm by explosive material
X76	Intentional self-harm by smoke, fire and flames
X77	Intentional self-harm by steam, hot vapors and hot objects
X96	Assault by explosive material
X97	Assault by smoke, fire and flames
X98	Assault by steam, hot vapors and hot objects

9. TRAUMATISMES ET MALADIES ASSOCIEES

Quand une brûlure est décrite comme infectée, on code à la fois la brûlure et l'infection. Le code de la brûlure est mentionné en premier lieu, suivi d'un ou plusieurs code(s) additionnel(s) pour l'infection. Par exemple:

Brûlure du second degré de la paroi abdominale infectée par du staphylocoque, contact initial

T21.22XA 'Burn of second degree of abdominal wall, initial encounter'

L08.89 'Other specified local infections of the skin and subcutaneous tissue'

B95.8 'Unspecified staphylococcus as the cause of diseases classified elsewhere'

D'autres blessures se produisent souvent avec des brûlures et d'autres conditions sont parfois causées par des brûlures. Voici quelques exemples:

- L'inhalation de fumée est un phénomène fréquent chez les patients souffrant de brûlures résultant de produits combustibles (catégorie T59 'Toxic effect of other gases, fumes and vapors'). C'est causé par l'inhalation ou l'exposition à des produits de combustion gazeux chauds et peut causer des complications respiratoires sévères.

Le code J68.9 'Unspecified respiratory condition due to chemicals, gases, fumes and vapors' est attribué pour l'inhalation de fumées et vapeurs chimiques.

Lorsque l'inhalation de fumée n'est pas spécifiée, le code J70.5 'Respiratory conditions due to smoke inhalation' est utilisé. Utilisez un code supplémentaire pour identifier toute affection respiratoire associée, par exemple une insuffisance respiratoire aiguë. Quand un patient se présente avec des brûlures et d'autres pathologies qui y sont liées, telles qu'une inhalation de fumée ou une insuffisance respiratoire, ce sont les circonstances de l'admission qui détermineront le choix du diagnostic principal.

Par exemple :

Un enfant sauvé d'une maison en feu n'a pas de brûlure évidente mais de la suie est présente autour de la bouche et du nez. Le patient est intubé et ventilé pour moins de 48h car il y a un risque d'œdème des voies aériennes dû à la fumée. Le médecin diagnostique une inhalation de fumée.

Le codage correct est le suivant :

T59811A 'Toxic effect of smoke, accidental (unintentional), initial encounter'

J70.5 'Respiratory conditions due to smoke inhalation'

X00.1XXA 'Exposure to smoke in uncontrolled fire in building or structure, initial encounter'

0BH17EZ 'Insertion of endotracheal airway into trachea, via natural or artificial opening'

5A1945Z 'Respiratory ventilation, 24-96 consecutive hours'

- Les brûlures électriques, telles que celles causées par les fils à haute tension, peuvent causer des arythmies ventriculaires (I49.- 'Other cardiac arrhythmias') qui requièrent une prise en charge immédiate.
- Certains composants du plastique peuvent produire du cyanure d'hydrogène (HCN). L'effet toxique du cyanure d'hydrogène est codé T57.3- 'Toxic effect of hydrogen cyanide'.
- Un choc traumatique (T79.4- 'Traumatic shock') est souvent présent à l'admission ou peut survenir plus tard.

Les pathologies préexistantes comme des maladies cardiovasculaires (angor, insuffisance cardiaque, maladies valvulaires,...), de l'asthme, BPCO, un ulcère gastrique, une colite ulcéreuse, le diabète, l'alcoolisme, une maladie du rein,... peuvent également avoir un impact sur le pronostic du patient brûlé et la prise en charge des soins.

Ces affections doivent être codées en diagnostics secondaires.

EXERCICE 31.1

Codez les diagnostics suivants, sans les codes de cause externe. Sans autre précision, partez du principe que les incidents sont des contacts initiaux.

1 Brûlure du premier degré de la jambe gauche et brûlures du second degré du pied gauche, survenues en ajoutant du bois dans un feu de joie à la plage pendant les vacances	<u>T25.222A</u> T24.132A
2 Brûlures du 1 ^{er} degré de la face et des deux yeux, notamment de la cornée, des paupières, du nez, des joues et des lèvres, dues à de la soude renversée accidentellement au domicile	<u>T54.3X1A</u> T26.51XA T26.52XA T26.61XA T26.62XA T20.52XA T20.54XA T20.56XA
3 Brûlures sur 38% de la surface corporelle, dont 10% de brûlures du 3 ^e degré et 28% du 2 ^e degré. Pompier professionnel brûlé dans un feu de forêt.	<u>T31.31</u>

4 Brûlure de la cornée gauche par de l'acide nitrique.	<u>T54.2X1A</u> <u>T26.62XA</u>
5 Contact ultérieur pour brûlures du dos des 1 ^{er} et 2 ^e degrés qui ne cicatrisent pas. Accident survenu 5 semaines auparavant quand les vêtements du patient ont pris feu dans sa cuisine.	<u>T21.24xD</u>
6 Brûlures des 1 ^{er} et 2 ^e degrés du pouce et de 2 doigts de la main droite, chez un employé du secteur alimentaire qui s'est brûlé en cuisinant dans la cuisine de la maison de repos. Premier contact.	<u>T23.241A</u>
7 Employé de ferme admis en choc sévère dû à des brûlures du 3 ^e degré du dos survenues lors d'un feu de grange non contrôlé. 1 ^{er} contact.	<u>T21.34XA</u> <u>T79.4XXA</u>
8 Brûlure des 1 ^{er} , 2 ^e et 3 ^e degrés; 10% au 1 ^{er} degré, 15% au 2 ^e degré et 32% au 3 ^e degré (sur le tronc). Membre d'équipage d'un bateau dont le boiler a explosé.	<u>T21.30XA</u> <u>T31.53</u>
9 Brûlures sévères par le soleil de la face, du cou et des épaules, le patient a passé la plupart de la journée à la plage.	<u>L55.9</u>
10 Brûlure par friction infectée de la cuisse gauche due à une brûlure par corde en faisant du ski nautique pieds nus au lac de Berryessa	<u>T24.012A</u> <u>L08.89</u>
11 Brûlures du 1 ^{er} degré du dos de la main gauche causées par de l'eau très chaude sortant d'un robinet de la maison que le patient visitait.	<u>T23.162A</u>
12 Brûlures superficielles (dermatitis) de la face et du thorax causées par le banc solaire.	<u>L56.8</u>
13 Brûlure bilatérale de la cornée lors de l'utilisation d'une lampe à souder.	<u>H16.133</u>

Chapitre 32:

EMPOISONNEMENTS, EFFETS TOXIQUES, EFFETS SECONDAIRES ET SOUS-DOSAGES DE MÉDICAMENTS

1. INTRODUCTION

Les pathologies dues à des substances médicinales et biologiques sont classées dans les catégories T36 à T50 "Poisoning by, adverse effects of and underdosing of drugs, medicaments and biological substances". Les codes de ces catégories sont des codes combinés qui spécifient à la fois la substance responsable et s'il s'agit d'un empoisonnement, (avec précision des circonstances, accidentelle ou volontaire), d'un effet secondaire ("adverse effect"), ou d'un sous-dosage. Ces éléments sont précisés par le cinquième ou sixième caractère:

1. Poisoning, accidental (unintentional) – Empoisonnement accidentel (non intentionnel)
2. Poisoning, intentional self-harm – Empoisonnement, automutilation intentionnelle
3. Poisoning, assault – Empoisonnement, agression
4. Poisoning, undetermined – Empoisonnement non spécifié
5. Adverse effect – Effet secondaire
6. Underdosing – Sous-dosage

Les effets toxiques de substances non médicinales sont classés dans les catégories T51 à T65 (« Toxic effects of substances chiefly nonmedicinal as to source »). Tout comme pour les catégories T36 à T50 ("Poisoning by, adverse effects of and underdosing of drugs, medicaments and biological substances"), les codes des catégories T51 à T65 sont des combinaisons qui spécifient la substance responsable ainsi que les circonstances d'administration (par exemple, accidentel). Cependant, les notions d'effets secondaires et de sous-dosage ne sont pas d'application dans ces catégories.

Comme pour les autres catégories du chapitre 19 de l'ICD-10-CM, les codes des catégories T33 à T65 nécessitent un septième caractère : « A » pour contact initial, « D » pour contact après traitement, et « S » pour séquelles. Ces valeurs sont décrites en détail dans le chapitre 30 du présent manuel.

Une pathologie est qualifiée d'effet secondaire (« adverse effect ») quand une substance est correctement administrée selon les règles de prescription. Si la substance est employée de manière incorrecte, il s'agit alors d'un empoisonnement (« poisoning »), codé avec pour cinquième ou sixième caractère les valeurs 1 à 4, selon les circonstances de l'empoisonnement (par exemple, accidentel).

Une pathologie classée comme effet secondaire peut avoir la même présentation clinique qu'un empoisonnement et être due à la même substance. Le choix entre « effet secondaire » et « empoisonnement » dépend de la manière dont la substance a été utilisée, c'est à dire dans un but thérapeutique ou non.

L'usage de médicaments à des doses ou à des fréquences inférieures à la prescription n'est pas codé comme un empoisonnement, mais comme un sous-dosage (« underdosing »).

Lorsqu'un médicament a été correctement prescrit et administré, le code de la nature de l'effet secondaire sera d'abord codé, suivi d'un ou de plusieurs codes additionnels pour l'effet secondaire du médicament (T36-T50, avec un 5e ou 6e caractère "5" - exemple : T36.0X5 'Effet secondaire des pénicillines').

Des effets secondaires peuvent survenir, allant d'effets mineurs et temporaires à des dommages importants et parfois permanents. On peut citer les exemples suivants : rash cutané, tachycardie, confusion mentale, hémorragies digestives, vomissements, hépatites, insuffisance rénale, insuffisance respiratoire.

Quand la manifestation résulte de l'interaction de deux médicaments ou plus, chacun étant administré de façon appropriée, elle est codée comme un effet secondaire, et chaque médicament est codé individuellement, sauf si un code de combinaison figure dans la Table des Médicaments et Substances chimiques.

Quand la pathologie est le résultat d'une intoxication, le code d'intoxication (par exemple T36.0X1- 'Poisoning by penicillins, accidental (unintentional)') est codé en premier, suivi des codes supplémentaires pour toutes les manifestations. Les codes d'intoxication (ou d'empoisonnement) mentionnent les circonstances de l'intoxication, ce qui sert de base à leur sélection. Quand les circonstances de l'intoxication ne sont pas mentionnées, on doit alors attribuer le code désignant une intoxication accidentelle. Les codes pour 'intoxication non déterminée' sont réservés aux cas où il est clairement mis dans le dossier que l'intention de l'intoxication n'a pas pu être déterminée.

Exemples de diagnostic d'un coma dû à l'usage de codéine:

- Coma sur empoisonnement accidentel à la codéine
T40.2X1A "Poisoning by other opioids, accidental (unintentional), initial encounter"
R40.20 "Unspecified coma"
- Coma sur tentative de suicide à la codéine
T40.2X2A "Poisoning by other opioids, intentional self-harm, initial encounter"
R40.20 "Unspecified coma"
- Coma sur overdose de codéine, cause inconnue
T40.2X4A "Poisoning by other opioids, undetermined, initial encounter"
R40.20 "Unspecified coma"

S'il y a également diagnostic d'un abus de la substance ou d'une dépendance à celle-ci, l'abus ou la dépendance doivent aussi être codés.

Dans la mesure où les codes des catégories T36 à T65 incluent à la fois les substances responsables et la cause externe, aucun code complémentaire de cause externe n'est requis pour ces codes. Cependant, si les circonstances d'un sous-dosage sont connues, un code de cause externe doit être utilisé pour mentionner l'échec de dosage durant une procédure médicale ou chirurgicale (Y63.6-Y63.9) ou le sous-dosage du traitement médicamenteux du patient (Z91.12- ou Z91.13-).

Les effets indésirables de médicaments correctement prescrits et administrés (toxicité, réaction synergique, effet indésirable, et réaction idiosyncrasique) peuvent être dus à :

- Des facteurs propres au patient (âge, sexe, pathologies, facteurs génétiques)
- Des facteurs propres au médicament (type de médicament, voie d'administration, durée de prescription, dose, biodisponibilité).

Les conséquences de substances dangereuses ingérées ou entrant en contact avec le patient sont classées comme des effets toxiques. La plupart sont regroupés dans les catégories T51 à T65 (« Effets toxiques de substances non médicinales »).

S'il ne s'agit que d'un contact ou d'une exposition présumée à des substances toxiques sans symptôme d'intoxication, le code Z de la catégorie appropriée, par exemple Z77-, « Other contact with and (suspected) exposures hazardous to health » est utilisé.

Voici des exemples :

T57.2X1-	"Chronic manganese toxicity"
T57.0X1-	"Toxicity due to exposure to arsenical pesticide"
Z77.090	"Contact with and (suspected) exposure to asbestos"

Les codes d'effets toxiques doivent être mentionnés en premier, suivis par les codes appropriés pour identifier toutes les manifestations cliniques de l'intoxication, comme les manifestations respiratoires dues à des agents externes (J60-J70). Tout comme pour les codes d'empoisonnement, les codes d'effets toxiques sont des codes combinés incluant la substance en cause et indiquant les circonstances d'intoxication au niveau des cinquième ou sixième caractères :

1. Accidentel
2. Automutilation
3. Aggression
4. Non déterminé

Comme pour les codes d'empoisonnement, quand aucune circonstance n'est mentionnée, le code de circonstance accidentelle (cinquième ou sixième caractère égal à 1) est assigné. Le code de circonstance

indéterminée (cinquième ou sixième caractère égal à 4) est réservé au cas où la documentation médicale précise explicitement que les circonstances n'ont pas pu être déterminées.

Un diagnostic d'effet toxique, de toxicité, ou d'intoxication dû à un médicament prescrit, comme la digoxine ou le lithium, sans autre précision, sera considéré comme l'effet indésirable d'un médicament correctement prescrit et administré. L'effet indésirable doit donc être codé, sauf si le dossier médical indique le contraire. Dans un dossier médical, les termes suivants indiquent un usage approprié et identifient la pathologie comme un effet indésirable :

- Réaction allergique
- Toxicité cumulée
- Hypersensibilité
- Réaction idiosyncrasique
- Réaction paradoxale
- Interaction médicamenteuse

Quand le dossier patient indique qu'il y a une erreur dans le dosage ou la fréquence d'administration, on codera la pathologie comme un empoisonnement. Les expressions suivantes sont alors retrouvées dans le dossier :

- « Administration d'un médicament inadéquat » ou « ingestion d'un médicament inadéquat »
- « Erreur dans la prescription médicale »
- « Administration d'un médicament à un mauvais dosage » ou « ingestion d'un médicament à un mauvais dosage » (à moins qu'un sous-dosage soit mentionné dans la prescription ou l'administration)
- « Surdosage intentionnel »
- « Médicament non prescrit ingéré en même temps qu'un médicament correctement prescrit et ingéré »

Le code d'intoxication est codé en premier lieu, suivi du(des) code(s) de manifestation. Ce séquençage se base sur la directive de codage spécifique qui est applicable à ce chapitre. Même après le traitement de cette intoxication, cette directive reste d'application.

Par exemple, un patient est admis aux urgences en coma avec insuffisance respiratoire aiguë suite à un surdosage en médicaments. On procède à un lavage gastrique. Le patient est intubé, ventilé et transféré vers un autre hôpital pour poursuivre la prise en charge de l'intoxication et l'insuffisance respiratoire aiguë. L'intoxication est à nouveau codée comme diagnostic principal dans l'hôpital de transfert.

Une pathologie qui est la conséquence de l'interaction d'un médicament correctement prescrit et utilisé avec un médicament non prescrit, ou de l'alcool, est codée comme une intoxication. Les codes d'intoxication sont attribués pour chaque substance en cause. Par exemple, dans le cas d'un patient admis en coma identifié comme effet secondaire d'une combinaison de diazépam correctement pris avec trois verres d'alcool :

T51.0X1A	Toxic effect of ethanol, accidental (unintentional), initial encounter
T42.4X1A	Poisoning by benzodiazepines, accidental (unintentional), initial encounter
R40.20	Coma

Le dépassement de la posologie ou de la fréquence d'administration d'une prescription sont classifiés comme un empoisonnement. Il est à noter que le cas inverse n'est classifié ni comme un empoisonnement, ni comme un effet secondaire, mais comme un sous-dosage. L'arrêt d'un traitement de la propre initiative du patient (sans avis médical) est aussi classifié comme un sous-dosage. Les codes de sous-dosage ne doivent pas être employés comme diagnostics principaux. Si la réduction de la dose du médicament entraîne une rechute ou une exacerbation de la pathologie que ce médicament était destiné à traiter, c'est la pathologie en question qui doit figurer en diagnostic principal.

Par exemple, un patient est traité par amiodarone pour une fibrillation auriculaire. Il interrompt le traitement pendant une semaine car il lui attribue des nausées. Il est alors admis pour contrôle de sa fibrillation auriculaire et ajustement thérapeutique. La fibrillation auriculaire est codée en diagnostic principal et le code de sous-dosage du médicament en diagnostic secondaire :

I48.91	Atrial fibrillation, <u>unspecified</u>
T46.2X6A	Underdosing of other antidysrhythmic drugs, initial encounter
Z91.128	<u>Patient's intentional underdosing of medication regimen</u> for other reason
Z91.14	Patient's other noncompliance with medication regimen

2. LOCALISATION DES CODES ASSOCIÉS AUX EMPOISONNEMENTS, AUX EFFETS SECONDAIRES ET AUX SOUS-DOSAGES

Les codes d'empoisonnements, d'effets secondaires et de sous-dosages se localisent facilement en consultant la table des Médicaments et Produits chimiques de l'ICD-10-CM (voir figure 32.2). Les médicaments et substances chimiques y sont repris par ordre alphabétique dans la colonne gauche de la table, tandis que la première colonne de droite présente le code d'empoisonnement accidentel pour chaque substance. Les autres colonnes fournissent les codes d'empoisonnement pour les autres causes externes (automutilation, agression, indéterminé), pour les effets indésirables et pour le sous-dosage.

Lorsqu'un médicament spécifique ne figure pas dans la table, il faut le rechercher via le nom générique, la classe ou le type de médicament (p. ex. antibiotique).

Les codes ne peuvent pas être attribués directement à partir de la table sans vérification dans la liste systématique. La table des Médicaments et Produits chimiques est une liste étendue et très détaillée mais elle ne reprend pas les notes d'instruction comme dans la liste systématique. Par exemple, la table mentionne les codes de la catégorie T36, "Poisoning by, adverse effect of and underdosing of systemic antibiotics", mais la note d'exclusion sous la catégorie T36 indique que les codes de la sous-catégorie T45.1 doivent être utilisés pour les antibiotiques antinéoplasiques.

Figure 32.1 Arbre décisionnel pour le codage des empoisonnements et effets secondaires de médicaments

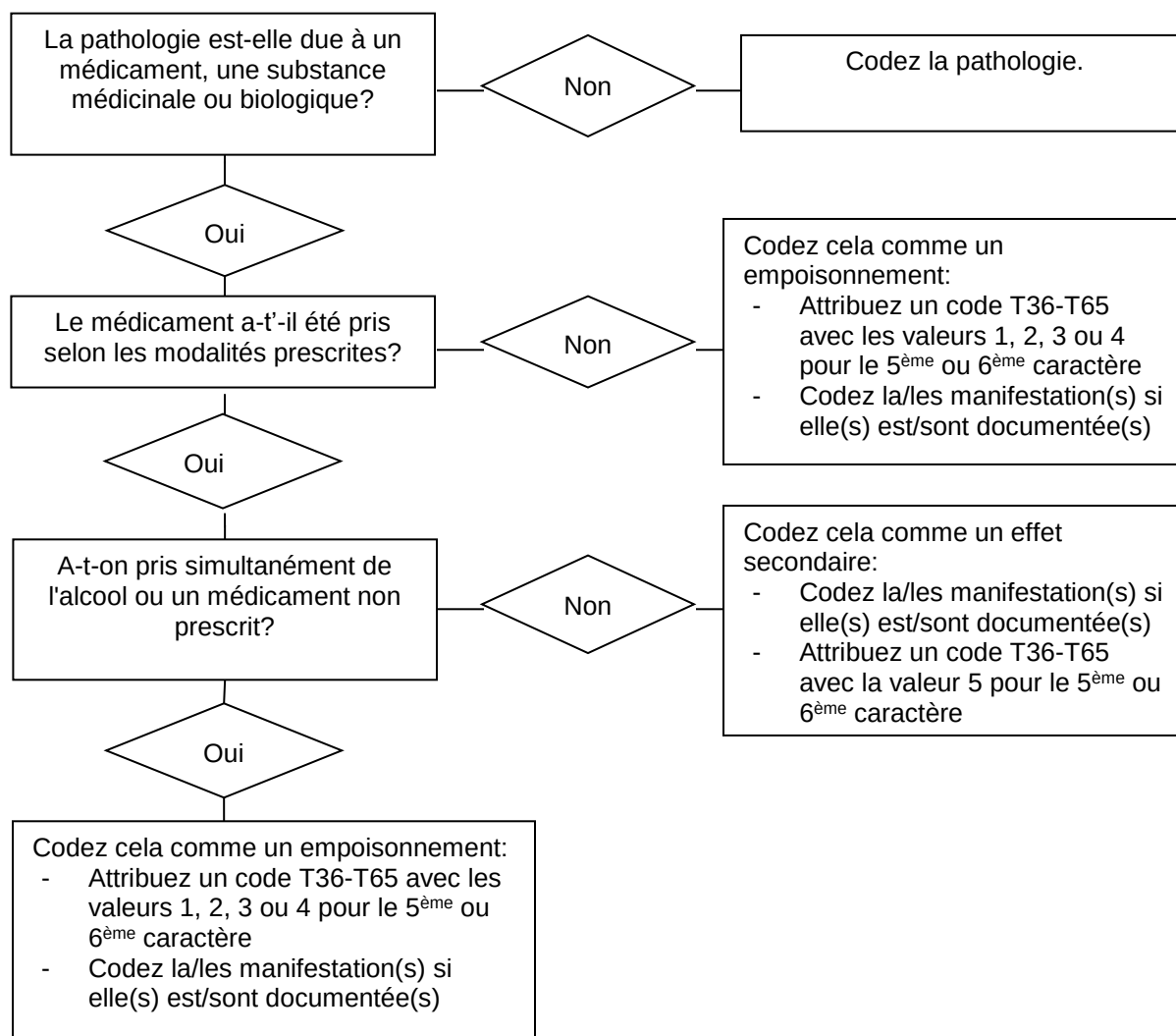


Figure 32.2: Extrait de la table des médicaments et produits chimiques d'ICD-10-CM

Substance	Poisoning, Accidental (unintentional)	Poisoning, Intentional self-harm	Poisoning, Assault	Poisoning, Undetermined	Adverse effect	Underdosing
Acetylphenylhydrazine	T39.8X1	T39.8X2	T39.8X3	T39.8X4	T39.8X5	T39.8X6
Acetylsalicylic acid (salts)	T39.011	T39.012	T39.013	T39.014	T39.015	T39.016
- enteric coated	T39.011	T39.012	T39.013	T39.014	T39.015	T39.016
Acetylsulfamethoxypyridazine	T37.0X1	T37.0X2	T37.0X3	T37.0X4	T37.0X5	T37.0X6
Achromycin	T36.4X1	T36.4X2	T36.4X3	T36.4X4	T36.4X5	T36.4X6
- ophthalmic preparation	T49.5X1	T49.5X2	T49.5X3	T49.5X4	T49.5X5	T49.5X6
- topical NEC	T49.0X1	T49.0X2	T49.0X3	T49.0X4	T49.0X5	T49.0X6
Aciclovir	T37.5X1	T37.5X2	T37.5X3	T37.5X4	T37.5X5	T37.5X6

3. RÈGLES D'ATTRIBUTION DES CODES D'EMPOISONNEMENTS, EFFETS SECONDAIRES, SOUS-DOSAGES ET EFFETS TOXIQUES

Lorsque deux ou plusieurs médicaments ou substances médicinales ou biologiques sont jugés responsables d'un empoisonnement, d'un effet secondaire, d'un sous-dosage ou d'un effet toxique, chaque substance est codée séparément sauf si plusieurs produits sont regroupés sous un même code. En revanche, une substance à l'origine de plusieurs effets secondaires, empoisonnements, effets toxiques ou sous-dosages n'est codée qu'une seule fois.

Exemples:

- Extrasystoles supraventriculaires secondaires à l'utilisation de digoxine et de diazépam, tous deux utilisés conformément à une prescription, contact initial:
I49.1 Atrial premature depolarization
T46.0X5A Adverse effect of cardiac-stimulant glycosides and drugs of similar action, initial encounter
T42.4X5A Adverse effect of benzodiazepines, initial contact
- Enfant souffrant de forte fièvre après administration correcte d'un vaccin DPT:
R50.83 Postvaccination fever
T50.A15A Adverse effect of pertussis vaccine, including combinations with a pertussis component
- Patient souffrant de sécheresse buccale et de démangeaisons après la prise de phénobarbital conformément à la prescription de son médecin traitant:
R68.2 Dry mouth, unspecified
L29.9 Pruritus, unspecified
T42.3X5A Adverse effect of barbiturates
(Tant R68.2 que L29.9 peuvent être codés comme premier diagnostic ou diagnostic principal.)

EXERCICE 32.1

Codez les diagnostics suivants en présumant que le médicament a été pris correctement, sauf mention contraire. Partez de l'hypothèse qu'il s'agit d'un contact initial.

1. Coma sur intoxication aiguë aux barbituriques, tentative de suicide	T42.3X2A R40.20
2. Enfant de deux ans ayant avalé un nombre inconnu de comprimés de la pilule contraceptive de sa mère	T38.4X1A
3. Syncope due à une hypersensibilité aux antidépresseurs	R55 T43.205A
4. Hypokaliémie suite à la prise incorrecte de chlorthalidone	T50.2X1A E87.6
5. Diplopie sur réaction allergique à des antihistaminiques, pris conformément à la prescription	H53.2 T45.0X5A
6. Léthargie due à un surdosage involontaire de somnifères	T42.71XA R53.83
7. Trouble des électrolytes suite à une interaction entre lithium et furosémide, tous deux pris conformément à la prescription	E87.8 T50.1X5A T43.595A
8. Parkinsonisme secondaire à la prise correcte d'halopéridol	G21.11 T43.4X5A
9. Anoxie cérébrale par overdose de barbituriques, tentative de suicide	T42.3X2A G93.1
10. Encéphalopathie toxique suite à la consommation excessive d'acide acétylsalicylique	T39.011A G92
11. Ataxie suite à la prise de diazépam de la façon prescrite en combinaison avec trois verres d'alcool	T42.4X1A T51.0X1A R27.0
12. Dermatite allergique en tant qu'effet secondaire de l'insuline	L27.0 T38.3X5A

13. Intoxication aux coumarines entraînant une hématurie sévère	R31.0 T45.515A
14. Bradycardie grave suite à une double dose accidentelle de digoxine	T46.0X1A R00.1
15. Convulsions généralisées suite à la prise accidentelle d'une dose excessive de propoxyphène	T39.8X1A R56.9
16. Léger étourdissement suite à une interaction entre le méthildopa et un vasodilatateur périphérique (pris tous deux de la façon prescrite)	R42 T46.7X5A T46.5X5A
17. Dérèglement d'une hypertension parce que le patient a réduit lui-même sa dose d'anti-hypertenseurs pour des raisons financières	I10 T46.5X6A Z91.120

4. EFFETS SECONDAIRES NON PRÉCISÉS DE MÉDICAMENTS

L'ICD-10-CM dispose du code T88.7-, "Unspecified adverse effect of drug or medicament" pour identifier des effets secondaires dont la nature de la réaction n'est pas spécifiée. Il faut utiliser un code additionnel des catégories T36 à T50 avec la valeur "5" pour le cinquième ou sixième caractère, le cas échéant, pour spécifier le médicament responsable. Dans le cas où des manifestations cliniques d'intoxication sont mentionnées, elles doivent être codées et l'usage de T88.7- n'est alors pas approprié.

Si l'effet secondaire ne peut être identifié, on utilise l'un des codes ci-dessous:

R82.5 Elevated urine levels of drugs, medicaments and biological substances

R82.6 Abnormal urine levels of substances chiefly nonmedicinal as to source

R89.2 Abnormal level of other drugs, medicaments and biological substances in specimens from other organs, systems and tissues

R89.3 Abnormal level of substances chiefly nonmedicinal as to source in specimens from other organs, systems and tissues

L'ICD-10-CM prévoit la sous-catégorie T50.90, "Poisoning by, adverse effect of and underdosing of unspecified drugs, medicaments and biological substances", dans le cas où le médicament ou la substance responsable de l'empoisonnement, de l'effet secondaire ou du sous-dosage n'est pas identifié.

5. EMPOISONNEMENT DÙ À UN ABUS DE SUBSTANCES OU À UNE DÉPENDANCE À DES SUBSTANCES

Une pathologie aiguë résultant d'une interaction entre l'alcool et un (des) médicament(s), ou due à une dépendance à des substances ou à un abus de substances, est classée comme un empoisonnement. Des codes additionnels sont attribués pour la manifestation aiguë de l'empoisonnement et la dépendance ou l'abus.

Par exemple :

Œdème aigu du poumon sur overdose accidentelle d'héroïne chez un patient héroïnomane:

T40.1X1A Poisoning by heroin, accidental (unintentional), initial encounter

J81.0 Acute pulmonary edema

F11.20 Opioid dependence, uncomplicated

Dans le cas où un patient est admis pour une pathologie chronique liée à l'alcool ou à un abus de substances ou une dépendance, le code de la pathologie chronique est mentionné en premier lieu, suivi du code de l'abus ou de la dépendance. Aucun empoisonnement n'est codé en pareil cas.

Par exemple:

- Cirrhose alcoolique chez un patient souffrant de dépendance chronique à l'alcool:

K70.30 Alcoholic cirrhosis of liver without ascites

F10.20 Alcohol dependence, uncomplicated

- Hépatite alcoolique; dépendance chronique à l'alcool, épisodique:

K70.10 Alcoholic hepatitis without ascites

F10.20 Alcohol dependence, uncomplicated

- Dépression induite par la cocaïne dans le cadre d'une dépendance à la cocaïne:

F14.14 Cocaine abuse with cocaine-induced mood disorder

EXERCICE 32.2

Codez les diagnostics suivants. Attribuez les codes de causes externes si nécessaire. Partez de l'hypothèse qu'il s'agit dans tous les cas d'un contact initial.

1. Crampes musculaires dans les jambes suite à l'utilisation professionnelle de pesticides à l'arsenic	T57.0X1A R25.2

2. Hypocalcémie et hypokaliémie suite à l'utilisation de soude lors de travaux ménagers	T54.3X1A E83.51 E87.6 Y92.099

3. Bradycardie suite à l'ingestion de feuilles de laurier rose	T62.2X1A R00.1
4. Admission d'un cocaïnomane pour insuffisance respiratoire aiguë suite à une overdose. Le patient est placé sous ventilation mécanique pendant 20 heures.	T40.5X1A J96.00 F14.10 5A1935Z
5. Patient admis pour démence secondaire à la dialyse par intoxication à l'aluminium (solution d'acétate d'aluminium) suite à une dialyse rénale	T49.2X5A F03.90 Y84.1

6. SÉQUELLES D'EMPOISONNEMENTS, D'EFFETS SECONDAIRES ET DE SOUS-DOSAGES

Lors du codage des séquelles d'un empoisonnement, le code du médicament ou de la substance responsable est mentionné en premier lieu (code des catégories T36 à T65), avec un septième caractère de valeur "S" pour séquelle, suivi du code pour le type spécifique de séquelle (p. ex. lésion cérébrale).

Lors du codage des séquelles d'effets secondaires, un code pour l'effet secondaire est mentionné en premier lieu, suivi du code du médicament ou de la substance responsable (T36 – T50, avec le cinquième ou sixième caractère de valeur "5"), et avec un septième caractère de valeur "S" pour la séquelle.

Les effets chroniques à long terme d'un médicament prescrit qui a été pris pendant une longue période – et toujours pris au moment où l'effet chronique apparaît – sont codés comme un effet secondaire actuel. Les effets tardifs qui apparaissent ou persistent longtemps après l'arrêt du médicament prescrit sont codés comme une séquelle.

Exemple 1:

- Dans le cas d'un patient qui développe un diabète induit par des stéroïdes et qui prend toujours des stéroïdes conformément à la prescription, on code cette pathologie comme un effet secondaire:
E09.- 'Drug or chemical induced diabetes mellitus'
T38.0X5- 'Adverse effect of glucocorticoids and synthetic analogues'
- Si le patient souffre d'un diabète persistant induit par les stéroïdes après l'arrêt des stéroïdes, cette pathologie est codée comme une séquelle:
E09.- 'Drug or chemical induced diabetes mellitus'

T38.0X5S 'Adverse effect of glucocorticoids and synthetic analogues, sequel'

Exemple 2:

- Lésion cérébrale sur réaction allergique à la pénicilline (médicament actuel):
G93.9 'Disorder of brain, unspecified'
T36.0X5A 'Adverse effect of penicillins, initial encounter'
- Lésion cérébrale sur réaction allergique à la pénicilline, arrêtée six mois auparavant:
G93.9 'Disorder of brain, unspecified'
T36.0X5S 'Adverse effect of penicillins, sequella'

EXERCICE 32.3

Codez les diagnostics suivants, en respectant l'ordre correct. Attribuez les codes de causes externes si nécessaire.

1. Syndrome extrapyramidal résultant d'une overdose antérieure de chlorpromazine suite à une tentative de suicide 6 mois auparavant	T43.3X2S G25.9

2. Surdité bilatérale neurologique résultant d'un surdosage accidentel d'amikacine administrée par le médecin 2 ans auparavant	T36.5X1S H91.03

3. Anoxie cérébrale secondaire à un surdosage accidentel de pentobarbital 9 mois auparavant	T42.3X1S G93.1

4. Parkinsonisme secondaire à un empoisonnement au lithium 4 ans auparavant	T43.591S G21.19

5. Patient sorti récemment de l'hôpital avec un diagnostic d'insuffisance cardiaque congestive aiguë systolique. Il doit prendre 0.25 mg de digoxine une fois par jour et suivre un régime pauvre en sel et en graisses, et reçoit pour instruction d'éviter l'alcool et la caféine. Deux semaines plus tard, le patient est admis aux urgences pour essoufflement au moindre effort et œdème sévère. Le patient avoue ne prendre son médicament qu'un jour sur deux parce que celui-ci est trop cher. Le diagnostic de rechute d'insuffisance cardiaque congestive systolique pour cause de sous-dosage de digoxine est posé.	I50.21 T46.0X6A Z91.120

1. INTRODUCTION

L'ICD-10-CM fournit les catégories T80 à T88 ("Complications of surgical and medical care") pour les complications de soins médicaux et chirurgicaux qui ne sont pas classées ailleurs. Les catégories T80 à T85 et T88 requièrent une extension à un 7^{ème} caractère pour préciser le type de contact, initial (« A »), ultérieur (« B ») ou séquelle (« S »).

Notez que toutes les pathologies qui surviennent à la suite d'une intervention chirurgicale ou d'autres soins au patient ne sont pas classées parmi les complications. Premièrement, il faut davantage qu'une pathologie ou un événement attendu en routine. Par exemple, une hémorragie en grande quantité est attendue après une chirurgie de remplacement articulaire ; l'hémorragie ne doit pas être considérée comme une complication à moins qu'elle ne soit particulièrement excessive. De plus, il faut qu'il y ait une documentation d'une relation de cause à effet entre les soins et la pathologie ainsi qu'une indication d'une complication, et non une pathologie postopératoire sans présence de complication comme par exemple un statut d'orifice artificiel ou une absence d'extrémité. Dans certains cas, c'est implicite, comme dans le cas d'une complication sur matériel interne, implant, greffe ou transplantation. Attribuer un code de complication postopératoire est fondé sur la documentation par le clinicien d'une relation entre la complication et l'intervention. Ceci ne peut pas être déterminé par le codeur. Le codeur doit toujours interroger le clinicien quand la complication postopératoire n'est pas documentée clairement.

La règle considérant que l'attribution du code doit se baser sur la documentation par le clinicien d'un lien entre l'affection et les soins (ou l'intervention) s'applique à toutes les complications de soins indépendamment du chapitre dans lequel est localisé le code. Notez que le terme « complication » utilisé par l'ICD-10-CM n'implique pas qu'un soin inadéquat ou inapproprié soit responsable du problème.

Il n'y a pas de limite de temps définie pour le développement d'une complication. Elle peut survenir durant l'épisode hospitalier pendant lequel le soin a été donné, peu après ou même des années après. Quand elle survient durant le même épisode de soins que l'intervention ou d'autre type de soins, elle est mentionnée comme diagnostic secondaire. Quand elle se développe plus tard et qu'elle est la raison de l'admission ou du contact à l'hôpital, elle est désignée comme diagnostic principal ou comme premier diagnostic.

Les complications de soins médicaux et chirurgicaux sont classées comme suit dans l'ICD-10-CM:

- Les complications qui surviennent uniquement dans d'autres organes spécifiés sont classées dans le chapitre correspondant d'ICD-10-CM.
- Les complications qui affectent de multiples sites ou plusieurs organes sont généralement classées dans les catégories T80 à T88. Un code additionnel est attribué pour identifier la pathologie spécifique résultant de la complication.
- Les codes de complications intraopératoires et postopératoires se trouvent dans le chapitre du système anatomique correspondant, avec un code spécifique des organes ou des structures du système anatomique correspondant. Ces codes doivent être mentionnés en premier lieu et suivis par le code de la complication spécifique si c'est applicable.
- Les complications d'avortement, de grossesse, du travail et de l'accouchement sont classées dans le chapitre 15 d'ICD-10-CM.

Il est impératif que le codeur utilise attentivement l'index et suive toutes les notes d'instruction. Les notes d'exclusion sont particulièrement étendues dans cette section et renvoient souvent le codeur ailleurs. Il y a plusieurs exclusions fondamentales, **pour les catégories T80-T88**, qui doivent être suivies:

- Les complications de produits médicaux, tels que les effets secondaires, les empoisonnements, les effets toxiques de médicaments et de produits chimiques.
- Tout contact avec les services de santé pour des pathologies postopératoires en l'absence de complication tel qu'un statut d'orifice artificiel, une fermeture de stomie, le placement et l'ajustement d'une prothèse externe.
- Les brûlures et corrosions à la suite d'application ou d'irradiation locales.
- Les complications mécaniques de ventilation ou de respirateurs.
- La fièvre postopératoire.
- Les complications de la pathologie pour laquelle la chirurgie a été réalisée.
- **Les complications des interventions chirurgicales pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum**
- Les pathologies spécifiques classées ailleurs, comme une complication de stomie, un syndrome postlaminectomie, un syndrome après chirurgie gastrique ou un lymphœdème postmastectomie.
- Toute pathologie classée ailleurs dans l'index quand elle est décrite comme due à une intervention ou à des soins médicaux comme un trouble de l'équilibre hydro-électrolytique ou des troubles fonctionnels pendant la chirurgie cardiaque (notez que l'adjectif « iatrogène » est souvent utilisé pour indiquer que la pathologie est le résultat d'un traitement).

Lors de l'attribution des codes des catégories T80-T88 "Complications of surgical and medical care NEC" ailleurs, utilisez un code complémentaire pour identifier la complication spécifique mais uniquement si le code complémentaire apporte une spécificité plus grande quant à la nature de l'affection. Cependant, si le code de complication décrit complètement l'affection, aucun code additionnel n'est nécessaire.

2. LOCALISATION DES CODES DANS L'INDEX

Le codeur doit d'abord rechercher le terme principal de la pathologie et ensuite le sous-terme qui indique qu'il s'agit d'une pathologie postopératoire ou d'une autre pathologie iatrogène.

Adhesion(s)

-Postoperative (gastrointestinal tract) K66.0

--With obstruction K91.3

--Pelvic peritoneal N99.4

--Vagina N99.2

Colostomy

- Malfunctioning K94.03

Quand aucune entrée ne peut être trouvée sous le terme principal de la pathologie, le codeur doit se référer au terme principal "Complications" et chercher le sous-terme approprié, tel qu'un de ceux qui suivent :

- Nature de la complication, tel que « corps étranger », « ponction accidentelle » ou « hémorragie »
- Type de l'intervention, tel que « colostomie », « dialyse » ou « shunt »
- Site anatomique ou organe atteint, tel que « système respiratoire »
- Termes généraux tels que « mécanique », « infection », ou « greffe »

Voici des exemples d'entrées dans l'index :

Complication (s) (from) (of)

-Postmastoidectomy H95.19-

Complication (s) (from) (of)

- cardiac --see also Disease, heart

- - device, implant or graft T82.9

- - - nfection or inflammation T82.7-

- - - mechanical

- - - - breakdown T82.519-

- - - - displacement T82.529-

3. PATHOLOGIES POSTOPERATOIRES NON CLASSEES COMME COMPLICATIONS

Certaines pathologies ne sont pas des complications, mais bien des pathologies résiduelles d'une intervention. Par exemple : un syndrome post laminectomie se développe régulièrement après une laminectomie. Cependant, ceci n'est pas une complication, mais une séquelle de l'intervention.

Au début de la série T80 – T88, une liste étendue d'exclusions permet de faire certaines de ces distinctions.

Exemples :

- Adhérences intestinales ou péritonéales postopératoires avec obstruction **totale**
K56.52 ""Intestinal adhesions [bands] with **total** obstruction (postprocedural) (postinfection)""
- Infection d'entérostomie par du streptocoque C
K94.12 "Enterostomy infection"
B95.4 "Other streptococcus as the cause of diseases classified elsewhere"
- **N73.6 "Female pelvic peritoneal adhesions (post infection)""**

Certaines pathologies post procédurales ne seront pas classifiées comme des complications, et n'ont même pas un code qui fait référence à une période postopératoire. Par exemple : la douleur postopératoire non liée à une complication postopératoire spécifique, sera codée avec le code de douleur approprié de la catégorie G89 (G89.18 ; G89.22 ; G89.28). La douleur postopératoire sera seulement codée si cette douleur est plus importante qu'attendu ou si on ne s'attendait pas à cette douleur immédiatement après l'intervention. Des patients sont régulièrement hospitalisés après un séjour en Hôpital de Jour avec des douleurs, de la nausée, et des vomissements. Ces pathologies sont des événements postopératoires tout à fait normaux et ne seront pas codés avec des codes des catégories T80-T88, sauf si le médecin hospitalier responsable du patient décrit ceci comme une complication.

Parfois le patient est admis pour une problématique générale plutôt que pour un symptôme spécifique. Même si le médecin établit qu'il s'agit d'une hospitalisation pour observation, ce type de situation n'est habituellement pas codé sous la catégorie Z03 'Encounter for medical observation for suspected disease and conditions ruled out'. S'il n'y a pas de pathologie spécifique identifiée, le diagnostic principal est admission pour suites de soins postopératoires (Z48.-).

L'anémie postopératoire est rarement considérée comme une complication de procédure. Si le médecin décrit cette anémie postopératoire comme étant causée par une perte de sang, le code D62 « Acute posthemorrhagic anemia » est utilisé. On n'utilise pas de code de complication, sauf si le médecin décrit l'hémorragie massive comme une complication dans le dossier du patient. Le fait de transfuser du sang pendant l'intervention n'est pas indicatif d'une anémie postopératoire. Des transfusions se font de temps en temps pour des raisons prophylactiques pour la prévention d'une anémie postopératoire. Le don de sang n'est pas une raison suffisante pour poser le diagnostic d'anémie, la pathologie doit être mentionnée par le médecin dans le dossier.

Le diagnostic d'une hypertension postopératoire signifie souvent que le patient avait déjà avant l'intervention une hypertension ou une tension élevée. Néanmoins, si le médecin écrit qu'il s'agit d'une complication postopératoire, utilisez le code I97.3 « 'Postprocedural hypertension ».

EXERCICE 33.1

Codez les diagnostics qui suivent. N'attribuez pas les codes de cause externe

1 <u>Fièvre</u> postopératoire	R50.82
2 <u>Œsophagite</u> postopératoire	K20.9
3 <u>Dysfonctionnement</u> de colostomie	K94.03
4 <u>Syndrome</u> post-lobotomie	F07.0
5 <u>Adhérences</u> péritonéales postopératoires	K66.0
6 Syndrome de la boucle aveugle postopératoires	K91.2

4. COMPLICATION AFFECTANT DES SYSTEMES ANATOMIQUES SPECIFIQUES

L'ICD-10-CM classe beaucoup de codes de complications intraopératoires et postopératoires dans le chapitre concernant le système anatomique avec les codes spécifiques des organes et des structures de ce système anatomique. Ces codes doivent être mentionnés en premier lieu, suivis par le code de la complication spécifique, si c'est applicable.

Les complications et troubles per- et postopératoires sont classés dans le chapitre du système anatomique aux catégories ci-dessous :

D78 :	Rate
E36 et E89 :	Système endocrinien
G97 :	Système nerveux
H59 :	Œil et annexes
H95 :	Oreille et mastoïde
I97 :	Système circulatoire
J95 :	Système respiratoire
K91 et K94 :	Système digestif
L76 :	Peau et tissu sous-cutané
M96 et M97 :	Système musculo-squelettique
N99	Système génito-urinaire

Les catégories ci-dessus (sauf E89 et K94) fournissent un caractère supplémentaire pour spécifier les complications telles que par exemple une hémorragie ou un hématome per opératoire, un saignement postopératoire, un hématome ou un sérome, une ponction accidentelle ou une lacération (par exemple des déchirures ou lacérations involontaires) durant l'intervention. De plus, les codes font la distinction entre les pathologies résultant d'une intervention sur l'organe spécifique et les complications d'autres interventions.

Par exemple :

- Hémorragie après cure de lacération de la rate
D78.21 'Postprocedural hemorrhage of the spleen following a procedure on the spleen'
- Lacération accidentelle de la rate secondaire à une colectomie
D78.12 'Accidental puncture and laceration of the spleen during other procedure'

La plupart des catégories mentionnées ci-dessus fournissent une spécificité complémentaire pour certaines autres interventions ou complications en plus des hémorragies et hématomes per opératoires, des saignements postopératoires, hématomes et **séromes**, les ponction et lacérations accidentelles.

La catégorie E89 "Postprocedural endocrine and metabolic complications and disorders, not elsewhere classified" est ensuite subdivisée pour fournir des codes spécifiques pour les types de complications suivantes:

E89.0	"Postprocedural hypothyroidism"
E89.1	"Postprocedural hypoinsulinemia"
E89.2	"Postprocedural hypoparathyroidism"
E89.3	"Postprocedural hypopituitarism"
E89.40	"Asymptomatic postprocedural ovarian failure"
E89.41	"Symptomatic postprocedural ovarian failure"
E89.5	"Postprocedural testicular hypofunction"
E89.6	"Postprocedural adrenocortical (-medullary) hypofunction"
E89.810	'Postprocedural hemorrhage of an endocrine system organ or structure following an endocrine system procedure'
E89.811	'Postprocedural hemorrhage of an endocrine system organ or structure following other procedure'
E89.820	'Postprocedural hematoma of an endocrine system organ or structure following an endocrine system procedure'
E89.821	'Postprocedural hematoma of an endocrine system organ or structure following other procedure'
E89.822	'Postprocedural seroma of an endocrine system organ or structure following an endocrine system procedure'
E89.823	'Postprocedural seroma of an endocrine system organ or structure following other procedure'
E89.89	'Other postprocedural endocrine and metabolic complications and disorders'

La catégorie G97 Intra-operative and postprocedural complications and disorders of nervous system, not elsewhere classified inclut des codes additionnels pour les problèmes liés aux ponctions lombaires ou spinales et aux shunts ventriculaires, tels que les fuites de liquide céphalo-rachidien après ponction lombaire (G97.0), autre réaction après ponction lombaire ou spinale (G97.1) et une hypotension intracrânienne après shunt ventriculaire (G97.2).

La catégorie H95 "Intraoperative and postprocedural complications and disorders of ear and mastoid process, not elsewhere classified", fournit des codes additionnels pour les problèmes après mastoïdectomie,

tels que l'inflammation chronique, la granulation, le kyste muqueux, et d'autres troubles, ainsi que la sténose postopératoire du canal auriculaire externe.

La catégorie I97 "Intraoperative and postprocedural complications and disorders of circulatory system, not elsewhere classified", inclut également des codes pour des pathologies telles que le syndrome postcardiotomie (I97.0), les autres troubles cardiaques fonctionnels postopératoires (I97.110 – I97.191), le lymphœdème post-mastectomie (I97.2), l'hypertension postopératoire (I97.3), les troubles cardiaques fonctionnels peropératoires (I97.710 – I97.791), et les autres complications telles que les infarctus cérébro-vasculaires per- et postopératoires (I97.810 – I97.821).

Le code J95.4 est utilisé pour le codage d'une pneumonie chimique due à l'anesthésie. Ce code contient également la pneumonie d'aspiration post procédurale et le Syndrome de Mendelson survenant après une intervention. Un code supplémentaire pour le « adverse effect », si nécessaire, est utilisé pour identifier l'anesthésie (T41.- avec 5ième ou 6ième digit égal à 5)

Le code K91.86 "Retained cholelithiasis following cholecystectomy" est utilisé pour la rétention de calculs biliaires après une cholécystectomie. Cette pathologie peut arriver après une cholécystectomie laparoscopique, où les calculs biliaires restent dans les canaux biliaires, la cavité abdominale ou la paroi abdominale et provoquent une obstruction et/ou des infections plus tard.

L'ICD-10-CM différencie les troubles fonctionnels cardiaques qui surviennent pendant une chirurgie cardiaque ou de tout autre type de chirurgie (I97.7-) et les troubles fonctionnels cardiaques postopératoires à la suite d'une chirurgie cardiaque ou autre (I97.1-). Exemples:

- Cholécystite aiguë; arythmie cardiaque postopératoire (même séjour)
K81.0 "Acute cholecystitis"
I97.191 "Other postprocedural cardiac functional disturbances following other surgery"
I49.9 "Cardiac arrhythmia, unspecified"
- Insuffisance cardiaque à la suite d'une chirurgie cardiaque réalisée lors d'une admission antérieure; patient sorti un mois auparavant.
I97.130 "Postprocedural heart failure following cardiac surgery"
I50.9 "Heart failure, unspecified"
- Insuffisance cardiaque systolique aiguë au second jour postopératoire d'une cholécystectomie
I97.131 "Postprocedural heart failure following other surgery"
I50.21 "Acute systolic (congestive) heart failure"
- Arrêt cardiaque pendant un pontage cardiaque
I97.710 "Intraoperative cardiac arrest during cardiac surgery"

La catégorie J95 "Intraoperative and postprocedural complications and disorders of respiratory system, not elsewhere classified", inclut des codes spécifiques pour plusieurs autres complications, telles que celles qui suivent :

J95.00-J95.09 "Tracheostomy complications"

J95.1 "Acute pulmonary insufficiency following thoracic surgery"

J95.2	"Acute pulmonary insufficiency following nonthoracic surgery"
J95.3	"Chronic pulmonary insufficiency following surgery"
J95.4	"Chemical pneumonitis due to anesthesia"
J95.5	"Postprocedural subglottic stenosis"
J95.81-	"Postprocedural pneumothorax and air leak"
J95.82	"Postprocedural respiratory failure"
J95.84	"Transfusion-related acute lung injury (TRALI)"
J95.85-	"Complication of respirator [ventilator]", dont relève également la pneumonie sous ventilation assistée (voir chapitre 19 'Maladies du système respiratoire' de ce manuel pour une discussion plus détaillée).
J96.86-	'Postprocedural hematoma and seroma of a respiratory system organ or structure following a procedure'

Le code J95.4 est attribué pour la pneumonie chimique due à l'anesthésie et comprend la pneumonie d'aspiration postopératoire et le syndrome de Mendelson quand il résulte d'une intervention. Un code complémentaire d'effet secondaire, si nécessaire, est attribué pour identifier l'anesthésie (T41.-, avec un 5^{ème} ou 6^{ème} caractère « 5 »). Avec le code J95.4, n'attribuez pas un code de la catégorie J69- "Pneumonitis due to solids and liquids" car le code J95.4 décrit complètement la nature de la complication.

Le code K91.86 "Retained cholelithiasis following cholecystectomy" est utilisé pour rapporter la rétention de lithiase biliaire après cholécystectomie. Cette pathologie n'est pas inhabituelle après une cholécystectomie laparoscopique car les lithiases peuvent tomber dans la voie biliaire, la cavité abdominale ou la paroi abdominale et plus tard causer une obstruction ou une infection.

La catégorie M96 "Intraoperative and postprocedural complications and disorders of musculoskeletal system, not elsewhere classified", inclut des codes spécifiques pour les pathologies suivantes :

M96.0	"Pseudarthrosis after fusion or arthrodesis"
M96.1	"Postlaminectomy syndrome, not elsewhere classified"
M96.2	"Postradiation kyphosis"
M96.3	"Postlaminectomy kyphosis"
M96.4	"Postsurgical lordosis"
M96.5	"Postradiation scoliosis"
M96.6	"Fracture of bone following insertion of orthopedic implant, joint prosthesis, or bone plate"

EXERCICE 33.2

Codez les diagnostics qui suivent. N'attribuez pas les codes de cause externe

1 <u>Fragments</u> de cataracte dans l'œil gauche après chirurgie de cataracte (Complications)	H59.022
2 <u>Céphalée</u> après ponction lombaire	G97.1
3 <u>Sérome</u> de la veine saphène après un pontage cardiaque.	I97.641
4 <u>Hypertension</u> postopératoire	I97.3
5 Une patiente de 35 ans se présente chez le médecin avec des plaintes de bouffées de chaleur, d'insomnie, de céphalée et de manque de concentration après embolisation de l'artère utérine pour léiomyome utérin quelques mois auparavant. Le médecin pose le diagnostic de <u>ménopause</u> postopératoire précoce.	E89.41

5. COMPLICATIONS APRES PERFUSION, TRANSFUSION ET INJECTION THERAPEUTIQUE

La catégorie T80 comprend les complications après perfusions, transfusions et injections thérapeutiques :

- T80.0- 'Air embolism following infusion, transfusion and therapeutic injection'
- T80.1- 'Vascular complications following infusion, transfusion and therapeutic injection'
- T80.2- 'Infections following infusion, transfusion and therapeutic injection'
- T80.3- 'ABO incompatibility reaction due to transfusion of blood or blood products'
- T80.4- 'Rh incompatibility reaction due to transfusion of blood or blood products'
- T80.A- 'Non-ABO incompatibility reaction due to transfusion of blood or blood products'
- T80.5- 'Anaphylactic reaction due to serum'
- T80.6- 'Other serum reactions'
- T80.81- 'Extravasation of vesicant agent'
- T80.89- 'Other complications following infusion, transfusion and therapeutic injection'
- T80.9- 'Unspecified complication following infusion, transfusion and therapeutic injection'

Les codes de la catégorie T80 ne peuvent pas être utilisés pour une pathologie non imputable à une infusion, une transfusion ou une injection.

Une extravasation est une infiltration accidentelle dans le tissu environnant de médicaments perfusés par voie intraveineuse. Les agents vésicants sont des substances chimiques actives qui peuvent produire des vésicules par contact direct avec la peau ou la muqueuse.

L'extravasation d'un médicament antinéoplasique au cours d'un traitement du cancer peut conduire à de graves complications. Dans les cas plus légers, l'extravasation peut causer de la douleur, de la rougeur ou de l'irritation du bras au site de la ponction. Dans les cas sévères, le dommage tissulaire peut conduire à la nécrose tissulaire et à la perte du membre.

Les codes qui suivent sont attribués pour décrire les complications découlant d'une extravasation d'agent vésicant :

T80.810-	"Extravasation of vesicant antineoplastic chemotherapy"
T80.818-	"Extravasation of other vesicant agent"

Le code T80.22 "Acute infection following transfusion, infusion, or injection of blood and blood products" décrit une infection aiguë après une transfusion ou injection de sang ou de produits sanguins. Les infections transmises par transfusion comprennent tous les organismes infectieux (bactérie, virus, parasite ou autre) transmis par le sang ou injections de sang ou de produits sanguins (sang complet, globules rouges concentrés [GRC], plasma, plaquettes, ou autre). Le code T80.22- doit être utilisé pour les infections aiguës et non pour les infections chroniques. Si par contre l'infection transmise par la transfusion a été spécifiquement identifiée comme le virus de l'immunodéficience humaine (HIV), attribuez le code de l'infection à HIV en premier lieu.

L'ICD-10-CM fournit des codes pour rapporter les réactions transfusionnelles dues aux incompatibilités de sang ou de produits sanguins comme suit :

T80.30- jusque T80.39-	"ABO incompatibility reaction due to transfusion of blood or blood products"
T80.40- jusque T80.49-	"Rh incompatibility reaction due to transfusion of blood or blood products"
T80.A0- jusque T80.A9-	"Non-ABO incompatibility reaction due to transfusion of blood or blood products"

Ces codes apportent également une information sur les différents types de réactions transfusionnelles hémolytiques incluant à la fois les réactions transfusionnelles hémolytiques aiguës et les réactions transfusionnelles hémolytiques retardées. Une réaction transfusionnelle hémolytique est une réponse systémique de l'organisme à l'administration de sang qui n'est pas compatible avec le sang du receveur et qui conduit à une destruction des globules rouges. Cette pathologie peut conduire à une insuffisance rénale aiguë et/ou une coagulation intravasculaire disséminée.

Les réactions anaphylactiques à la suite de transfusion de sang et de produits sanguins (T80.51-) sont attribuées à des substances solubles dans le plasma des donneurs. Les réactions transfusionnelles les plus fréquentes sont : la fièvre, les tremblements, le prurit ou l'urticaire, qui peuvent se résoudre sans traitement spécifique ou complications.

Par exemple :

Une patiente se présente avec des plaintes de vertiges, de faiblesse et fatigue. Le clinicien documente que la faiblesse et la fatigue sont dues à une anémie aiguë sur perte de sang et ensuite la patiente reçoit 2 unités de globules rouges concentrés par une veine périphérique.

Pendant l'administration de la seconde unité, elle développe une réaction anaphylactique avec de la fièvre, un enrouement et un œdème facial et elle est traitée avec un antihistaminique IV.

D62 'Acute posthemorrhagic anemia'

T80.51XA 'Anaphylactic reaction due to administration of blood and blood products, initial encounter'

T45.8X5A 'Adverse effect of other primarily systemic and hematological agents, initial encounter'

30233N1 'Transfusion of nonautologous red blood cells into peripheral vein, percutaneous approach'

Notez que les autres problèmes liés à la transfusion sont codés dans les autres chapitres, tels que l'hémochromatose due aux transfusions répétées de cellules sanguines (E83.111), la surcharge circulatoire associée aux transfusions (E87.71), le purpura post-transfusionnel (D69.51) et la fièvre post-transfusionnelle (R50.84).

Le code T80.52- "Anaphylactic reaction due to vaccination" est utilisé pour rapporter les réactions anaphylactiques dues aux vaccins et le code T80.59- "Anaphylactic reaction due to other serum" est réservé aux réactions anaphylactiques dues aux sérums autres. Bien que les réactions anaphylactiques aux vaccins soient rares, elles peuvent se développer chez les personnes ayant des anticorps anti-IgE contre un constituant d'un vaccin quand elles reçoivent un vaccin contenant cette substance. Les réactions IgE sont généralement causées par des composants du vaccin autres que l'agent immunisant.

La maladie sérique est une réaction similaire à une allergie. Elle concerne une réaction du système immunitaire à certaines médicaments, protéines injectées utilisées dans le traitement des maladies immunitaires, ou antisérum (partie liquide du sang qui contient les anticorps qui aident à se protéger contre les infections et les substances toxiques). Les codes T80.61-, T80.62- et T80.69- décrivent respectivement d'autres réactions sériques dues à l'administration de sang et produits sanguins, d'autres réactions sériques dues aux vaccins et d'autres réactions sériques.

6. COMPLICATIONS DUES A LA PRESENCE DE MATERIEL INTERNE, D'IMPLANT OU DE GREFFE

Les catégories T82 à T85 classent les pathologies qui surviennent uniquement en raison de la présence d'un matériel interne, d'un implant ou d'une greffe. Ces complications sont classées selon l'organe, comme suit :

T82	"Complications of cardiac and vascular prosthetic devices, implants and grafts"
T83	"Complications of genitourinary prosthetic devices, implants and grafts"
T84	"Complications of internal orthopedic prosthetic devices, implants and grafts"
T85	"Complications of other internal prosthetic devices, implants and grafts"

Les complications de ce type sont d'abord classées selon leur nature mécanique ou non. Une complication mécanique est une complication qui résulte d'une défaillance de l'appareil, de l'implant ou de la greffe telle qu'une fracture, un déplacement, une fuite ou un autre dysfonctionnement. Elles sont classées selon le type de complication mécanique et le type d'appareil concerné.

Exemples :

- Perforation utérine par matériel de contraception intra-utérin :
T83.39X- "Other mechanical complication of intrauterine contraceptive device"
- Protrusion d'un clou intramédullaire dans le fémur gauche :
T84.195- "Other mechanical complication of internal fixation device of left femur"
- Déplacement d'un cathéter de dialyse péritonéale :
T85.621- "Displacement of intraperitoneal dialysis catheter"
- Obstruction d'un cathéter de dialyse artério-veineux :
T82.49X- "Other complication of vascular dialysis catheter"
- Rupture d'un shunt artério-veineux chirurgical :
T82.511- "Breakdown (mechanical) of surgically created arteriovenous shunt"
- Défaut d'un générateur de pulsations cardiaques :
T82.111- "Breakdown (mechanical) of cardiac pulse generator (battery)"

La sous-catégorie T84.0 "Mechanical complications of internal joint prosthesis" classe une série de complications impliquant des prothèses articulaires internes, avec un caractère additionnel pour identifier l'articulation spécifique (par ex genou droit, hanche gauche). Les complications mécaniques spécifiques sont indiquées ci-dessous :

- T84.01 "Broken internal joint prosthesis"
- T84.02 "Dislocation of internal joint prosthesis"
- T84.03 "Mechanical loosening of internal prosthetic joint"
- T84.05 "Periprosthetic osteolysis of internal prosthetic joint"
- T84.06 "Wear of articular bearing surface of internal prosthetic joint"
- T84.09 "Other mechanical complication of internal joint prosthesis"

Les infections et réactions inflammatoires dues à la présence de matériel, d'implant ou de greffe qui fonctionne correctement sont classées dans les sous-catégories suivantes :

- T82.6 "Infection and inflammatory reaction due to cardiac valve prosthesis"
- T82.7 "Infection and inflammatory reaction due to other cardiac and vascular devices, implants and grafts"
- T83.5 'Infection and inflammatory reaction due to prosthetic device, implant and graft in urinary system'
- T83.6 "Infection and inflammatory reaction due to prosthetic device, implant and graft in genital tract"
- T84.5 "Infection and inflammatory reaction due to internal joint prosthesis"
- T84.6 "Infection and inflammatory reaction due to internal fixation device"
- T84.7 "Infection and inflammatory reaction due to other internal orthopedic prosthetic devices, implants and grafts"
- T85.7 "Infection and inflammatory reaction due to other internal prosthetic devices, implants and grafts"

Des codes additionnels doivent être assignés pour identifier l'infection.

Le code T82.7XX- "Infection and inflammatory reaction due to other cardiac and vascular devices, implants and grafts" est utilisé pour les infections sur cathéters périphériques veineux, artériels et de dialyse ou pour les cathéters de perfusion non spécifiés autrement. Les septicémies sur cathéters veineux centraux doivent être assignées sous le code T80.211- "Bloodstream infection due to central venous catheter" plutôt que sous le code T82.7-. Voici des exemples de cathéters veineux centraux : le cathéter de Hickman, un cathéter central inséré dans une veine périphérique (PICC), port-a-cath, le cathéter veineux ombilical et le cathéter à triple voie. Les septicémies associées à des voies centrales sont des infections systémiques.

Les codes de la sous-catégorie "Infection due to central venous catheter" font la distinction entre notamment les infections locales (T80.212-) et systémiques (T80.211-) dues aux cathéters veineux centraux.

Les infections locales comprennent les infections du point d'insertion ou de sortie, les infections du réservoir ou les infections du tunnel.

Lorsqu'une septicémie est présente avec une infection locale du cathéter veineux central et que le dossier du patient n'indique aucune autre cause pour celle-ci, on peut demander au médecin traitant s'il s'agit d'une septicémie pouvant être attribuée à une infection du cathéter veineux central. Si le médecin établit le lien entre l'infection locale du cathéter veineux central et la septicémie, on utilise alors le code T80.211- "Bloodstream infection due to central venous catheter" avec le code T80.212- "Local infection due to central venous catheter".

Quand on documente une infection non spécifiée due au cathéter veineux central, attribuez le code T80.219- "Unspecified infection due to central venous catheter".

Le code T82.7- 'Infection and inflammatory reaction due to other cardiac and vascular devices, implants and grafts' est utilisé pour le codage des infections des cathéters artériels, de dialyse ou veineux périphériques ou des cathéters de perfusion autrement non spécifiés.

Les codes de la sous-catégorie T83.51- "Infection and inflammatory reaction due to urinary catheter" doit avoir des codes complémentaires pour spécifier l'infection (telle que cystite ou sepsis), et pour le germe responsable si cette information est disponible.

Exemples :

- Infection de poche de pacemaker, contact initial
T82.7xxA "Infection and inflammatory reaction due to other cardiac and vascular devices, implants and grafts, initial encounter"
- Infection à *Escherichia coli* sur cathéter de dialyse péritonéale, premier contact
T85.71xA "Infection and inflammatory reaction due to peritoneal dialysis catheter, initial encounter"
B96.2 "Unspecified *Escherichia coli* [*E. coli*] as the cause of diseases classified elsewhere"
- Cystite interstitielle chronique avec hématurie sur cathéter de cystostomie, contact initial
T83.510A "Infection and inflammatory reaction due to cystostomy catheter, initial encounter"

N30.11 "Interstitial cystitis (chronic), with hematuria"

Les sous-catégories T82.8, T83.8, T84.8 et T85.8 classent les autres complications dues à la présence d'un matériel prothétique interne, d'un implant ou d'une greffe. Ceci comprend les complications non mécaniques avec un caractère additionnel indiquant l'embolie, la fibrose, l'hémorragie, la douleur, la sténose ou la thrombose. Quand la complication est documentée comme une douleur postopératoire due à la présence d'un matériel, d'un implant ou d'une greffe, laissé dans le site chirurgical, un code additionnel de la catégorie G89 "Pain, not elsewhere classified" est utilisé, si nécessaire, pour identifier une douleur aiguë (G89.18) ou chronique (G89.28) postopératoire due à la présence d'un matériel, d'un implant ou d'une greffe.

Le code T82.857- est attribué pour l'occlusion d'un pontage coronaire ("coronary bypass graft") **sauf si le médecin indique que l'occlusion est liée à l'artériosclérose.**

Les rétrécissements d'un pontage coronaire par athérosclérose ne sont pas automatiquement codés comme une complication du pontage. L'occlusion sur athérosclérose d'un pontage coronaire est classée dans la sous-catégorie I25.7 "Atherosclerosis of coronary artery bypass graft(s) and coronary artery of transplanted heart with angina pectoris". Le 5^{ème} caractère indique le type de pontage : autologue veineux, autologue artériel, non autologue biologique, cœur transplanté, pontage de cœur transplanté, et autre pontage coronaire ou non spécifié.

L'athérosclérose d'un pontage coronaire greffe sans angine de poitrine est codé sous la sous-catégorie I25.81 "Atherosclerosis of other coronary vessels without angina pectoris".

7. COMPLICATIONS DE TRANSPLANTATION

La catégorie T86 "Complications of transplanted organs and tissue" est réservée aux complications de transplants telles que la décompensation, l'infection, le rejet ou le néoplasme de l'organe transplanté, dont le 4^{ème}, 5^{ème} ou 6^{ème} caractère indique l'organe concerné.

En présence d'infection, un code des catégories B95 à B97 doit être attribué comme code complémentaire. Un code de complication de transplant est attribué uniquement si la complication affecte le fonctionnement de l'organe transplanté. Des codes additionnels sont attribués pour identifier les autres complications de transplantation, telles que maladie du greffon contre l'hôte (D89.81- "Graft-versus-host disease"), le néoplasme associé à l'organe transplanté (C80.2 "Malignant neoplasm associated with transplanted organ") ou le trouble lymphoprolifératif post-transplantation (D47.Z1 "Post-transplant lymphoproliferative disorder (PTLD)"). Deux codes sont requis pour décrire complètement une complication de transplantation : le code approprié de la catégorie T86 et un second code qui identifie la complication.

Exemples :

- Maladie aiguë du greffon contre l'hôte résultant d'une complication de greffe de moelle osseuse

T86.09 "Other complications of bone marrow transplant"

D89.810 "Acute graft-versus-host disease"

- Néoplasme malin de rein transplanté

T86.19 "Other complication of kidney transplant"

C80.2 "Malignant neoplasm associated with transplanted organ"

C64.9 "Malignant neoplasm of unspecified kidney, except renal pelvis"

- Trouble lymphoprolifératif post-transplantation intestinale

T86.858 "Other complications of intestine transplant"

D47.Z1 "Post-transplant lymphoproliferative disorder (PTLD)"

Le code T86.5 "Complications of stem cell transplant" décrit les complications de greffe de cellules souches. Les greffes de cellules souches peuvent être réalisées en utilisant les propres cellules souches du patient (greffe de cellules souches autologues) ou en utilisant les cellules souches d'un donneur (greffe de cellules souches allogènes). La plupart des greffes de cellules souches sont réalisées à l'aide de cellules souches collectées dans le sang périphérique.

Des complications peuvent se développer à la suite d'une greffe de cellules souches dont : la maladie du greffon contre l'hôte, l'échec de la greffe de cellules souches, des lésions des organes, des cataractes, des cancers secondaires et le décès.

Les pathologies préexistantes ou les pathologies qui se développent après la transplantation ne sont pas codées comme complications excepté si elles affectent le fonctionnement de l'organe transplanté. Les complications chirurgicales après une transplantation qui ne sont pas liées au fonctionnement de l'organe transplanté sont classées sous la complication spécifique. Par exemple, une infection postopératoire est codée comme une infection de plaie postopératoire et non comme une complication de transplant. Cependant, les infections qui affectent le fonctionnement de l'organe transplanté sont classées dans la catégorie T86, telle que T86.812 "Lung transplant infection".

On attribue un code de la catégorie Z94 "Transplanted organ and tissue status" aux patients greffés qui sont vus pour un traitement non lié à la greffe, pour mentionner le statut de 'transplanté' au patient. Un code de la catégorie Z94 ne peut jamais être utilisé avec un code de la catégorie T86 pour le même organe.

Pour les pathologies qui affectent la fonction du rein transplanté – autres que la maladie rénale chronique ("Chronic kidney disease" CKD) – un code de la sous-catégorie T86.1 "Complications of kidney transplant" doit être attribué ainsi qu'un code secondaire qui identifie la pathologie.

Chez les patients avec une maladie rénale chronique (CKD) à la suite d'une transplantation, on ne peut pas faire l'hypothèse d'une insuffisance ou d'un rejet du greffon sans que cela ne soit documenté par le clinicien.

Les patients qui ont subi une greffe de rein peuvent garder une insuffisance rénale résiduelle car le greffon peut ne pas restaurer entièrement la fonction rénale. C'est pourquoi la présence d'une CKD seule ne constitue pas une complication de transplantation. Si la documentation conforte la présence d'une insuffisance, d'une infection, d'un rejet, ou d'une autre complication de transplantation, il est alors approprié d'attribuer un code de la sous-catégorie T86.1 "Complications of kidney transplant", suivi du code approprié

de la maladie rénale chronique issu de la catégorie N18. Chez les patients greffés rénaux avec une maladie rénale chronique qui n'ont pas de complication de greffe telle qu'une insuffisance ou un rejet, on attribue le code Z94.0 "Kidney transplant status" plutôt qu'un code de la sous-catégorie T86.1.

- Patient connu pour avoir une défaillance rénale en stade final sur une défaillance congénitale des voies urinaires et un statut post transplantation rénale, est maintenant admis pour un fonctionnement moindre de la greffe en une hyperkaliémie qui perdure. Traitement avec une hémodialyse intermittente (moins que 6 heures par jour)

T86.19 'Other complication of kidney transplant'

N18.6 'End stage renal failure'

Q64.9 'Congenital malformation of urinary system, unspecified'

Z99.2 'Dependence on renal dialysis'

E87.5 'Hyperkalemia'

5A1D70Z 'Performance of urinary filtration, intermittent, less than 6 hours a day'

8. COMPLICATIONS APRES UN RATTACHEMENT DE MEMBRE OU UNE AMPUTATION

Les complications de rattachement d'extrémités et de moignon d'amputation sont classées à la catégorie T87. Les complications de rattachement de membres sont classées selon leur localisation : extrémité supérieure (T87.0x-) ou extrémité inférieure (T87.1x-). Le 6^{ème} caractère indique la latéralité. Les complications de rattachement d'autres parties du corps sont classées sous le code T87.2.

Les complications de moignon d'amputation comprennent le névrome (T87.30 à T87.34), les infections (T87.40 à T87.44), les nécroses (T87.50 à T87.54), les complications autres (T87.8-) et les complications non spécifiées (T87.9). Le 5^{ème} caractère des sous-catégories T87.3- à T87.5- précise s'il s'agit de l'extrémité supérieure ou inférieure, ainsi que la latéralité. Le code T87.89 "Other complications of amputation stump" comprend la contracture de l'articulation proximale, la flexion, l'œdème et l'hématome.

Le syndrome du membre fantôme est une pathologie relativement commune chez les amputés, selon laquelle le patient perçoit des sensations, généralement de la douleur, dans le bras ou la jambe amputée. Le syndrome du membre fantôme n'est pas codé à la catégorie T87 mais sous les codes 54.6 "Phantom limb syndrome with pain" et G54.7 "Phantom limb syndrome without pain", en fonction de la présence ou non de douleur.

EXERCICE 33.3

Codez les diagnostics qui suivent. N'attribuez pas les codes de cause externe. Sans autre indication, faites l'hypothèse qu'il s'agit du premier contact.

1 Fuite de prothèse du sein	T85.43XA
2 Contraceptif intra-utérin encastré dans la paroi utérine	T83.39XA

3	Érosion cutanée par les électrodes de pacemaker	T82.190A
4	Rejet de greffe de moelle osseuse avec maladie du greffon contre l'hôte aiguë	<u>T86.01</u> D89.810
5	Déplacement d'implant de cristallin de l'œil droit	T85.22XA
6	Complication de transplant intestinal. Néoplasme malin du colon lié à l'intestin transplanté	<u>T86.858</u> C80.2 + C18.9
7	Fracture de la prothèse de la hanche droite après chute	T84.010A
8	Une femme de 60 ans, diabétique de type 2, a eu une amputation au-dessus du genou droit 2 mois auparavant, en raison de problèmes circulatoires diabétiques sévères de cette jambe. Un abcès à staphylocoque doré se développe sur le moignon.	T87.43 + B95.61 + L02.415 + E11.51
9	Insuffisance de transplant rénal avec maladie rénale chronique de stade IV	<u>T86.12</u> + N18.4
10	Admission pour un cathétérisme cardiaque et une angioplastie pour une artériosclérose connue d'une seule coronaire. Tentative d'insérer un stent dans l'artère coronaire droite. Pendant la manipulation, le fil guide se rompt et reste coincé dans la coronaire droite et l'aorte. Un autre fil guide est utilisé pour l'enlever.	<u>I25.10</u> T82.518A 02703ZZ 4A033BC

9. COMPLICATIONS D'INTERVENTIONS NON CLASSEES AILLEURS

La catégorie T81 "Complications of procedures, not elsewhere classified" est utilisée pour classer un groupe de complications postopératoires diverses. Des codes complémentaires ne sont habituellement pas requis car le code de complication est en soi suffisamment spécifique. La catégorie T81 requiert un 7^{ème} caractère à ajouter à chaque code pour préciser le contact initial (A), ultérieur (D) ou la séquelle (S).

Voici des exemples de codes de la catégorie T81 :

T81.31-	"Disruption of external operation (surgical) wound, not elsewhere classified"
T81.83-	"Persistent postprocedural fistula"
T81.11-	"Postprocedural cardiogenic shock"

Le choc cardiogénique est attribuable à un cœur affaibli qui n'est plus capable de pomper suffisamment de sang vers les organes du corps. Les causes du choc cardiogénique comprennent l'infarctus du myocarde, la tamponnade cardiaque et l'insuffisance cardiaque. Attribuez le code T81.11X- "Postprocedural cardiogenic shock" pour le choc cardiogénique dû à la chirurgie. Les infections postopératoires provenant de plaie, de poumon ou de cathéter vasculaire/sanguin peuvent conduire à un choc septique. Le code T81.12X- "Postprocedural septic shock" est attribué pour le choc septique postopératoire. Attribuez le code T81.19X- "Other postprocedural shock" pour le choc hypovolémique postopératoire (le type le plus fréquent

de choc postopératoire) qui survient quand de grandes quantités de liquides sont perdues en raison d'une hémorragie ou d'une déshydratation sévère.

Par exemple :

Après avoir eu un remplacement de valve aortique (mécanique) pour sténose aortique sévère, un patient développe un choc cardiogénique sévère qui requiert momentanément l'aide de membrane d'oxygénation extracorporelle (ECMO).

I35.0	"Nonrheumatic aortic (valve) stenosis" comme diagnostic principal
T81.11xA	"Postprocedural cardiogenic shock, initial encounter"
02RF0JZ	"Replacement of aortic valve with synthetic substitute, open approach"
5A1522H	"Extracorporeal oxygenation, membrane, peripheral veno-venous"

La déhiscence de plaie comprend un lâchage partiel ou total d'un ou de toutes les couches du site de la plaie opératoire. Les causes habituelles de déhiscences de plaie comprennent la tension excessive sur les points de suture, la nécrose de la plaie au niveau des points, un sérome ou un hématome causant une pression sur la plaie, et une infection de la plaie. ICD-10-CM propose des codes pour faire la distinction entre la déhiscence interne (T81.32-) et externe (T81.31-) des plaies chirurgicales ainsi que la déhiscence de suture de plaie traumatique (T81.33-).

Par exemple :

Un enfant de 8 ans a une lacération traumatique de la jambe qui a été suturée plusieurs semaines auparavant. Le patient a été vu au service des urgences 2 semaines après que les points de suture aient été enlevés pour déhiscence de suture de plaie.

T81.33xA "Disruption of traumatic injury wound repair, initial encounter"

La sous-catégorie T81.5 "Complications of foreign body accidentally left in body following procedure" est attribuée pour les situations dans lesquelles il y a une rétention non intentionnelle de corps étranger (p.ex. une éponge) chez le patient après chirurgie ou après une autre intervention. La survenue d'une rétention non intentionnelle d'objet n'importe quand après l'intervention doit être enregistrée quelle que soit l'institution, ou le fait que l'objet ait été enlevé ou pas.

La sous-catégorie T81.5 est ensuite subdivisée pour préciser la complication due à un corps étranger, telle que des adhérences (T81.51-), une obstruction (T81.52-), une perforation (T81.53-), une complication autre (T81.59-), ou une complication non spécifiée (T81.50-). Le 6^{ème} caractère précise si le corps étranger a été laissé accidentellement après l'intervention ('0'), à la suite d'une perfusion ou d'une transfusion ('1'), à la suite d'une dialyse rénale ('2'), à la suite d'une injection ou d'une immunisation ('3'), à la suite d'un examen endoscopique ('4'), à la suite d'un cathétérisme cardiaque ('5'), à la suite d'une aspiration, d'une ponction, ou d'un autre cathétérisme ('6'), après ablation d'un cathéter ou d'un pansement ('7'), à la suite d'une autre intervention ('8') ou à la suite d'une intervention non spécifiée ('9').

- Pendant une procédure, une partie d'aiguille se rompt et on ne la retrouve plus. L'imagerie médicale ne montre pas non plus l'aiguille en on referme le thorax. L'imagerie médicale supplémentaire montre que l'aiguille se retrouve à droite de la valve aortique. On opère à nouveau le patient, mais

à nouveau on ne retrouve pas l'aiguille. Le chirurgien décide qu'une nouvelle procédure n'est pas indiquée en regard de l'état clinique du patient et il décide de laisser l'aiguille en place. Dans ce cas, on n'utilise pas le code "T81.500A 'Unspecified complication of foreign body accidentally left in de body following surgical operation, initial encounter", parce que c'est la décision du chirurgien de laisser l'aiguille en place.

- Patient admis pour une héli arthroplastie de la hanche droite pour une fracture du col fémoral. Dans l'unité de soins post-anesthésiques, une RX postopératoire montre qu'une partie du ciment s'est lâchée dans l'articulation de la hanche. Il faut utiliser le code T81.590A 'Other complication of foreign body accidentally left in body following surgical operation, initial encounter'. La procédure était finie et le patient a dû être réopéré pour enlever le ciment.

Une réaction aiguë à une substance étrangère (non à un corps étranger) laissée accidentellement pendant l'intervention est codée à la sous-catégorie T81.6 "Acute reaction to foreign substance accidentally left during a procedure" et non avec la sous-catégorie T81.5.

La catégorie T81 fournit également des codes pour les complications d'artère à la suite d'une intervention, telle que l'artère mésentérique (T81.710-), rénale (T81.711-), d'autre artère (T81.718-) ou d'artère non spécifiée (T81.719-).

10. COMPLICATIONS DE SOINS MEDICAUX ET CHIRURGICAUX NON CLASSEES AILLEURS

La catégorie T88 "Other complications of surgical and medical care, not elsewhere classified" est utilisée pour classer un nombre de pathologies spécifiques qui peuvent survenir après presque tout type d'intervention.

Exemples :

- Sepsis après immunisation :
T88.0- "Infection following immunization"
- Vaccine généralisée:
T88.1-: "Other complications following immunization, not elsewhere classified"
- Choc dû à l'anesthésie :
T88.2- "Shock due to anesthesia"
- Échec ou difficulté d'intubation :
T88.4 - "Failed or difficult intubation"

11. COMPLICATIONS VERSUS SUITES DE SOINS

Comme discuté plus tôt, il est important de faire la distinction entre une admission pour complication de soins médicaux ou chirurgicaux et une admission pour suites de soins.

Une admission pour suite de soins est habituellement planifiée à l'avance pour prendre en charge un élément attendu ou réaliser un examen de suivi, tel qu'une ablation de clous ou de plaques placés lors d'une chirurgie

orthopédique antérieure. Les suites de soins sont classées dans les catégories Z42 à Z51. Les codes Z de suites de soins ne peuvent **pas** être utilisés pour les suites de soins après traumatisme. Pour les suites de soins de traumatismes, le code du traumatisme aigu est attribué avec le 7^{ème} caractère approprié pour le contact ultérieur.

Le codeur doit être prudent afin de ne pas attribuer un code de complication pour un contact pour suites de soins de routine.

Par exemple :

Admission pour ablation de broches du fémur (cause non traumatisme)

Z47.2 "Encounter for removal of internal fixation device"

Admission pour l'insertion d'une prothèse de genou après l'enlèvement de la prothèse infectée

Z47.33 'Aftercare following explantation of knee joint prosthesis'

EXERCICE 33.4

Codez les diagnostics qui suivent, certains identifient une complication et d'autres des suites de soins. Sans autre indication, faites l'hypothèse qu'il s'agit d'un premier contact. N'attribuez pas les codes de cause externe ni les codes d'interventions.

1 Admission pour ablation de clou de fixation interne de l'avant-bras droit qui s'est déplacé dans le tissu avoisinant et qui cause une douleur sévère (Complication, orthopédique)	T84.192A
2 Admission pour fermeture de colostomie	Z43.3
3 Admission pour <u>ajustement</u> de prothèse externe du sein	Z44.30
4 Admission pour ablation de prothèse de sein déplacée	T85.42XA

12. STATUT "POST"

Le terme "statut post" mentionné dans l'intitulé diagnostique est parfois interprété comme complication postopératoire par le codeur ; cependant, le terme est rarement utilisé avec cette signification. Il indique habituellement que le patient a subi dans le passé une intervention ou une pathologie donnée. Un statut « post » est normalement codé avec un code des catégories Z80-Z87. Attention : ce statut est codé seulement s'il est important pour l'admission ! Si ce n'est pas significatif, ce statut ne sera pas codé !

13. SOINS MEDICAUX ET CHIRURGICAUX COMME CAUSE EXTERNE

Comme avec certains autres codes du chapitre 19 d'ICD-10-CM, certains codes de complications de soins contiennent la cause externe dans le code. Le code comprend la nature de la complication ainsi que le type d'intervention qui cause la complication. Aucun code de cause externe indiquant le type d'intervention n'est nécessaire pour ces codes. Par exemple, le code M96.621 "Fracture of humerus following insertion of orthopedic implant joint prosthesis, or bone plate, right arm" comprend la nature de la complication (fracture) ainsi que le type d'intervention qui a causé la complication (insertion d'un implant orthopédique, d'une prothèse articulaire ou d'une plaque).

De plus ICD-10-CM fournit 3 ensembles de codes de cause externe pour indiquer les soins médicaux ou chirurgicaux comme cause de la complication :

Y62-Y69 "Misadventures to patients during surgical and medical care"

Y70-Y82 "Medical devices associated with adverse incidents in diagnostic and therapeutic use"

Y83-Y84 "Surgical and other medical procedures as the cause of abnormal reaction of the patient, or of later complication, without mention of misadventure at the time of the procedure".

Les codes des catégories Y62 à Y69 sont utilisés uniquement quand on établit que la pathologie est due à un incident ("misadventure") durant les soins médicaux ou chirurgicaux. Ces catégories comprennent l'échec de précautions stériles durant les soins médicaux et chirurgicaux (Y62.0 à Y62.9), une erreur de dosage (Y63.0 à Y63.9), une contamination de substances médicales ou biologiques (Y64.0 à Y64.9), d'autres mésaventures (Y65.0 à Y65.53) et des incidents non spécifiés (Y69).

Le code Y65.51 "Performance of wrong procedure (operation) on correct patient" est attribué quand une intervention erronée est réalisée sur le bon patient et inclut l'implantation d'un mauvais appareil dans le site chirurgical correct. Le code Y65.52 "Performance of procedure (operation) on patient not scheduled for surgery" est attribué pour la réalisation d'une intervention chez un patient qui n'était pas planifié en chirurgie. Ceci comprend la réalisation d'une intervention prévue pour un autre patient et la réalisation d'une intervention chez un mauvais patient. Le code Y65.53 "Performance of correct procedure (operation) on wrong side or body part" est attribué pour la réalisation de l'intervention correcte sur le mauvais côté (ou organe).

Les catégories Y70 à Y82 sont utilisées pour rapporter la casse ou le dysfonctionnement de matériels médicaux durant l'utilisation, après l'implantation ou en cours d'usage. Les codes sont utilisés pour rapporter les incidents avec les types matériels qui suivent :

Y70 "Anesthesiology devices associated with adverse incidents"

Y71 "Cardiovascular devices associated with adverse incidents"

Y72 "Otorhinolaryngological devices associated with adverse incidents"

Y73 "Gastroenterology and urology devices associated with adverse incidents"

Y74 "General hospital and personal-use devices associated with adverse incidents"

Y75 "Neurological devices associated with adverse incidents"

Y76 "Obstetric and gynecological devices associated with adverse incidents"

- Y77 "Ophthalmic devices associated with adverse incidents"
- Y78 "Radiological devices associated with adverse incidents"
- Y79 "Orthopedic devices associated with adverse incidents"
- Y80 "Physical medicine devices associated with adverse incidents"
- Y81 "General- and plastic-surgery devices associated with adverse incidents"
- Y82 "Other and unspecified medical devices associated with adverse incidents"

Les codes des catégories y83-y84 sont utilisés quand la pathologie est décrite comme due aux soins médicaux ou chirurgicaux mais sans mention d'incident ("misadventure").

Exemples :

- Pneumonie d'irradiation secondaire à un surdosage de radiothérapie
J70.0 "Acute pulmonary manifestations due to radiation"
- Y63.2 "Overdose of radiation given during therapy"
- Composant fémoral gauche inséré dans la jambe droite au lieu du composant fémoral droit lors d'une mise en place d'une prothèse totale du genou.
T81.89x- "Other complications of procedures, not elsewhere classified"
- Y65.51 "Performance of wrong procedure (operation) on correct patient"

EXERCICE 33.5

Codez les diagnostics qui suivent. N'attribuez pas les codes de cause externe ni les codes Z. Sans autre indication, faites l'hypothèse qu'il s'agit du premier contact.

1 Infection de site d'injection, fesse gauche	T80.29XA
2 Détachement d'une greffe cutanée sur rejet de la greffe pédiculée, bras droit	T86.820
3 Céphalée après ponction lombaire	G97.1
4 Arrêt cardiaque intraopératoire en salle d'opération pendant une chirurgie abdominale, avec réanimation réussie	I97.711
5 Vomissement persistant après chirurgie gastro-intestinale	K91.0
6 Embolie gazeuse à la suite d'une perfusion intraveineuse	T80.0XXA
7 Thrombophlébite de la veine antécubitale du bras à la suite d'une perfusion intraveineuse (Postopératoire)	T80.1XXA + I80.8
8 Choc hypovolémique après chirurgie ce matin	T81.19XA

9	Fistule vésico-vaginale postopératoire persistante	T81.83XA + N82.0
10	Insuffisance cardiaque sur prothèse valvulaire mitrale mise en place il y a 3 ans	I97.110
11	Perforation d'artère coronaire par le cathéter pendant le cathétérisme cardiaque	I97.51
12	Déplacement d'électrode de pacemaker cardiaque	T82.120A
13	Syndrome du membre fantôme avec douleur après amputation chirurgicale	G54.6
14	Névrome du moignon après amputation chirurgicale de la jambe gauche	T87.34
15	Infection à MRSA d'un rein transplanté	<u>T86.13</u> + B95.61
16	Un patient avec leucémie est admis à l'hôpital après avoir éprouvé des sensations de palpitations et d'essoufflement. Le patient a un cathéter de perfusion en place pour l'administration de chimiothérapie. Une radiographie de thorax montre que la pointe du cathéter de perfusion est cassée et voyage dans l'artère pulmonaire.	<u>T82.514A</u> + C95.90
17	Un garçon de 13 ans ayant un antécédent de réduction ouverte avec fixation interne d'une fracture de la diaphyse radiale droite est admis pour courbure et angulation (cal vicieux) du site de fracture secondaire à une courbure de la plaque (matériel de fixation interne). Le médecin établit que la cassure de la plaque est due à l'activité énergétique du garçon et envisage de réinsérer une plaque à 6 trous pour fixer la fracture.	<u>T84.112A</u> + <u>S52.301P</u>

Addendum 1:

Directives de codage pour le COVID-19

1. INTRODUCTION

Le but de ce document est de fournir des directives officielles de codage liées au nouveau coronavirus 2019 (COVID-19) précédemment nommé 2019-nCoV. Ces directives de codage sont destinées à être utilisées conjointement avec les directives officielles actuelles pour le codage (en vigueur à partir du 1er janvier 2020) et peuvent être mises à jour si de nouvelles informations cliniques deviennent disponibles.

2. DIRECTIVES DE CODAGE POUR LE COVID-19

2.1. Pneumonie

Pour une pneumonie confirmée comme étant causée par le nouveau coronavirus 2019 (COVID-19), attribuez le code **J12.89**, *Autre pneumonie virale* ('Other viral pneumonia') ensemble avec le code **B97.29**, *Autre coronavirus, cause de maladies classées ailleurs* ('Other coronavirus as the cause of diseases classified elsewhere').

2.2. Bronchite aiguë

Pour une bronchite aiguë confirmée comme étant causée par le COVID-19, attribuez le code **J20.8**, *Bronchite aiguë due à d'autres micro-organismes spécifiés* ('Acute bronchitis due to other specified organisms') ensemble avec le code **B97.29**, *Autre coronavirus, cause de maladies classées ailleurs* ('Other coronavirus as the cause of diseases classified elsewhere').

Pour une bronchite, non autrement spécifiée ('NOS') due à COVID-19 attribuez le code **J40**, *Bronchite, non spécifiée comme aiguë ou chronique* ('Bronchitis, not specified as acute or chronic') ensemble avec le code **B97.29**, *Autre coronavirus, cause de maladies classées ailleurs* ('Other coronavirus as the cause of diseases classified elsewhere').

2.3. Infection des voies respiratoires inférieures

Pour le COVID-19 documenté comme étant associé à une infection des voies respiratoires inférieures non spécifiée ou à une infection respiratoire aiguë non spécifiée, attribuez le code **J22**, *Infection aiguë des voies respiratoires inférieures, non spécifiée* ('Unspecified acute lower respiratory infection') ensemble avec le code **B97.29**, *Autre coronavirus, cause de maladies classées ailleurs* ('Other coronavirus as the cause of diseases classified elsewhere').

Pour le COVID-19 documenté comme étant associé à une infection respiratoire non spécifiée, attribuez le code **J98.8**, *Autres affections respiratoires spécifiées* ('Other specified respiratory disorders') ensemble avec le code **B97.29**, *Autre coronavirus, cause de maladies classées ailleurs* ('Other coronavirus as the cause of diseases classified elsewhere').

2.4. Syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA)

Pour le syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA) dû au COVID-19, attribuez le code **J80**, *Syndrome de détresse respiratoire aiguë* ('Acute respiratory distress syndrome'), ensemble avec le code **B97.29**, *Autre coronavirus, cause de maladies classées ailleurs* ('Other coronavirus as the cause of diseases classified elsewhere').

2.5. Exposition au COVID-19

Pour les cas où une éventuelle exposition au COVID-19 fait toujours l'objet d'examens, mais qui est exclue après évaluation, attribuez le code **Z03.818**, *Contact pour mise en observation pour exposition suspectée à d'autres agents biologiques* ('Encounter for observation for suspected exposure to other biological agents ruled out').

Dans les cas où il y a eu une exposition réelle à une personne confirmée d'être infectée par COVID-19, attribuez le code **Z20.828**, *Contact avec et exposition (suspectée) à d'autres maladies transmissibles virales* ('Contact with and (suspected) exposure to other viral communicable diseases').

Si le médecin documente un COVID-19 "suspecté", "possible" ou "probable", n'attribuez pas le code B97.29. Attribuez un code qui explique la raison du contact, comme par exemple des codes pour des signes et des symptômes, ou le code Z20.828.

2.6. Signes et symptômes

Pour les patients présentant des signes / symptômes (tels que fièvre, etc.) et où aucun diagnostic définitif n'a été établi, attribuez le(s) code(s) approprié(s) pour chacun des signes et symptômes présents tels que par exemple: **R05** *Toux* ('Cough'); **R06.02** *Essoufflement* ('Shortness of breath'); **R50.9** *Fièvre, non spécifiée* ('Fever, unspecified'), ...

2.7. Remarque

Le code **B34.2**, *Infection à coronavirus, non spécifié* ('Coronavirus infection, unspecified') ne peut pas être attribué en relation avec le COVID-19, car il s'agit d'une infection respiratoire et par conséquent le site est bien connu.

2.8. Informations actuelles sur le COVID-19

Pour de plus amples informations sur le COVID-19, nous vous référons à <https://www.info-coronavirus.be/fr/>