

SERVICE PUBLIC FÉDÉRAL SANTÉ PUBLIQUE, SÉCURITÉ
DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE ET ENVIRONNEMENT

MANUEL ICD-10-BE

VERSION 2021

CELLULE STANDARDS

WWW.HEALTHBELGIUM.BE/ICD10BE

Manuel ICD-10-BE

Version 2021

Cellule Standards

16 août 2022

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

Aucune partie de cette publication ne peut être reproduite et/ou publiée par voie d'impression, de photocopie, de bande audio, par voie électronique ou de toute autre manière sans l'autorisation écrite de l'éditeur.

Conception et mise en page

Arabella D'Havé

Rédaction

Arabella D'Havé

Editeur

Copyright © Service Public Fédéral de la Santé, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement, Avenue Galilée 5/2, 1210 Bruxelles

Mars, 2022

Table des matières

Table des matières

iii

FORMATS, CONVENTIONS DIRECTIVES DE CODAGE GÉNÉRALES	1
1 Introduction à la classification ICD-10-CM	2
1.1 Introduction	2
1.2 Développement de l'ICD-10-CM	3
1.3 Format	3
1.4 La liste systématique des maladies et des lésions traumatiques	3
1.4.1 Structure des codes ICD-10-CM	4
1.4.2 Caractère substitutif	6
1.5 L'index alphabétique	7
1.5.1 Classement alphabétique	9
1.5.2 Entrées d'index numériques	10
1.5.3 Mots de liaison	10
1.5.4 Tableaux de l'index	12
2 Conventions de l'ICD-10-CM	13
2.1 Introduction	13
2.2 Notes d'instruction	14
2.2.1 Notes d'instruction générales	14
2.2.2 Notes d'inclusion et notes d'exclusion	14
2.2.3 « Code First » et « Use Additional Code »	17
2.2.4 « Code Also »	18
2.3 Abréviations	19
2.3.1 NEC	19
2.3.2 NOS	19
2.4 Notes de références croisées	20
2.4.1 « See »	20
2.4.2 « See Also »	20
2.4.3 « See Category »	21
2.4.4 « See Condition »	21
2.5 Signes de ponctuation	21
2.5.1 Parenthèses	21
2.5.2 Crochets	23
2.5.3 Deux-points	23

2.6	Termes de liaison	24
2.6.1	« And »	24
2.6.2	« With » et « In »	24
2.6.3	« Due to »	26
3	Résumé Hospitalier Minimum	27
3.1	Résumé Hospitalier Minimum	28
3.2	Le diagnostic principal	28
3.3	<i>ICD-10-CM Official Guidelines for Coding and Reporting</i>	29
3.4	Directives officielles pour le codage du diagnostic principal	30
3.4.1	Deux diagnostics ou plus qui répondent également à la définition du diagnostic principal	31
3.4.2	Deux ou plusieurs affections comparables ou contrastées	32
3.4.3	Plan de traitement initial non réalisé	33
3.5	Directives officielles pour le codage d'un diagnostic secondaire	33
3.5.1	Affections antérieures documentées en tant que diagnostics	33
3.5.2	Diagnostic secondaire sans documentation permettant un codage	34
3.5.3	Affections chroniques qui ne font pas l'objet d'un traitement	35
3.5.4	Affections faisant partie intégrante d'un processus pathologique	36
3.5.5	Affections ne faisant pas partie intégrante d'un processus patholo- gique	37
3.5.6	Résultats anormaux	37
3.6	Procédures	39
3.7	Codage et enregistrement éthiques	39
4	Le dossier patient comme document de référence	40
4.1	Introduction	40
4.2	Le contenu du dossier patient	41
5	Étapes de base du codage ICD-10-CM	46
5.1	Introduction	46
5.2	Localiser le terme principal dans l'index alphabétique	47
5.3	Vérifier le code alphanumérique dans la liste systématique	48
5.4	Exemples de codage	48
6	Règles de base du codage ICD-10-CM	51
6.1	Introduction	51
6.2	Utilisation de l'index alphabétique ainsi que la liste systématique	52
6.3	Attribuer les codes avec un niveau de détail le plus élevé	53
6.4	Attribuer des codes NEC et NOS uniquement le cas échéant	54
6.5	Attribuer des codes combinés si disponibles	54
6.6	Attribuer plusieurs codes si nécessaire	55
6.6.1	Codage multiple obligatoire	56
6.6.2	Codage multiple discrétionnaire	56
6.6.3	Éviter le codage multiple sans discernement	57
6.6.4	Latéralité	58
6.7	Coder un diagnostic non confirmé comme s'il était établi	58
6.7.1	À exclure versus exclu	59
6.7.2	Diagnostics <i>borderline</i>	60
6.7.3	Utilisation de signes/symptômes et de codes non spécifiés	60
6.8	Affections aiguës et chroniques	60
6.9	Affection imminente ou menaçante	61

6.10	Enregistrer plusieurs fois le même code diagnostic	62
6.11	Séquelles	62
6.11.1	Localisation des codes de séquelles	62
6.11.2	Le codage de séquelles requiert deux codes	63
6.12	Séquelle versus affection ou lésion traumatique actuelle	64
7	Introduction à la classification ICD-10-PCS	65
7.1	Introduction	65
7.2	Développement de l'ICD-10-PCS	66
7.3	Format et organisation	66
7.3.1	Format	66
7.3.2	Structure des codes	68
7.3.3	Termes relationnels	69
7.4	Les caractères des codes et leurs définitions	69
7.4.1	Caractère 1: Section	70
7.4.2	Caractère 2: Système anatomique	71
7.4.3	Caractère 3: Procédure de base	72
7.4.4	Caractère 4: Partie du corps	74
7.4.5	Caractère 5: Voie d'abord	78
7.4.6	Caractère 6: Dispositif	80
7.4.7	Caractère 7: Qualificatif	83
8	Étapes de base du codage ICD-10-PCS	85
8.1	Introduction	85
8.2	Repérer le terme principal dans l'index alphabétique	86
8.3	Choisir le tableau approprié	87
8.4	Exemples de codage	88
8.4.1	Cholécysectomie totale par voie laparoscopique	88
8.4.2	Amputation en dessous du genou, membre inférieur droit, jambe droite	89
8.5	L'enregistrement des procédures dans le RHM	90
9	Procédures de base ICD-10-PCS dans la Section Médicale et Chirurgicale	92
9.1	Introduction	92
9.2	Directives pour les procédures de base	93
9.2.1	Codage des procédures de base multiples	94
9.2.2	Codage des interventions interrompues ou des procédures incomplètement réalisées	95
9.2.3	Codage de biopsies	97
9.3	Codage de procédures portant sur tissus superposés	98
9.4	Procédures médico-chirurgicales de base	98
9.4.1	Procédures de base enlevant tout ou partie d'une partie du corps	98
9.4.2	Procédures de base enlevant des solides, des fluides ou des gaz d'une partie du corps	101
9.4.3	Procédures de base visant à insérer, remettre en place ou déplacer tout ou partie d'une partie du corps	103
9.4.4	Procédures de base visant à modifier le diamètre ou le trajet d'une partie tubulaire du corps	105
9.4.5	Procédures de base impliquant toujours un dispositif	107
9.5	Procédures de base n'impliquant qu'un examen	110
9.5.1	Procédures de base incluant d'autres réparations	111

9.6	Procédures de base incluant d'autres objectifs	113
10	Procédures ICD-10-PCS des sections médico-chirurgicales apparentées, auxiliaires et de nouvelles technologie	115
10.1	Introduction	116
10.2	Procédures médico-chirurgicales apparentées	116
10.2.1	La section <i>Placement</i>	116
10.2.2	La section <i>Administration</i>	118
10.2.3	La section <i>Measurement and Monitoring</i>	119
10.2.4	La section <i>Extracorporeal or Systemic Assistance and Performance</i>	120
10.2.5	La section <i>Extracorporeal or Systemic Therapies</i>	121
10.2.6	La section <i>Osteopathic</i>	123
10.2.7	La section <i>Other Procedures</i>	123
10.2.8	La section <i>Chiropractic</i>	124
10.3	Procédures auxiliaires	125
10.3.1	La section <i>Imaging</i>	125
10.3.2	La section <i>Nuclear Medicine</i>	126
10.3.3	La section <i>Radiation Therapy</i>	126
10.3.4	La section <i>Physical Rehabilitation and Diagnostic Audiology</i>	128
10.4	La section <i>New Technology</i>	130
11	Codes Z et codes de causes externes de morbidité	133
11.1	Introduction	133
11.2	L'utilisation des codes	133
11.3	Localisation des codes	134
11.4	Codes Z	134
11.4.1	Admission ou contact pour soins de suivi	135
11.4.2	Admission pour examen de suivi	136
11.4.3	Admission pour observation et évaluation	138
11.4.4	Examens et tests particuliers	140
11.4.5	Tests de dépistage	142
11.4.6	Contact avec/exposition à	142
11.4.7	Codes d'antécédents, de statut ou d'autres problèmes	143
11.4.8	Susceptibilité génétique à maladie	146
11.4.9	Codes Z comme diagnostic principal/premier diagnostic	146
	DIRECTIVES SPÉCIFIQUES AUX CHAPITRES	148
12	Symptômes, signes et maladies mal définies	149
12.1	Introduction	149
12.2	Signes et symptômes comme diagnostic principal	150
12.3	Signes et symptômes comme diagnostic secondaire	151
12.4	Résultats anormaux	152
12.5	Échelle de Glasgow	153
12.6	« National Institute of Health Stroke Scale » (NIHSS)	154
12.7	Maladies mal définies	155
13	Maladies infectieuses et parasitaires	156
13.1	Introduction	156
13.2	Organisme versus site ou autre sous-terme	158
13.3	Fièvre due au virus du Nil occidental	158

13.4	Le virus Zika	159
13.5	Tuberculose	159
13.6	Sepsis, sepsis sévère et choc septique	160
13.6.1	Sepsis sévère	162
13.6.2	Sepsis et sepsis sévère avec une infection localisée	162
13.6.3	Sepsis dû à une infection post-procédurale	163
13.6.4	Sepsis et sepsis sévère associé à un processus non infectieux	164
13.7	Syndrome du choc toxique	165
13.8	Infection à bactéries Gram négatif	165
13.9	Infections nosocomiales	166
13.10	Infections résistantes aux antibiotiques	166
13.11	SIDA et autres infections VIH	168
13.11.1	Diagnostic non confirmé d'une infection à HIV	168
13.11.2	Tests sérologiques pour l'infection à VIH.	169
13.11.3	Séquençage des diagnostics associés au VIH	170
13.12	COVID-19	170
13.12.1	Diagnostic non confirmé du COVID-19	171
13.12.2	Séquençage des codes COVID-19	171
13.12.3	Contact/exposition, dépistage, tests ou antécédents de COVID-19	174
13.12.4	Affection post-COVID-19	175
13.13	Séquelles	176
14	Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	177
14.1	Introduction	177
14.2	Le diabète sucré	178
14.2.1	Types de diabète sucré	179
14.2.2	Complications et manifestations du diabète sucré	181
14.2.3	Complications rénales diabétiques	182
14.2.4	Maladie oculaire diabétique	183
14.2.5	Complications neurologiques diabétiques	184
14.2.6	Complications circulatoires diabétiques	184
14.2.7	Autres manifestations du diabète sucré	185
14.2.8	Complications dues à un dysfonctionnement de la pompe à insuline	186
14.3	Le diabète sucré compliquant la grossesse	186
14.3.1	Diabète gestationnel	187
14.3.2	Affections néonatales associées au diabète maternel	187
14.4	Réactions hypoglycémiques et insuliniques	188
14.5	Antécédents de diabète	188
14.6	Troubles nutritionnels	189
14.7	Troubles métaboliques	190
14.7.1	Surcharge liquidienne	190
14.7.2	La fibrose kystique	190
14.8	Syndrome de lyse tumorale	191
15	Troubles mentaux	192
15.1	Introduction	193
15.2	Troubles mentaux dus à des affections physiologiques connues	193
15.2.1	Le syndrome cérébral organique	194
15.2.2	Le trouble anxieux organique	194
15.2.3	Démence dans d'autres maladies classées ailleurs	194
15.2.4	Altération de l'état de conscience	195

15.3	L'amnésie globale transitoire	195
15.4	Les troubles schizophréniques	195
15.5	Troubles affectifs	196
15.6	Troubles mentaux non psychotiques	197
15.6.1	Troubles anxieux	198
15.6.2	Réactions au stress	198
15.6.3	Les troubles dissociatifs et de conversion	198
15.6.4	Les troubles somatoformes	199
15.7	Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques	199
15.8	Troubles de la personnalité et du comportement des adultes	200
15.9	Troubles d'abus de substances	201
15.9.1	Dépendance et abus d'alcool	201
15.9.2	Troubles de dépendance et d'abus de drogues	202
15.9.3	Usage de substances psychoactives	203
15.9.4	Hiérarchie entre les codes d'usage, d'abus et de dépendance des substances psychoactives	204
15.9.5	Sélection du diagnostic principal	204
15.9.6	Traitement d'abus de substances	205
15.10	Codage des procédures en cas de troubles mentaux	205
15.10.1	Procédures pour la santé mentale	206
15.10.2	Procédures pour traitement d'abus de substances	208
16	Maladies du sang et organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	210
16.1	Introduction	211
16.2	Anémie	211
16.2.1	Anémies par carence	212
16.2.2	Anémie due à perte de sang aiguë	212
16.2.3	Anémie due à maladie chronique	213
16.2.4	Anémie due à la chimiothérapie	214
16.2.5	Anémie aplasique et pancytopenie	214
16.2.6	Anémie falciforme (drépanocytose) et thalassémie	215
16.3	Troubles de la coagulation	215
16.4	Maladies des plaquettes	217
16.5	Maladies des globules blancs	217
16.6	Troubles du système immunitaire	219
16.6.1	Immunodéficience	219
16.6.2	Sarcoïdose	219
16.6.3	Le syndrome de libération de cytokines	220
17	Maladies du système nerveux et des organes de sens	221
17.1	Introduction	222
17.2	Maladies inflammatoires du système nerveux central	222
17.3	Maladie de Parkinson	223
17.4	Maladie de Alzheimer	223
17.5	Épilepsie	224
17.6	Céphalée et migraine	225
17.7	Narcolepsie	226
17.8	Hémiplégie et hémiparésie	226

17.9	Douleur	227
17.9.1	Admission pour contrôle ou gestion de la douleur	228
17.9.2	Douleur post-opératoire	229
17.10	Dysrèflexie autonome	229
17.11	Hydrocéphalie	230
17.12	Encéphalopathie	230
17.13	Troubles du système nerveux périphérique	231
17.14	<i>Critical illness polyneuropathy</i>	231
17.15	<i>Critical illness myopathy</i>	232
17.16	Fuites de liquide céphalo-rachidien	232
17.17	Hypotension intracrânienne	232
17.18	Maladies de l'oeil et de ses annexes	233
17.18.1	Traumatismes de la cornée	234
17.18.2	Conjonctivite	235
17.18.3	Dystrophie cornéenne	235
17.18.4	Cataracte	236
17.18.5	Glaucome	236
17.19	Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde	238
17.19.1	Otite	238
17.19.2	Surdité et perte auditive	239
18	Maladies du système respiratoire	240
18.1	Introduction	241
18.2	Pneumonie	241
18.2.1	pneumonie à pneumocystis	242
18.2.2	Pneumonie lobaire	242
18.2.3	Pneumopathies interstitielles	242
18.2.4	Légionellose	243
18.2.5	Pneumonie � Gram négatif	243
18.2.6	Aspergillose	244
18.2.7	Pneumonie par aspiration	244
18.2.8	Pneumonie associée à un respirateur	244
18.3	Grippe	245
18.4	COVID-19	246
18.5	Troubles associées au vapotage	246
18.6	Laryngite et trachéite	247
18.7	Bronchopneumopathie chronique obstructive	248
18.7.1	Asthme	249
18.7.2	Bronchospasme	250
18.8	Atélectasie	250
18.9	épanchement pleural	250
18.10	Insuffisance respiratoire	251
18.11	Syndrôme de détresse respiratoire aiguë	254
18.12	Oedème pulmonaire aigu	254
18.12.1	Cardiogénique	254
18.12.2	Non cardiogénique	255
18.13	Procédures chirurgicales	256
18.14	Biopsies de plèvre, de broche et de poumon	256
18.15	Ablation de poumon et pleurodèse	258
18.16	Ventilation mécanique	259
18.16.1	Durée de la ventilation mécanique	260

18.16.2 Complications d'une trachéostomie	262
19 Maladies du système gastro-intestinal	263
19.1 Introduction	264
19.2 Hémorragie gastro-intestinale	264
19.3 Maladies de l'oesophage	265
19.4 Ulcères de l'estomac et de l'intestin grêle	267
19.5 Lésions de Dieulafoy	267
19.6 Complications d'orifices artificiels du système digestif	268
19.6.1 Complications de la colostomie et de l'entérostomie	268
19.6.2 Complications de la gastrostomie et de l'oesophagostomie	268
19.7 Diverticulose et diverticulite	269
19.7.1 Diverticules congénitaux versus acquis	269
19.8 Polypes du côlon	270
19.9 Procédures du système digestif	270
19.10 Maladies du système biliaire et du foie	272
19.10.1 Cholestérolse	272
19.10.2 Syndrome post-cholécystectomie	273
19.10.3 Encéphalopathie hépatique	273
19.10.4 Cholécystectomie	273
19.10.5 Ablation de lithiases biliaires	274
19.11 Adhérences	274
19.12 Hernies de la cavité abdominale	275
19.13 Appendicite	277
19.14 Diarrhée	277
19.15 Constipation	278
19.16 Chirurgie bariatrique	278
20 Maladies du système urogénital	280
20.1 Introduction	281
20.2 Infections du tractus urogénital	281
20.3 Hématurie	282
20.4 Incontinence urinaire	283
20.5 Maladies rénales	284
20.5.1 Maladie rénale chronique et terminale	284
20.5.2 Défaillance rénale aïgue	285
20.5.3 Maladie rénale avec hypertension	286
20.5.4 Maladie rénale avec diabète sucré	288
20.6 Dialyse rénale	288
20.6.1 Dialyse péritonéale	289
20.6.2 Hémodialyse	289
20.7 Complications de cystostomie	293
20.8 Cystoscopie comme voie d'abord opératoire	293
20.9 Ablation de calculs urinaires	293
20.10 Maladies de la prostate et leur traitement	294
20.11 Endométriose	296
20.12 Prolapsus génital	296
20.13 Hyperplasie endométriale	297
20.14 Dysplasie du col, du vagin et de la vulve	297
20.15 Hystérectomie	298
20.16 Ablation de l'endomètre	299

20.17 Maladies du sein	299
20.18 Reconstruction mammaire	301
21 Maladies de la peau et du tissu sous-cutané	304
21.1 Introduction	304
21.2 Dermate due aux médicaments	305
21.3 Erythème multiforme	306
21.4 Ulcères cutanés	307
21.5 Cellulite cutanée	310
21.6 Autre cellulite	311
21.7 Excision d'une lésion	312
21.8 Débridement	313
21.9 Greffes dermales régénératives	314
22 Maladies du système musculo-squelettique et du tissu conjonctif	315
22.1 Introduction	316
22.1.1 Site et latéralité	316
22.1.2 Os versus articulation	316
22.1.3 Affections musculo-squelettiques aiguës traumatiques versus chroniques ou récidivantes	316
22.2 Troubles du dos	317
22.3 Arthrite	319
22.4 Dérangement	320
22.5 Ostéoporose	321
22.6 Pathological fractures	321
22.7 Fractures de stress	323
22.7.1 Fractures fémorales atypiques	323
22.7.2 Fractures périprothétiques	323
22.8 Directives concernant les parties du corps du système musculo-squelettique	324
22.9 Procédures articulaires	324
22.9.1 Remplacement d'articulation ou de prothèse	324
22.9.2 Révisions	326
22.9.3 Remplacement partiel d'une prothèse ou conversion d'une prothèse partielle en une prothèse totale	326
22.9.4 Resurfaçage	327
22.10 Arthrodèse vertébrale et reprise d'arthrodèse	328
22.11 Vertébroplastie et cyphoplastie	331
22.12 Prothèse de disque vertébral	332
22.13 Décompression spinale	332
22.14 Préservation de la mobilité vertébrale	332
22.15 Syndrome de plica	333
22.16 Fasciite	333
23 Complications de la grossesse, de l'accouchement et de la puerpéralité	334
23.1 Introduction	335
23.2 Caractère précisant le trimestre	336
23.3 Résultat de l'accouchement	339
23.4 Septième caractère indiquant le fœtus	339
23.5 Sélection du diagnostic principal	341
23.5.1 Admissions pour surveillance prénatale	341
23.5.2 Admission pour surveillance d'une grossesse à haut risque	341

23.5.3	Admissions sans accouchement	342
23.5.4	Admission pour accouchement normal	342
23.5.5	Admission avec autre type d'accouchement	344
23.5.6	Admission pour d'autres soins obstétricaux	345
23.6	Affections fœtales affectant la prise en charge de la grossesse	346
23.6.1	Grossesse multiple	347
23.6.2	Chirurgie in utero	347
23.7	Autres affections compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité	348
23.7.1	Hypertension	349
23.7.2	Diabète	351
23.7.3	Infection VIH	353
23.7.4	Usage d'alcool, de tabac et de drogues	353
23.8	Complications du travail et de l'accouchement	354
23.8.1	Dystocies	355
23.8.2	Stress fœtal	356
23.9	Complications du post-partum	356
23.10	Autres maladies maternelles	359
23.11	Séquelles de complications de la grossesse, de l'accouchement et de la puerpéralité	361
23.12	Procédures obstétricales	361
23.13	Procédures d'aide à l'accouchement	363
23.13.1	Accouchement par forceps ou ventouse	365
23.13.2	Épisiotomie	366
23.13.3	Incision de Dührssen	366
23.13.4	Déchirures périnéales	366
23.13.5	Surveillance fœtale	368
23.13.6	Accouchement par césarienne	369
23.14	Soins associés aux contraceptifs	369
23.15	Stérilisation	369
23.16	Soins associés à la procréation	371
23.17	Suspicion de maladies maternelles et foetales, non confirmées	372
24	Avortement et grossesse ectopique	374
24.1	Introduction	375
24.2	Types d'avortement	375
24.3	Avortements spontanés complets versus incomplets	375
24.4	Complications associées avec avortement	376
24.5	Affection maternelle comme raison de l'avortement	378
24.6	Avortement involontaire	379
24.7	Avortement résultant en un enfant vivant	379
24.8	Grossesse multiple avec perte de fœtus	380
24.9	Poursuite de la grossesse après réduction foetale éléctive	380
24.10	Procédures d'interruption de grossesse	382
24.11	Grossesses ectopiques et molaires	383
24.11.1	Grossesse tubaire	384
24.11.2	Complications de grossesses ectopiques et molaires	385
24.12	Grossesse non-évolutive	386
25	Anomalies congénitales	387
25.1	Introduction	388
25.2	Localisation des termes dans l'Index Alphabétique	388

25.3	Relation entre âge et codes	390
25.4	Nouveau-né avec affections congénitales	390
25.5	Malformations congénitales versus périnatales	391
25.6	Hydrocéphalie et spina bifida	391
25.7	Malformations congénitales des gros vaisseaux	392
25.7.1	Malformations congénitales de l'aorte	392
25.7.2	Malformations congénitales de l'artère pulmonaire	393
25.8	Neurofibromatose	393
25.9	Maladies kystiques du rein	394
25.10	Malformations congénitales des organes génitaux	394
25.11	Omphalocèle et gastroschisis	396
26	Affections périnatales	397
26.1	Introduction	398
26.2	Localisation de codes dans l'Index Alphabétique	398
26.3	Directives générales pour affections périnatales	398
26.4	Lien entre âge et codes	399
26.5	Classification des naissances	399
26.6	Autres diagnostics du nouveau-né	400
26.7	Prématurité, faible poids de naissance et postmaturité	401
26.8	Détresse foetale et asphyxie	403
26.9	Infarctus cérébral néonatal	404
26.10	Aspiration foetale et néonatale	404
26.11	Maladies hémolytiques du nouveau-né	405
26.12	Entérocolite nécrosante	405
26.13	Leucomalacie cérébrale néonatale	405
26.14	Troubles de la fonction gastrique et problèmes alimentaires.	406
26.15	Mise en observation et examen médical de nouveaux-nés et nourrissons	406
26.16	Infections survenues pendant la période périnatale	408
26.17	Affections maternelles affectant le foetus ou le nouveau-né	410
26.18	Intervention chirurgicale sur la mère et le foetus	411
26.19	Troubles endocriniens et métaboliques spécifiques au foetus et au nouveau-né	412
26.20	Colique infantile	412
26.21	Événement menaçant apparemment la vie	413
26.22	Vaccination systématique des nouveaux-nés	413
26.23	Surveillance de la santé du nourrisson ou de l'enfant	413
27	Maladies du système circulatoire	414
27.1	Introduction	415
27.2	Cardiopathie rhumatismale	415
27.3	Cardiopathie ischémique	417
27.3.1	Angine de poitrine	417
27.3.2	Infarctus du myocarde	418
27.3.3	Infarctus du myocarde évolutif	422
27.3.4	Complications récentes d'un infarctus aigu du myocarde	423
27.3.5	Autre cardiopathie ischémique aiguë	424
27.3.6	Syndrome post-infarctus du myocarde et angine post-infarctus	424
27.3.7	Cardiopathie ischémique chronique	425
27.3.8	Occlusion totale chronique	427
27.4	Insuffisance cardiaque	428
27.5	Insuffisance cardiaque compensée, décompensée et exacerbée	430

27.6 Tamponnade cardiaque	431
27.7 Cardiomyopathie	431
27.8 Arrêt cardiaque	433
27.9 Anévrisme	434
27.10 Troubles cérébrovasculaires	435
27.11 Hypertension	440
27.12 Cardiopathie hypertensive	442
27.13 Hypertension et néphropathie chronique	443
27.14 Cardiopathie et néphropathie chronique hypertensives	444
27.15 Hypertension avec autres affections	444
27.15.1 Maladie cérébrovasculaire hypertensive	445
27.15.2 Rétinopathie hypertensive	445
27.16 Hypertension compliquant la grossesse, l'accouchement, la puerpéralité	445
27.17 Élévation de la tension artérielle, sans diagnostic d'hypertension	445
27.18 Athérosclérose des extrémités	446
27.19 Hypertension pulmonaire secondaire	447
27.20 Embolie pulmonaire	448
27.21 Embolie en selle	449
27.22 Thrombose et thrombophlébite des veines des extrémités	449
27.23 Autres affections circulatoires	450
27.24 Codes Z de statut	451

Procédures du système circulatoire 452

27.25 Introduction	452
27.26 Directives pour la sélection de la partie du corps	452
27.27 Cathétérisme cardiaque diagnostique	453
27.28 Angiocardiographie	454
27.29 Études électrophysiologiques	454
27.30 Défibrillateur cardiovertteur automatique implantable	455
27.31 Thérapie par pacemaker cardiaque	458
27.32 Thérapie par resynchronisation cardiaque	461
27.33 Réparation percutanée de la valve mitrale	462
27.34 Réparation percutanée de la valve aortique et pulmonaire	463
27.35 Valvuloplastie par ballonnet percutanée	463
27.36 Angioplastie coronaire transluminale percutanée	463
27.37 Athérectomie coronaire transluminale	465
27.38 Angioplastie et athérectomie des vaisseaux non coronaires	465
27.38.1 Angioplastie des vaisseaux non coronaires	465
27.38.2 Athérectomie des vaisseaux non coronaires	466
27.39 Pontage de l'artère coronaire	467
27.40 Exclusion ou excision de l'auricule gauche	471
27.41 Ablation du tissu	472
27.42 Dispositifs d'assistance cardiaque implantables	473
27.43 Dispositifs d'assistance cardiaque externes de courte durée	474
27.44 Ballon de contre-pulsion intra-aortique	475
27.45 Dispositif d'accès vasculaire totalement implantable	476
27.46 Dispositif d'accès vasculaire tunnelisé	476
27.47 Moniteur hémodynamique implantable	478
27.48 Mesure de pression intravasculaire et intra-anévrysmale	478
27.49 Implantation d'un système de stimulation du sinus carotidien	479
27.50 Implantation d'un système de cardiomyostimulation	479

27.51	Transplantation cardiaque	480
27.52	Procédures sur les anévrismes	481
27.53	Autres procédures endovasculaires	486
28	Néoplasmes	488
28.1	Introduction	489
28.2	Classification en fonction du comportement	489
28.2.1	Néoplasmes malins	489
28.2.2	Tumeurs neuroendocrines	490
28.2.3	Carcinome à cellules de Merkel	491
28.2.4	Néoplasmes malins de tissu ectopique	491
28.2.5	Néoplasmes bénins	492
28.2.6	Carcinome in situ	492
28.2.7	Néoplasme de comportement incertain	492
28.2.8	Néoplasmes de comportement non spécifié	493
28.2.9	Masse ou lésion non spécifiée	493
28.3	Classification en fonction de la morphologie	494
28.4	Localisation des codes de néoplasmes	494
28.5	Types de néoplasmes malins	496
28.6	Codage des néoplasmes malins solides	497
28.6.1	Sites contigus	497
28.6.2	Malignité de deux ou plusieurs sites non contigus	497
28.6.3	Néoplasmes documentés comme métastatiques	498
28.7	Codage de néoplasmes lymphatiques et hématopoïétiques	501
28.7.1	Néoplasmes des ganglions lymphatiques	502
28.7.2	Lymphome hodgkinien	503
28.7.3	Lymphomes non hodgkiniens	504
28.7.4	Myélome multiple, autres néoplasmes immunoprolifératifs et leucémies	505
28.8	Séquençage des codes pour les maladies néoplasiques	506
28.8.1	Traitement ciblant le site primaire	506
28.8.2	Traitement ciblant le site secondaire	507
28.8.3	Admission pour complications associées au néoplasme malin	508
28.8.4	Admission pour radiothérapie, immunothérapie, chimiothérapie	510
28.8.5	Admission pour déterminer l'étendue de la malignité	512
28.8.6	Malignité actuelle versus antécédents personnels de malignité	512
28.8.7	Néoplasme malin associé à un organe transplanté	512
28.8.8	Néoplasme malin chez une patiente enceinte	512
28.8.9	Fracture pathologique due à un néoplasme	513
28.8.10	Ascite maligne	513
28.8.11	Epanchement pleural malin	513
28.8.12	Admission pour ablation prophylactique d'organe	513
28.8.13	Codage des admissions pour des examens de suivi	514
28.9	Traitement des néoplasmes	514
28.9.1	Excision/résection des ganglions lymphatiques	514
28.9.2	Ablation thermique	515
28.9.3	Chimiothérapie et immunothérapie	515
28.9.4	Radiothérapie	517
28.9.5	Thermothérapie interstitielle par laser	517
28.9.6	Radiothérapie intra-opératoire par électrons	518

29 Lésions traumatiques	519
29.1 Introduction	520
29.2 Septième caractère	521
29.2.1 Septième caractère A	522
29.2.2 Septième caractère D	522
29.2.3 Septième caractère S	522
29.3 Codage de lésions traumatiques multiples	523
29.4 Séquençage des codes	524
29.5 Cause externe de morbidité	524
29.5.1 Statut de cause externe	526
29.5.2 Codes d'activité	526
29.5.3 Séquençage des codes de cause externe	527
29.5.4 Accidents de transport et de véhicules	527
29.5.5 Cause externe de lésion traumatique classée en fonction de l'intention	528
29.5.6 Lieu de survenance	528
29.6 Séquelles de causes externes	529
29.7 Maltraitance d'enfants et d'adultes	530
29.8 Fractures	533
29.8.1 Septième caractère pour les fractures	535
29.8.2 Fractures du crâne et lésions traumatiques intracrâniennes	539
29.8.3 Fractures vertébrales	540
29.8.4 Fractures du bassin	541
29.8.5 Fractures des extrémités	541
29.8.6 Fractures pathologiques	543
29.8.7 Fractures de compression	543
29.8.8 Fractures de stress	543
29.8.9 Fractures périprothétiques	543
29.8.10 Fractures dues à un traumatisme de naissance	543
29.9 Procédures relatives aux fractures	544
29.9.1 Réduction des fractures	544
29.9.2 Fixation interne	544
29.9.3 Fixation externe	545
29.10 Admissions pour soins de suivi orthopédique	545
29.11 Luxations et subluxations	548
29.12 Lésions traumatique internes du thorax, de l'abdomen et du bassin	549
29.13 Lésions traumatiques des vaisseaux sanguins et des nerfs	549
29.14 Plaies ouvertes	550
29.15 Amputations	550
29.16 Autres lésions traumatiques	552
29.17 Complications précoces de traumatisme	553
29.18 Autres effets de causes externes	554
29.19 Séquelles de lésions traumatiques	555
30 Brûlures	556
30.1 Introduction	557
30.2 Site anatomique de brûlures	557
30.3 Profondeur des brûlures	558
30.3.1 Brûlures du premier degré	558
30.3.2 Brûlures du deuxième degré	558
30.3.3 Brûlures du troisième degré	559
30.4 Séquençage des codes des brûlures/corrosions et les affections associées	559

30.5	Septième caractère	560
30.6	Extension des brûlures	561
30.7	Brûlures solaires	563
30.8	Causes externes de brûlures	563
30.9	Lésions traumatiques et affections associées	564
31	Empoisonnement, effets toxiques, effets secondaires et sous-dosage de médicaments	566
31.1	Introduction	567
31.2	Localisation des codes pour empoisonnement, effet secondaire et sous-dosage	572
31.3	Directives de codage pour empoisonnement, effet secondaire, sous-dosage, effet toxique	573
31.4	Toxines environnementales	573
31.5	Effets secondaires non spécifiés de médicaments	574
31.6	Empoisonnement dû à l'abus ou la dépendance de substances	575
31.7	Séquelles d'empoisonnement, effet secondaire et sous-dosage	575
32	Complications de chirurgie et de soins médicaux	577
32.1	Introduction	578
32.2	Localisation des codes de complication dans l'index alphabétique	580
32.3	Affections postopératoires non classées comme complications	581
32.4	Complications affectant certains systèmes anatomiques	583
32.5	Complications après infusion, transfusion, injection thérapeutique	586
32.6	Complications dues à la présence d'un dispositif interne, implant ou greffe	588
32.7	Complications de transplantations	590
32.8	Complications de rattachement ou amputation	592
32.9	Complications de procédures non classées ailleurs	593
32.10	Complications de corps étranger laissé accidentellement lors d'une intervention chirurgicale	594
32.11	Autres complications de soins chirurgicaux et médicaux non classés ailleurs	595
32.12	Complications versus soins de suivi	596
32.13	Statut post	596
32.14	Soins chirurgicaux et médicaux comme cause externe	597

Table des figures

1.1	Structure de la classification principale	5
1.2	Exemple de l'utilisation du caractère substitutif X et de la valeur du septième caractère	7
1.3	Entrées présentées en trois colonnes par page	9
1.4	Les sous-termes énumérés sous le terme principal <i>Metrorrhagia</i>	9
1.5	Classement alphabétique officiel des chiffres romains	10
1.6	Sous-termes sous le terme principal <i>Bronchitis</i>	11
2.1	Exemple de notes d'instruction globale sous le chapitre 15, <i>grossesse, accouchement et puerpéralité</i> dans ICD-10-CM	14
2.2	Exemple d'une note <i>Excludes1</i>	16
2.3	Exemple d'une note <i>Excludes2</i>	17
2.4	Exemple de l'utilisation de crochets	23
2.5	Exemple de l'utilisation du deux-points	24
2.6	Exemple de l'utilisation du terme de liaison <i>With</i>	25
2.7	Exemple de l'utilisation du terme de liaison <i>In</i>	25
5.1	La réaction anxieuse est indexée sous plus d'un terme principal de l'index alphabétique	47
7.1	Cholécystectomie dans l'index alphabétique de l'ICD-10-PCS	67
7.2	Exemple d'un tableau ICD-10-PCS	67
7.3	Structure et signification de chaque caractère dans la Section Médicale et Chirurgicale de l'ICD-10-PCS	68
7.4	Aperçu des sections et leurs valeurs dans l'ICD-10-PCS	70
7.5	Aperçu des systèmes anatomiques et leurs valeurs dans l'ICD-10-PCS	72
7.6	Définition de la procédure de base <i>Resection</i> dans un tableau ICD-10-PCS	73
7.7	Aperçu des procédures de base et leurs valeurs dans l'ICD-10-PCS	74
7.8	ICD-10-PCS Body Part Key	75
7.9	Illustrations des voies d'abord (<i>External, Open, Percutaneous</i>) Source : Copyright by Healthforum, inc., An American Hospital Association Company. All rights reserved	80
7.10	Illustrations des voies d'abord (<i>Percutaneous Endoscopic, Natural or Artificial Opening</i>) Source : Copyright by Healthforum, inc., An American Hospital Association Company. All rights reserved	81
7.11	<i>ICD-10-PCS Device Aggregation Table</i>	83
8.1	Indentation dans l'index alphabétique ICD-10-PCS	86
8.2	Le nom d'une procédure comme terme principal dans l'index alphabétique ICD-10-PCS	87
8.3	Terme anatomique comme terme principal dans l'index alphabétique ICD-10-PCS	87
8.4	Tableau pour la cholécystectomie totale par voie laparoscopique dans l'ICD-10-PCS	89
8.5	Tableau pour une amputation en dessous du genou, membre inférieur droit, jambe droite dans l'ICD-10-PCS	90
9.1	Définition de la procédure de base dans le tableau ICD-10-PCS	93

9.2 Exemple d'un tableau ICD-10-PCS pour la procédure de base <i>Resection</i>	100
10.1 Les neuf sections des procédures médico-chirurgicales apparentées	117
10.2 Signification des sept caractères d'un code dans la section <i>Placement</i>	117
10.3 Signification des sept caractères d'un code dans la section <i>Administration</i>	119
10.4 Signification des sept caractères d'un code dans la section <i>Measurement and Monitoring</i>	120
10.5 Signification des sept caractères d'un code dans la section <i>Extracorporeal or Systemic Assistance and Performance</i>	120
10.6 Signification des sept caractères d'un code dans la section <i>Extracorporeal or Systemic Therapies</i>	121
10.7 Signification des sept caractères d'un code dans la section <i>Osteopathic</i>	123
10.8 Signification des sept caractères d'un code dans la section <i>Other Procedures</i>	123
10.9 Signification des sept caractères d'un code dans la section <i>Imaging</i>	125
10.10 Signification des sept caractères d'un code dans la section <i>Nuclear Medicine</i>	126
10.11 Signification des sept caractères d'un code dans la section <i>Radiation Therapy</i>	127
10.12 Signification des sept caractères d'un code dans la section <i>Physical Rehabilitation and Diagnostic Audiology</i>	128
10.13 Signification des sept caractères d'un code dans la section <i>New Technology</i>	130
15.1 Thérapie électroconvulsive, unilatérale, crises multiples	206
15.2 Gestion de médicaments, traitement de maintenance par la méthadone	208
17.1 Classification de la sévérité de la déficience visuelle recommandée par l'Organisation Mondiale de la Santé	233
19.1 Entrées dans l'index alphabétique pour les diverticules du côlon et de l'oesophage	270
20.1 GFR recommandé par l'Organisation Mondiale de la Santé	284
23.1 Trimestre	336
23.2 Amnioinfusion	365
24.1 Tableau ICD-10-PCS des procédures d'avortement	382
25.1 Extrait de l'Index Alphabétique	389
27.1 Arbre de décision pour un patient admis pour un infarctus du myocarde aigu de type 1.	421
27.2 Arbre de décision pour un patient admis pour une affection autre qu'un infarctus du myocarde aigu.	421
27.3 Types d'infarctus cérébral	435
27.4 Exemple du codage d'un cathétérisme cardiaque	454
27.5 Insertion d'un pacemaker	458
27.6 Angioplastie avec mise en place d'un stent	464
27.7 Pontage de l'artère coronaire	467
27.8 Différence entre un cathéter veineux central (CVC) et un cathéter central à insertion périphérique (PICC)	477
27.9 Anévrysmectomie ouverte	481
27.10 La réparation d'un anévrysme de l'aorte abdominale par interposition d'un greffon tubulaire sans résection de l'anévrysme	482
27.11 Réparation endovasculaire d'anévrysme	483

28.1 Terme principal et sous-terme pour carcinome des cellules rénales dans l'index alphabétique	494
28.2 Entrées de l'index lorsque le type de néoplasme est référencé	495
28.3 Tableau des néoplasmes	495
28.4 Localisation du code C44.9 dans l'index alphabétique	501
28.5 Le système lymphatique	502
28.6 Structure d'un code pour la thermo thérapie interstitielle par laser	518
28.7 Structure d'un code pour la radiothérapie intra-opératoire par électrons	518
29.1 Note au début du chapitre 20 de l'ICD-10-CM	527
29.2 Exemples de fractures ouvertes et fermées	534
29.3 Valeurs du septième caractère des codes dans la catégorie S52	536
30.1 Les couches de la peau	558
31.1 Arbre de décision pour le codage d'effet secondaire de ou d'empoisonnement par médicaments ou substances médicinales ou biologiques	571
31.2 Tableau ICD-10-CM des médicaments et des substances chimiques	572
32.1 Localisation des codes de complication dans l'index alphabétique	581
32.2 Localisation des codes de complication dans l'index alphabétique par le terme principal <i>Complication</i>	581

**FORMATS, CONVENTIONS DIRECTIVES DE
CODAGE GÉNÉRALES**

Introduction à la classification ICD-10-CM

1

Aperçu

- L'ICD-10-CM est un système de **classification** des diagnostics médicaux.
- La **liste systématique** des maladies et des lésions traumatiques affiche les codes par ordre alphanumérique.
- Il existe des codes à **trois, quatre, cinq, six et sept caractères**.
- L'**index alphabétique** des maladies et des lésions traumatiques utilise un modèle spécifique pour les indentations.
 - Les **termes principaux** sont alignés sur la marge de gauche.
 - Les **sous-termes** sont en indentation. Plus le sous-terme est spécifique, plus l'indentation est importante.
 - Les **lignes de report** sont à deux retraits du niveau de celui de la ligne précédente.
 - Il existe également des règles strictes en matière d'**alphabétisation**.

1.1	Introduction	2
1.2	Développement de l'ICD-10-CM	3
1.3	Format	3
1.4	La liste systématique des maladies et des lésions traumatiques	3
	Structure des codes ICD-10-CM	4
	Caractère substitutif	6
1.5	L'index alphabétique	7
	Classement alphabétique	9
	Entrées d'index numériques	10
	Mots de liaison	10
	Tableaux de l'index	12

Objectifs

Les objectifs de ce chapitre sont :

- Clarification des principes de base du système de classification médicale ICD-10-CM.
- Clarification des subdivisions à trois, quatre, cinq, six et sept caractères.
- Clarifier les règles d'alphabétisation et les modèles d'indentation.

1.1 Introduction

La Classification internationale des maladies, dixième révision, modification clinique (ICD-10-CM) est une **modification clinique** de la CIM-10 de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Elle étend les codes de la CIM-10 pour faciliter un codage plus précis des diagnostics cliniques.

L'ICD-10-CM est un **système de classification fermé** - il fournit un et un seul endroit pour classer chaque affection.

Malgré le grand nombre d'affections différentes à classer, le système doit limiter sa taille pour être utilisable. Certaines affections peu fréquentes ou de faible importance sont souvent regroupées dans des **catégories résiduelles** intitulés *autre* ou *non classés ailleurs*. Une dernière catégorie résiduelle est prévue pour les diagnostics *non spécifiés* qui ne sont pas documentés de manière suffisamment précise pour

permettre une classification plus exacte. Parfois, ces deux groupes résiduels sont combinés en un seul code.

Une bonne compréhension des **principes de base** du système de classification est indispensable pour pouvoir utiliser l'ICD-10-CM de manière appropriée et efficace.

1.2 Développement de l'ICD-10-CM

La **CIM-10** a été publiée par l'OMS en 1993 et ne contient que des codes de diagnostic.

L'**ICD-10-CM** est la modification clinique développée sous la direction du *National Center for Health Statistics* (NCHS).

L'ICD-10-CM a été officiellement mise en œuvre en Belgique en **janvier 2015**.

Toutes les **modifications** de la CIM-10 doivent être conformes aux conventions de l'OMS pour la CIM.

L'ICD-10-CM est dans le **domaine public**. Toutefois, ni les codes ni les titres des codes ne peuvent être modifiés. Une licence pour la CIM-10 (OMS) est requise.

L'ICD-10-CM comprend **plus de 72.000 codes**.

1.3 Format

L'ICD-10-CM est divisée en **deux parties** :

- la liste systématique
- l'index alphabétique

La **liste systématique** est une liste alphanumérique de codes divisée en chapitres selon le système anatomique ou l'affection.

L'**index alphabétique** est une liste alphabétique de termes et de leurs codes correspondants.

1.4 La liste systématique des maladies et des lésions traumatiques

La **classification principale** des maladies et des lésions traumatiques dans la liste systématique des maladies et des lésions traumatiques se compose de **22 chapitres**.

Les 21 premiers chapitres se composent de deux types :

- chapitres basés sur un **système anatomique spécifique**
- chapitres basés sur l'**étiologie**

Exemple

Le chapitre 2 classe les néoplasmes de tous les systèmes de l'organisme, alors que le chapitre 10 ne traite que des maladies du système respiratoire.

Le **chapitre 22** est un nouveau chapitre contenant des codes à des fins spécifiques.

Les **codes Z** représentent des facteurs influant l'état de santé et des motifs de recours aux services de santé qui peuvent être enregistrés comme des diagnostics.

Les **codes V, W, X, et Y** sont utilisés pour classer toutes les causes externes responsables de lésions traumatiques, d'intoxications et des effets secondaires. Les codes V, W, X, Y et Z sont examinés brièvement au chapitre 12 de ce manuel et plus en détail dans les chapitres traitant les affections auxquelles ils s'appliquent.

La **variation des titres de chapitres** dans la table des matières de l'ICD-10-CM représente les compromis faits au cours du développement d'un système de classification statistique basé en partie sur :

- l'étiologie des affections
- le site anatomique des affections
- les circonstances d'apparition des affections

Le résultat est un système de classification basé sur des **axes multiples**. En revanche, une classification à axe unique serait entièrement basée sur soit l'étiologie de la maladie, soit le site anatomique de la maladie ou sur la nature du processus pathologique.

Les codes de la liste systématique apparaissent en **ordre alphanumérique**.

Les **références de l'index alphabétique** à la liste systématique sont faites par numéro de code et jamais par numéro de page.

Les codes et leurs titres apparaissent en caractères gras dans la liste systématique.

Les **notes d'instruction** qui s'appliquent à la section, à la catégorie ou à la sous-catégorie sont également incluses dans la liste systématique.

1.4.1 Structure des codes ICD-10-CM

Tous les codes ICD-10-CM ont une **structure alphanumérique**, tous les codes commençant par un caractère alphabétique.

La **structure de base** du code est constituée de trois caractères. Un point décimal est utilisé pour séparer le code de la catégorie de base à trois caractères de sa sous-catégorie et de ses sous-classifications (par exemple, **L98.491**).

La plupart des codes ICD-10-CM contiennent un maximum de **six caractères**, quelques catégories ayant des codes à **sept caractères**.

Chaque **chapitre** de la classification principale est structuré de manière à fournir les subdivisions suivantes :

- **Sections** (groupes de catégories à **trois caractères**), par exemple, infections de la peau et du tissu sous-cutané (**L00-L08**)
- **Catégories** (codes à **trois caractères**), par exemple, **L02, abcès cutané, furoncle et anthrax**
- **Sous-catégories** (codes à **quatre caractères**), par exemple, **L02.2, abcès cutané, furoncle et anthrax du tronc**
- **Codes** (codes à **cinq, six ou sept caractères**), par exemple, **L02.211, abcès cutané de la paroi abdominale**.

K29. Search ICD-10-CM & ICD-10-PCS (2021) Create codetable from scratch Show conversion to ICD-9-CM

Diseases of the digestive system (K00-K95) ----- (Chapter)
Excludes2: certain conditions originating in the perinatal period (P04-P96)
 certain infectious and parasitic diseases (A00-B99)
 complications of pregnancy, childbirth and the puerperium (O00-O9A)
 congenital malformations, deformations and chromosomal abnormalities (Q00-Q99)
 endocrine, nutritional and metabolic diseases (E00-E88)
 injury, poisoning and certain other consequences of external causes (S00-T88)
 neoplasms (C00-D49)
 symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified (R00-R94)

Diseases of esophagus, stomach and duodenum (K20-K31) ----- (Section)
Excludes2: hiatus hernia (K44.-)

K29 Gastritis and duodenitis ----- (Category)
Excludes1: eosinophilic gastritis or gastroenteritis (K52.81)
 Zollinger-Ellison syndrome (E16.4)

K29.0 Acute gastritis ----- (Subcategory)
 Use **additional** code to identify:
 alcohol abuse and dependence (F10.-)
Excludes1: erosion (acute) of stomach (K25.-)

K29.00 Acute gastritis without bleeding ----- (Code)
K29.01 Acute gastritis with bleeding ----- (Code)

FIGURE 1.1 – Structure de la classification principale

La liste systématique de l'ICD-10-CM contient des catégories, des sous-catégories et des codes. Le **code de base** utilisé pour classer une maladie ou une lésion particulière **se compose de trois caractères et est appelé catégorie** (par exemple, **K29, gastrite et duodénite**).

Les **caractères** des catégories, sous-catégories et codes peuvent être **soit une lettre, soit un chiffre**.

Toutes les **catégories** comportent trois caractères. Une catégorie de trois caractères et qui n'a pas d'autre subdivision est équivalente à un code.

Chaque niveau de subdivision après une catégorie est une sous-catégorie. Les **sous-catégories** comportent quatre ou cinq caractères.

Le dernier niveau de subdivision est un code. Les **codes** peuvent comporter trois, quatre, cinq, six ou sept caractères.

Les **codes qui ont des septièmes caractères applicables** sont toujours appelés des codes, et non des sous-catégories. Un code qui a un septième caractère applicable est considéré comme **invalide sans ce septième caractère**.

1.4.2 Caractère substitutif

L'ICD-10-CM utilise la lettre X comme **caractère substitutif** pour certains codes afin de permettre une expansion future.

Exemple

Pour les codes concernant l'empoisonnement, les effets secondaires, le sous-dosage (**T36-T50**) et les codes concernant les effets toxiques (**T51-T65**), le **sixième caractère** représente l'**intention** :

- accidentel
- lésion auto-infligée
- agression
- indéterminé
- effet secondaire
- sous-dosage.

Lorsqu'un caractère substitutif existe, le X doit être utilisé pour que le code soit considéré comme **valide**.

Exemple

X est utilisé comme cinquième caractère dans les codes suivants où le sixième caractère représente l'intention :

- **T37.5X1**, intoxication par des médicaments antiviraux, accidentelle (non intentionnelle)
- **T37.5X2**, intoxication par des médicaments antiviraux, lésion auto-infligée
- **T52.0X1**, effet toxique de produits dérivés du pétrole, accidentel (non intentionnel)
- **T52.0X2**, effet toxique de produits dérivés du pétrole, lésion auto-infligée

Certaines catégories ont un **septième caractère** :

- La valeur appropriée du septième caractère est **requise** pour tous les codes de la catégorie, comme l'indiquent les notes d'instruction de la liste systématique.
- La valeur du septième caractère doit **toujours être le septième caractère du code**. Par conséquent, si un code ne comporte pas six caractères, un caractère substitutif X doit être utilisé pour remplir les caractères vides lorsqu'une valeur pour le septième caractère est requise.
- Des codes avec un septième caractère se retrouvent au chapitre 15, *grossesse, accouchement et puerpéralité* (**O00-O9A**), au chapitre 19, *lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes* (**S00-T88**) et au chapitre 20, *causes externes de morbidité* (**V00-V99**).

Un exemple de l'utilisation du caractère substitutif X et de la valeur du septième caractère est présenté dans la figure 1.2 au moyen d'un extrait de la liste systématique.

T16 Foreign body in ear**Includes:** foreign body in auditory canal**T16.1 Foreign body in right ear** ⑦

The appropriate 7th character is to be added to each code from category T16

- A initial encounter
- D subsequent encounter
- S sequela

FIGURE 1.2 – Exemple de l'utilisation du caractère substitutif X et de la valeur du septième caractère dans la liste systématique

Exemple

Un enfant est admis via le service des urgences avec un haricot dans l'oreille droite.

— **T16.1XXA**, corps étranger dans l'oreille droite, contact initial

La sous-catégorie **T16.1** exige un septième caractère. Comme la sous-catégorie du code ne comporte que quatre caractères, le caractère substitutif *X* est inséré deux fois pour préserver la structure du code avant que le septième caractère *A* ne soit ajouté pour coder ce contact comme initiale.

1.5 L'index alphabétique

L'index alphabétique comprend :

- l'index des maladies et des lésions traumatiques
- l'index des causes externes
- le tableau des néoplasmes
- le tableau des médicaments et des produits chimiques.

L'index alphabétique comprend des **entrées** pour :

- les termes principaux
- les sous-termes
- les sous-termes plus spécifiques.

Un format en **indentation** est utilisé pour faciliter la consultation de l'index.

Les **termes principaux** identifient les maladies ou les lésions traumatiques.

Les **sous-termes** indiquent le site, le type ou l'étiologie des maladies ou des lésions.

Exemple

- L'appendicite aiguë est répertoriée sous *Appendicitis, acute*
- La fracture de stress est répertoriée sous *Fracture, traumatic, stress*.

Parfois, il est nécessaire de penser à un **synonyme** ou à un autre **terme alternatif** afin de trouver l'entrée correcte.

Exceptions

Il existe toutefois des exceptions à cette règle générale, notamment les suivantes :

- Les **affections congénitales** sont souvent indexées sous le terme principal *Anomaly* plutôt que sous le nom de l'affection.
- Les **affections qui compliquent la grossesse, l'accouchement ou la puerpéralité** :
 - sont généralement répertoriées sous des termes tels que *Delivery*, *Pregnancy*, et *Puerperal*.
 - peuvent également apparaître sous le terme principal de l'affection entraînant la complication en faisant référence au sous-terme *complicating childbirth (labor)*, *complicating pregnancy*, ou *complicating puerperium*. (Des exemples de ce type d'entrées apparaissent sous le terme principal *Hypertension* dans l'index alphabétique).
- De nombreuses **complications** des soins médicaux ou chirurgicaux sont indexées sous le terme *Complication* plutôt que sous le nom de l'affection.
- Les **effets tardifs** d'une affection antérieure peuvent être trouvés sous le terme *Sequelae*, ou sous l'affection (comme dans le cas des lésions traumatiques).

Une bonne compréhension du format de l'index alphabétique est une condition préalable à un codage précis. La compréhension du **schéma d'indentation** des entrées est une partie très importante de l'apprentissage de l'utilisation de l'index.

Divers fournisseurs proposent des versions imprimées et d'autres ont des programmes informatiques pour le codage, mais le format n'est pas toujours le même d'une version à l'autre. La version PDF de l'index alphabétique du NCHS représente chaque niveau d'indentation par un trait d'union. Cependant, le modèle suivant est utilisé par plusieurs éditeurs de livres de codes :

- Les **termes principaux** sont placés au ras de la marge de gauche. Ils sont imprimés en caractères gras et commencent par une majuscule.
- Les **sous-termes** sont mis en retrait d'un tiret standard (équivalent à environ deux espaces) à droite sous le terme principal. Ils sont imprimés en caractères normaux et commencent par une lettre minuscule.
- Les **sous-termes plus spécifiques** sont mis en retrait de plus en plus loin à droite selon les besoins, toujours en retrait d'un tiret standard par rapport au sous-terme précédent et classés par ordre alphabétique.
- Un **tiret (-) à la fin d'une entrée d'index** indique que des caractères supplémentaires sont nécessaires.
- Les **lignes de report** sont mises en indentation de deux retraits standard par rapport au niveau de la ligne précédente. Les lignes de report ne sont utilisées que lorsque l'entrée complète ne peut tenir sur une seule ligne. Elles sont mises en retrait plus loin par rapport au niveau de la ligne précédente pour éviter toute confusion avec les entrées de sous-termes.

Dans les versions imprimées, les entrées sont présentées en deux, trois ou quatre colonnes par page, dans le **style du dictionnaire** (voir figure 1.3).

Menorrhagia		Microangiopathy
Menorrhagia (primary) - continued menopausal N92.4 postclimacteric N95.0 postmenopausal N95.0 preclimacteric or premenopausal N92.4 pubertal (menses retained) N92.2 Menostaxis N92.0	Mesenchymoma see also Neoplasm, connective tissue, uncertain behavior benign <i>see</i> Neoplasm, connective tissue, benign malignant <i>see</i> Neoplasm, connective tissue, malignant Mesenteritis retractile K65.4	Metamorphopsia H53.15 Metaplasia apocrine (breast) <i>see</i> Dysplasia, mammary, specified type NEC cervix (squamous) <i>see</i> Dysplasia, cervix endometrium (squamous) (uterus) N85.8 esophagus K22.7- kidney (pelvis) (squamous) N28.89

FIGURE 1.3 – Entrées présentées en trois colonnes par page

Exemple des sous-termes énumérés sous le terme principal *Metrorrhagia*.

Metrorrhagia	Search	ICD-10-CM & ICD-10-PCS (2021)	Create codetable from
Metrorrhagia N92.1			<i>Main term</i>
climacteric N92.4			<i>Subterms</i>
menopausal N92.4			
perimenopausal N92.4			<i>More specific subterm</i>
postpartum NEC (atonic) (following delivery of placenta) O72.1			
delayed or secondary O72.2			<i>Subterms</i>
preclimacteric or premenopausal N92.4			
psychogenic F45.8			

FIGURE 1.4 – Les sous-termes énumérés sous le terme principal *Metrorrhagia*

Chacun des sous-termes (*climacteric*, *menopausal*, *postpartum*, *preclimacteric*, *psychogenic*) est en retrait d'un tiret standard par rapport au niveau du terme principal et est classé par ordre alphabétique. La cinquième ligne est une entrée plus spécifique (*delayed or secondary* sous le sous-terme *postpartum*).

1.5.1 Classement alphabétique

Pour trouver rapidement et efficacement les termes principaux et les sous-termes, il est important de comprendre le classement alphabétique dans l'index alphabétique.

- Le classement alphabétique se fait **lettre par lettre**.
- Le classement alphabétique **ignore** des éléments suivants :
 - les **espaces simples** entre les mots
 - les **traits d'union** dans les mots
 - le **s final** dans le possessif.

Exemple

Beckwith-Wiedemann syndrome Q87.3	ignorer le trait d'union
Bence Jones albuminuria or proteinuria NEC R80.3	ignorer les espaces simples
Blood-forming organs, disease D75.9	ignorer le trait d'union
Bloodgood's disease—see Mastopathy, cystic	ignorer le s final dans le possessif

1.5.2 Entrées d'index numériques

Les entrées de **sous-termes qui contiennent des caractères numériques ou des mots indiquant des nombres** sont les premières entrées sous le terme principal ou le sous-terme approprié. Les entrées de sous-termes sont classées par ordre alphabétique lorsqu'elles contiennent des chiffres écrits sous leur forme orthographique.

Exemple

Paralysis, nerve, fourth, vient avant, plutôt qu'après, *Paralysis, nerve, third*.

Il existe deux versions différentes d'**affichage des entrées numériques** :

- Certaines versions d'éditeurs de livres disposent les chiffres romains (comme *II*) et les chiffres arabes (comme *2*) **dans l'ordre numérique** (par exemple, I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII, IX, X, et ainsi de suite).
- Cependant, la version officielle dispose les chiffres romains **comme des lettres dans l'ordre alphabétique**, comme le montre l'exemple suivant (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

FIGURE 1.5 – Classement alphabétique officiel des chiffres romains dans l'index

1.5.3 Mots de liaison

Des mots tels que *with*, *in*, *due to* et *associated with* sont utilisés pour exprimer la relation entre le terme principal et un sous-terme (ou entre le sous-terme et un sous-sous-terme); ces mots indiquent une affection ou une étiologie associée.

Les sous-termes précédés de *with* ou *without* ne sont pas classés par ordre alphabétique dans la version officielle de l'index. Ces sous-termes apparaissent immédiatement après le terme principal ou toute entrée de sous-terme appropriée. La connaissance de cette caractéristique du classement alphabétique est nécessaire pour éviter des erreurs de codage en oubliant le sous-terme approprié. Certains éditeurs ont dérogé à cette pratique et ont listé les sous-termes *with* or *without* par ordre alphabétique.

La figure 1.6 montre les sous-termes sous le terme principal *Bronchitis*. 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
	--- <i>Haemophilus influenzae</i> J20.1
	--- <i>Mycoplasma pneumoniae</i> J20.0
	---radiation J70.0
	---specified organism NEC J20.8
	--- <i>Streptococcus</i> 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

FIGURE 1.6 – Sous-termes sous le terme principal *Bronchitis*

Dans les sections 1, 4, 8 et 10, les sous-termes précédés du mot de liaison *with* suivent immédiatement le terme principal *Bronchitis* et précèdent les sous-termes commençant par la lettre *a* (sections 4, 8 et 10).

Dans les sections 5, 6 et 7, les sous-termes plus spécifiques précédés du mot de liaison *with* suivent immédiatement le sous-terme *acute* ou *subacute*.

Dans ce cas, les sous-termes commençant par le mot *with* précèdent les sous-termes commençant par les lettres *c* et *d* (sections 6 et 7).

Les sous-termes en retrait sous le mot de liaison *with* sont classés par ordre alphabétique. Ainsi, les sections 1, 2 et 3 indiquées dans la figure sont classées par ordre alphabétique.

1.5.4 Tableaux de l'index

Le corps principal de l'index alphabétique utilise **une table pour le classement systématique des sous-termes sous l'entrée principale *Neoplasm***. Cette table simplifie l'accès aux combinaisons complexes de sous-termes.

- L'emplacement de la **table des néoplasmes** peut varier dans les éditions imprimées du livre de codes. Il peut se trouver à la suite de l'entrée *Neoplasm* de l'index ou à la suite de l'index alphabétique et avant le tableau des médicaments et substances chimiques.
- L'utilisation de ce tableau est discutée au chapitre 29 de ce manuel.

Le **tableau des médicaments et des substances chimiques** est traité au chapitre 32 de ce manuel.

Le **format et le classement alphabétique** utilisés dans les tables sont les mêmes que ceux de l'index alphabétique.

Bien que l'utilisation de ces deux tables soit discutée en détail plus loin dans ce manuel, il est utile de se familiariser avec l'emplacement et le format des tables.

Aperçu

- Une variété de **notes** apparaissent dans l'ICD-10-CM.
 - Les **notes générales** fournissent des informations générales sur l'utilisation des codes dans une section spécifique.
 - Les **notes d'inclusion et d'exclusion** indiquent si certaines affections sont incluses ou non dans une subdivision.
 - Les **notes d'instruction sur les codes additionnels** indiquent comment arriver à un codage complet de l'affection.
- Deux **abréviations** principales (NEC et NOS) sont utilisées dans l'ICD-10-CM.
- Des **références croisées** conseillent de chercher ailleurs avant d'attribuer un code.
- Les **signes de ponctuation** et les **termes de liaison** ont des significations spécifiques dans l'ICD-10-CM.

2.1	Introduction	13
2.2	Notes d'instruction	14
	Notes d'instruction générales	14
	Notes d'inclusion et notes d'exclusion	14
	« Code First » et « Use Additional Code »	17
	« Code Also »	18
2.3	Abréviations	19
	NEC	19
	NOS	19
2.4	Notes de références croisées	20
	« See »	20
	« See Also »	20
	« See Category »	21
	« See Condition »	21
2.5	Signes de ponctuation	21
	Parenthèses	21
	Crochets	23
	Deux-points	23
2.6	Termes de liaison	24
	« And »	24
	« With » et « In »	24
	« Due to »	26

Objectifs

Les objectifs de ce chapitre sont :

- Clarification des différents types de notes d'instruction.
- Souligner l'importance des notes sur codes additionnels pour le processus de codage.
- Expliquer la différence entre les abréviations NEC et NOS.
- Expliquer l'utilité des références croisées pour naviguer dans l'ICD-10-CM.
- Clarifier la signification particulière des signes de ponctuation et des termes de liaison dans l'ICD-10-CM.

2.1 Introduction

L'ICD-10-CM suit certaines **conventions** pour fournir de grandes quantités d'informations de manière succincte et cohérente.

Une compréhension approfondie de ces conventions est fondamentale pour un codage précis.

Les conventions et les instructions de la classification sont **applicables à tous les types de soins de santé**, sauf indication contraire.

Les conventions de l'ICD-10-CM comprennent les **éléments** suivants :

- Notes d'instruction
- Abréviations
- Références croisées
- Signes de ponctuation
- Termes de liaison (*and, with, without, due to*).

2.2 Notes d'instruction

Une variété de notes fournissent des **instructions**. Il s'agit de :

- notes générales
- notes d'inclusion et d'exclusion
- notes de type *Code First*
- notes de type *Use Additional Code*
- notes de type *Code Also*.

2.2.1 Notes d'instruction générales

Les **notes d'instruction générales** de la liste systématique des maladies et des lésions traumatiques fournissent des informations générales sur l'utilisation de codes dans une section spécifique.

Exemple

La note d'instruction générale sous le chapitre 15, *grossesse, accouchement et puerpéralité (O00-O09A)*, de l'ICD-10-CM explique que les codes de ce chapitre doivent être utilisés uniquement pour le codage des dossiers patients des mères, et pas pour des dossiers patients des nouveau-nés.

The screenshot shows a search interface for ICD-10-CM & ICD-10-PCS (2021). The search results display the heading "Pregnancy, childbirth and the puerperium (O00-O09A)" followed by a note: "Note: CODES FROM THIS CHAPTER ARE FOR USE ONLY ON MATERNAL RECORDS, NEVER ON NEWBORN RECORDS". Below the note, it states: "Codes from this chapter are for use for conditions related to or aggravated by the pregnancy, childbirth, or by the puerperium (maternal causes or obstetric causes). Trimesters are counted from the first day of the last menstrual period. They are defined as follows: 1st trimester- less than 14 weeks 0 days, 2nd trimester- 14 weeks 0 days to less than 28 weeks 0 days, 3rd trimester- 28 weeks 0 days until delivery".

FIGURE 2.1 – Exemple de notes d'instruction globale (O00-O09A), dans ICD-10-CM

2.2.2 Notes d'inclusion et notes d'exclusion

Dans un système de classification **les codes doivent être mutuellement exclusifs, sans chevauchement de contenu**. Dans l'ICD-10-CM, il est donc parfois nécessaire d'indiquer quand certaines affections sont incluses ou non dans une subdivision donnée. Ceci est réalisé au moyen de **notes d'inclusion et d'exclusion**.

L'**emplacement** des notes d'inclusion et d'exclusion est extrêmement important. Lorsque ce type de note est **situé au début d'un chapitre ou d'une section** de l'ICD-10-CM, cette directive s'applique à tous les codes du chapitre ou de la section et n'est pas répétée avec les catégories individuelles ou les codes spécifiques.

Notes d'inclusion

Les **notes d'inclusion** sont introduites par le mot *Includes* lorsqu'elles sont placées au début d'un chapitre ou d'une section.

Les notes d'inclusion sont utilisées pour **définir plus précisément** ou **donner des exemples du contenu** du chapitre, de la section ou de la catégorie.

Les affections énumérées dans une note d'inclusion peuvent être des **synonymes** ou des **affections suffisamment similaires** pour être classées dans le même code.

Les notes d'inclusion ne sont **pas exhaustives** ; elles énumèrent plutôt certaines affections pour donner plus d'information, en particulier lorsque le titre de la liste systématique ne semble pas être approprié.

Exemple

Un exemple de note d'inclusion se trouve dans la liste systématique, chapitre 1, *certaines maladies infectieuses et parasitaires (A00-B99)*. La note d'inclusion indique que ce chapitre comprend les maladies généralement reconnues comme étant transmissibles ou contagieuses. Cette note s'applique à tous les codes énumérés de **A00 à B99**.

Comme mentionné ci-dessus, les notes d'inclusion peuvent également apparaître immédiatement **sous le titre d'un code à trois caractères** afin de définir plus précisément le contenu de la catégorie ou d'en donner des exemples.

Exemple

Un exemple de ce type de note d'inclusion se trouve dans la liste systématique à la catégorie **D50, anémie ferriprive**. La note d'inclusion précise que les codes de cette catégorie comprennent l'anémie asidétique et l'anémie hypochrome.

Des **termes d'inclusion** sont des listes de termes qui sont incluses sous certains codes. Les termes sont quelques-unes des affections qui peuvent être codées avec ces codes. Les termes peuvent être des **synonymes** du titre du code. Dans le cas des codes de type *autres spécifiés*, les termes peuvent être une liste des diverses affections qui sont assignées à ce code. Comme dans le cas des notes d'inclusion, la liste des termes d'inclusion n'est **pas censée être exhaustive**.

L'**index** peut également énumérer des **termes supplémentaires** classés sous un code mais qui ne sont **pas répétés comme termes d'inclusion**.

Notes d'exclusion

Les **notes d'exclusion** sont introduites par le mot *Excludes*. Les affections exclues y sont listées par ordre alphabétique, avec le code ou la plage de codes entre parenthèses.

Les notes d'exclusion sont **l'opposé des notes d'inclusion** ; elles indiquent qu'une affection particulière ne peut pas être codé en utilisant le code auquel la note d'exclusion s'applique.

Le **message de base** d'une note d'exclusion est *codez cette affection ailleurs*.

Il existe **deux types de notes d'exclusion** dans l'ICD-10-CM - chacune a une utilisation différente, mais toutes deux indiquent que les codes qui s'excluent les uns des autres sont indépendants les uns des autres.

Excludes1

Une note *Excludes1* signifie *ne pas coder ici*.

Une note *Excludes1* indique que **le code exclu ne doit jamais être codé ensemble** avec le code situé au-dessus de la note *Excludes1*. Cette instruction est utilisée lorsque **deux affections ne peuvent pas se présenter ensemble** et que les deux codes ne peuvent donc pas être codés ensemble.

Dans l'exemple illustré par la figure 2.2, la forme congénitale de l'affection ne peut pas être codée ensemble avec la forme acquise de la même affection.

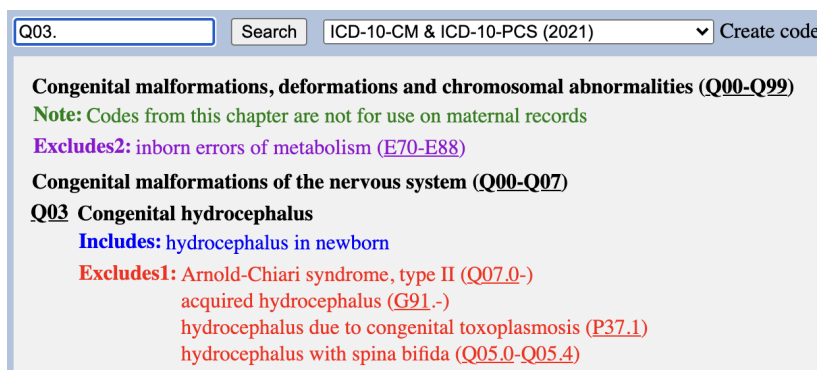


FIGURE 2.2 – Exemple d'une note *Excludes1*

Exception

Il existe une exception à la définition *Excludes1*, à savoir lorsque les deux affections ne sont pas associées l'une à l'autre.

Exemple

F45.8, autres troubles somatoformes, comporte une note *Excludes1* pour grincement de dents lié au sommeil (**G47.63**). Grincement de dents est un terme d'inclusion sous **F45.8**. Un seul de ces deux codes ne peut être attribué pour le grincement des dents. Cependant, la dysménorrhée psychogène est également un terme d'inclusion sous **F45.8**, et un patient pourrait avoir à la fois cette affection ainsi que le grincement de dents lié au sommeil. Dans ce cas, les deux affections sont clairement non associées l'une à l'autre, et il serait donc approprié de coder **F45.8** et **G47.63** ensemble.

S'il n'est pas clair si deux affections sont associées ou non, il faut consulter le prestataire de soins¹.

1: Voir chapitre 4 pour la définition de prestataire de soins

Exemple

Lorsqu'une note *Excludes1* existe pour deux affections associées, **seul le code référencé dans la note *Excludes1* ne peut être codé**.

Exemple

Dans la liste systématique, une note *Excludes1* sous le code **I96**, **gangrène, non classée ailleurs**, exclut la gangrène dans d'autres maladies vasculaires périphériques (**I73.-**). Cette note veut dire que la gangrène documentée avec une autre maladie vasculaire périphérique ne doit pas être codé ensemble avec **I96**. En revanche, un code **I73.-** doit être codé pour la gangrène dans une autre maladie vasculaire périphérique.

Excludes2

Une note *Excludes2* signifie *ne pas inclu ici*.

Une note *Excludes2* indique que **l'affection exclue ne fait pas partie de l'affection représentée par le code**. Cependant, un patient peut présenter **les deux affections en même temps**. Lorsqu'une note *Excludes2* apparaît sous un code, il est **permis de coder à la fois le code et le code exclu**.

F90 Attention-déficit hyperactivity disorders

Includes: attention deficit disorder with hyperactivity
attention deficit syndrome with hyperactivity

Excludes2: anxiety disorders (F40.-, F41.-)
mood [affective] disorders (F30-F39)
pervasive developmental disorders (F84.-)
schizophrenia (F20.-)

FIGURE 2.3 – Exemple d'une note *Excludes2*

Exemple

Pour le code **F90**, **troubles avec altération de l'attention et hyperactivité** la note *Excludes2* sert d'avertissement : si un patient souffre d'un trouble anxieux, plutôt que d'un trouble avec altération de l'attention et hyperactivité, il faut se référer aux catégories **F40.-** et **F41.-** plutôt que de rester dans la catégorie **F90**. Toutefois, si un patient souffre à la fois d'un trouble avec altération de l'attention avec hyperactivité et d'un trouble anxieux, un code de la catégorie **F90** peut être utilisé en même temps qu'un code des catégories **F40.-** et **F41.-**.

2.2.3 « Code First » et « Use Additional Code »

Certaines affections ont à la fois une **étiologie sous-jacente** et des **manifestations de systèmes anatomiques multiples dues à l'étiologie sous-jacente**.

Dans la liste systématique, les notes d'instruction *Code First* et *Use Additional Code* indiquent le séquençage correct de ces affections, à savoir **étiologie (affection sous-jacente) suivie de la manifestation**.

- La note *Use Additional Code* se trouve **au niveau du code étiologique** et sert d'indice pour identifier les manifestations généralement associées à la maladie.
- La note *Code First* se trouve **au niveau du code de manifestation** pour indiquer que l'affection sous-jacente, si elle est présente, doit être codée en premier.

Les **codes de manifestation** comportent généralement la phrase *dans des maladies classées ailleurs* dans le titre du code. Les codes comportant cette phrase ne sont jamais codés en diagnostic principal. Pour de tels codes, une note *Use Additional Code* apparaît au niveau du code étiologique, et une note *Code First* apparaît au niveau du code de manifestation.

Exemple

Un exemple de cette convention est la catégorie **F02, démence dans d'autres maladies classées ailleurs**.

D'autres notes de ce type fournissent une liste introduite par l'expression *such as*, ce qui signifie que n'importe lequel des codes énumérés ou tout autre code approprié peut être codé en diagnostic principal.

Exemple

Le code **J99, troubles respiratoires dans des maladies classées ailleurs**, fournit une liste d'affections qui peuvent se présenter comme maladie sous-jacente.

Il n'est pas nécessaire de coder le code identifié dans une note *Use Additional Code* immédiatement après le code primaire. **Il n'y a pas de hiérarchie stricte inhérente aux directives, ni à la classification ICD-10-CM, concernant l'ordre des codes de diagnostic secondaire.**

2.2.4 « Code Also »

Les notes *Code Also* de l'ICD-10-CM indiquent que **deux codes peuvent être nécessaires pour décrire complètement une affection**.

Cette note ne donne **pas d'indication sur le séquençage des codes**. Le séquençage dépendra des **circonstances de l'admission** (c'est-à-dire de la raison du contact).

Exemple

Un exemple de cette note peut être trouvé sous le code **G47.01, insomnie due à une affection médicale**, où la note d'instruction instruit de coder également l'affection médicale associée.

2.3 Abréviations

L'ICD-10-CM utilise **deux abréviations principales** :

- **NEC**, pour *Not Elsewhere classified* (non classé ailleurs)
- **NOS**, pour *Not Otherwise specified* (non spécifié autrement).

Bien que leur signification semble simple, ces abréviations sont **souvent mal comprises et mal appliquées**. Il est très important de comprendre non seulement leurs significations mais aussi leurs différences, car elles fournissent des **indications pour une sélection correcte des codes**.

2.3.1 NEC

L'**abréviation NEC** est utilisée dans l'index alphabétique et la liste systématique pour indiquer qu'il **n'existe pas de code séparé pour l'affection**, même si la documentation du diagnostic peut être très spécifique.

L'abréviation NEC est utilisée lorsque **la documentation dans le dossier patient fournit des détails pour lesquels il n'existe pas de code spécifique**. Il représente *autre spécifié*.

Dans la liste systématique, ces affections sont généralement classées dans un code :

- comportant un **quatrième ou un sixième caractère 8** (ou un **cinquième caractère 9**).
- avec un titre comprenant les mots *autre spécifié* ou *non classé ailleurs*, ce qui permet de regrouper des affections apparentées pour économiser de l'espace et limiter la taille du système de classification.

Exemple

Une maladie de la plèvre spécifiée comme hydropneumothorax est incluse dans le code **J94.8, autres affections pleurales spécifiées**.

2.3.2 NOS

L'**abréviation NOS** est l'équivalent de **non spécifié** et est utilisée dans l'index alphabétique et la liste systématique.

- Les codes ainsi identifiés **ne doivent être codés que lorsque la documentation du diagnostic dans le dossier patient ne fournisse pas l'information permettant le codage d'un code plus spécifique**.
- Ces codes comportent en général un **quatrième ou un sixième caractère 9** (ou un **cinquième caractère 0**).
- Les affections répertoriées à la fois comme *non classées ailleurs* et *non spécifiées* sont **parfois combinées dans un seul code**.

Notez que...

Un terme principal suivi d'une liste de sous-termes dans l'index alphabétique affiche généralement le code *non spécifié*; **les sous-termes doivent toujours être examinés pour déterminer si un code plus spécifique peut être attribué.**

Exemple

Dans l'index alphabétique, le terme principal *Cardiomyopathy* affiche le code **I42.9**. Des sous-termes tels que *alcoholic* ou *congestive* sont fournis pour des cardiomyopathies plus spécifiques. Le code **I42.9** ne doit être attribué que lorsque le dossier patient ne contient aucune documentation permettant de coder l'un de ces sous-termes.

2.4 Notes de références croisées

Les **notes de références croisées** sont utilisées dans l'index alphabétique pour conseiller de **regarder ailleurs avant d'attribuer un code**. Les notes de références croisées comprennent :

- *See*
- *See Also*
- *See Category*
- *See Condition*.

2.4.1 « See »

La **référence croisée See** indique qu'il faut se référer à **une autre entrée** de l'index. Cette instruction est **obligatoire**; le codage ne peut pas se faire sans suivre cette directive.

Exemple

L'entrée pour *Hemarthrosis, traumatic*, utilise une référence croisée *See* pour se référer à l'entrée pour *Sprain, by site*.

2.4.2 « See Also »

La **référence croisée See Also** indique qu'il existe **un autre endroit à vérifier dans l'index alphabétique** lorsque les entrées considérées ne fournissent pas de code pour l'affection ou la procédure spécifique. Il n'est pas nécessaire de suivre cette référence croisée à condition que les entrées originales fournissent toutes les informations nécessaires.

Exemple

La référence croisée pour le terme *Psychoneurosis* conseille à l'utilisateur de *see also* *Neurosis* lorsqu'aucun des sous-termes spécifiques

ne fournit de code. Pour trouver le code de la psychonévrose neurasthénique, il ne serait pas nécessaire de suivre cette référence croisée car il existe un sous-terme *neurasthenic* sous le terme *Psychoneurosis*. Cependant, si le diagnostic était une psychonévrose psychasthénique, le code ne pourrait être localisé qu'en suivant la référence croisée *See Also* au terme *Neurosis* et en recherchant ensuite le sous-terme *psychasthenic*.

2.4.3 « See Category »

La variante *See Category* de la référence croisée *See* fournit l'**identifiant alphanumérique à trois caractères d'une catégorie**. Dans ce cas, il faut se référer à cette catégorie dans la liste systématique et choisir un code parmi les options qui y sont proposées.

Exemple

Une référence croisée sous l'entrée de l'index pour le terme principal *Mononeuropathy* et sous-terme *in diseases classified elsewhere*, renvoie l'utilisateur à la catégorie **G59**.

2.4.4 « See Condition »

Parfois, l'index alphabétique conseille de se référer au terme principal d'une affection.

Exemple

Lorsqu'on cherche le terme principal *Arterial* pour trouver le code de la thrombose artérielle, l'index alphabétique conseille de *See Condition*. Par conséquent, il faut passer au terme principal *Thrombosis*.

Cette référence croisée apparaît habituellement lorsque l'**adjectif plutôt que le terme pour l'affection elle-même (sous forme de nom) a été référencé**.

2.5 Signes de ponctuation

Plusieurs **signes de ponctuation** sont utilisés dans l'ICD-10-CM, dont la plupart ont une signification particulière en plus de l'usage habituel.

2.5.1 Parenthèses

Les **parenthèses** sont utilisées dans l'ICD-10-CM pour inclure **des mots supplémentaires ou des informations explicatives** qui peuvent être présents ou absents dans la documentation du diagnostic sans affecter le code auquel ils sont assignés.

Ces termes sont considérés comme des **modificateurs non essentiels** et sont utilisés pour suggérer que les termes entre parenthèses sont inclus

dans le code mais n'ont pas besoin d'être documentés. Il s'agit d'un facteur important dans l'attribution correcte des codes. Les termes entre parenthèses, que ce soit dans la liste systématique ou dans l'index alphabétique, n'affectent en rien l'attribution du code; ils servent uniquement à rassurer que le bon code a été trouvé.

Exemple

En se référant au terme principal *Pneumonia*, on constate qu'il comporte plusieurs modificateurs non essentiels entre parenthèses. A moins qu'un sous-terme plus spécifique ne soit localisé, ce code sera attribué pour les pneumonies documentées 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** parce que les deux termes (*acute*), (*purulent*) apparaissent entre parenthèses comme modificateurs non essentiels. La pneumonie, non spécifiée autrement, est également attribuée au code **J18.9** parce que la documentation des termes entre parenthèses n'est pas requis pour cette attribution de code.

Il est important de faire la **distinction** entre l'utilisation de **modificateurs non essentiels et essentiels**.

— Les **modificateurs essentiels** :

- sont listés en tant que sous-termes dans l'index alphabétique
- ne sont pas entre parenthèses
- affectent l'attribution du code.

— Les **modificateurs non essentiels** :

- sont listés en tant que termes entre parenthèses
- sont non essentiels
- n'affectent pas l'attribution des codes.

Exemple

- Une scoliose documentée comme *acquise* ou *posturale* est classée comme **M41.9**, car les mots (*acquired*) (*postural*) sont des modificateurs non essentiels et n'affectent pas le code.
- Une scoliose documentée comme *congénitale* est codé avec le code **Q67.5**, car le terme *congenital* est un modificateur essentiel et affecte le code.

Les modificateurs non essentiels de l'index alphabétique **s'appliquent aux sous-termes** qui suivent un terme principal, **sauf lorsqu'un modificateur non essentiel et une sous-entrée s'excluent mutuellement**, auquel cas la sous-entrée a la priorité.

Exemple

Dans l'index alphabétique de l'ICD-10-CM, sous le terme principal *Enteritis*, (*acute*) est un modificateur non essentiel, et *chronic* est une sous-entrée. Dans ce cas, le modificateur non essentiel (*acute*) ne s'applique pas à la sous-entrée *chronic*.

2.5.2 Crochets

Les **crochets** sont souvent utilisés dans la liste systématique pour **inclure des synonymes, des formulations alternatives, des abréviations et des phrases explicatives** qui fournissent des informations supplémentaires - par exemple, virus de l'immunodéficience humaine [VIH].

Ils sont **similaires aux parenthèses** en ce sens que les mots entre crochets ne sont pas requises pour documenter le diagnostic.

Les crochets sont également utilisés **autour des codes**. Dans cet usage, les crochets indiquent que **le code entre les crochets ne peut être qu'un code de manifestation**. Le code entre crochets sera précédé d'un autre code, avec lequel l'affection sous-jacente doit d'abord être codé. Le code entre crochets dans cette situation indique que **les deux affections doivent être codées**, et que le code entre crochets ne peut jamais être codé en diagnostic principal.

Dans la figure 2.4 tiré de l'index alphabétique, le premier code **D57,-** représente une maladie sous-jacente, et le second code entre crochets **[N08]** représente une manifestation :

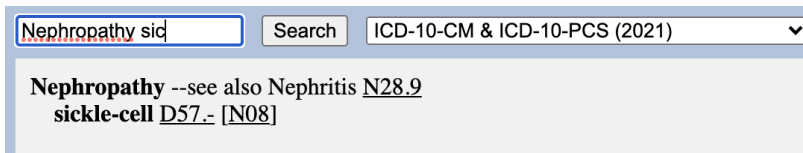


FIGURE 2.4 – Exemple de l'utilisation de crochets dans l'index alphabétique

2.5.3 Deux-points

Le **deux-points** est utilisé dans la liste systématique, tant dans les notes d'inclusion que dans les notes d'exclusion, **après un terme incomplet** qui nécessite un ou plusieurs des modificateurs suivant les deux points pour que le terme s'applique.

Exemple

La note d'exclusion sous le code **N92.6** dans la liste systématique est un exemple de cet usage. Dans la figure 2.5, le deux-points qui suit le sous-terme *irregular menstruation with* : indiquent que si l'affection est décrite comme des menstruations irrégulières avec des intervalles allongés ou des saignements peu abondants, ou des menstruations irrégulières avec des intervalles raccourcis ou des saignements excessifs, le code **N92.6** est exclu.

N92.6 Search ICD-10-CM & ICD-10-PCS (2021) Create codetable from scratch

Diseases of the genitourinary system (N00-N99)
Excludes2: certain conditions originating in the perinatal period (P04-P96)
 certain infectious and parasitic diseases (A00-B99)
 complications of pregnancy, childbirth and the puerperium (O00-O9A)
 congenital malformations, deformations and chromosomal abnormalities (Q00-Q99)
 endocrine, nutritional and metabolic diseases (E00-E88)
 injury, poisoning and certain other consequences of external causes (S00-T88)
 neoplasms (C00-D49)
 symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified (R00-R94)

Noninflammatory disorders of female genital tract (N80-N98)
N92 Excessive, frequent and irregular menstruation
Excludes1: postmenopausal bleeding (N95.0)
 precocious puberty (menstruation) (E30.1)

N92.6 Irregular menstruation, unspecified
 Irregular bleeding NOS
 Irregular periods NOS
Excludes1: irregular menstruation with:
 lengthened intervals or scanty bleeding (N91.3-N91.5)
 shortened intervals or excessive bleeding (N92.1)

Copy N92.6 to clipboard Copy N926 to clipboard

FIGURE 2.5 – Exemple de l'utilisation du deux-points dans l'index alphabétique

2.6 Termes de liaison

2.6.1 « And »

Le mot *And* doit être interprété comme signifiant soit **et**, soit **ou** lorsqu'il apparaît dans un titre de code.

Exemple

Les cas de tuberculose des os, tuberculose des articulations et tuberculose des os et des articulations sont tous classés dans la sous-catégorie **A18.0, tuberculose des os et des articulations.**

2.6.2 « With » et « In »

Les mots *With* et *In* doivent être interprétés comme signifiant *associé à* ou *dû à* lorsqu'ils apparaissent dans un titre de code, dans l'index alphabétique (à la fois sous un terme principal ou un sous-terme) ou dans une note d'instruction de la liste systématique.

La classification présume une relation causale entre les deux affections liées par ces termes dans l'index alphabétique ou la liste systématique.

Ces affections doivent être **codées comme étant associées**

- **même en l'absence de documentation** du prestataire de soins les reliant explicitement
- **sauf si**
 - la documentation indique clairement que les affections ne sont pas associées (par exemple, parce que le prestataire de soins documente explicitement les affections comme étant *non associées* et/ou indique une cause différente pour les affections)

- il existe une autre directive qui exige un lien documenté entre deux affections (par exemple, une directive sur le sepsis pour un dysfonctionnement aigu d'un organe qui n'est pas clairement associé au sepsis).

Si les affections ne sont pas associées par ces termes relationnels dans la classification, ou si une directive exige qu'un lien entre deux affections soit explicitement documenté, la documentation du prestataire de soins doit lier les affections pour qu'elles soient codées comme étant associées.

Dans l'index alphabétique, le mot *With* est placé immédiatement après le terme principal ou le sous-terme et n'est pas classé par ordre alphabétique.

La figure 2.6 montrant l'index alphabétique pour le terme principal *Diabetes* et le sous-terme *With* démontre le lien entre les affections.

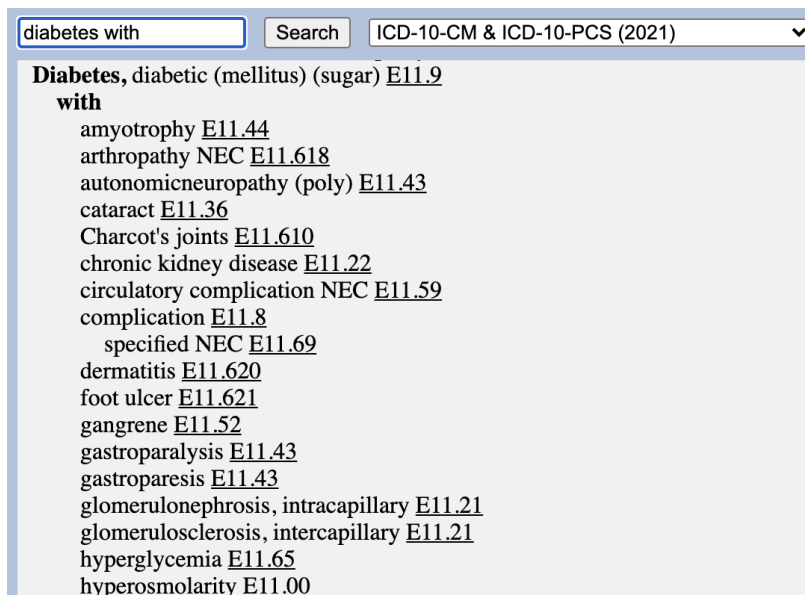


FIGURE 2.6 – Exemple de l'utilisation du terme de liaison *With* dans l'index alphabétique

Les diagnostics de diabète et de maladie rénale chronique sont codés **E11.22, diabète sucré de type 2 avec maladie rénale chronique diabétique**. Ce lien peut être présumé parce que la maladie rénale chronique est répertoriée sous le sous-terme *With*.

La figure 2.7 montrant l'index alphabétique pour le terme principal *Anemia* et le sous-terme *in* démontre le lien entre les affections.

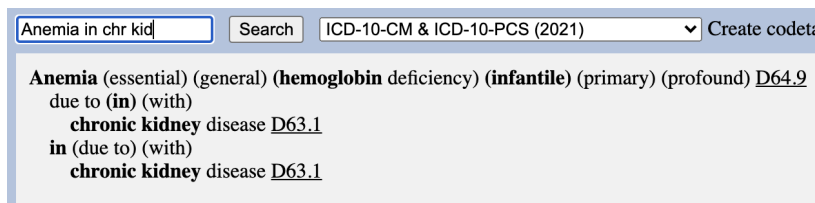


FIGURE 2.7 – Exemple de l'utilisation du terme de liaison *In* dans l'index alphabétique

Les diagnostics d'anémie et de maladie rénale chronique sont codés sous le code **D63.1, anémie dans une maladie rénale chronique**. Ce lien

peut être supposé car la maladie rénale chronique est répertoriée sous le sous-terme *in (due to) (with)*.

2.6.3 « Due to »

Les mots *Due to* dans l'index alphabétique ou dans la liste systématique indiquent qu'il existe une relation de cause à effet entre deux affections. L'ICD-10-CM fait parfois une telle supposition lorsque les deux affections sont présentes.

Exemple

Certaines affections affectant la valve mitrale sont supposées être d'origine rhumatismale, que la documentation diagnostique précise ou non cette relation de cause à effet.

Cependant, pour d'autres combinaisons d'affections, **il ne faut pas présumer de la relation causale si elle n'est pas indiquée dans la documentation diagnostique**. Lorsque la documentation du prestataire de soins indique une relation de cause à effet, il faut repérer le sous-terme *Due to* sous le terme pertinent dans l'index alphabétique pour sélectionner le code approprié à rechercher dans la liste systématique.

Aperçu

- Le **codage précis** de l'ICD-10-CM et de l'ICD-10-PCS dépend du respect des :
 - directives de la **classification**
 - **directives officielles**
 - **directives RHM**
 - directives du **manuel de codage ICD-10-BE**
 - **conseils de codage** fourni par la Cellule Standards.
- Les directives de la classification ICD-10-CM et ICD-10-PCS, la liste systématique et l'index alphabétique ont la **priorité** sur toutes les autres directives.
- La **section II** des directives officielles comprend des lignes directrices pour le codage du **diagnostic principal**.
 - Le **diagnostic principal par séjour** est enregistré dans le RHM (Résumé Hospitalier Minimum) sous le diagnostic d'admission vérifié (DAV).
 - Le **diagnostic d'admission vérifié** est l'affection reconnue après examen pour être la cause principale de l'admission du patient à l'hôpital.
 - Le **diagnostic principal par spécialité** est l'affection reconnue après examen pour être la cause principale de l'admission dans un spécialisme pendant le séjour.
 - Certains **directives officielles** pour le codage du diagnostic principal s'appliquent à **tous les systèmes anatomiques et étiologies**.
 - Les **directives spécifiques aux chapitres**, qui ne s'appliquent qu'à des **systèmes anatomiques ou à des étiologies spécifiques**, sont examinées plus en détail dans les chapitres correspondants de ce manuel.
- Les directives officielles pour le codage d'un **diagnostic incertain** et le codage des **signes, symptômes et maladies mal-définies** sont élaborées dans le chapitre 6 et chapitre 12 de ce manuel.
- La **section III** des directives officielles comprend des directives pour le codage des **diagnostics secondaires**.
- Les standards de codage éthique de *American Health Information Management Association Standards of Ethical Coding*, fournissent un soutien puissant pour le **codage éthique**.

3.1	Résumé Hospitalier Minimum	28
3.2	Le diagnostic principal	28
3.3	ICD-10-CM <i>Official Guidelines for Coding and Reporting</i>	29
3.4	Directives officielles pour le codage du diagnostic principal	30
	Deux diagnostics ou plus qui répondent également à la définition du diagnostic principal	31
	Deux ou plusieurs affections comparables ou contrastées	32
	Plan de traitement initial non réalisé	33
3.5	Directives officielles pour le codage d'un diagnostic secondaire	33
	Affections antérieures documentées en tant que diagnostics	33
	Diagnostic secondaire sans documentation permettant un codage	34
	Affections chroniques qui ne font pas l'objet d'un traitement	35
	Affections faisant partie intégrante d'un processus pathologique	36
	Affections ne faisant pas partie intégrante d'un processus pathologique	37
	Résultats anormaux	37
3.6	Procédures	39
3.7	Codage et enregistrement éthiques	39

Objectifs

Les objectifs de ce chapitre sont :

- Expliquer les différentes directives à suivre lors du codage.

- Expliquer le codage correct du diagnostic principal et du diagnostic secondaire.
- Souligner l'importance d'un codage éthique et précis.

3.1 Résumé Hospitalier Minimum

Les directives du **Résumé Hospitalier Minimum** (RHM) se trouvent sur le site web du Service Public Fédéral de la Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement.

Dans cet endroit se trouvent les directives d'enregistrement pour le RHM, ainsi que les fichiers de référence les plus importants, les informations supplémentaires et un aperçu des contrôles.

L'enregistrement RHM requiert la transmission des **données à caractère médical** suivantes :

- Le **diagnostic principal par séjour**/ le diagnostic d'admission vérifié (DAV)
- Le **diagnostic principal par spécialité**
- Les **autres diagnostics significatifs** pour le séjour concerné (diagnostics secondaires)
- Toutes les **procédures significatives** pour le séjour concerné.

3.2 Le diagnostic principal

Le **diagnostic principal par séjour** est enregistré dans le RHM sous le diagnostic d'admission vérifié (DAV).

Le **diagnostic d'admission vérifié** est l'affection reconnue après examen pour être la cause principale de l'admission du patient à l'hôpital.

Le diagnostic principal figure **généralement, mais pas toujours, en premier dans la liste des diagnostics** du prestataire de soins¹ ; il faut examiner l'ensemble du dossier patient pour déterminer l'affection qui doit être codée en diagnostic principal.

1: voir définition ci-dessous

Les **mots après examen** dans la définition du diagnostic principal sont importants. Dans de nombreux cas, ce n'est pas le diagnostic établi au moment de l'admission mais plutôt le diagnostic établi ultérieurement après examen plus approfondi, ou même après une procédure, qui s'avère être la raison de l'admission.

Exemple

Un patient admis pour rétention urinaire peut s'avérer avoir une hypertrophie de la prostate, qui est à l'origine de la rétention urinaire.

- Dans ce cas, l'hypertrophie de la prostate est le diagnostic principal, à moins que le traitement ne vise uniquement la rétention urinaire.

Exemple

Un patient est admis en raison d'une toux chronique, d'une difficulté à respirer et d'un malaise ; une bronchoscopie avec biopsie est réalisée pour une masse pulmonaire. La masse est confirmée comme étant un adénocarcinome du poumon.

- Dans ce cas, l'adénocarcinome pulmonaire est le diagnostic principal car, après examen, il est déterminé comme étant la cause sous-jacente du malaise et des symptômes respiratoires du patient ainsi que la raison de son admission.

Exemple

Un patient est admis pour des douleurs abdominales sévères. Le taux de globules blancs est élevé à 16000, avec décalage à gauche. Le patient subit une procédure chirurgicale, pendant laquelle une appendicectomie est réalisée pour une appendicite aiguë et perforée.

- Dans ce cas, l'appendicite aiguë et perforée est désignée comme diagnostic principal, découverte lors de la procédure.

Exemple

Un patient est admis pour une sévère douleur abdominale dans le quadrant inférieur droit, et un diagnostic d'appendicite aiguë probable est établi. Le taux de globules blancs est légèrement élevé. Le patient subit une procédure chirurgicale pendant laquelle on découvre un appendice normal mais où l'on enlève un diverticule de Meckel enflammé.

- Dans ce cas, le diagnostic principal est le diverticule de Meckel, constaté lors de la procédure.

Le **diagnostic principal par spécialité** est l'affection reconnue après examen pour être la cause principale de l'admission dans un spécialisme pendant le séjour.

3.3 ICD-10-CM Official Guidelines for Coding and Reporting

Les *ICD-10-CM Official Guidelines for Coding and Reporting* (directives officielles) sont un ensemble de règles qui ont été élaborées pour accompagner et compléter les conventions et instructions officielles fournies dans l'ICD-10-CM elle-même.

Attention

Les instructions et les conventions de la classification ont la priorité sur les directives officielles.

Ces directives sont basées sur les instructions de codage et de séquençage de la liste systématique et de l'index alphabétique de l'ICD-10-CM, mais

fournissent des **instructions supplémentaires**.

Un **effort conjoint** entre le prestataire de soins de santé et le codeur est essentiel pour obtenir une documentation, un codage et un enregistrement complets et précises des diagnostics et des procédures. Ces directives ont été élaborées pour aider à la fois le prestataire de soins et le codeur à identifier les diagnostics qui doivent être codés.

Décision CCDH 2023:

En présence d'un résumé clinique de sortie établi selon des dispositions du règlement grand-ducal du 13 janvier 2019 déterminant le contenu minimal du dossier individuel du patient hospitalier et du résumé clinique de sortie, l'ensemble du dossier patient ne doit pas être consulté. Mais une révision de l'ensemble du dossier peut être nécessaire pour établir avec certitude les diagnostics qui répondent effectivement aux critères d'enregistrement des diagnostics principaux et secondaires ainsi que les procédures.

Attention

On ne saurait trop insister sur l'importance d'une documentation cohérente et complète dans le dossier patient. Sans cette documentation, il est impossible de réaliser un codage précis. L'ensemble du dossier patient doit être examiné pour déterminer la raison spécifique de la rencontre et les conditions traitées.

Le **terme contact** est utilisé pour tous les contextes de soins de santé, y compris les admissions à l'hôpital.

Notez que...

Dans le contexte de ces directives, le **terme prestataire de soins** est défini comme suit : le médecin ou tout autre praticien de santé qualifié qui est légalement compétent de l'établissement du diagnostic du patient.

Les directives sont organisées en **sections**.

- La **section I** comprend la structure et les conventions de la classification et les directives générales qui s'appliquent à l'ensemble de la classification, ainsi que les directives spécifiques aux chapitres qui correspondent aux chapitres tels qu'ils sont disposés dans la classification.
- La **section II** comprend des lignes directrices pour le codage du diagnostic principal.
- La **section III** comprend des directives pour le codage des diagnostics secondaires.
- La **section IV** concerne le codage des soins ambulatoires.

Il est nécessaire de passer en revue toutes les **sections applicables** des directives pour bien comprendre toutes les règles et instructions nécessaires pour coder correctement.

3.4 Directives officielles pour le codage du diagnostic principal

Attention

Lors du codage du diagnostic principal, les directives de codage de la classification ICD-10-CM et ICD-10-PCS, la liste systématique et l'index alphabétique ont la priorité sur toutes les autres directives.

Les **directives officielles**² suivantes pour le codage du diagnostic principal s'appliquent à **tous les systèmes anatomiques et étiologies**.

2: Section II des ICD-10-CM Official Guidelines for Coding and Reporting

Les **directives spécifiques aux chapitres**, qui ne s'appliquent qu'à des **systèmes anatomiques ou à des étiologies spécifiques**, sont examinées plus en détail dans les chapitres correspondants de ce manuel.

Les directives officielles pour le codage d'un **diagnostic incertain** et le codage des **signes, symptômes et maladies mal-définies** sont élaborées dans le chapitre 6 et le chapitre 12 de ce manuel.

3.4.1 Deux diagnostics ou plus qui répondent également à la définition du diagnostic principal

Dans la situation inhabituelle où **deux diagnostics ou plus répondent également aux critères du diagnostic principal** tels que déterminés par les circonstances de l'admission et la documentation diagnostique et/ou la thérapie fournie, **l'un ou l'autre peut être codé en diagnostic principal** lorsque ni l'index alphabétique ni la liste systématique n'en disposent autrement.

Cependant, ce n'est pas simplement le fait que les deux affections existent qui rend ce choix possible. Lorsque le **traitement est totalement ou principalement orienté vers une affection**, ou lorsqu'**une seule des affections a nécessité une admission**, l'affection en question doit être codé en diagnostic principal.

De plus, si une **autre directive de codage** (générale ou spécifique à une maladie) fournit des directives sur le séquençage, celle-ci doit être suivie.

Exemple

Un patient est admis en raison d'une angine instable et une insuffisance cardiaque congestive aiguë. L'angine instable est traitée par des nitrates, et un diurétique par voie intraveineuse est administré pour gérer l'insuffisance cardiaque.

- Les deux affections répondent également à la définition de diagnostic principal, et l'un ou l'autre peut être codé en diagnostic principal.

Exemple

Un patient est admis pour une fibrillation auriculaire aiguë avec réponse ventriculaire rapide et il souffre également d'une insuffisance cardiaque avec œdème pulmonaire. Le patient est traité avec la digitale pour réduire la fréquence ventriculaire et reçoit un diurétique par voie intraveineuse pour réduire l'œdème pulmonaire cardiogénique.

- Les deux affections répondent également à la définition de diagnostic principal, et l'un ou l'autre peut être codé en diagnostic principal.

Exemple

Un patient est admis pour des douleurs abdominales sévères, des nausées et des vomissements dus à une pyélonéphrite et une diverticulite aiguës. Les deux affections sous-jacentes sont traitées, et le prestataire de soins estime que les deux satisfont également aux critères du diagnostic principal.

- Les deux affections répondent également à la définition de diagnostic principal, et l'un ou l'autre peut être codé en diagnostic principal.

3.4.2 Deux ou plusieurs affections comparables ou contrastées

Dans les rares cas où un diagnostic est documenté comme **deux ou plusieurs affections comparables ou contrastées en utilisant des termes soit-soit** (ou une terminologie similaire), les deux diagnostics sont codés comme s'ils étaient confirmés et le diagnostic principal est désigné en fonction des circonstances de l'admission et de la documentation du diagnostic et/ou du traitement effectué.

Lorsqu'il n'est pas possible de déterminer plus précisément quel diagnostic répond le mieux aux critères du diagnostic principal, l'un ou l'autre peut être codé en diagnostic principal.

Exemple

Un patient est admis pour des douleurs abdominales sévères, des nausées et des vomissements dus à une pyélonéphrite et une diverticulite aiguës. Le diagnostic final est *soit pyélonéphrite aiguë, soit diverticule du côlon*. Le patient est traité de façon symptomatique et sort de l'hôpital pour des examens plus approfondies.

- Dans ce cas, les deux affections répondent également aux critères du diagnostic principal, et l'une ou l'autre peut être codée comme diagnostic principal.

Exemple

Un patient est admis pour des douleurs abdominales sévères, des nausées et des vomissements dus à une pyélonéphrite et une diverticulite aiguës. Le diagnostic final est *soit pyélonéphrite aiguë, soit diverticule du côlon*. Le traitement est orienté presque entièrement vers la pyélonéphrite aiguë, ce qui indique que le prestataire de soins considère cette affection comme le problème le plus probable et que, après étude, c'est l'affection qui a provoqué l'admission.

- Dans ce cas, les deux affections sont codées, mais la pyélonéphrite aiguë est codée en diagnostic principal en raison des circonstances de l'admission.

3.4.3 Plan de traitement initial non réalisé

Dans une situation où le **plan de traitement initial ne peut être réalisé en raison de circonstances imprévues**, les critères du codage du diagnostic principal ne changent pas. L'affection qui a motivé l'admission est codée en diagnostic principal même si le traitement prévu n'a pas été réalisé.

Exemple

Un patient souffrant d'une hypertrophie bénigne de la prostate est admis en vue d'une résection transurétrale de la prostate (RTUP). Peu après l'admission, mais avant que le patient ne soit emmené au bloc opératoire, il tombe et subit une fracture du fémur gauche. La TURP est annulée ; une intervention chirurgicale de la hanche est effectuée le jour suivant.

- Le diagnostic principal demeure l'hypertrophie bénigne de la prostate, même si cette affection n'a pas été traitée.

Exemple

Un patient dont le diagnostic de carcinome du sein a été confirmé par une biopsie réalisée en ambulatoire est admis en vue d'une mastectomie radicale. Avant que les médicaments préopératoires ne soient administrés le lendemain matin, la patiente indique qu'elle a décidé de ne pas se faire opérer jusqu'à ce qu'elle soit en mesure d'examiner plus en détail les autres traitements alternatifs. Aucun traitement n'est administré et la patiente sort de l'hôpital.

- Le carcinome du sein reste le diagnostic principal car c'est l'affection qui a provoqué l'admission, même si aucun traitement n'a été administré.

3.5 Directives officielles pour le codage d'un diagnostic secondaire

Les directives et les exemples suivants sont à la base du codage des diagnostics secondaires.

3.5.1 Affections antérieures documentées en tant que diagnostics

Les prestataires de soins incluent parfois dans la documentation du diagnostic des antécédents ou des procédures effectuées lors d'une admission précédente :

- qui n'ont **aucun impact sur le séjour actuel**
 - De telles affections ne sont jamais codées
- qui ont un **impact sur le séjour actuel**

- Cependant, les codes d'antécédents (catégories **Z80-Z87**; sub-catégories **Z91.4-** et **Z91.5-**; et codes **Z91.81**, **Z91.82** et **Z92.2-Z92.81**, **Z92.83-Z92.89**) peuvent être codés en diagnostic secondaire si un antécédent personnel ou familial a un impact sur les soins ou le traitement actuels.

Exemple

Un patient est admis pour un infarctus aigu du myocarde; le prestataire de soins documente dans l'anamnèse que le patient a un statut post-cholécystectomie et qu'il a été hospitalisé un an auparavant pour une pneumonie. À la sortie de l'hôpital, le prestataire de soins documente les diagnostics finaux comme *infarctus aigu du myocarde, statut post-cholécystectomie et antécédents de pneumonie*.

- Seul l'infarctus aigu du myocarde est codé; les autres affections incluses dans l'énoncé du diagnostic n'ont aucune incidence sur l'admission en cours.

3.5.2 Diagnostic secondaire sans documentation permettant un codage

Si le prestataire de soins a **documenté un diagnostic dans la liste finale des diagnostics**, il devrait normalement être codé.

Cependant, s'il n'y a **pas de documentation dans le dossier patient permettant le codage d'un certain diagnostic**, il faut consulter le prestataire de soins pour savoir si le diagnostic répond aux critères de codage; si c'est le cas, il faut demander au prestataire de soin de compléter la documentation.

Exemple

Un garçon de 10 ans est admis pour une fracture ouverte du tibia et du péroné suite à un accident de vélo. À l'examen physique, le prestataire de soins documente qu'il y a un naevus sur la jambe et que le patient a une petite hernie inguinale asymptomatique. Tous ces diagnostics sont documentés. La fracture est réduite avec une fixation interne, mais ni le naevus ni la hernie ne sont traités ou évalués lors de cette admission.

- Le naevus et l'hernie ne sont pas codés car rien n'indique qu'ils ont eu un quelconque impact sur le séjour actuel.

Exemple

Un patient est admis pour un infarctus aigu du myocarde. Le prestataire de soins inclut dans la liste des diagnostics un strabisme et un oignon notés à l'examen physique. L'examen du dossier patient révèle qu'aucune autre documentation concernant l'évaluation ou le traitement de ces affections n'existe.

- Le strabisme et l'oignon ne sont pas codés car il n'existe aucune documentation qui indique que ces affections ont eu quelconque impact sur le séjour actuel.

3.5.3 Affections chroniques qui ne font pas l'objet d'un traitement

Les critères pour affections chroniques à coder en diagnostic secondaire comprennent :

- la **sévérité** de l'affection
- **l'utilisation ou la considération de mesures alternatives pour traiter le diagnostic principal** en raison de la comorbidité
- **l'utilisation de services diagnostiques ou thérapeutiques** pour la comorbidité
- la **nécessité d'une surveillance étroite** des médicaments en raison de la comorbidité
- les **modifications des plans de soins infirmiers** pour le diagnostic principal en raison de la comorbidité (par exemple, une augmentation des soins infirmiers requis pour le diagnostic principal en raison de la comorbidité).

Les affections chroniques telles que (mais non limitées à) **l'hypertension, la maladie de Parkinson, la bronchopneumopathie chronique obstructive et le diabète sucré** sont des maladies systémiques qui doivent habituellement être codées même en l'absence d'intervention ou d'évaluation supplémentaire documentés.

Certaines maladies chroniques affectent le patient pour le reste de sa vie ; ces maladies nécessitent presque toujours **une forme d'évaluation ou de surveillance clinique continue pendant l'hospitalisation** et doivent donc être codées.

Exemple

Un patient est admis suite à une fracture de la hanche, et un diagnostic de maladie de Parkinson est documenté dans l'anamnèse. Les notes infirmières indiquent que le patient a besoin de soins supplémentaires en raison de la maladie de Parkinson.

- La maladie de Parkinson est également codée dans ce cas.

Exemple

Un patient est admis pour une pneumonie, et la présence d'un diabète sucré est documentée dans le dossier patient. Sa glycémie est surveillée par des analyses de laboratoire et le personnel infirmier mesure également sa glycémie avant chaque repas. Le patient continue à suivre son régime diabétique.

- Bien qu'aucun traitement actif du diabète ne soit fourni, une surveillance continue est requise. Par conséquent, le diabète sucré est codé en diagnostic secondaire.

Exemple

Un patient est admis pour une diverticulite aiguë, et le prestataire de soins documente un antécédent d'hypertension. Le dossier patient indique que des médicaments contre l'hypertension ont été administrés

tout au long du séjour.

- L'hypertension peut être codée en diagnostic secondaire si le prestataire de soins la documente dans la liste finale de diagnostics.

Exemple

Une patiente avec insuffisance cardiaque congestive est admise. Elle a une hernie hiatale et une arthrite dégénérative connues. Aucune de ces affections n'est évaluée ou traitée plus avant; de par leur nature, ces affections ne nécessitent pas d'évaluation clinique continue.

- Seul le code pour l'insuffisance cardiaque congestive est codé; les autres affections ne sont pas codées.

Exemple

Un patient diabétique de 60 ans est transféré d'un maison de repos pour le traitement d'une escarre. Le prestataire de soins documente dans l'anamnèse que le patient présente une amputation sous le genou gauche en raison d'une maladie vasculaire périphérique.

- Cette affection, qui nécessite des soins infirmiers supplémentaires, et le diabète du patient sont tous deux codés.

3.5.4 Affections faisant partie intégrante d'un processus pathologique

Les affections qui font partie intégrante d'un processus pathologique ne doivent pas être codées en diagnostic secondaire, **sauf** indication contraire de la classification.

Exemple

Un patient est admis avec des nausées et des vomissements dus à une gastro-entérite infectieuse.

- Les nausées et les vomissements sont des symptômes inhérents à la gastro-entérite infectieuse et ne sont pas codés.

Exemple

Un patient est admis pour des douleurs articulaires sévères et une polyarthrite rhumatoïde.

- Les douleurs articulaires sévères forment un élément caractéristique de la polyarthrite rhumatoïde et ne sont pas codées.

Exemple

Un patient est admis se plaignant de mictions fréquentes et on lui

diagnostique une hypertrophie bénigne de la prostate. Bien que les mictions fréquentes sont un symptôme courant de l'hypertrophie bénigne de la prostate, les deux affections sont codées en raison de la note d'instruction figurant dans la liste systématique sous le code **N40.1**, selon laquelle il convient de coder des codes additionnels pour identifier les symptômes associés lorsqu'ils sont spécifiés.

3.5.5 Affections ne faisant pas partie intégrante d'un processus pathologique

Les affections qui ne font pas partie intégrante d'un processus pathologique doivent être codées lorsqu'elles sont présentes.

Exemple

Un patient est admis via les urgences suite à un accident vasculaire cérébral survenu sur le lieu de travail. Le patient est dans le coma mais reprend progressivement conscience. Le diagnostic à la sortie est documenté comme une thrombose vasculaire cérébrale avec coma.

- Dans ce cas, le coma est codé en diagnostic secondaire car il n'est pas inhérent à l'accident vasculaire cérébral et n'est pas toujours présent.

Exemple

Un garçon de cinq ans est admis pour une fièvre de 40 degrés associée à une pneumonie aiguë. Au cours des 24 premières heures, le patient présente également des convulsions dues à la forte fièvre.

- La pneumonie et les convulsions sont toutes deux codées car les convulsions ne sont pas systématiquement associées à la pneumonie.
- La fièvre n'est pas codé, cependant, car la pneumonie est généralement associée à la fièvre.

3.5.6 Résultats anormaux

Les codes de la section **R70-R97** pour les résultats anormaux non spécifiques (résultats de laboratoire, de radiologie, d'anatomopathologie et autres résultats diagnostiques) doivent être codés uniquement lorsque le prestataire de soins n'a **finale**ment pas été en mesure d'établir un diagnostic associé, mais qu'il indique qu'un résultat anormal est considéré comme **cliniquement significatif** en le documentant dans la liste des diagnostics.

Un diagnostic ne doit jamais être codé sur la base d'un seul résultat anormal :

- Coder un diagnostic sur la base d'une seule valeur de laboratoire ou d'un seul résultat anormal est risqué et comporte un risque d'erreur.
- Une valeur rapportée comme étant inférieure ou supérieure à la fourchette normale n'indique pas nécessairement une affection.

- De nombreux facteurs influencent les valeurs d'un échantillon de laboratoire, notamment le dispositif de prélèvement, la méthode utilisée pour transporter l'échantillon au laboratoire, l'étalonnage de la machine qui lit les valeurs et l'état du patient.

Exemple

Un patient déshydraté peut présenter un taux d'hémoglobine élevé en raison de la viscosité accrue du sang. Lorsque les résultats sont clairement en dehors de la plage normale et que le médecin a demandé d'autres tests pour évaluer l'affection ou a prescrit un traitement sans documenter un diagnostic associé, il convient de demander au médecin si un diagnostic doit être documenté ou si le résultat anormal doit être documenté dans la liste des diagnostics.

Les **découvertes fortuites d'examens radiologiques**, telles qu'une hernie hiatale asymptomatique ou un diverticule, ne doivent pas être codées à moins qu'une évaluation ou un traitement supplémentaire ne soit effectué.

Exemple

Un faible taux de potassium traité par potassium intraveineux ou oral est cliniquement significatif et doit être porté à l'attention du prestataire de soins si aucun diagnostic associé n'a été documenté.

Exemple

Un hématoците de 28 pourcent, bien qu'asymptomatique et non traité, est réévalué plusieurs fois.

- Comme le résultat se situe en dehors de la plage des valeurs de laboratoire normales et qu'il a fait l'objet d'une évaluation plus poussée, il faut demander au prestataire de soins si un diagnostic associé doit être documenté.

Exemple

Une radiographie du thorax préopératoire de routine chez un patient âgé révèle le tassement d'un corps vertébral. Le patient est asymptomatique, et aucune autre évaluation ou traitement n'est effectué.

- Le tassement d'un corps vertébral est une découverte fréquente chez les patients âgés et n'est pas significatif pour ce séjour.

Exemple

En l'absence d'un problème cardiaque, la découverte électrocardiographique isolée d'un bloc de branche n'est généralement pas significative, alors que la découverte d'un bloc de Mobitz II peut avoir des implications importantes pour les soins du patient et justifie de demander au prestataire de soins si elle doit être documentée pour cette admission.

Exemple

Le prestataire de soins documente une accélération de sédimentation anormale dans la liste des diagnostics. Le prestataire n'a pas été en mesure de poser un diagnostic définitif au cours de l'hospitalisation malgré une évaluation plus poussée et considère pourtant que cette anomalie constitue un problème clinique significatif.

- Dans ce cas le code **R70.0, accélération de la vitesse de sédimentation**, doit être codé.

3.6 Procédures

Le RHM exige que toutes les **procédures significatives** soient rapportées.

La définition du terme *procédure significative* et les directives de codage qui s'y rapportent sont discutées dans les **directives RHM** et le chapitre 9 de ce manuel, ainsi que d'autres informations sur le codage des procédures.

3.7 Codage et enregistrement éthiques

Les données médicales codées sont utilisées et réutilisées à **des fins diverses**.

Un **codage précis et éthique** de l'ICD-10-CM et de l'ICD-10-PCS dépend du respect des

- directives de la classification
- **directives officielles**,
- **directives RHM**
- directives du manuel de codage ICD-10-BE
- conseils de codage fourni par la Cellule Standards.

Les professionnels du codage doivent coder de façon précise et éthique, sinon ils courent le **risque de développer des pratiques de codage incorrectes** qui fausseront les données utilisées à d'autres fins.

Le **sur-codage** et la **sur-enregistrement** sont contraires à l'éthique. Il en va de même pour le **sous-codage** et le **sous-enregistrement**.

Les standards de codage éthique de *American Health Information Management Association Standards of Ethical Coding*, fournissent un soutien puissant.

Les hôpitaux identifient parfois un besoin de coder des diagnostics ou des procédures, qui ne peuvent pas être codés selon les directives, pour un **usage interne**. Cela est acceptable si l'établissement dispose d'un système pour conserver ces informations en dehors des enregistrements officiels.

Le dossier patient comme document de référence

4

Aperçu

- Le **dossier patient** est le document source pour le codage.
- Les dossiers patients contiennent une **variété de documents** :
 - La raison pour laquelle le patient est admis à l'hôpital
 - Les examens effectués et leurs résultats
 - Les thérapies fournies
 - Les rapports des procédures chirurgicales
 - La documentation quotidienne sur le progrès du patient
 - La lettre de sortie fournissant un résumé du séjour du patient
 - ...

4.1 Introduction	40
4.2 Le contenu du dossier patient	41

Objectifs

Les objectifs de ce chapitre sont :

- Expliquer ce qui est présent dans le dossier patient.
- Comprendre quand il est indiqué de consulter un prestataire de soins au sujet de sa documentation.

4.1 Introduction

Le **document source** pour le codage et la documentation des diagnostics et des procédures est le **dossier patient** dans sa totalité.

Bien que les diagnostics de sortie soient généralement enregistrés sur une feuille de route, une note d'évolution finale ou la lettre de sortie, **un examen plus approfondi de l'ensemble du dossier patient est toujours requis pour assurer un codage complet et précis.**

- Il est fréquent que les opérations et les procédures ne figurent pas dans la lettre de sortie ou ne soient pas documentées de manière suffisamment détaillée, ce qui rend impératif **la consultation des rapports d'opération, des rapports d'anatomopathologie et d'autres rapports spécifiques.**
- **L'ensemble du dossier** doit alors être consulté pour déterminer la raison spécifique du contact et les affections traitées.
- Plusieurs **prestataires de soins** sont impliqués dans les soins du patient et peuvent documenter des diagnostics dans le dossier patient.

Pour mémoire...

Les *ICD-10-CM Official Guidelines for Coding and Reporting* utilisent le terme **prestataire de soins** pour désigner le médecin ou tout autre praticien de santé qualifié qui est légalement compétent de l'établissement du diagnostic du patient.

Parfois il est **omis de documenter** des affections qui se sont développées pendant le séjour mais qui ont été résolues avant la sortie.

Exemple

Des affections telles que l'infection des voies urinaires ou la déshydratation ne sont souvent pas incluses dans la liste des diagnostics, même si les notes d'évolution, les ordonnances des prestataires de soins et les rapports de laboratoire montrent clairement que ces affections ont été traitées.

Il n'est pas permis de coder un diagnostic uniquement sur la base d'une prescription de médicaments d'un prestataire de soins sans que le prestataire de soins ne documente le diagnostic traité.

Si des indications suffisantes sont présentes pour suggérer fortement qu'un diagnostic additionnel doit être documenté, le prestataire de soins doit être consulté; **jamais un diagnostic ne doit être ajouté sans la confirmation et la documentation du prestataire de soins.**

Comme les listes de diagnostics comprennent parfois des diagnostics qui représentent des **antécédents** ou des **diagnostics existants qui ne répondent pas aux critères** pour le codage des diagnostics, il faut consulter le dossier patient pour déterminer si ces diagnostics peuvent être codés pour cette admission.

Il est probable que le diagnostic principal soit le premier diagnostic dans la liste des diagnostics. Cependant, **de nombreux prestataires de soins ne connaissent pas les directives de codage**, par conséquent, il n'est pas certain que ce pratique soit systématiquement suivie.

Comme la désignation correcte du diagnostic principal est d'une importance capitale pour le codage, **la documentation du dossier du patient doit soutenir la désignation du diagnostic principal.**

S'il apparaît qu'un autre diagnostic doit être codé en diagnostic principal, ou s'il semble que des affections non documentées doivent être codées, **la documentation doit être adaptée en conséquence.**

4.2 Le contenu du dossier patient

Les **dossiers patients** contiennent une **variété de documents** documentant la raison pour laquelle le patient est admis 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 document contient des informations importantes

nécessaires à l'enregistrement et au codage précis du diagnostic principal, des diagnostics secondaires ainsi que des procédures effectuées.

Un certain nombre de **documents standards** se retrouvent dans presque tous les dossiers patients 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 fourni, et de la manière dont tout est documenté par le prestataire de soins.

Exemple

Par exemple, un **prestataire de soins** peut énumérer les diagnostics finaux dans le dossier patient sur une page de garde, dans les notes d'évolution, ou dans le rapport de sortie. Les **prestataires de soins 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 de la lettre 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 de la lettre de sortie qui décrit l'**évolution du patient à l'hôpital** indique habituellement les traitements qui ont été fournis 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.
 - Par contre, d'autres **affections qui ne sont pas mentionnées** dans la liste énumérant les diagnostics finaux, mais qui devraient cependant être enregistrées car elles répondent aux directives de codage des diagnostics secondaires, peuvent être identifiées.

La **liste quotidienne des médicaments administrés** est souvent utile pour indiquer si un traitement a été administré ou non, cependant le codeur ne peut jamais 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 prestataire de soins a demandé d'autres tests pour évaluer l'affection, ou prescrit un traitement, il est approprié de consulter le médecin pour voir si le diagnostic devrait être documenté.

Exception

La seule exception à cette directive concernant la consultation du prestataire de soins pour documenter la signification clinique des résultats concerne **le codage de la nouvelle maladie à coronavirus 2019 (COVID-19)**. Les directives de codage autorisent le codage de ce diagnostic sur la seule base d'un résultat positif au test COVID-19.

Parfois **les diagnostics documentés ne contiennent pas toujours suffisamment d'informations** pour fournir la spécificité requise pour le codage.

Exemple

Un diagnostic documenté de pneumonie peut ne pas indiquer l'organisme responsable de l'infection ; par contre, un examen des études diagnostiques de l'expectoration pourrait fournir cette information.

- Le **prestataire de soins doit confirmer** que l'organisme découvert sur la culture positive est l'agent causal.
- Ensuite, le **prestataire de soins doit indiquer sa confirmation en la documentant dans le dossier du patient** ; cette étape doit être franchie avant qu'un code identifiant le type spécifique de pneumonie puisse être attribué.

Exemple

Un diagnostic de fracture peut indiquer quel os a été fracturé mais pas la partie particulière de l'os, une information qui est nécessaire pour l'attribution d'un code précis.

- Le **prestataire de soins doit confirmer** que l'information fournie par les rapports d'imagerie ou le rapport opératoire est pertinente.
- Ensuite, le **prestataire de soins doit indiquer sa confirmation en la documentant dans le dossier du patient** ; cette étape doit être franchie avant qu'un code identifiant le type spécifique de **fracture** puisse être attribué.

Les exemples suivants illustrent des diagnostics qui sont souvent codés avec des informations moins que complètes, mais qui peuvent être codés plus précisément en se référant à l'information disponible dans le dossier du patient et en obtenant ensuite la confirmation et la documentation appropriées par le prestataire de soins.

Exemple

- Rapport de sortie : Cancer du col (**C53.9**)
- Rapport anatomopathologique : Carcinome in situ du col utérin
- Diagnostic final attribué après confirmation et documentation par le prestataire de soins : Carcinome in situ du col (**D06.9**)

Exemple

- Rapport de sortie : Infection urinaire (N39.0)
- Rapport du laboratoire : EMU : Culture positive pour E. Coli >100.000 colonies
- Diagnostic final attribué après approbation et documentation par le prestataire de soins : Infection urinaire à E. coli (N39.0 + B96.20)

Exemple

- Diagnostic : Fracture du fémur, contact initial (S72.90XA)
- Protocole de radiologie : Fracture ouverte du col fémoral droit, sous-trochantérienne
- Diagnostic final attribué après approbation et documentation par le prestataire de soins : 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 un prestataire de soins**. Toutefois, les *ICD-10-CM Official Guidelines for Coding and Reporting* décrivent **quelques exceptions**

- la documentation suivante par des **cliniciens autres que le prestataire de soins** est acceptable pour autant qu'elle ne soit pas en conflit avec celle du prestataire de soins :
 - l'indice de masse corporelle (IMC)
 - le niveau de profondeur d'un ulcère chronique non lié à la pression
 - le stade de l'ulcère de décubitus
 - l'échelle de coma
 - l'échelle NIH des accidents vasculaires cérébraux (NIHSS)
 - les codes relatifs aux déterminants sociaux de la santé.
- La **documentation autodéclarée par le patient** peut également être utilisée pour attribuer des codes pour les déterminants sociaux de la santé, à **condition** qu'un clinicien ou un prestataire de soins accepte l'information autodéclarée par le patient et l'intègre dans le dossier patient.

Notez que...

Cependant, il est important de noter que **le diagnostic associé** à la documentation d'un clinicien (comme le surpoids, l'obésité, l'escarre ou l'accident vasculaire cérébral aigu) **doit toujours être documenté par le prestataire de soins**.

Il est également approprié de se baser sur la documentation des **autres prestataires de soins** impliqués dans les soins et le traitement du patient pour attribuer un code, **pour autant que ces informations ne soient pas en conflit avec celles mentionnées par le prestataire de soins en charge du patient**.

- Il n'est pas nécessaire de consulter le prestataire de soins en charge du patient si un prestataire de soins impliqué dans les soins et traitement du patient a documenté un diagnostic et que celui-ci

ne rentre pas en conflit avec un diagnostic documenté dans le dossier par le prestataire de soins en charge du patient ou un autre prestataire de soins.

- S'il existe des **contradictions entre les diagnostics documentés** dans le dossier patient par différents prestataires de soins, le prestataire de soins en charge du patient doit être consulté pour clarifier la situation car en fin de compte, c'est lui qui est responsable du diagnostic final.

Aperçu

Il y a **trois étapes de base** pour identifier les codes à attribuer.

- Repérer le terme principal dans l'**index alphabétique** : Rechercher les sous-termes, les notes ou les références croisées.
- Vérifier le code alphanumérique dans la **liste systématique**.
- Attribuer **le ou les codes** vérifiés.

Il est important de comprendre les techniques de codage de base avant de passer aux chapitres plus difficiles, basés sur les systèmes anatomiques, de ce manuel.

5.1 Introduction	46
5.2 Localiser le terme principal dans l'index alphabétique	47
5.3 Vérifier le code alphanumérique dans la liste systématique	48
5.4 Exemples de codage	48

Objectifs

Les objectifs de ce chapitre :

- Apprendre à repérer un code dans l'index alphabétique.
- Déterminer la ligne de conduite à suivre en cas de divergences entre l'index alphabétique et la liste systématique.
- Apprendre à appliquer les techniques de codage de base.

5.1 Introduction

Une fois que la **documentation du dossier patient** a été examiné de plus près pour déterminer le diagnostic principal et les diagnostics secondaires, il faut entreprendre les **étapes suivantes pour localiser les codes à attribuer** :

1. Localiser le terme principal dans l'index alphabétique.

- Examiner les sous-termes et les modificateurs non essentiels liés au terme principal.
- Suivre toutes les références croisées.
- Se référer à toute note dans l'index alphabétique.
- Un tiret (-) à la fin d'une entrée de l'index indique que des caractères supplémentaires sont nécessaires.

2. Vérifier le code alphanumérique dans la liste systématique.

- Lire le titre du code.
- Lire et suivre toutes les notes d'instruction. Se référer aux autres codes selon les instructions.
- Déterminer si des caractères supplémentaires doivent être ajoutés.
- Déterminer la latéralité (droite, gauche ou bilatérale) et toute extension applicable.

3. Attribuer le ou les codes vérifiés.

Il est impératif de suivre ces étapes sans exception. L'affection à coder doit d'abord être repérée dans l'index alphabétique, puis vérifiée dans la liste systématique. Se fier à sa mémoire ou n'utiliser que soit l'index alphabétique, soit la liste systématique peut entraîner une attribution incorrecte des codes.

5.2 Localiser le terme principal dans l'index alphabétique

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 répertoriée comme le terme principal, généralement exprimé par un nom.

Les termes généraux tels que *admission*, *encounter* et *examination* sont utilisés pour localiser les **entrées d'index pour les codes Z**.

Certaines affections sont **indexées sous plus d'un terme principal**. Par exemple, la réaction anxieuse peut être localisée dans l'une ou l'autre des entrées d'index illustrées dans la figure 5.1.

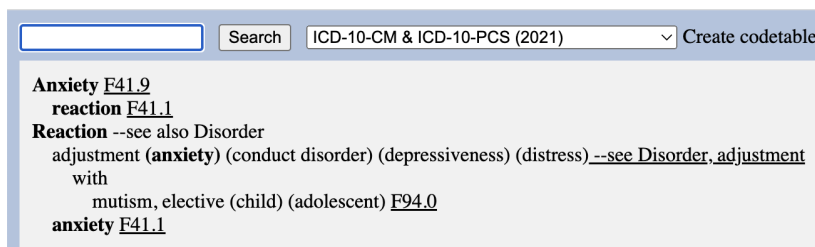


FIGURE 5.1 – La réaction anxieuse est indexée sous plus d'un terme principal de l'index alphabétique

Si un terme principal ne peut être localisé, envisagez un **synonyme**, un **éponyme** ou un autre **terme alternatif**.

Une fois le terme principal est localisé, recherchez les **sous-termes**, les **notes** ou les **références croisées**.

Les **sous-termes** fournissent de nombreux types d'informations plus spécifiques et doivent être vérifiés avec soin, en suivant toutes les règles de l'index alphabétique.

Le code affiché avec le terme principal ne doit pas être utilisé avant que toutes les possibilités de sous-termes aient été épuisées. Au cours de ce processus, il peut être nécessaire de **se référer à nouveau au dossier patient** pour déterminer si des documentations supplémentaires sont disponibles pour permettre l'attribution d'un code plus spécifique.

Si un sous-terme ne peut être trouvé, les **modificateurs non essentiels** qui suivent le terme principal doivent être examinés pour voir si le sous-terme peut y être inclus. Si ce n'est pas le cas, il faut envisager d'autres termes.

5.3 Vérifier le code alphanumérique dans la liste systématique

Une fois qu'une entrée de code alphanumérique a été repérée dans l'index alphabétique, il faut **se référer à ce code dans la liste systématique**. Un code ne doit pas être attribué sans cette vérification. En plus du titre du code, il peut être nécessaire d'examiner les titres du chapitre, de la section et de la catégorie pour s'assurer que le bon code a été identifié.

Bien que le **titre du code** dans la liste systématique ne corresponde pas toujours exactement à la rubrique de l'index alphabétique, il est généralement clair s'il s'applique.

Exemples

- L'appendicite (**K37**) a un modificateur supplémentaire de *unspecified* dans la liste systématique. Il s'agit d'une alerte pour chercher ailleurs lorsque le type d'appendicite est indiqué dans le dossier patient.
- Les menstruations douloureuses (**N94.6**) ont le titre *Dysmenorrhea, unspecified* dans la liste systématique. Bien que le titre dans la liste systématique ne soit pas identique au terme dans l'index alphabétique, il est clair que **N94.6** est le bon code pour cette affection.

Toute **divergence importante entre l'entrée de l'index et la liste systématique** doit alerter le codeur sur la nécessité de revoir l'index alphabétique pour trouver un terme plus approprié.

Tous les **termes et notes d'instruction** doivent être lus et suivis lorsqu'ils s'appliquent, avec une attention particulière aux **notes d'exclusion**. Normalement, le code alphanumérique qui accompagne l'entrée du terme principal dans l'index correspond à une affection non spécifiée. Il est important d'examiner d'autres codes dans le domaine connexe pour déterminer si un code plus spécifique peut être attribué.

5.4 Exemples de codage

Les étapes décrites ci-dessus sont utilisées pour déterminer le code correct pour chacun des énoncés diagnostiques énumérés ci-dessous :

Hirsutisme Reportez-vous au terme principal *Hirsutism* dans l'index alphabétique, qui fournit un code de **L68.0**. Notez qu'il n'y a pas de sous-termes. Vérifiez-le en vous référant au code **L68.0** dans la liste systématique. Dans ce cas, l'entrée de l'index et le titre de la liste systématique sont identiques et le code **L68.0** doit être attribué.

Obstruction de la veine portale Référez-vous au terme principal *Obstruction* dans l'index alphabétique et au sous-terme pour *portal (circulation) (vein)*, qui fournit un code de **I81**. Dans la liste systématique, le titre du code **I81** est *Portal (vein) thrombosis* mais un terme d'inclusion est *portal (vein) obstruction*. Si vous n'êtes pas sûr que

la thrombose et l'obstruction soient la même affection aux fins du codage, consultez l'index pour le terme principal *Thrombosis*.

Abcès de la paroi abdominale dû au staphylocoque Recherchez le terme principal *Abscess* dans l'index alphabétique, puis le sous-terme *abdomen, abdominal*, et enfin le sous-terme *wall*. Le code d'entrée est **L02.211**. Lisez la note *use additional code* dans la liste systématique qui vous conseille d'attribuer également un code pour identifier l'organisme impliqué (**B95-B96**). Conseil : si vous avez du mal à trouver cette note, consultez le titre de la catégorie **L02**. Ensuite, cherchez *Infection, staphylococcal* et le sous-terme *as cause of disease classified elsewhere* dans l'index alphabétique et trouvez le code **B95.8**. Dans la liste systématique, le titre du code **B95.8** est *staphylocoque non spécifié comme cause de maladies classées ailleurs*. Examinez le dossier patient pour toute mention du type spécifique de staphylocoque. S'il est mentionné, envisager d'attribuer le code **B95.61**, **B95.62** ou **B95.7**. Sinon, attribuez le code **B95.8** comme code additionnel.

Aplasie de l'artère pulmonaire Reportez-vous au terme principal *Aplasia* dans l'index alphabétique. Vérifiez les sous-termes, et notez qu'il n'y a pas d'entrée pour l'artère pulmonaire. Cependant, il y a une note de référence croisée après *Aplasia* pour *see also Agnesis*. Suivez l'avis de référence croisée et reportez-vous au terme principal *Agnesis*. Vous voyez immédiatement le sous-terme plus spécifique *artery, pulmonary*, avec l'entrée de code **Q25.79**. Le titre de ce code dans la liste systématique est *autres malformations congénitales de l'artère pulmonaire*, et c'est clairement le code correct pour cette affection. Comme confirmation additionnelle qu'il s'agit du bon code, *agenesis of pulmonary artery* est listé comme terme d'inclusion.

Bronchopneumonie aiguë due à l'aspiration d'huile Localisez le terme principal *Bronchopneumonia* dans l'index alphabétique. Notez la référence croisée à *see Pneumonia, broncho*. Suivez la référence croisée en vous tournant vers le terme principal *Pneumonia (acute) (double) (migratory)*. Notez que le terme *acute* est un modificateur non essentiel placé entre parenthèses après le terme principal *Pneumonia*. Ce modificateur non essentiel s'applique également aux sous-termes, mais le terme *acute* n'affecte pas directement l'attribution des codes. Référez-vous aux sous-termes suivants énumérés sous le terme principal :

Pneumonia (acute) (double) (migratory) (purulent)...
broncho-, bronchial (confluent) (croupous) ...
aspiration –see Pneumonia, aspiration

Notez la référence croisée à *see Pneumonia, aspiration*. Référez-vous au sous-terme *aspiration* et repérez le code **J69.0**. Cherchez parmi le terme principal et les sous-termes cités ci-dessus et soulignez les parties composantes de la documentation qui ont été localisées jusqu'à présent. Notez que tous les composants à l'exception de d'huile, ont été localisés. Revenez à *Pneumonia, aspiration* et vous verrez qu'il y a des sous-termes supplémentaires ici sous les mots de connexion *due to*, avec un sous-terme pour *oils, essences* qui vous amène au code **J69.1**. Référez-vous au code **J69.1** dans la liste systématique, et notez que le titre de ce code est *pneumonie*

due à l'inhalation d'huiles et d'essences. Bien que le titre ne soit pas formulé exactement de la même façon que le diagnostic, il y a une corrélation si étroite qu'il est clair que c'est le code qui doit être attribué. Attribuer le code **J69.1** car il couvre tous les éléments du diagnostic et aucune note d'instruction ne contredit son utilisation.

Règles de base du codage ICD-10-CM

6

Aperçu

Il existe des **principes de base** que tous les codeurs doivent suivre.

- Il est important d'utiliser à la fois l'index alphabétique et la liste systématique pendant le codage.
- Il faut suivre toutes les notes d'instruction.
- Même si les codes couramment utilisés ont été mémorisés, référez-vous à l'index alphabétique et à la liste systématique.
- Attribuez toujours les codes au niveau de détail le plus élevé. Tous les caractères doivent être utilisés. Aucun caractère ne peut être omis ou ajouté.
- Les codes NEC et NOS ne doivent être attribués que lorsqu'il n'existe pas d'autre option.
- Les codes combinés doivent être utilisés s'ils sont disponibles.
- Attribuez plusieurs codes si nécessaire pour décrire complètement une affection.
- Évitez de coder des informations non pertinentes.

Objectifs

Les objectifs de ce chapitre sont :

- Déterminer le niveau de détail à attribuer à un code.
- Comprendre comment utiliser les codes combinés.
- Expliquer comment attribuer plusieurs codes pour décrire complètement un état.
- Identifier les critères qui déterminent si un diagnostic non confirmé est codé comme s'il s'agissait d'un diagnostic établi.
- Expliquer la différence entre *rule out* et *ruled out*.
- Coder les diagnostics *borderline*.
- Coder les affections aiguës et chroniques.
- Coder une affection documentée *imminente, menaçante* ou une *séquelle*.

6.1 Introduction	51
6.2 Utilisation de l'index alphabétique ainsi que la liste systématique	52
6.3 Attribuer les codes avec un niveau de détail le plus élevé	53
6.4 Attribuer des codes NEC et NOS uniquement le cas échéant	54
6.5 Attribuer des codes combinés si disponibles	54
6.6 Attribuer plusieurs codes si nécessaire	55
Codage multiple obligatoire	56
Codage multiple discrétionnaire	56
Éviter le codage multiple sans discernement	57
Latéralité	58
6.7 Coder un diagnostic non confirmé comme s'il était établi	58
À exclure versus exclu	59
Diagnostics <i>borderline</i>	60
Utilisation de signes/symptômes et de codes non spécifiés	60
6.8 Affections aiguës et chroniques	60
6.9 Affection imminente ou menaçante	61
6.10 Enregistrer plusieurs fois le même code diagnostic	62
6.11 Séquelles	62
Localisation des codes de séquelles	62
Le codage de séquelles requiert deux codes	63
6.12 Séquelle versus affection ou lésion traumatique actuelle	64

6.1 Introduction

Les **instructions** et les **conventions** de la classification ont la priorité sur les directives officielles.

Pour télécharger une copie de la version actuelle des *Official Guidelines for Coding and Reporting* de l'ICD-10-CM, veuillez consulter le [site web](#).

Les **directives de codage générales** présentées dans ce chapitre s'appliquent à l'ensemble du système de classification ICD-10-CM.

Les **directives de codage spécifiques** qui s'appliquent à des chapitres spécifiques de l'ICD-10-CM seront traitées dans les chapitres correspondants de ce manuel.

Le respect de ces principes est essentiel pour une **sélection** précise des codes et un **séquençage** correct.

Ce manuel a été préparé en utilisant la **version 2021** des directives officielles de codage.

6.2 Utilisation de l'index alphabétique ainsi que la liste systématique

La **section I** des directives officielles de codage de l'ICD-10-CM contient :

- les conventions
- les directives de codage générales
- les directives de codage spécifiques aux chapitres.

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 la liste systématique de l'ICD-10-CM sous forme de **notes d'instruction**.

Le premier principe de codage¹ est que l'**index alphabétique** ainsi que la **liste systématique** doivent être consultés pour trouver et attribuer les codes appropriés. Le diagnostic, l'affection ou la raison de l'admission à coder doit d'abord être localisé dans l'index, et le code qui y figure doit ensuite être vérifié dans la liste systématique.

1: Premier principe de codage

L'index ne fournit pas le code complet. La sélection du **code complet**, y compris la latéralité et tout septième caractère applicable, ne peut se faire qu'en utilisant la liste systématique. Suivez toutes les notes d'instruction pour vous assurer que des sous-termes plus spécifiques ou d'autres notes d'instruction ne sont pas oubliés.

Attention

Les codeurs expérimentés ne doivent pas se fier à leur mémoire pour les codes couramment utilisés. Il est impératif de se référer systématiquement à l'index alphabétique et à la liste systématique.

6.3 Attribuer les codes avec un niveau de détail le plus élevé

Le deuxième principe de codage² est que **les codes ayant le plus grand nombre de caractères** disponibles doivent être attribués.

2: Deuxième principe de codage

Pour ce faire, il faut suivre les **étapes** suivantes :

1. Attribuez un code à trois caractères uniquement s'il n'est pas subdivisé (lorsqu'il n'y a pas de code à quatre caractères dans cette catégorie).
2. Attribuez un code à quatre caractères seulement s'il n'y a pas de code à cinq caractères dans cette sous-catégorie.
3. Attribuez un code à cinq caractères uniquement lorsqu'il n'y a pas de code à six caractères dans cette sous-catégorie.
4. Attribuez un code à six caractères lorsqu'une sous-classification à six caractères est prévue.
5. Ajoutez un septième caractères lorsqu'il est fournie.

Tous les caractères doivent être utilisés. Aucun caractère ne peut être omis, et aucun caractère ne peut être ajouté.

Exception

La seule exception à cette règle est le **caractère substitutif X**. Pour les codes de moins de six caractères qui nécessitent un septième caractère, un caractère substitutif X doit être attribué pour tous les caractères manquants. La valeur du septième caractère doit toujours être le septième caractère d'un code. Un exemple de cette exception se trouve dans les catégories **T36-T50, empoisonnement, effets secondaires et sous-dosage**).

Exemples

- La catégorie **J40, bronchite, non spécifiée comme aiguë ou chronique** n'a pas de subdivisions de quatre caractères; par conséquent, le code à trois caractères peut être attribué.
- La catégorie **K35, appendicite aiguë** comprend des subdivisions à quatre caractères qui indiquent la présence d'une péritonite généralisée ou localisée. En outre, il y a des codes à cinq et six caractères qui indiquent la présence d'un abcès, une gangrène ou une perforation de l'appendice. Étant donné que des subdivisions à quatre, cinq et six caractères sont prévues, **K35** ne peut pas être attribué comme un code à trois caractères.
- La catégorie **J45, asthme** comporte cinq subdivisions à quatre caractères (**J45.2, J45.3, J45.4, J45.5** et **J45.9**). Elle utilise également un caractère final (cinquième ou sixième caractère) pour spécifier l'état de mal asthmatique ou l'exacerbation aiguë. Toute attribution de code de la catégorie **J45** doit comporter cinq caractères (pour les sous-catégories **J45.2-J45.5**) ou six caractères (pour la sous-catégorie **J45.9**) pour assurer la précision du codage.
- La catégorie **T27, brûlure et corrosion des voies respiratoires**

comporte huit subdivisions à quatre caractères pour préciser s'il s'agit d'une brûlure ou d'une corrosion et pour fournir des détails sur la partie des voies respiratoires affectée. La note générale de la catégorie **T27** indique également que le septième caractère approprié doit être ajouté à chaque code de cette catégorie. Comme les codes de la catégorie **T27** ne comportent que quatre caractères, le caractère substitutif X est utilisé comme cinquième et sixième caractère avant que le septième caractère puisse être ajouté. Par exemple, le contact initial pour une brûlure du larynx et de la trachée sera codée **T27.0XXA**.

6.4 Attribuer des codes NEC et NOS uniquement le cas échéant

L'entrée du terme principal dans l'index alphabétique est généralement suivie du numéro de **code de l'affection non spécifiée**. Ce code ne doit jamais être attribué sans une vérification minutieuse des sous-termes pour déterminer si un code plus spécifique peut être codé. Lorsque la vérification ne permet pas d'identifier une entrée de code plus spécifique dans l'index, il faut examiner les titres et les notes d'inclusion dans les subdivisions à trois, quatre ou cinq caractères dans la liste systématique.

Le code résiduel NOS (non spécifié autrement) ne doit jamais être attribué lorsqu'un code plus spécifique est disponible.³

3: Troisième principe de codage

Exemples

- Dans l'index alphabétique l'hématome non traumatique du sein est classé sous le code **N64.89**. Dans la liste systématique, ce code est listé comme *autres troubles spécifiés du sein*. Même si le diagnostic est très spécifique, aucun code distinct n'est prévu pour ce cas.
- Encore dans l'index alphabétique se trouve la phlébite. Notez que la phlébite, non autrement spécifiée est assignée au code **I80.9, phlébite et thrombophlébite de site non spécifié**. Supposons maintenant que la documentation du dossier patient fournisse une spécificité encore plus grande, que le diagnostic soit une phlébite non seulement du membre inférieur mais aussi de la veine poplitée droite. Dans ce cas, le code plus spécifique **I80.221, phlébite et thrombophlébite de la veine poplitée droite**, doit être attribué.

6.5 Attribuer des codes combinés si disponibles

Un quatrième principe de codage consiste d'**attribuer des codes combinés si disponibles**.⁴

4: Quatrième principe de codage

Un **code combiné** est un code unique utilisé pour classer l'un des éléments suivants :

- deux diagnostics
- un diagnostic avec un processus secondaire associé (manifestation)

- un diagnostic avec une complication associée.

Les codes combinés peuvent être **localisés** :

- **dans l'index alphabétique** en se référant aux entrées de sous-termes, avec une référence particulière aux sous-termes qui suivent des mots de connexion tels que *with*, *due to*, *in* et *associated with*.
- en lisant les notes d'inclusion et d'exclusion **dans la liste systématique**.

Seul le code combiné est attribué :

- lorsque ce code identifie pleinement les affections diagnostiques concernées
- lorsque l'index alphabétique l'indique.

Exemples

- **K80.00**, Cholécystite aiguë avec cholélithiase
- **J02.0**, Pharyngite aiguë due à une infection streptococcique
- **K41.11**, Hernie fémorale récurrente bilatérale avec gangrène
- **H40.812**, Glaucome avec augmentation de la pression veineuse épisclérale, œil gauche.

Parfois, un **code combiné n'a pas la spécificité nécessaire** pour décrire pleinement la manifestation ou la complication ; dans ce cas, un code additionnel doit être attribué. Des **indications dans la liste systématique** fournissent des conseils sur l'utilisation d'un ou plusieurs codes additionnels qui peuvent fournir plus de spécificité.

Exemple

Le code **O99.01** classe les anémies compliquant la grossesse. Comme il n'indique pas le type d'anémie, un code additionnel doit être attribué à cette fin.

6.6 Attribuer plusieurs codes si nécessaire

Lorsqu'aucun code combiné n'est fourni, **plusieurs codes** doivent être attribués selon les besoins pour décrire complètement l'affection, qu'il y ait ou non des instructions à cet effet⁵.

Le **codage multiple** est l'utilisation de plus d'un code pour identifier pleinement les éléments constitutifs de la documentation complexe d'un diagnostic ou d'une procédure.

La **documentation complexe** comporte des mots ou des phrases de **connexion** tels que *avec*, *dû à*, *associé à*, *secondaire à* ou une terminologie similaire.

Les **indications de la liste systématique** donnent des conseils sur l'utilisation d'un ou de plusieurs **codes additionnels** qui peuvent apporter plus de spécificité.

5: Cinquième principe de codage

6.6.1 Codage multiple obligatoire

Le terme **double classification** est utilisé pour décrire l'**obligation d'attribuer deux codes** pour fournir des informations à la fois sur la **manifestation** et sur la **maladie ou l'étiologie** sous-jacente associée.

Le codage multiple obligatoire est représenté **dans l'index alphabétique** par l'utilisation **d'un deuxième code entre parenthèses**. Le premier code identifie l'affection sous-jacente, et le second, la manifestation.

Les deux codes doivent être attribués et séquencés dans **l'ordre indiqué**.

Dans la liste systématique, la nécessité d'un double codage est indiquée par la présence d'une note *use additional code* avec le code de l'affection sous-jacente, et d'une note *code first underlying condition* avec le code de la manifestation.

Les codes de manifestation ne peuvent pas être désignés comme le diagnostic principal, et un code pour l'affection sous-jacente (si elle est présente) doit toujours être attribué en premier, sauf dans quelques situations où d'autres instructions sont fournies.

Un code entre parenthèses dans l'index alphabétique ne peut être attribué que comme diagnostic secondaire pour l'affection ou la procédure spécifique indexé de cette façon.

Exemples

- **G20 + F02.80**, Démence dans la maladie de Parkinson
- **D66 + M36.2**, Arthrite dans l'hémophilie

6.6.2 Codage multiple discrétionnaire

Les notes *code first* apparaissent dans la liste systématique sous certains codes qui ne sont pas spécifiquement des codes de manifestation, mais des codes représentant une **affection qui peut être due à une cause sous-jacente**.

Lorsqu'il y a une note *code first* présente et qu'une affection sous-jacente est présente, l'affection sous-jacente doit être séquencée en premier, le cas échéant.

Exemple

L'**ascite maligne** est accompagnée d'une note *code first* pour la malignité, comme par exemple le **néoplasme malin de l'ovaire**.

- Dans cette situation, le code **C56.-, néoplasme malin de l'ovaire** serait attribué en premier, suivi du code **R18.0, ascite maligne**.

La note *code, if applicable, any causal condition first* indique que plusieurs codes doivent être assignés seulement si l'affection causale est documentée comme étant présente.

Exemple

Autre rétention d'urine (R33.8) exige que le code identifiant l'**hypertrophie de la prostate (N40.1)** soit codé en diagnostic principal, mais seulement si l'hypertrophie de la prostate est documentée comme étant la cause de la rétention urinaire.

La note *use additional code* indique que plusieurs codes ne doivent être attribués que si l'affection est documentée comme étant présente.

Exemples

- Le néoplasme malin de la base de la langue (**C01**) nécessite un code additionnel pour identifier les **antécédents de dépendance au tabac (Z87.891)**, mais uniquement lorsque les antécédents de dépendance au tabac sont documentés dans le dossier patient.
- L'**infection des voies urinaires (N39.0)** nécessite un code additionnel pour identifier l'organisme s'il est documenté, comme par exemple dans le cas d'une **culture positive d'E. coli (B96.20)**.

6.6.3 Éviter le codage multiple sans discernement

Il faut éviter de coder des informations non pertinentes.

- Des codes pour des **symptômes ou des signes** caractéristiques et faisant **partie intégrante du diagnostic** ne peuvent pas être attribués.
- Des codes ne sont **jamais attribués uniquement sur la base des résultats des tests diagnostiques**, tels que les tests de laboratoire, les radiographies ou les électrocardiogrammes. Le diagnostic doit toujours être confirmé et documenté par le prestataire de soins.

Exception

La seule exception à cette directive concernant la documentation est pour le codage de la maladie à coronavirus 2019 (COVID-19). Les directives de codage autorisent le codage de ce diagnostic sur la base d'un résultat positif au test COVID-19 uniquement.

- Des codes **contraires aux directives pour l'enregistrement du Résumé Hospitalier Minimum (RHM)** ne peuvent pas être attribués.
- Des codes qui ne sont **pas pertinents pour les soins donnés ou pour l'admission actuelle** ne peuvent pas être attribués. L'attribution d'un tel code est inappropriée, à moins que le prestataire de soins ne fournisse une documentation justifiant l'importance de l'affection pour l'épisode de soins ou l'admission.
- Les codes désignés comme **non spécifiés** ne sont jamais attribués lorsqu'un **code plus spécifique pour la même affection est déjà attribué pour la même admission**. Par exemple, le code de **diabète sucré avec complication non spécifiée (E11.8)** ne sera jamais attribué lorsqu'un code de **diabète avec complication rénale (E11.29)** est déjà attribué pour la même admission.

6.6.4 Latéralité

Certains codes ICD-10-CM indiquent la **latéralité**, en précisant si l'affection se produit à gauche ou à droite ou si elle est bilatérale.

Exemples

- **Q70.10**, palmure des doigts, main non spécifiée
- **Q70.11**, palmure des doigts, main droite
- **Q70.12**, palmure des doigts, main gauche
- **Q70.13**, palmure des doigts, bilatérale

Si l'affection est bilatérale mais qu'**aucun code bilatéral** n'est fourni, il faut attribuer des codes distincts pour le côté gauche et le côté droit.

Si la **latéralité n'est pas documenté** dans le dossier patient, il faut attribuer le code pour le côté non spécifié.

Lorsqu'un patient présente une **affection bilatérale** (par exemple, cataractes dans les deux yeux), et que chaque côté est **traité au cours d'admissions distinctes** :

- Pour la **première admission**, il faut attribuer un code de type *bilatéral* pour la rencontre visant à traiter le premier côté. Le code est de type *bilatéral* pour la première rencontre parce que l'affection existe des deux côtés à ce moment-là.
- Pour la **deuxième admission**, il faut attribuer le code unilatéral approprié pour le côté où l'affection existe toujours. Le code de type *bilatéral* ne sera pas attribué pour la deuxième admission parce que le patient ne souffre plus de l'affection dans le site précédemment traité.

Attention

Cependant, si le traitement du premier côté n'a pas complètement résolu l'affection, le code bilatéral serait toujours approprié pour l'admission visant à traiter de nouveau le premier côté.

6.7 Coder un diagnostic non confirmé comme s'il était établi

Lorsqu'un **diagnostic est documenté en des termes qui expriment une incertitude** comme par exemple *possible, probable, suspecté, vraisemblable, discutable, ? ou à exclure*, l'affection doit être codée comme si le diagnostic était établi⁶.

D'autres termes correspondant à la définition d'une **affection probable ou suspectée** sont *cohérent avec, compatible avec, indicatif de, suggestif de, apparaît comme, concerné par et comparable à*.

6: Sixième principe de codage

Exceptions

Notez que des exceptions à cette directive sont faites pour le codage

- de l'infection/maladie par VIH
- du ZIKA
- du COVID-19
- de la grippe due à certains virus grippaux identifiés (par exemple, la grippe aviaire ou un autre nouveau virus grippal A). Dans ces cas, le diagnostic doit être confirmé par la documentation du prestataire de soins dans le dossier patient.

Exemples

- **K29.00** - Un patient est admis pour des douleurs abdominales sévères et généralisées. Le diagnostic du prestataire de soins est *douleur abdominale, probablement due à une gastrite aiguë*. Seul le code pour la gastrite est attribué car la douleur fait partie intégrante du diagnostic.
- **K27.9** - Un patient quitte l'hôpital avec un diagnostic final d'*ulcère gastroduodénal probable* et une recommandation pour un examen complémentaire.
- **F07.81** - Un patient quitte l'hôpital avec un diagnostic final de *syndrome cérébral post-traumatique possible, non psychotique*.
- **R53.81** - Un patient est admis avec un malaise. La documentation du prestataire de soins mentionne un *possible syndrome viral*. Seul le malaise est codé.

6.7.1 À exclure versus exclu

Il est important de faire la **distinction entre les termes à exclure et exclu**.

- Un diagnostic à **exclure** implique que le diagnostic est toujours considéré comme **possible** ;
- Un **diagnostic exclu** implique qu'un diagnostic initialement considéré comme probable **n'est plus une possibilité**.

Les **diagnostics documentés en termes de à exclure** sont codés comme s'ils étaient établis, analogue à la directive pour les diagnostics documentés comme *possibles* ou *probables*.

Les **diagnostics documentés en termes de exclu** ne sont pas codés. Si une affection alternative a été identifiée, celle-ci doit être codée ; sinon, un code pour le symptôme présent ou pour une autre affection antérieure doit être attribué.

Documentation	Codage
...ulcère gastrique à exclure...	K25.9 (l'affection est codée)
...appendicite aiguë, exclue diverticule de Meckel trouvé lors de l'opération...	Q43.0 (uniquement le diverticule est codé)
...angiodysplasie du côlon à exclure ...	K55.20 (l'affection est codée)

TABLE 6.1 – Exemples de codage pour diagnostics documentés en termes à exclure versus exclu

6.7.2 Diagnostics *borderline*

Il faut faire attention aux diagnostics documentés comme *borderline*.

Un **diagnostic *borderline*** n'est pas la même chose qu'un diagnostic incertain et est codé différemment.

Les diagnostics *borderline* sont **codés comme confirmés, sauf** si la classification prévoit une **entrée d'index spécifique** (p. ex., diabète sucré *borderline*). Si une affection *borderline* a une entrée d'index spécifique dans l'ICD-10-CM, elle doit être codée comme telle.

Lorsque la documentation n'est pas claire concernant une affection *borderline*, le prestataire de soins doit être consulté et la documentation doit être adaptée le cas échéant.

6.7.3 Utilisation de signes/symptômes et de codes non spécifiés

Bien qu'il faille s'efforcer de coder des codes de diagnostic spécifiques lorsqu'ils sont documentés dans le dossier patient, l'utilisation de **codes de signes/symptômes** et de **codes non spécifiés** est acceptable, et peut même être nécessaire, dans des situations telles que les suivantes :

- Si un **diagnostic définitif n'a pas été établi** à la fin de l'admission.
- Si un code plus spécifique ne peut être attribué en raison de **l'insuffisance ou de l'indisponibilité de la documentation** sur un état de santé particulier, un code non spécifié doit être attribué lorsqu'il s'agit du code qui reflète le plus précisément ce que l'on sait de l'état du patient au cours de l'admission.

6.8 Affections aiguës et chroniques

Lorsque la **même affection** est documenté dans le dossier patient comme étant **à la fois aiguë (ou subaiguë⁷) et chronique**, elle doit être codée selon les sous-entrées de l'index alphabétique pour cette affection⁸.

- Si des sous-termes distincts pour les affections aiguës (ou subaiguës) et chroniques figurent au **même niveau d'indentation** dans l'index alphabétique, les deux codes sont attribués, le code de l'affection aiguë étant codé en premier.
- Si un seul terme est listé comme **sous-terme, avec l'autre entre parenthèses** comme modificateur non essentiel, seul le code listé pour le sous-terme est attribué.
- Si un **code combiné** est prévu comprenant la mention *aigu et chronique*, ce code est attribué. Par exemple, le code **J96.20** comprend **l'insuffisance respiratoire aiguë et chronique**.
- Lorsqu'il n'y a **pas de sous-entrées pour aigu (ou subaigu) ou chronique**, ces modificateurs ne sont pas pris en compte dans le codage de l'affection. Par exemple, le terme *Mastopathy, cystic*. Ni aiguë ni chronique n'est répertorié comme sous-terme, par conséquent le code **N60.1-** est attribué.

7: Notez qu'une affection documenté comme **subaiguë** est codée comme aiguë s'il n'y a pas d'entrée de sous-terme distincte pour subaiguë.

8: Septième principe de codage

Consultez l'entrée de l'index alphabétique pour la bronchite aiguë et chronique :

Bronchitis ...

-acute or subacute ... J20.9 ...

-chronic ... J42

Comme les deux sous-termes apparaissent au même niveau d'indentation, les deux codes sont attribués si le prestataire de soins documente une *bronchite aiguë et chronique*, le code **J20.9** étant codé en premier.

Consultez l'entrée de l'index alphabétique pour un diagnostic d'adénoïdite aiguë et chronique :

Adenoiditis (chronic) J35.02 ...

- acute J03.90

Le seul code attribué dans cette situation est **J03.90, amygdalite aiguë, non spécifiée**.

6.9 Affection imminente ou menaçante

La sélection d'un code pour une **affection documentée comme imminente ou menaçante**, dépend d'abord de la question de savoir si l'affection s'est réellement produite⁹ :

- Si l'affection s'est réellement produite, l'affection menaçante/imminente est codé comme un diagnostic confirmé.
- Si **ni l'affection menaçante/imminente ni une affection apparentée ne se sont produites**, il faut se référer à l'index alphabétique pour répondre aux deux questions suivantes :
 - L'affection est-elle indexée sous le terme principal *Threatened* ou *Impending*¹⁰ ?
 - Y a-t-il un sous-terme pour *Threatened* ou *Impending* sous le terme principal de la condition ?
 - Le cas échéant, attribuez le code fourni. Dans le cas contraire, une affection antérieure qui a réellement existé est codée ; un code n'est pas attribué pour l'affection documentée comme imminente ou menacée.

9: Huitième principe de codage

10: Il existe plusieurs sous-termes sous chacun des termes principaux *Impending* et *Threatened*, ainsi que plusieurs termes principaux comportant de tels sous-termes.

Exemples

- Le dossier patient indique un diagnostic de menace de travail prématuré à 28 semaines de gestation. Le dossier patient mentionne une mortinatalité pendant le séjour à l'hôpital. Ce cas est codé **O60.14X0, travail avant terme troisième trimestre, avec un accouchement avant terme troisième trimestre, pas applicable ou non spécifié**, parce que l'affection menaçante s'est effectivement produite.
- Par exemple, si un patient est admis avec une menace d'avorte-

ment mais que l'avortement est évité, le code **O20.0, menace d'avortement**, est attribué parce qu'il existe une entrée d'index pour *threatened* sous le terme principal *Abortion*.

- Un patient est admis avec un diagnostic de gangrène imminente des extrémités inférieures, mais la gangrène est évitée par un traitement rapide. Puisque la gangrène ne se produit pas et qu'il n'y a pas d'entrée d'index pour *impending gangrene*, un code doit être attribué pour la situation réelle qui a suggéré la gangrène, telle que la rougeur ou le gonflement de l'extrémité.

6.10 Enregistrer plusieurs fois le même code diagnostic

Chaque code de diagnostic unique de l'ICD-10-CM ne peut être attribué qu'une seule fois pendant une admission¹¹.

11: Neuvième principe de codage

Cela s'applique à la fois :

- aux **affections bilatérales** lorsqu'il n'existe pas de codes distincts identifiant la latéralité;
- à deux **affections différentes** classées sous le même code de diagnostic ICD-10-CM.

6.11 Séquelles

Des **séquelles**¹² peuvent survenir à **tout moment après** une lésion/un traumatisme ou une maladie aiguë. Il n'y a pas de période de temps fixe qui doit s'écouler avant qu'une affection soit considérée comme une séquelle. Certaines séquelles se manifestent rapidement; d'autres peuvent apparaître longtemps après la disparition de la lésion/le traumatisme ou de la maladie initiale.

12: Une **séquelle** est un état résiduel qui subsiste après la fin de la phase aiguë d'une maladie ou d'une lésion/un traumatisme.

Certaines affections dues à un traumatisme, comme les contractures et les cicatrices, sont des **séquelles inhérentes**, quelle que soit la précocité de leur apparition.

Les séquelles comprennent les affections **documentés comme l'affection-même ou comme séquelles** d'une maladie ou d'une lésion/un traumatisme antérieur(e).

Le fait qu'une affection soit une séquelle peut être déduit lorsque elle est documentée en termes de : *ancienne* ; *tardive* ; *due à une lésion/un traumatisme ou une maladie antérieure* ; *suite à une lésion/un traumatisme ou une maladie antérieure* ; *traumatique*, *sauf s'il existe des preuves d'une lésion actuelle*.

6.11.1 Localisation des codes de séquelles

Les codes qui indiquent **la cause d'une séquelle** peuvent être localisés en se référant au terme principal *Sequela* dans l'index alphabétique à l'exception des séquelles dues à une lésion/un traumatisme, un empoisonnement et certaines autres conséquences de causes externes.

L'ICD-10-CM ne fournit qu'un **nombre limité de codes pour indiquer la cause d'une séquelle** :

- **B90.0-B90.9**, Séquelles de tuberculose
- **B91**, Séquelles de poliomyélite
- **B92**, Séquelles de lèpre
- **B94.0-B94.9**, Séquelles d'autres maladies infectieuses et parasitaires non spécifiées
- **E64.0-E64.9**, Séquelles de malnutrition et autres carences nutritionnelles
- **E68**, Séquelles d'hyperalimentation
- **G09**, Séquelles de maladies inflammatoires du système nerveux central
- **G65.0-G65.2**, Séquelles de polyneuropathies inflammatoires et toxiques
- **I69.0-I69.9**, Séquelles de maladies cérébro-vasculaires
- **O94**, Séquelles de complications de la grossesse, de l'accouchement et de la puerpéralité

6.11.2 Le codage de séquelles requiert deux codes

Le codage complet des séquelles requiert **deux codes** :

- l'affection ou la nature de la séquelle
- le code indiquant la cause de la séquelle

L'affection ou la nature de la séquelle est codé en premier, suivi du code indiquant la cause de la séquelle. Sauf dans quelques cas où l'index alphabétique ou la liste systématique en indique autrement.

Si la séquelle est due à une lésion/un traumatisme, un empoisonnement ou certaines autres conséquences de causes externes (**S00-T88**), un **septième caractère pour séquelles** doit être ajouté au code de la lésion/le traumatisme ainsi qu'au code des causes externes (**V01-Y95**).

Exemples

- **M19.111 + S42.301S**, Arthrose post-traumatique de l'épaule droite due à une ancienne fracture de l'humérus droit
- **G83.10 + B91**, Paralysie de la jambe due à une ancienne poliomyélite
- **N29 + B90.1**, Calcification tuberculeuse du rein

Exceptions

Il existe **trois exceptions** au principe de codage qui exige deux codes pour le codage complet de la séquelle :

- Lorsque **la séquelle n'est pas documentée**, seul le code de la cause de la séquelle est attribué.
- Lorsqu'**aucun code de séquelle n'est fourni dans l'ICD-10-CM** mais que l'affection est documentée comme étant séquelle, seule l'affection résiduelle est codée. Il convient de noter que les affections documentées comme étant dues à une intervention

chirurgicale antérieure ne sont pas codées comme des séquelles ; elles sont plutôt classées comme des antécédents ou des complications d'une intervention chirurgicale antérieure, selon la situation spécifique.

- Lorsque le code de la séquelle a été étendu au(x) niveau(x) de quatrième, cinquième ou sixième caractère(s) pour inclure la manifestation, seul le code indiquant la cause de la séquelle est attribué.
 - Par exemple, le code **I69.010, déficit d'attention et de concentration suite à une hémorragie sous-arachnoïdienne non traumatique**, inclut à la fois la cause de la séquelle (hémorragie sous-arachnoïdienne non traumatique) et la manifestation (déficit d'attention et de concentration).

6.12 Séquelle versus affection ou lésion traumatique actuelle

Une séquelle ne peut pas être codé ensemble avec un code pour une lésion traumatique actuel(le) du même type ou une maladie actuelle du même type.

Exception

Les codes de la catégorie **I69, séquelles de maladie cérébrovasculaire**, peuvent être attribués comme code additionnel ensemble avec les codes **I60-I67**, si le patient présente une maladie cérébrovasculaire actuelle et des déficits résiduels d'une ancienne maladie cérébrovasculaire.

Exemple

Un patient présentant une aphasie résiduelle due à une hémorragie sous-durale survenue il y a deux ans est admis pour une thrombose cérébrale aiguë.

- **I66.9**, occlusion et sténose d'une artère cérébrale non spécifiée
- **I69.220**, aphasie consécutive à une autre hémorragie intracrânienne non traumatique.

Introduction à la classification ICD-10-PCS

7

Aperçu

- Tous les **codes ICD-10-PCS** ont une structure alphanumérique, sans décimale, et comportent sept caractères.
- L'ICD-10-PCS est divisée en **17 sections** relatives au type général de procédure.
- Les codes de la **Section Médicale et Chirurgicale** précisent la section, le système anatomique, la procédure de base, la partie du corps, la voie d'abord, le dispositif et le qualificatif.
- L'ICD-10-PCS est divisée en deux parties : **l'index alphabétique et les tableaux**.

Objectifs

Les objectifs de ce chapitre sont :

- Clarifier la structure, le format et les conventions de l'ICD-10-PCS.

7.1 Introduction	65
7.2 Développement de l'ICD-10-PCS	66
7.3 Format et organisation	66
Format	66
Structure des codes	68
Termes relationnels	69
7.4 Les caractères des codes et leurs définitions	69
Caractère 1: Section	70
Caractère 2: Système anatomique	71
Caractère 3: Procédure de base	72
Caractère 4: Partie du corps	74
Caractère 5: Voie d'abord	78
Caractère 6: Dispositif	80
Caractère 7: Qualificatif	83

7.1 Introduction

Le *International Classification of Diseases, Tenth Revision, Procedure Coding System* (ICD-10-PCS) est une classification des interventions chirurgicales et des procédures développée par les États-Unis ; elle ne fait pas partie de la classification de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

Comme l'ICD-10-CM, l'ICD-10-PCS est un **système de classification fermé** offrant un et un seul endroit pour classer chaque procédure.

Comme pour l'ICD-10-CM, il est important de **comprendre les principes de base du système de classification** pour utiliser l'ICD-10-PCS de manière appropriée et efficace.

Il est important de se tenir au courant des *ICD-10-PCS Official Guidelines for Coding and Reporting*.

L'ICD-10-PCS utilise des **termes standardisés** afin de fournir des définitions précises et stables pour toutes les procédures effectuées.

Ainsi, l'ICD-10-PCS **n'inclut pas les éponymes**, qui sont généralement le nom du chirurgien (ou des chirurgiens) qui a développé la procédure (par exemple, la *procédure de Whipple* pour la pancréaticoduodénectomie). Au lieu de cela, les procédures sont codées en fonction de la procédure de base qui identifie **l'objectif de la procédure**.

Des **informations générales sur l'ICD-10-PCS**, y compris les conventions et les définitions des composants d'un code, sont fournies dans ce chapitre.

Les **procédures spécifiques à certains systèmes anatomiques** seront traitées dans les chapitres correspondants de ce manuel.

7.2 Développement de l'ICD-10-PCS

Le développement de l'ICD-10-PCS a été achevé en 1998 et a été mis à jour chaque année depuis lors.

L'objectif des **misés à jour annuelles** est de rester en phase avec la technologie médicale.

Les principes de bases qui ont été suivis dans le développement de l'ICD-10-PCS sont les suivants :

- Les **informations diagnostiques** ne sont pas incluses dans la description de la procédure.
- Les **options explicites non spécifié autrement** (NOS) ne sont pas fournies.
- Les **options non classé ailleurs** (NEC) sont fournies sur une base limitée.
- **Toutes les procédures possibles** sont définies, quelle que soit leur fréquence d'apparition. Si une procédure peut être effectuée, un code est créé.

Les **17 sections** de l'ICD-10-PCS représentent près de **77.000 codes**.

L'ICD-10-PCS utilise une **structure de tableau** qui permet d'afficher un grand nombre de codes sur une seule page.

7.3 Format et organisation

7.3.1 Format

L'ICD-10-PCS est divisée en **deux parties** : l'index alphabétique et les tables.

Les codes peuvent être trouvés par **ordre alphabétique** dans l'index alphabétique.

L'index alphabétique renvoie à un **tableau** spécifique, et le code complet ne peut être obtenu qu'en consultant le tableau.

La liste complète des **titres des codes ICD-10-PCS** se trouve sur le site web du Service Public Fédéral de la Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement.

Index alphabétique

L'**index alphabétique** est classé par ordre alphabétique **en fonction du type de procédure** effectuée.

L'index ICD-10-PCS **ne fournit pas un code complet** (à quelques exceptions près), mais il fait référence à des tableaux en spécifiant les trois ou quatre premiers caractères du code.

L'**objectif** de l'index alphabétique est de localiser la table appropriée dans laquelle les informations nécessaires peuvent être retrouvées pour compléter les autres caractères du code.

Il n'est pas requis de consulter d'abord l'index avant de passer aux tableaux pour compléter le code.

Exemple

Cholécystectomie peut être recherché par *Excision, Gallbladder* ou *Resection, Gallbladder*. Le terme *Cholecystectomy* a deux notes de référence comme suit :

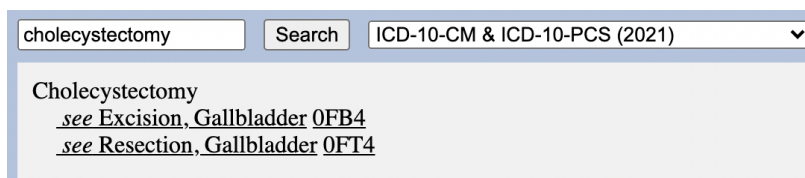


FIGURE 7.1 – Cholécystectomie dans l'index alphabétique de l'ICD-10-PCS

Les entrées d'index **0FB4** et **0FT4** ne sont pas des codes complets, mais elles orientent l'utilisateur vers le tableau approprié identifié par les trois premières valeurs (**0FT**).

Tableaux

Les tableaux ICD-10-PCS sont composés de grilles spécifiant les **combinaisons valides** de caractères qui composent un code de procédure.

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 (Character 4)	Approach (Character 5)	Device (Character 6)	Qualifier (Character 7)
0 Liver	0 Open	Z No Device	Z No Qualifier
1 Liver, Right Lobe	4 Percutaneous Endoscopic		
2 Liver, Left Lobe			
4 Gallbladder			
G Pancreas			
5 Hepatic Duct, Right	0 Open	Z No Device	Z No Qualifier
6 Hepatic Duct, Left	4 Percutaneous Endoscopic		
7 Hepatic Duct, Common	7 Via Natural or Artificial Opening		
8 Cystic Duct	8 Via Natural or Artificial Opening Endoscopic		
9 Common Bile Duct			
C Ampulla of Vater			
D Pancreatic Duct			
F Pancreatic Duct, Accessory			

FIGURE 7.2 – Exemple d'un tableau ICD-10-PCS

Dans une table, les codes valides comprennent **toutes les combinaisons des valeurs de caractères 4 à 7** contenus dans la même ligne de la table.

7.3.2 Structure des codes

Tous les codes ICD-10-PCS ont une **structure alphanumérique**, tous les codes étant composés de **sept caractères** et **sans décimale**.

Il est important de faire la **distinction entre caractère et valeur** avant d'aller plus loin :

- Chaque **caractère** d'un code est un **axe de classification** qui représente **un aspect de la procédure**.
- Une **valeur** est l'une des **34 lettres ou chiffres** qui peuvent être sélectionnés pour **représenter l'un des caractères** d'un code ICD-10-PCS.
 - Ces valeurs sont composées des **chiffres 0-9**, ou des **lettres A-H, J-N, et P-Z**.
 - Les **lettres O et I ne sont pas utilisées** afin de ne pas être confondues avec les chiffres $\bar{0}$ et $\bar{1}$.

La figure 7.3 montre la **structure et la signification de chaque caractère** des codes de la Section Médicale et Chirurgicale.

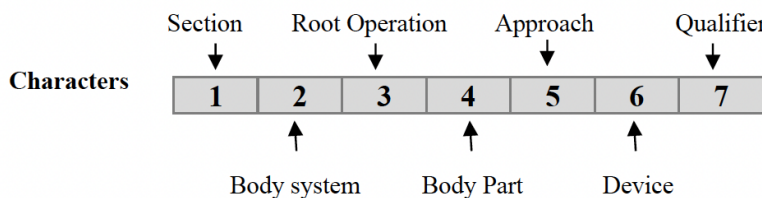


FIGURE 7.3 – Structure et signification de chaque caractère dans la Section Médicale et Chirurgicale de l'ICD-10-PCS

Dans une plage de codes définie, chacun des deuxième à septième caractères a une **signification standard**, mais ces caractères peuvent avoir des significations différentes selon les sections.

Dans une plage de codes définie, **un caractère spécifie le même type d'information**, comme suit :

- le **premier** caractère représente la **section**
- le **deuxième** caractère représente le **système anatomique**
- le **troisième** caractère représente la **procédure de base**
- le **quatrième** caractère représente la **partie du corps**
- le **cinquième** caractère représente la **voie d'abord**
- le **sixième** caractère représente le **dispositif**
- le **septième** caractère représente le **qualificatif**.

Ces **composants spécifiques d'un code et leurs définitions** seront abordés plus en détail ultérieurement.

Le **nombre de valeurs uniques** utilisées dans un axe de classification diffère selon les besoins. Cela signifie qu'au sein de différents axes de la classification, il peut y avoir différentes valeurs uniques.

Exemple

L'axe des parties du corps aura beaucoup plus de valeurs uniques que l'axe des voies d'abord, car il y a beaucoup plus de parties du corps que des voies d'abord.

Comme pour les mots dans leur contexte, la **signification de toute valeur unique** est une combinaison de son axe de classification et de toute valeur précédente dont elle peut dépendre.

Exemple

La signification d'une valeur de partie du corps dans la Section Médicale et Chirurgicale dépend toujours de la valeur du système anatomique.

- La valeur de la partie du corps indiquée par 0 dans le système anatomique *Central Nervous System and Cranial Nerves* indique *Brain* (**00B0**)
- La valeur de la partie du corps indiquée par 0 dans le système anatomique *Peripheral Nervous System* indique *Cervical Plexus* (**01B0**)

7.3.3 Termes relationnels

Le terme *And*, lorsqu'il est utilisé dans une description de code, signifie généralement *et/ou*.

Exemple

La description *Lower Arm and Wrist Muscle* signifie *muscle de l'avant-bras et/ou du poignet*.

Exception

L'exception est lorsque *And* est utilisé pour décrire une combinaison de plusieurs parties du corps et que des valeurs distinctes existent pour chaque partie du corps dans la description.

Exemple

Il existe une valeur *Skin and Subcutaneous Tissue* qui, lorsqu'elle est utilisée comme qualificatif, mène à des valeurs de partie du corps distinctes de *peau*, d'une part, et de *tissu sous-cutané*, d'autre part.

7.4 Les caractères des codes et leurs définitions

Tous les codes ICD-10-PCS sont composés de **sept caractères**.

Les sept caractères **doivent être spécifiés par une valeur valide** pour que le code soit valide.

Si la **documentation est incomplète** pour le codage de tous les aspects d'une procédure, le prestataire de soins doit être consulté pour obtenir et documenter les informations nécessaires.

Dans ce qui suit chaque **caractère** qui compose un code ICD-10-PCS, et la définition de chacun d'entre eux, ainsi que les **principales valeurs** applicables pour construire un code ICD-10-PCS dans la **Section Médicale et Chirurgicale**, seront abordés.

7.4.1 Caractère 1 : Section

Le **premier caractère** du code fait toujours référence à la **section**.

Une section fait référence à une **vaste catégorie de procédures** parmi lesquelles se trouve le code recherché.

L'ICD-10-PCS est divisée en **17 sections** relatives au **type général de procédure**.

La figure 7.4 présente les **sections** de l'ICD-10-PCS ainsi que le **premier caractère de chaque code** dans la section.

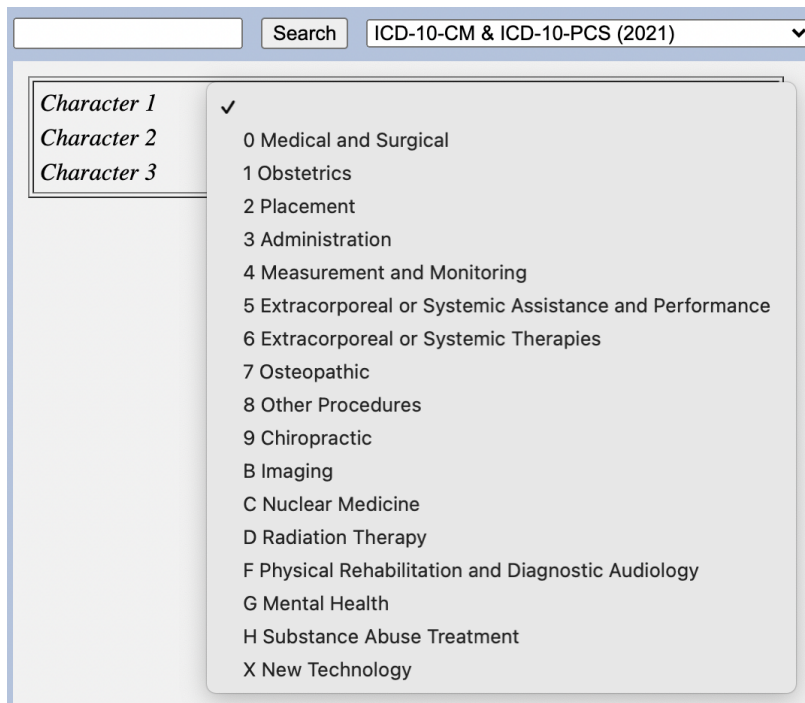


FIGURE 7.4 – Aperçu des sections et leurs valeurs dans l'ICD-10-PCS

Comme le montre la figure 7.4, le **chiffre 0 représente la Section Médicale et Chirurgicale**, tandis que **les autres sections ont chacune leur propre valeur** numérique ou alphabétique.

- Il existe également quelques sections pour les services auxiliaires, tels que l'imagerie médicale (B) et la médecine nucléaire (C).
- Il n'y a pas de section pour le codage des tests de laboratoire.

La **majorité des procédures** qui sont habituellement codées dans le cadre d'une admission peuvent être trouvées dans la Section Médicale et Chirurgicale. Par conséquent, les rubriques suivants concernant les caractères constitutifs d'un code se rapportent strictement à la Section Médicale et Chirurgicale.

La **Section Médicale et Chirurgicale et la Section des Services Auxiliaires** sont toutes deux traitées au chapitre 10 de ce manuel. Le chapitre 10 comprend également des informations sur les codes de la **section X, Nouvelles technologies**, qui peuvent être utilisés dans le cadre d'une admission. La **Section Obstétrique**, qui couvre les procédures effectuées sur les produits de la conception, est traitée dans les chapitres 23 et 24 de ce manuel.

7.4.2 Caractère 2 : Système anatomique

Le **deuxième caractère** d'un code ICD-10-PCS représente le **système anatomique**.

Ce caractère indique le **système physiologique général** ou la **région anatomique concernée** (par exemple, le système gastro-intestinal).

Dans la section médicale et chirurgicale, **les caractères du système anatomique conserveront la même valeur dans tous les codes**.

Exemples

- Le deuxième caractère d'une procédure sur le **système nerveux central** dans cette section aura toujours la valeur *0*
- Le deuxième caractère d'une procédure sur le **système respiratoire** aura la valeur *B* pour le deuxième caractère.

Pour fournir plus de détails, des **valeurs multiples ont été attribuées à certains systèmes anatomiques**. Dans le cadre des conventions de l'ICD-10-PCS, chacune de ces zones est considérée comme un système anatomique distinct ayant sa propre valeur unique.

Exemple

Le système circulatoire a été subdivisé en

- *Heart and Great Vessels* (2)
- *Upper Arteries* (3)
- *Lower Arteries* (4)
- *Upper veins* (5)
- *Lower Veins* (6)

La figure 7.5 montre les systèmes anatomiques de la Section Médicale et Chirurgicale, ainsi que les valeurs de caractères correspondantes.

Le **diaphragme** est utilisé comme cadre de référence pour les valeurs de parties du corps classées comme *supérieures* ou *inférieures* dans les systèmes anatomiques *Upper Arteries* (3), *Lower Arteries* (4), *Upper veins* (5), *Lower Veins* (6), *Muscles* (K) et *Tendons* (L).

Trois systèmes anatomiques font référence à des **régions anatomiques**, comme suit :

- *Anatomic Regions, General* (W)
- *Anatomic Regions, Upper Extremities* (X)
- *Anatomic Regions, Lower Extremities* (Y)

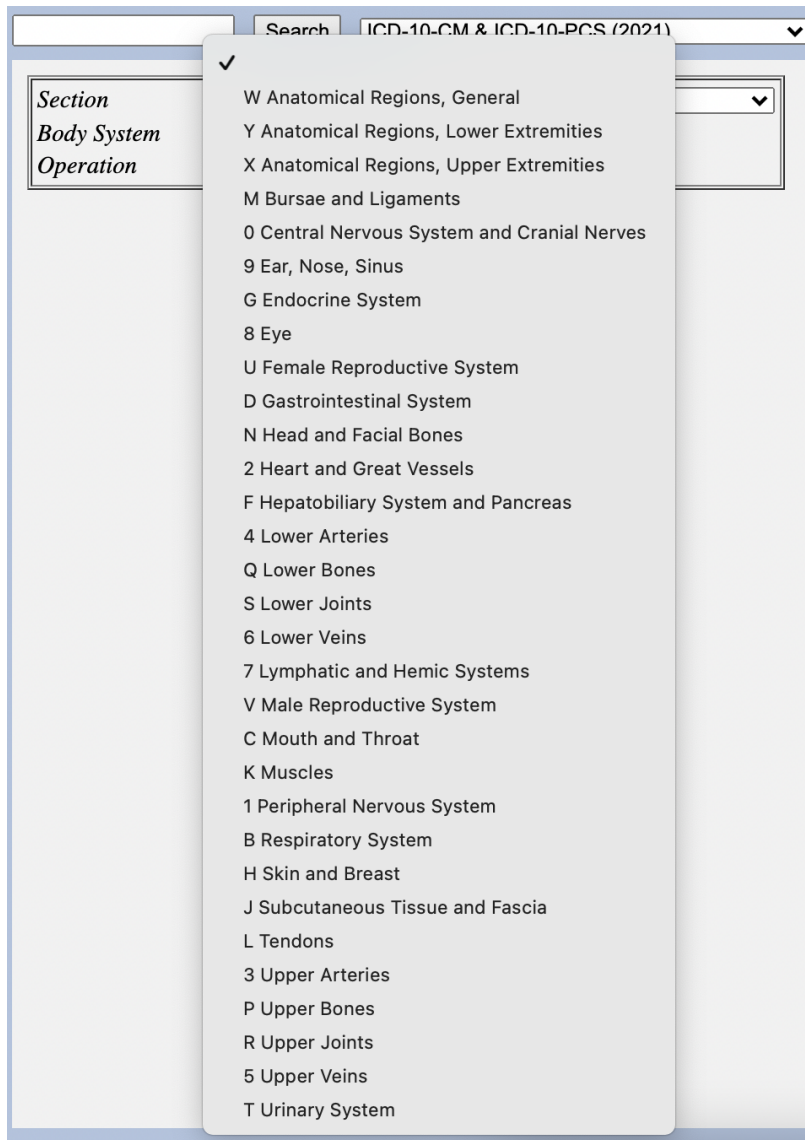


FIGURE 7.5 – Aperçu des systèmes anatomiques et leurs valeurs dans l'ICD-10-PCS

Les codes du système anatomique *Anatomic Regions, General* (W) ne doivent être utilisés

- que lorsqu'une **procédure est effectuée sur une région anatomique** (par exemple, le drainage d'une cavité corporelle), **plutôt que sur une partie spécifique du corps.**
- dans les rares occasions où **aucune documentation n'est disponible** pour soutenir l'attribution d'un code à une partie du corps plus spécifique au sein d'un système anatomique.

7.4.3 Caractère 3 : Procédure de base

Le **troisième** caractère fait référence à la **procédure de base**.

La procédure de base est **l'un des concepts les plus importants** à comprendre pour identifier et sélectionner le bon code ICD-10-PCS.

La procédure de base fait référence à l'objectif de la procédure. Les différentes procédures de base se distinguent par leurs **objectifs**, c'est-à-dire par **ce que la procédure tente d'accomplir**.

Dans la section médicale et chirurgicale, il y a **31 procédures de base différentes**.

La **maîtrise des définitions de ces procédures de base** est la clé pour composer un code dans l'ICD-10-PCS. Chaque procédures de base est précisément définie dans la classification. Les **définitions** se trouvent dans le tableau.

Par exemple, dans le tableau 7.6, **la procédure de base Resection est définie** comme *Cutting out or off, without replacement, all of a body part* (Ablation ou exérèse, sans remplacement, de la totalité d'une partie du corps).

The screenshot shows the ICD-10-PCS codetable interface. At the top, there is a search bar and a dropdown menu set to 'ICD-10-CM & ICD-10-PCS (2021)'. Below this, there are several dropdown menus: 'Section' is set to '0 Medical and Surgical', 'Body System' is set to '2 Heart and Great Vessels', and 'Operation' is set to 'T Resection'. The 'Code Description' is '02T Heart and Great Vessels, Resection'. Below the code description, there is a table with four columns: 'Body Part', 'Approach', 'Device', and 'Qualifier'. Each column has a 'Clear' button. The 'Body Part' column lists options: 5 Atrial Septum, 8 Conduction Mechanism, 9 Chordae Tendineae, D Papillary Muscle, H Pulmonary Valve, M Ventricular Septum, and N Pericardium. The 'Approach' column lists: 0 Open, 3 Percutaneous, and 4 Percutaneous Endoscopic. The 'Device' column has 'Z No Device' selected. The 'Qualifier' column has 'Z No Qualifier' selected.

FIGURE 7.6 – Définition de la procédure de base *Resection* dans un tableau ICD-10-PCS

La **liste complète des procédures de base** de la section médicale et chirurgicale, ainsi que leurs valeurs correspondantes, est incluse dans la figure 7.7.

Certaines des procédures de base utilisées dans l'ICD-10-PCS **ne coïncident pas nécessairement avec la terminologie utilisée par les prestataires de soins** dans leur documentation.

- Étant donné que de nombreux termes utilisés pour construire les codes ICD-10-PCS sont **définis dans le système**, le prestataires de soins n'est pas censé utiliser les termes exacts utilisés dans les descriptions des codes ICD-10-PCS.
- Il incombe de déterminer la **corrélation entre la documentation** des procédures dans le dossier patient **et les définitions** de l'ICD-10-PCS.
- Il n'est pas nécessaire de consulter le prestataire de soins lorsque la **corrélation** entre la documentation et les termes définis dans l'ICD-10-PCS est claire.

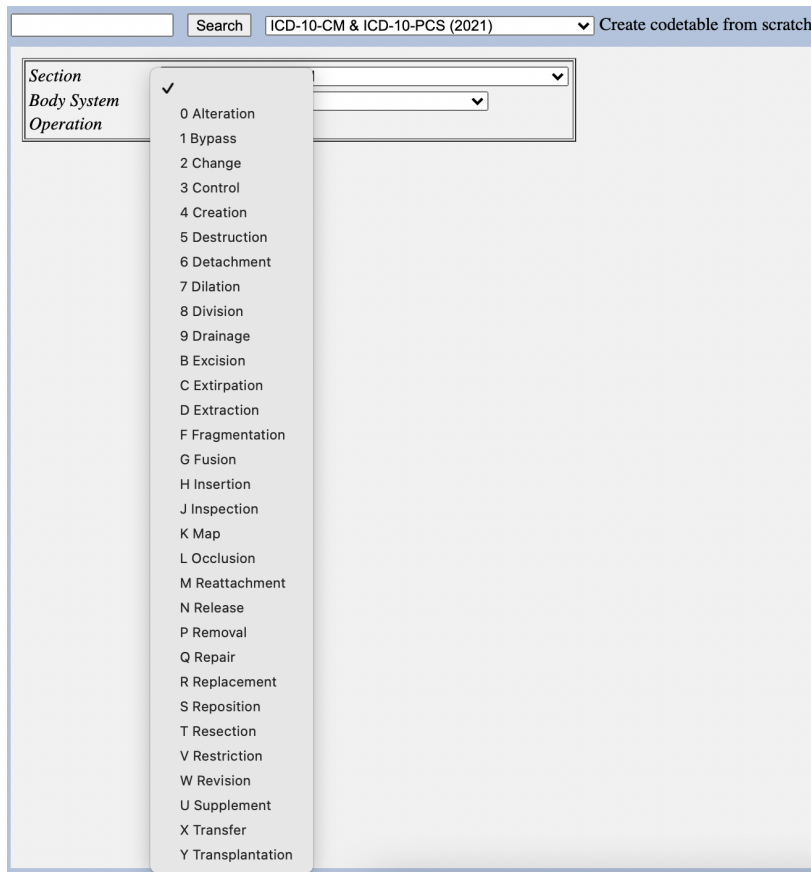


FIGURE 7.7 – Aperçu des procédures de base et leurs valeurs dans l'ICD-10-PCS

Exemple

Si le prestataire de soins documente une *résection partielle*, il est possible de corréliser de façon indépendante cette documentation à la procédure de base *Excision* sans demander de clarification au prestataire de soins, car la résection partielle répond à la définition de l'excision dans l'ICD-10-PCS, à savoir ablation ou exérèse partielle, sans remplacement, d'une partie du corps.

En raison du grand nombre de procédures de base et de leur importance dans l'attribution des codes ICD-10-PCS, les procédures de base spécifiques sont traitées plus en détail dans le chapitre 9 de ce manuel.

7.4.4 Caractère 4 : Partie du corps

Le **quatrième caractère** indique la partie spécifique du système anatomique ou le site anatomique où la procédure a été effectuée (par exemple, l'appendice).

Dans l'ICD-10-PCS, les valeurs des parties du corps peuvent faire référence à un **organe entier** (par exemple, le foie) ou à des **parties spécifiques d'un organe** (par exemple, le foie, lobe droit).

La *ICD-10-PCS Body Part Key* est une liste alphabétique utile de termes anatomiques et spécifiques pour les muscles, les veines, les nerfs et

d'autres sites anatomiques, ainsi que la partie du corps correspondante de l'ICD-10-PCS qui doit être utilisée pour la sélection du code.

Exemple

La *ICD-10-PCS Body Part Key* indique que les procédures qui font référence au terme *plexus aortique abdominal* doivent être codées en utilisant la partie du corps *Abdominal Sympathetic Nerve*.

Body Part Key

Term	ICD-10-PCS Value
Abdominal aortic plexus	Use: Abdominal Sympathetic Nerve

FIGURE 7.8 – ICD-10-PCS Body Part Key

Si une procédure est effectuée sur une partie d'une partie du corps qui n'a **pas de valeur distincte**, la valeur correspondant à la partie du corps entière doit être sélectionnée.

Exemple

Une procédure effectuée sur le processus alvéolaire de la mandibule sera codée avec la partie du corps *Mandible, Right* ou *Mandible, Left*.

Si les procédures effectuées sur des parties du corps sont identifiées par le **préfixe *peri*** (signifiant autour ou près de) et que le site de la procédure n'est pas défini plus précisément, la procédure doit être codée avec la partie du corps nommée.

Exemple

Une procédure identifiée comme *périrénale* est codée avec la partie du corps *Kidney*.

Attention

Il faut être prudent dans l'application de cette directive car **elle ne s'applique que** lorsqu'une valeur de partie du corps plus spécifique n'est pas disponible.

Exemple

Une procédure documentée comme *réparation d'une lacération périurétrale*, dans laquelle le tissu déchiré était vulvaire plutôt qu'urétral, est codée avec la partie du corps *Vulva* parce cette partie du corps spécifique existe dans l'ICD-10-PCS. Si la partie du corps *Vulva* n'était pas disponible dans l'ICD-10-PCS, alors la directive *peri* s'appliquerait, et *périurétrale* serait codé à la partie du corps *Urethra*.

Un **site de procédure** documenté comme impliquant le **périoste** est codé à la partie du corps osseux correspondante.

Exemple

Le débridement par excision du talon droit jusqu'au périoste du calcanéum inclus est codé **0QBL0ZZ, excision du tarse droit, voie d'abord ouverte**.

Si une procédure est effectuée sur une **section continue d'une partie tubulaire du corps**, la valeur de la partie du corps correspondant au site anatomique le plus éloigné du point d'entrée doit être codée.

Exemple

Une procédure réalisée sur une section 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 avec la partie du corps *External Iliac Artery, Right* ou *External Iliac Artery, Left*.

Occasionnellement, des procédures sont effectuées au cours desquelles des **organes sont utilisés pour créer de nouveaux organes**. Si une procédure sur le nouvel organe est nécessaire à l'avenir, la valeur de la partie du corps ICD-10-PCS sera sélectionnée sur la base de la fonction actuelle de l'organe.

Exemple

Un patient subit une procédure, dans laquelle une nouvelle vessie est créée à partir d'une partie de l'intestin grêle, comme traitement du cancer de la vessie; à une date ultérieure, lorsque ce patient se fait retirer un polype de la néovessie artificielle constituée d'intestin grêle, le code de procédure ICD-10-PCS est codé avec la partie du corps *Bladder* plutôt qu'avec *Duodenum*.

Lorsque l'ICD-10-PCS ne fournit **pas de partie du corps pour une branche spécifique** d'une partie du corps, la partie du corps est généralement codée avec la branche proximale la plus proche pour laquelle une partie du corps spécifique existe.

Exemple

Une procédure effectuée sur la branche mandibulaire du nerf trijumeau est codée avec la valeur de partie du corps *Trigeminal Nerve*.

Cependant, pour les systèmes anatomiques cardiovasculaires, si une partie générale du corps est disponible dans la table de procédure de base correcte, et que le codage d'une branche proximale nécessiterait l'attribution d'un code dans un système anatomique différent, la procédure est codée en utilisant la valeur de la partie générale du corps.

Exemple

L'occlusion de l'artère bronchique est codée avec la partie du corps *Upper Artery* dans le système anatomique *Upper Arteries*, et non avec la

partie du corps *Thoracic Aorta, Descending* dans le système anatomique *Heart and Great Vessels*.

L'ICD-10-PCS fournit des **valeurs pour certaines parties du corps bilatérales**. Cependant, tous les organes ou parties du corps appariés n'ont pas une valeur *Bilateral*. Si une procédure identique est effectuée des deux côtés, et qu'une valeur *Bilateral* existe pour cette partie du corps, le code de procédure est codé une fois en utilisant la valeur *Bilateral* pour la partie du corps.

Exemple

Une ovariectomie bilatérale est effectuée pour laquelle une procédure identique est effectuée sur les deux ovaires. Car il existe une valeur de partie du corps *Ovaries, Bilateral* un seul code est codé (**0UT2**).

Si **aucune valeur bilatérale existe pour la partie du corps**, chaque procédure doit être codée séparément en utilisant la valeur appropriée pour la partie du corps .

Exemple

Lors d'un remplacement bilatéral de la hanche, la même procédure est effectuée pour chaque un des hanches. Il existe des valeurs de partie du corps *Hip Joint, Right* et *Hip Joint, Left*, mais pas pour les hanches bilatérales. Si la même procédure a été effectuée sur les deux hanches, deux codes distincts doivent être codés pour indiquer que les deux hanches ont été remplacées.

Si une **procédure est effectuée sur la peau, le tissu sous-cutané ou le fascia recouvrant une articulation**, la procédure est codée avec la partie du corps suivante :

- L'**épaule** est codée avec *Upper Arm*
- Le **coude** est codé avec *Lower Arm*
- Le **poignet** est codé avec *Lower Arm*
- La **hanche** est codée avec *Upper Leg*
- Le **genou** est codé avec *Lower Leg*
- La **cheville** est codée avec *Foot*

Si un système anatomique ne contient **pas de partie du corps distincte pour les doigts**, les procédures effectuées sur les doigts sont codées avec la partie du corps *Hand*.

Si un système anatomique ne contient **pas de partie du corps distincte pour les orteils**, les procédures effectuées sur les orteils sont codées avec la partie du corps *Foot*.

Exemple

L'excision d'un tendon du doigt est codée avec l'une des valeurs de partie du corps pour le tendon de la main dans le système anatomique *Tendons*.

Les procédures sur les parties du corps suivantes sont traitées plus en détail dans les chapitres suivants de ce manuel :

- Le **tractus intestinal supérieur et le tractus intestinal inférieur** sont traités dans le chapitre 19, maladies du système gastro-intestinal.
- Les **tendons, les ligaments, les bourses et les fascias proches d'une articulation** sont traités au chapitre 22, maladies du système musculo-squelettique et du tissu conjonctif.
- Les **artères coronaires** sont traitées au chapitre 27, maladies du système circulatoire.

7.4.5 Caractère 5 : Voie d'abord

Le **cinquième caractère** fait référence à la technique ou à la **voie d'abord** utilisée pour atteindre le site de la procédure (par exemple, ouverte).

Sept voies d'abord sont répertoriées dans la Section Médicale et Chirurgicale :

- Externe
- Par la peau ou la muqueuse
 - Ouvert
 - Percutané
 - Percutané endoscopique
- Par un orifice
 - Par un orifice naturel ou artificiel
 - Par un orifice naturel ou artificiel endoscopique
 - Par un orifice naturel ou artificiel avec assistance endoscopique percutanée

Comme pour les procédures de base, chaque voie d'abord est précisément **définie** dans la classification.

Le tableau 7.1 donne une vue d'ensemble les voies d'abord présentées dans la Section Médicale et Chirurgicale, ainsi que leurs valeurs et définitions correspondantes.

Outre les définitions des voies d'abord figurant dans le tableau 7.1, il existe quelques directives relatives au choix de la voie d'abord, comme suit :

- **Voie d'abord ouverte avec assistance endoscopique percutanée** est codé avec la voie d'abord *Open*
 - Exemple : une sigmoïdectomie assistée par laparoscopie est codée avec la voie d'abord *Open*
- **Voie d'abord endoscopique percutanée avec extension de l'incision** : Les procédures réalisées par la voie d'abord percutanée endoscopique, avec incision ou extension d'une incision pour aider à l'ablation de tout ou partie d'une partie du corps ou pour anastomoser une partie tubulaire du corps afin de compléter la procédure, sont codées avec la voie d'abord *Percutaneous Endoscopic*.
 - La sigmoïdectomie et colectomie gauche laparoscopique avec extension de la suture par agrafe pour le retrait du spécimen et l'anastomose directe est codée avec la voie d'abord *Percutaneous Endoscopic*

Valeur	Voie d'abord	Définition
X	<i>External</i>	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	<i>Open</i>	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	<i>Percutaneous</i>	Entrée d'instruments à travers la peau, la muqueuse et/ou toute autre couche de tissu qu'il est nécessaire de traverser pour atteindre le site de la procédure, par ponction ou via une incision minimale.
4	<i>Percutaneous Endoscopic</i>	Entrée d'instruments à travers la peau, la muqueuse et/ou 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 minimale.
7	<i>Via Natural or Artificial Opening</i>	Entrée d'instruments, par un orifice naturel ou artificiel externe, pour atteindre le site de la procédure.
8	<i>Via Natural or Artificial Opening Endoscopic</i>	Entrée d'instruments, par un orifice naturel ou artificiel externe, pour atteindre et visualiser le site de la procédure.
F	<i>Via Natural or Artificial Opening Percutaneous Endoscopic Assistance</i>	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 minimale.

TABLE 7.1 – Voies d'abord, leurs valeurs et leurs définitions dans la Section Médicale et Chirurgicale de l'ICD-10-PCS

— **Voie d'abord externe :**

- Les procédures réalisées au sein d'un orifice sur des structures visibles sans l'aide d'aucun instrument.
 - Par exemple, une résection des amygdales.
- Les procédures réalisées par l'application indirecte d'une force externe à travers les couches tissulaires.
 - Par exemple une réduction fermée d'une fracture.

— **Procédure percutanée à l'aide d'un dispositif** est codée avec la voie d'abord *Percutaneous*.

- Par exemple, une fragmentation de lithiase rénale par néphrostomie percutanée.

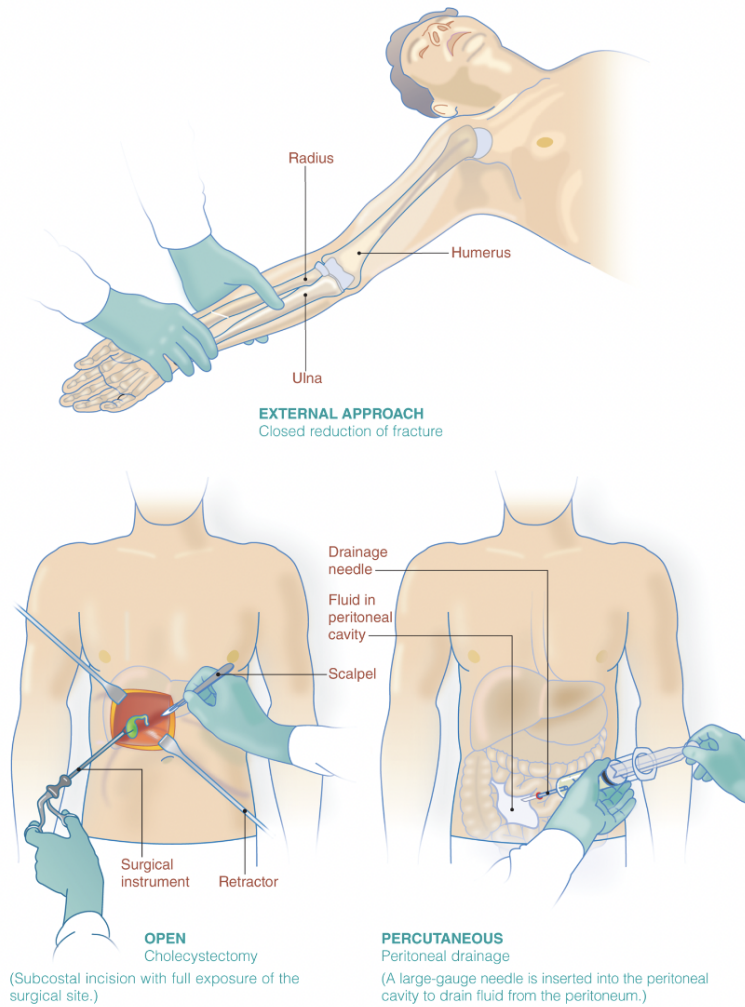


FIGURE 7.9 – Illustrations des voies d'abord (*External, Open, Percutaneous*)
 Source : Copyright by Healthforum, inc., An American Hospital Association Company. All rights reserved

7.4.6 Caractère 6 : Dispositif

Le **sixième caractère** est utilisé pour spécifier si un **dispositif** a été utilisé dans une procédure.

Seuls les **dispositifs qui restent dans ou sur le corps** du patient après la fin de la procédure sont codés.

Si **aucun dispositif ne reste** après la fin de la procédure, la valeur *Z*, représentant *No Device*, est utilisée comme sixième caractère pour compléter la structure du code.

Pour un nombre limité de procédures de base, la classification permet de coder des **dispositifs temporaires, ou les dispositifs utilisés en per-opératoire**, pour des procédures spécifiques impliquant des dispositifs cliniquement significatifs - dans lesquelles le dispositif est utilisé pour une brève durée pendant la procédure ou le séjour hospitalier en cours¹

¹: Pour plus de détails, voir la discussion concernant le septième caractère, le qualificatif, plus loin dans ce chapitre.

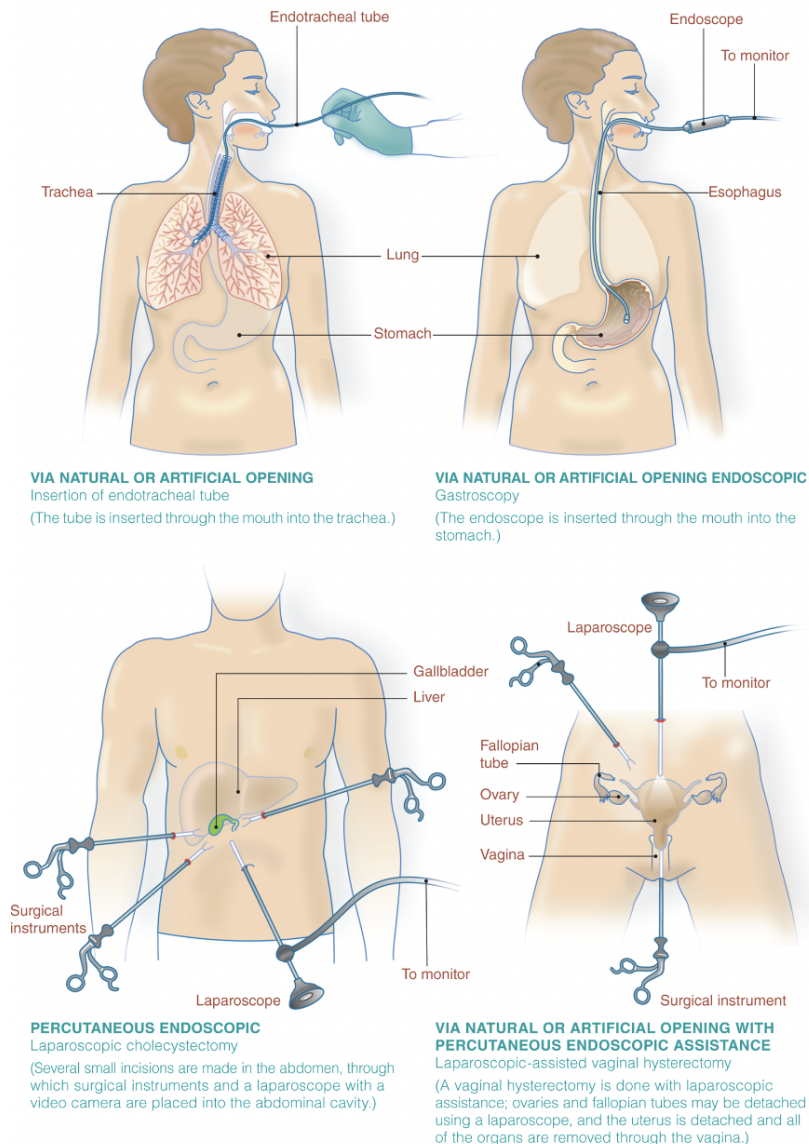


FIGURE 7.10 – Illustrations des voies d’abord (*Percutaneous Endoscopic, Natural or Artificial Opening*)
Source : Copyright by Healthforum, inc., An American Hospital Association Company. All rights reserved

Les valeurs des dispositifs se répartissent en **quatre catégories de base** :

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

Il arrive qu’un **dispositif destiné à rester après la fin de la procédure** **doive être retiré avant la fin de l’épisode opératoire** dans lequel il a été inséré (par exemple, le dispositif est trop petit ou une complication survient). Dans cette situation, l’insertion et le retrait du dispositif doivent être codés.

Les **matériaux qui font partie intégrante d’une procédure** ne sont pas codés comme des dispositifs.

Exemple

Les sutures, les ligatures, les clips, les marqueurs radiologiques et les drains temporaires postopératoires sont des exemples de matériel faisant partie intégrante d'une procédure.

Les drains placés dans le site de la plaie opératoire à la fin de la procédure pour empêcher la ré-accumulation de fluides ne sont pas codés séparément. Un drain placé à la fin d'une procédure ouverte visant un drainage chirurgical est considéré comme un drain temporaire post-chirurgical utilisé pour prévenir l'accumulation de fluide et n'est pas codé séparément.

L'index ICD-10-PCS contient des entrées pour fournir des conseils sur la sélection des codes relatifs aux dispositifs. De plus, la classification fournit deux ressources pour aider à l'identification des dispositifs :

- *ICD-10-PCS Device Key*
- *ICD-10-PCS Device Aggregation Table*

La *ICD-10-PCS Device Key* répertorie les dispositifs par leur nom commun, ainsi que par leur nom de marque, avec les termes correspondants de l'ICD-10-PCS pour aider à sélectionner la valeur appropriée du dispositif.

Exemple

La *ICD-10-PCS Device Key* indique que le nom commun de dispositif *Total artificial (replacement) heart* ainsi que le nom de marque *AbioCor® Total Replacement Heart* doivent être codés avec le dispositif *Synthetic Substitute*.

Le *ICD-10-PCS Device Aggregation Table* fournit

- un mécanisme permettant de corréliser une valeur de dispositif spécifique, utilisée dans la procédure de base originale où le dispositif a été placé, avec sa valeur de dispositif plus générale utilisée dans d'autres procédures de base.
- toutes les entrées qui se réfèrent à une valeur de dispositif particulière, permettant une meilleure idée de la façon dont ces dispositifs sont classés.
- des informations générales et spécifiques sur les dispositifs, la ou les procédures applicables et le ou les systèmes anatomiques.

Souvent, dans les procédures de base telles que *Removal* et *Revision*, la valeur du dispositif est le dispositif général agrégé de toute une famille de valeurs de dispositifs spécifiques.

Exemple

Dans la figure 7.11, le *ICD-10-PCS Device Aggregation Table* indique que, pour la procédure de base *Insertion*, il existe deux types d'électrodes cardiaques spécifiques, l'un pour les défibrillateurs et l'autre pour les stimulateurs cardiaques. Cependant, lors du codage d'une procédure de base moins spécifique telle que *Removal* ou *Revision*, la valeur du dispositif est moins spécifique. Dans ces cas, seul le dispositif général

Cardiac Lead est disponible et le type de dispositif cardiaque (c.-à-d., défibrillateur ou stimulateur cardiaque) n'est pas précisé.

Device Aggregation Table

Specific Device	for Operation	in Body System	General Device
Autologous Arterial Tissue	All applicable	Heart and Great Vessels Lower Arteries Lower Veins Upper Arteries Upper Veins	Autologous Tissue Substitute
Autologous Venous Tissue	All applicable	Heart and Great Vessels Lower Arteries Lower Veins Upper Arteries Upper Veins	Autologous Tissue Substitute
Cardiac Lead, Defibrillator	Insertion	Heart and Great Vessels	Cardiac Lead
Cardiac Lead, Pacemaker	Insertion	Heart and Great Vessels	Cardiac Lead

FIGURE 7.11 – ICD-10-PCS Device Aggregation Table

Dans l'ICD-10-PCS, *Intraluminal Device* est la valeur la plus générique pour **tout dispositif qui réside dans la lumière d'une partie du corps tubulaire ou cavitaire**. Elle est utilisée lorsque le dispositif n'a pas de valeur plus spécifique. Lorsqu'un type plus spécifique de valeur de dispositif intraluminal est disponible, la valeur la plus spécifique doit être utilisée.

Exemple

- Une sonde cardiaque intraveineuse est un dispositif qui réside dans la lumière d'une partie tubulaire du corps; cependant, comme il existe une valeur de dispositif spécifique *Cardiac Lead*, cette valeur est utilisée pour l'insertion ou le retrait d'une électrode cardiaque, plutôt que la valeur plus générale *Intraluminal Device*.
- Les stents biliaires, les bobines d'embolisation et le greffon endovasculaire Zenith Flex® AAA sont des exemples de dispositifs intraluminaux.

Selon l'ICD-10-PCS, un *Infusion Device* est tout dispositif utilisé pour perfuser des substances dans le corps. Un cathéter de perfusion peut être un dispositif qui est inséré dans la lumière d'une partie tubulaire du corps, comme une veine, mais un cathéter de perfusion peut également être inséré dans d'autres sites. **Le fait que le cathéter de perfusion soit un dispositif de perfusion prévaut sur le fait qu'il soit intraluminal ou non.**

7.4.7 Caractère 7 : Qualificatif

Le **septième caractère** indique un **qualificatif**, qui a une signification unique dans les procédures individuelles.

Cette position dans le code est utilisée pour fournir **des informations supplémentaires**.

Les exemples de qualificatifs incluent *Diagnostic* et *Stereotactic*.

Le **qualificatif X** (*Diagnostic*) est utilisé exclusivement pour les **procédures diagnostiques**.

Si la procédure comporte une **composante thérapeutique**, le **qualificatif Z** doit être utilisé plutôt que le qualificatif X.

En l'absence de qualificatif, la lettre Z (*No Qualifier*) est utilisée comme septième caractère pour compléter la structure du code.

Si un patient subit **deux procédures distinctes**, l'une diagnostique et l'autre thérapeutique, les deux procédures sont codées séparément.

Exemple

Un patient subit une procédure de drainage diagnostique (biopsie) et une procédure de drainage thérapeutique; si la biopsie utilise une approche différente ou prélève un site différent de celui de la procédure de drainage thérapeutique, des codes séparés sont nécessaires pour capturer les deux procédures.

Comme indiqué précédemment, dans un nombre limité de procédures de base, la classification permet de **coder les dispositifs temporaires et les dispositifs utilisés en peropératoire**. Ces dispositifs sont identifiés par les qualificatifs *Temporary* et *Intraoperative*.

Exemple

Le tableau **04L, occlusion des artères inférieures**, fournit un code pour l'occlusion de l'aorte abdominale avec un dispositif intraluminal temporaire.

Étapes de base du codage ICD-10-PCS

8

Aperçu

- Toutes les **procédures significatives** doivent être codées.
- Les procédures significatives répondent à l'une des **conditions** suivantes :
 - L'intervention est de **nature chirurgicale**.
 - Elle comporte un **risque anesthésique**.
 - Elle comporte un **risque lié à la procédure elle-même**.
 - Elle nécessite une **formation spécialisée**.
- L'ICD-10-PCS contient l'**index alphabétique et les tables**.

Objectifs

Les objectifs de ce chapitre sont :

- Repérer les termes principaux dans l'index alphabétique.
- Naviguer dans les tableaux pour trouver le tableau approprié.

8.1 Introduction	85
8.2 Repérer le terme principal dans l'index alphabétique	86
8.3 Choisir le tableau approprié	87
8.4 Exemples de codage	88
Cholécystectomie totale par voie laparoscopique	88
Amputation en dessous du genou, membre inférieur droit, jambe droite	89
8.5 L'enregistrement des procédures dans le RHM	90

8.1 Introduction

Ce chapitre couvre les **étapes à suivre pour localiser les codes ICD-10-PCS**.

En outre, il aborde des **principes générales du codage**.

Les étapes suivantes doivent être suivies pour **localiser les codes de procédure** :

1. Repérer le terme principal dans l'index alphabétique

- Suivre toutes les références croisées.
- Obtenir les trois ou quatre premiers caractères de la procédure.
- Dans quelques cas, l'index fournit des codes complets à sept caractères.

2. Choisir le tableau approprié

- Examinez la définition de la section, du système anatomique et de la procédure de base, et vérifiez que les trois premiers caractères référencés par l'index sont corrects.

3. Continuer à construire le code ICD-10-PCS en sélectionnant une valeur dans chaque colonne pour les quatre caractères restants, comme suit :

- Sélectionnez une valeur dans la colonne partie du corps pour le quatrième caractère.
- Sélectionnez une valeur dans la colonne voie d'abord pour le cinquième caractère.
- Sélectionnez une valeur dans la colonne dispositif pour le sixième caractère.

- Sélectionnez une valeur dans la colonne des qualificatifs pour le septième caractère.

Il est important de noter que des **codes valides** :

- peuvent être construits en utilisant toutes les combinaisons de choix dans les caractères 4 à 7 contenus **dans la même ligne de la table**.
- doivent spécifier tous les **sept caractères**.

8.2 Repérer le terme principal dans l'index alphabétique

La première étape du codage consiste à **localiser le terme principal dans l'index alphabétique**.

L'**index alphabétique** peut être utilisé pour accéder aux tables.

Les **termes principaux** peuvent être :

- des termes courants de procédure (par exemple, appendicectomie, cholécystectomie)
- des valeurs de procédure de base (par exemple, *Resection*, *Excision*)
- des valeurs de parties du corps.

Les **sous-termes** fournissent des informations plus spécifiques.

Chaque **niveau d'indentation** de l'index est représenté dans la figure 8.1 par une ou plusieurs espaces.

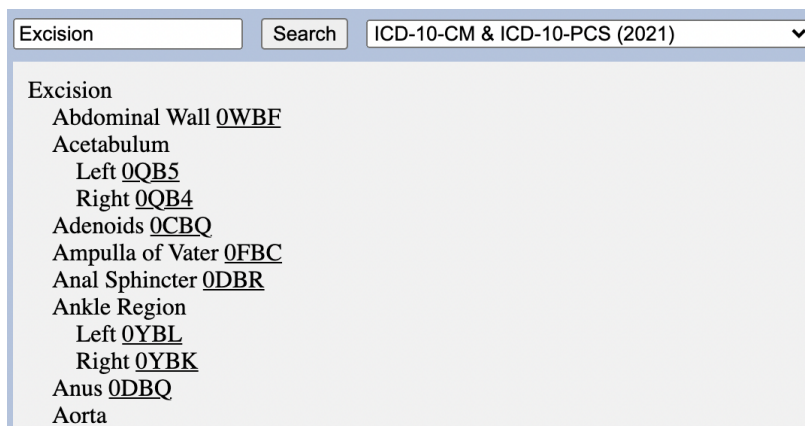


FIGURE 8.1 – Indentation dans l'index alphabétique ICD-10-PCS

Certains éditeurs ont adopté la convention utilisée dans l'index ICD-10-CM consistant à ajouter un tiret (-) à la fin d'une entrée de l'index pour indiquer que des caractères supplémentaires sont nécessaires.

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

- Lorsque le **terme principal est une procédure de base** (par exemple, *Excision*), les sous-termes consistent les parties du corps où la procédure est effectuée, comme indiqué dans la figure 8.1.

- Lorsque le **terme principal est le nom d'une procédure**, les références à la procédure de base et à la partie du corps correspondante sont fournies, comme illustré dans la figure 8.2.

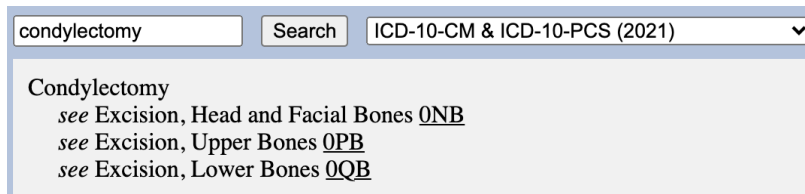


FIGURE 8.2 – Le nom d'une procédure comme terme principal dans l'index alphabétique ICD-10-PCS

- Lorsque le **terme principal est un terme anatomique**, des références utiles sont fournies pour identifier les parties du corps spécifiques de l'ICD-10-PCS, comme montré dans la figure 8.3.

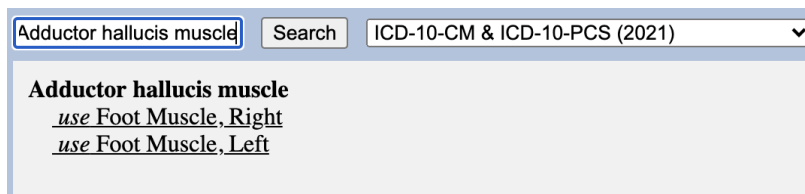


FIGURE 8.3 – Terme anatomique comme terme principal dans l'index alphabétique ICD-10-PCS

Il n'est **pas nécessaire de commencer par l'index alphabétique** avant de passer aux tableaux pour compléter un code. Un code valide peut être **choisi directement dans les tableaux**, mais la recherche du code nécessitera une connaissance approfondie des systèmes anatomiques et des procédures de base.

8.3 Choisir le tableau approprié

Une fois que les trois premiers caractères ou plus d'un code ont été repérés dans l'index alphabétique, il faut se reporter au **tableau approprié**.

Il n'est **pas nécessaire de suivre les notes de référence** pour voir d'autres termes si l'index fournit les trois ou quatre premiers caractères d'un code.

Exemple

Le terme principal *Cholecystectomy* nous renvoie à **0FT4** pour *Resection, Gallbladder*. La recherche du terme principal *Resection* avec le sous-terme *Gallbladder* ne mènera pas au code complet à sept caractères. Au lieu de cela, il fera référence à la même table **0FT4**.

La table appropriée peut être directement retrouvée avec **l'outil de codage ICD-10-BE** en cliquant sur les valeurs de caractères hyperliées fournies dans l'entrée de l'index (par exemple, **0FT4**).

Un livre publié sur l'ICD-10-PCS, demandera de localiser manuellement la table appropriée.

Les tableaux sont disposés en série, en commençant par :

- section 0 *Medical and Surgical*
- système anatomique 0 *Central Nervous System and Cranial Nerves*

Les sections 0 à 9 sont suivies des sections B à D, F à H, et X.

La même convention est suivie à l'intérieur de chaque tableau pour le deuxième au septième caractères - les valeurs numériques en premier, suivies des valeurs alphabétiques.

8.4 Exemples de codage

8.4.1 Cholécystectomie totale par voie laparoscopique

Se référant au terme principal *Cholecystectomy* dans l'index alphabétique, on retrouve deux références :

- *see Excision, Gallbladder* **0FB4**
- *see Resection, Gallbladder* **0FT4**

Il n'est pas nécessaire de se référer à l'entrée du terme principal *Excision*, sous-terme *Gallbladder*, ou le terme principal *Resection*, sous-terme *Gallbladder*, car ils se réfèrent tous deux aux mêmes tableaux.

Les définitions de ces procédures de base peuvent être consultées dans les *ICD-10-PCS Definitions* de la classification, ou dans les tableaux (**0FB** en **0FT**).

Le tableau 0FB :

- Dans la première ligne du tableau, le premier caractère 0, fait référence à la section *Medical and Surgical Section*.
- Dans la deuxième ligne du tableau, le second caractère F fait référence au système anatomique *Hepatobiliary System and Pancreas*.
- Dans la troisième ligne du tableau, le troisième caractère B fait référence à la procédure de base *Excision*.
- La troisième ligne du tableau contient également la définition de la procédure de base *Cutting out or off, without replacement, a portion of a body part*.

Comme la procédure est une cholécystectomie totale, *Excision* n'est pas la procédure de base correcte.

Le tableau 0FT :

- Dans la première ligne du tableau, le premier caractère 0, fait référence à la section *Medical and Surgical Section*.
- Dans la deuxième ligne du tableau, le second caractère F fait référence au système anatomique *Hepatobiliary System and Pancreas*.
- Dans la troisième ligne du tableau, le troisième caractère T fait référence à la procédure de base *Resection*.
- La troisième ligne du tableau contient également la définition de la procédure de base *Cutting out or off, without replacement, all of a body part*.

Sur la base de cette comparaison, il devient clair que *Excision* est la procédure de base correcte pour une cholécystectomie partielle, et que *Resection* est la procédure de base correcte pour une cholécystectomie totale; par conséquent, **0FT** est le tableau correct pour cet exemple.

La construction du reste du code se fait en sélectionnant les valeurs restantes parmi les caractères appropriés des quatre colonnes présentées dans la figure 8.4 :

- Dans la première colonne de la partie du corps, sélection de la valeur 4 pour *Gallbladder*.
- Dans la deuxième colonne de la voie d'abord, puisqu'il s'agit d'une procédure laparoscopique, sélection de la valeur 4 pour *Percutaneous Endoscopic*.
- Dans la colonne du dispositif, sélection de la valeur Z voor *No Device* car aucun dispositif n'a été utilisé pour cette procédure.
- Dans la colonne du qualificatif, sélection de la valeur Z voor *No Qualifier*.

Le code de procédure ICD-10-PCS est donc **0FT44ZZ**.

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							
Code Description								0FT44ZZ Resection of Gallbladder, Percutaneous Endoscopic Approach							
Body Part		Clear		Approach		Clear		Device		Qualifier					
<input type="radio"/> 0 Liver <input type="radio"/> 1 Liver, Right Lobe <input type="radio"/> 2 Liver, Left Lobe <input checked="" type="radio"/> 4 Gallbladder <input type="radio"/> 5 Hepatic Duct, Right <input type="radio"/> 6 Hepatic Duct, Left <input type="radio"/> 7 Hepatic Duct, Common <input type="radio"/> 8 Cystic Duct <input type="radio"/> 9 Common Bile Duct <input type="radio"/> C Ampulla of Vater <input type="radio"/> D Pancreatic Duct <input type="radio"/> F Pancreatic Duct, Accessory <input type="radio"/> G Pancreas				<input type="radio"/> 0 Open <input checked="" type="radio"/> 4 Percutaneous Endoscopic <input type="radio"/> 7 Via Natural or Artificial Opening <input type="radio"/> 8 Via Natural or Artificial Opening Endoscopic				<input checked="" type="radio"/> Z No Device		<input checked="" type="radio"/> Z No Qualifier					

FIGURE 8.4 – Tableau pour la cholécystectomie totale par voie laparoscopique dans l'ICD-10-PCS

La figure 8.4 montre le tableau utilisé pour cette exemple de codage, avec la valeur appropriée sélectionnée pour chaque caractère du code.

Notez que dans un tableaux ICD-10-PCS, il existe des combinaisons valides et non valides de caractères.

Exemple

Pour former le code d'une cholécystectomie totale, la valeur 8 *Via Natural or Artificial Opening Endoscopic* n'est pas valide comme cinquième caractère représentant la voie d'abord, après sélection de la partie du corps 4 *Gallbladder*.

8.4.2 Amputation en dessous du genou, membre inférieur droit, jambe droite

Répérez le terme principal *Amputation* dans l'index alphabétique.

Une référence croisée *see Detachment* est affichée.

Suivez la référence croisée vers le terme principal *Detachment*, puis vers le sous-terme *Leg*.

Notez que des sous-termes supplémentaires précisent *Lower*, *Left* et *Right*.

Dans ce cas, l'index fournit déjà le code partiel **0Y6H0Z** pour la jambe inférieure droite, composé de six caractères. Comme les seules valeurs acceptables pour la voie d'abord et le dispositif pour cette partie du corps sont *0 Open* et *Z No Device* respectivement, elles ont déjà été fournies dans l'index.

Comme ce cas particulier fait référence à une amputation *sous le genou*, *jambe*, le qualificatif *3 Low* doit être sélectionnée.

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	
Code Description 0Y6H0Z3 Detachment at Right Lower Leg, Low, Open Approach			
Body Part	Clear	Approach	Device
<input type="radio"/> 2 Hindquarter, Right <input type="radio"/> 3 Hindquarter, Left <input type="radio"/> 4 Hindquarter, Bilateral <input type="radio"/> 7 Femoral Region, Right <input type="radio"/> 8 Femoral Region, Left <input type="radio"/> C Upper Leg, Right <input type="radio"/> D Upper Leg, Left <input type="radio"/> F Knee Region, Right <input type="radio"/> G Knee Region, Left <input checked="" type="radio"/> H Lower Leg, Right <input type="radio"/> J Lower Leg, Left <input type="radio"/> M Foot, Right <input type="radio"/> N Foot, Left <input type="radio"/> P 1st Toe, Right <input type="radio"/> Q 1st Toe, Left <input type="radio"/> R 2nd Toe, Right <input type="radio"/> S 2nd Toe, Left <input type="radio"/> T 3rd Toe, Right <input type="radio"/> U 3rd Toe, Left <input type="radio"/> V 4th Toe, Right <input type="radio"/> W 4th Toe, Left <input type="radio"/> X 5th Toe, Right <input type="radio"/> Y 5th Toe, Left		<input checked="" type="radio"/> 0 Open <input type="radio"/> Z No Device	<input type="radio"/> 0 Complete <input type="radio"/> 1 High <input type="radio"/> 2 Mid <input checked="" type="radio"/> 3 Low <input type="radio"/> 4 Complete 1st Ray <input type="radio"/> 5 Complete 2nd Ray <input type="radio"/> 6 Complete 3rd Ray <input type="radio"/> 7 Complete 4th Ray <input type="radio"/> 8 Complete 5th Ray <input type="radio"/> 9 Partial 1st Ray <input type="radio"/> B Partial 2nd Ray <input type="radio"/> C Partial 3rd Ray <input type="radio"/> D Partial 4th Ray <input type="radio"/> F Partial 5th Ray <input type="radio"/> Z No Qualifier

FIGURE 8.5 – Tableau pour une amputation en dessous du genou, membre inférieur droit, jambe droite dans l'ICD-10-PCS

Le code complet de procédure ICD-10-PCS est donc **0Y6H0Z3** comme illustré dans la figure 8.5.

8.5 L'enregistrement des procédures dans le RHM

Le **Résumé Hospitalier Minimum** (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 les procédures 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 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 de la formation de base.

Procédures de base ICD-10-PCS dans la Section Médicale et Chirurgicale

9

Aperçu

- Les 31 procédures de base médicales et chirurgicales peuvent être divisées en **neuf groupes** qui partagent des attributs similaires :
 - Les procédures de base enlevant tout ou partie d'une partie du corps
 - Les procédures de base enlevant des solides, des fluides ou des gaz d'une partie du corps
 - Les procédures de base n'impliquant que la section ou la séparation
 - Les procédures de base visant à insérer, remettre en place ou déplacer tout ou partie d'une partie du corps
 - Les procédures de base visant à modifier le diamètre ou le trajet d'une partie tubulaire du corps
 - Les procédures de base impliquant toujours un dispositif
 - Les procédures de base n'impliquant qu'un examen
 - Les procédures de base incluant d'autres réparations
 - Les procédures de base incluant d'autres objectifs

9.1	Introduction	92
9.2	Directives pour les procédures de base	93
	Codage des procédures de base multiples	94
	Codage des interventions interrompues ou des procédures incomplètement réalisées	95
	Codage de biopsies	97
9.3	Codage de procédures portant sur tissus superposés	98
9.4	Procédures médico-chirurgicales de base	98
	Procédures de base enlevant tout ou partie d'une partie du corps	98
	Procédures de base enlevant des solides, des fluides ou des gaz d'une partie du corps	101
	Procédures de base visant à insérer, remettre en place ou déplacer tout ou partie d'une partie du corps	103
	Procédures de base visant à modifier le diamètre ou le trajet d'une partie tubulaire du corps	105
	Procédures de base impliquant toujours un dispositif	107
9.5	Procédures de base n'impliquant qu'un examen	110
	Procédures de base incluant d'autres réparations	111
9.6	Procédures de base incluant d'autres objectifs	113

Objectifs

Les objectifs de ce chapitre sont :

- Identifier les objectifs de chaque procédure de base
- Distinguer les différentes procédures de base de la section médicale et chirurgicale.
- Discuter des directives générales applicables aux procédures de base.

9.1 Introduction

Les chapitres précédents présentent la **structure** des codes ICD-10-PCS et abordent les **étapes de base** pour sélectionner les codes ICD-10-PCS.

Le **troisième caractère** du code, la **procédure de base**, est l'un des concepts les plus importants que l'utilisateur doit comprendre pour identifier et sélectionner le bon code ICD-10-PCS.

La procédure de base **fait référence à l'objectif** de la procédure.

Ce chapitre couvre en détail les **31 procédures de base de la Section Médicale et Chirurgicale et leurs définitions correspondantes**.

En outre, les lignes directrices applicables des *ICD-10-PCS Official Coding Guidelines* (édition 2021) sont présentées.

9.2 Directives pour les procédures de base

La majorité des *ICD-10-PCS Official Coding Guidelines* concernent le troisième caractère d'un code, qui représente la procédure de base.

Dans cette section, nous commençons par **les directives générales applicables à toutes les procédures de base**, puis nous passons aux concepts généraux tels que le codage des procédures multiples et des procédures discontinues.

Les directives relatives à des **procédures de base spécifiques** sont abordées sous la procédure de base applicable.

Pour déterminer la procédure de base appropriée, la **définition complète** de la procédure de base doit être appliquée.

Les **définitions** des procédures de base sont incluses **dans la classification ainsi que dans chaque tableau** de l'ICD-10-PCS (voir figure 9.1).

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

FIGURE 9.1 – Définition de la procédure de base dans le tableau ICD-10-PCS

Les **composants d'une procédure**, spécifiés dans la définition ou l'explication de la procédure de base comme **faisant partie intégrante de cette procédure de base** ne sont pas codés séparément.

La définition complète de chaque procédure de base fournie dans le tableau doit être examinée attentivement, car c'est cette **définition qui déterminera si une procédure est codée séparément ou non**.

Exemple

La résection d'une articulation dans le cadre d'une procédure de remplacement d'une articulation est incluse dans la définition de *Replacement* et n'est pas codée séparément.

Les étapes procédurales nécessaires pour **atteindre le site opératoire** (telles que l'incision ou l'approche) ou pour **fermer le site opératoire** (telles que la suture), y compris l'**anastomose** d'une partie tubulaire du corps, ne sont pas codées séparément.

Exemple

Dans une résection du côlon sigmoïde avec anastomose du côlon descendant au rectum, l'anastomose n'est pas codée séparément.

Si une excision ou une résection d'une partie du corps est suivie d'une procédure de remplacement, il faut coder les deux procédures pour identifier chaque objectif distinct, **sauf** lorsque l'excision ou la résection est considérée comme intégrale ou préparatoire à la procédure de remplacement.

Exemples

- Pour une mastectomie suivie d'une reconstruction, la résection et le remplacement du sein sont tous deux codés afin de saisir pleinement les objectifs distincts des procédures effectuées.
- Un autre exemple est la résection d'une articulation dans le cadre d'une procédure de remplacement d'une articulation. Comme la résection de l'articulation est considérée comme faisant partie intégrante et préparatoire au remplacement de l'articulation, la résection n'est pas codée séparément.
- **Exemples provenant des ICD-10-PCS Official Coding Guidelines**
 - **Maxillectomie avec reconstruction de l'obturateur, l'excision et le remplacement du maxillaire sont tous deux codés afin de saisir pleinement les objectifs distincts des procédures effectuées.**
 - **Excision-débridement d'un tendon avec greffe de peau, l'excision du tendon et le remplacement de la peau par une greffe sont tous deux codés de manière à saisir pleinement les objectifs distincts des procédures effectuées.**

9.2.1 Codage des procédures de base multiples

Les **procédures de base multiples effectuées au cours d'un même épisode opératoire** sont **codées séparément** si elles remplissent l'une des quatre conditions suivantes :

1. **La même procédure de base est effectuée sur différentes parties du corps, définies par des valeurs distinctes.**
 - Un exemple est l'excision diagnostique du foie et du pancréas.
 - Notez que *Liver* ainsi que *Liver, Right Lobe* et *Liver, Left Lobe* sont considérés des parties du corps individuelles, parce que chacune de ces parties du corps a une valeur distincte. Par conséquent, les biopsies séparées des lobes droit et gauche du foie sont codées séparément parce que les lobes droit et gauche ont des valeurs différentes du quatrième caractère pour la partie du corps.
2. **La même procédure de base est répétée sur plusieurs parties du corps, et ces parties du corps sont des parties du corps séparées et distinctes classées à une seule valeur de partie du corps de l'ICD-10-PCS.**
 - Par exemple, supposons qu'un chirurgien effectue l'excision du muscle sartorius et l'excision du muscle gracile au cours de la même rencontre. Ces muscles sont des parties du corps distinctes qui sont toutes deux incluses dans la valeur de la partie du corps du muscle de la jambe supérieure. Les deux procédures effectuées au cours de l'intervention chirurgicale doivent être codées séparément pour qu'il soit apparent que deux excisions ont été effectuées.
 - Un autre exemple est l'extraction de plusieurs ongles d'orteils ; les orteils sont des parties du corps séparées et distinctes, donc chaque extraction doit être codée séparément.

- La même procédure de base répétée dans différents endroits d'une même partie du corps ne peut être codée qu'une seule fois. Par exemple, l'excision de plusieurs néoplasmes de l'utérus n'est pas codée plusieurs fois car les excisions ne sont pas effectuées sur des parties du corps distinctes. Cet exemple diffère de l'exemple précédent de l'excision du muscle sartorius et de l'excision du muscle gracile, qui sont des parties du corps séparées et distinctes - et non des emplacements différents dans la même partie du corps.

3. Plusieurs procédures de base avec des objectifs distincts sont réalisées sur la même partie du corps.

- Un exemple est la destruction d'une lésion sigmoïde et le pontage du côlon sigmoïde.

4. La procédure de base prévue a débutée par une voie d'abord qui est ensuite convertie en une voie d'abord différente.

- Par exemple, une cholécystectomie par voie laparoscopique convertie en cholécystectomie ouverte est codée comme une *Inspection, Percutaneous Endoscopic* et *Resection, Open*.
- Les quatre codes de diagnostic ICD-10-CM suivants sont disponibles pour identifier les procédures converties en procédures ouvertes. Ils ne peuvent être codés qu'en diagnostic secondaire.
 - **Z53.31**, intervention chirurgicale laparoscopique convertie en intervention ouverte
 - **Z53.32**, intervention chirurgicale thoracoscopique convertie en intervention ouverte
 - **Z53.33**, intervention chirurgicale arthroscopique convertie en intervention ouverte
 - **Z53.39**, autre intervention spécifiée convertie en intervention ouverte

9.2.2 Codage des interventions interrompues ou des procédures incomplètement réalisées

Lorsqu'une procédure prévue est commencée mais ne peut être achevée, elle est codée dans la mesure où elle a été effectivement réalisée selon les principes suivants :

- Si la procédure prévue est interrompue ou n'est pas achevée pour une autre raison, il faut coder la procédure avec la procédure de base effectuée.
- Si une procédure est interrompue avant qu'une procédure de base ne soit effectuée, il faut coder la procédure avec la procédure de base *Inspection* et la partie du corps ou de la région anatomique inspectée.

Exemple

Un patient est admis pour une ablation transurétrale d'une lithiase urétérale. Le scope est passé jusqu'à la vessie, mais le chirurgien ne parvient pas à le faire passer dans l'uretère.

- Seul *Inspection* de la vessie est codé.

Exemple

Un patient est admis pour une cholécystectomie avec exploration du cholédoque. Lorsque l'on pénètre dans la cavité abdominale, on découvre un néoplasme malin métastatique étendue touchant l'estomac et le duodénum avec un probable néoplasme primaire dans le pancréas. La procédure est interrompue et la plaie opératoire est fermée.

- Seul la laparotomie exploratoire est codé avec la procédure de base *Inspection* de la cavité péritonéale.

Exemple

Une procédure planifiée de remplacement de la valve aortique est interrompue après la thoracotomie initiale et avant toute incision dans le muscle cardiaque car le patient devient hémodynamiquement instable.

- Cette procédure est codée comme une *Inspection* ouverte du médiastin.

Lorsqu'une procédure est considérée comme ayant échoué car elle n'a pas permis d'obtenir le résultat escompté ou parce que tous les objectifs de la procédure n'ont pas pu être atteints, la procédure est codée comme effectuée.

Exemple

Une réocclusion presque immédiate de l'artère coronaire se produit parfois après la réalisation d'une angioplastie coronaire percutanée, ce qui oblige à retourner au bloc opératoire pour réaliser un pontage coronarien afin de corriger le problème.

- L'angioplastie peut être documentée comme un échec, mais, en fait, l'intervention a été réalisée et doit être codée.

Notez que...

Le fait de **ne pas atteindre l'objectif thérapeutique** n'est pas classé comme une complication de la procédure.

Il est important de distinguer un échec d'une procédure d'une procédure tentée mais échouée. Si une procédure est tentée mais échouée, la procédure ne sera pas codée.

Exemples

- Dans l'exemple de l'angioplastie coronaire percutanée, la procédure a été réalisée, la procédure de base *Dilatation* est donc codée.
- Si un patient a subi une tentative de retrait d'un corps étranger de la cornée droite et que la procédure a échoué, la tentative de retrait ne sera pas codée comme une *Extirpation*; seule la procédure de base *Inspection* sera codée.

9.2.3 Codage de biopsies

Un **code de biopsie**¹ n'est pas attribué lorsque du tissu prélevé à des fins thérapeutiques est envoyée au laboratoire pour examen, même si le terme *biopsie* peut être utilisé pour documenter la procédure.

1: Une **biopsie** est définie comme le prélèvement de tissus sur une personne vivante dans le but d'une étude microscopique.

Les **spécimens chirurgicaux** sont couramment envoyés au laboratoire de pathologie pour être étudiés; cette procédure n'est pas considérée comme une biopsie, et l'attribution d'un code de biopsie n'est pas permis dans ce cas.

Les biopsies peuvent être codées avec le qualificatif *Diagnostic* et **plusieurs procédures de base différentes** selon la façon dont la biopsie a été effectuée, en gardant à l'esprit les définitions des différentes procédures de base.

Exemple

Les biopsies peuvent être codées avec les procédures de base :

- *Excision* : bv. échantillon de ganglion lymphatique
- *Extraction* : bv. biopsie de moelle osseuse
- *Drainage* : bv. aspiration à l'aiguille fine de liquide pulmonaire

Lorsqu'une **aspiration à l'aiguille fine de tissu**, tel que du tissu lymphatique, est effectuée,

- il faut coder *Extraction* de la partie du corps où le tissu est aspiré, si cette partie du corps est disponible dans le tableau ICD-10-PCS approprié.
- il faut coder *Excision* de la partie du corps où le tissu est aspiré, si la partie du corps n'est pas disponible dans le tableau ICD-10-PCS de la procédure de base *Extraction*

L'aspiration à l'aiguille fine de gaz ou de liquide doit être codée avec la procédure de base *Drainage*.

Si une procédure diagnostique (biopsie) (*Excision*, *Extraction*, *Drainage*) est suivie d'une **procédure plus définitive**, telle que *Destruction*, *Excision*, *Resection*, au même site de procédure, la biopsie et le traitement plus définitif sont codés.

Exemple

Une biopsie du sein est suivie d'une mastectomie partielle au même endroit; la biopsie et la mastectomie partielle sont toutes deux codées.

9.3 Codage de procédures portant sur tissus superposés

Parfois, une procédure peut porter sur **plusieurs tissus superposés**.

Dans ce cas, la directive suivante s'applique : Si une procédure de base telle que *Excision*, *Extraction*, *Repair* ou *Inspection* est effectuée sur des tissus superposés du système musculo-squelettique, la partie du corps spécifiant **la couche la plus profonde est codée**.

Exemple

Un débridement par excision qui inclut la peau et le tissu sous-cutané ainsi que le muscle est codé avec la partie du corps *Muscle*.

9.4 Procédures médico-chirurgicales de base

Les 31 procédures de base médicales et chirurgicales peuvent être divisées en **neuf groupes** qui partagent des attributs similaires :

- Les procédures de base enlevant tout ou partie d'une partie du corps.
- Les procédures de base enlevant des solides, des fluides ou des gaz d'une partie du corps.
- Les procédures de base n'impliquant que la section ou la séparation.
- Les procédures de base visant à insérer, remettre en place ou déplacer tout ou partie d'une partie du corps.
- Les procédures de base visant à modifier le diamètre ou le trajet d'une partie tubulaire du corps.
- Les procédures de base impliquant toujours un dispositif.
- Les procédures de base n'impliquant qu'un examen.
- Les procédures de base incluant d'autres réparations.
- Les procédures de base incluant d'autres objectifs.

9.4.1 Procédures de base enlevant tout ou partie d'une partie du corps

Ce groupe de procédures de base comprend *Excision*, *Resection*, *Detachment*, *Destruction* et *Extraction*.

Le tableau 9.1 donne **une vue d'ensemble** de ces procédures de base, y compris l'objectif de la procédure, le site de la procédure, et un exemple de chaque procédure de base.

Procédure de base	Objectif	Site	Exemple
Excision	Exérèse sans remplacement	Partie d'une partie du corps	Tumorectomie
Resection	Exérèse sans remplacement	Totalité d'une partie du corps	Mastectomie totale
Detachment	Exérèse sans remplacement	Totalité/partie d'une extrémité	Amputation au-dessus du coude
Destruction	Éradication sans remplacement	Totalité/partie d'une partie du corps	Fulguration de l'endomètre
Extraction	Retrait sans remplacement	Totalité/partie d'une partie du corps	Aspiration, dilatation et curetage de l'utérus

TABLE 9.1 – Procédures de base enlevant tout ou partie d'une partie du corps

Les procédures de base *Excision*, *Resection en Detachment* :

- sont **similaires** en ce sens qu'ils enlèvent sans remplacement.
- sont **différentes** concernant le site et l'étendue de la procédure - une partie (*Excision*) ou la totalité (*Resection*) d'une partie du corps ou d'une extrémité (*Detachment*).

Excision versus résection

Excision est définie comme l'exérèse, sans remplacement, d'une **partie** d'une partie du corps, tandis que la *Resection* est l'exérèse, sans remplacement, de la **totalité** d'une partie du corps.

Cette distinction est un concept clé de l'ICD-10-PCS; la **totalité d'une partie du corps** est définie de façon unique dans l'ICD-10-PCS, et elle peut varier selon les organes.

Exemple

Une tumorectomie du sein est une *Excision*, tandis qu'une mastectomie totale est une *Resection*. Lorsque l'*Excision* est une biopsie, le qualificatif *Diagnostic* est utilisé.

L'ICD-10-PCS contient des valeurs pour les **subdivisions anatomiques d'une partie du corps**, comme les lobes des poumons ou du foie et les régions de l'intestin. *Resection* d'une partie spécifique du corps est codée chaque fois que la totalité de la partie du corps est enlevée; *Excision* d'une partie du corps moins spécifique n'est pas codée.

Il est important de revoir les valeurs de la partie du corps dans le tableau pour confirmer si la procédure doit être codée comme *Resection* ou *Excision*.

Exemple

Dans la figure 9.2 la colonne de la partie du corps montre des valeurs uniques pour *Liver, Liver, Right Lobe* en *Liver, Left Lobe*. L'exérèse de la totalité du lobe droit du foie est donc une *Resection* (exérèse de la totalité d'une partie du corps) car chaque lobe du foie est répertorié comme une partie du corps dans ce tableau.

Les informations complémentaires concernant la **technique anastomotique** utilisée pour compléter une procédure (par exemple, anastomose

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			
Code Description OFT Hepatobiliary System and Pancreas, Resection							
Body Part		Approach		Device		Qualifier	
<input type="radio"/> 0 Liver <input type="radio"/> 1 Liver, Right Lobe <input type="radio"/> 2 Liver, Left Lobe <input type="radio"/> 4 Gallbladder <input type="radio"/> 5 Hepatic Duct, Right <input type="radio"/> 6 Hepatic Duct, Left <input type="radio"/> 7 Hepatic Duct, Common <input type="radio"/> 8 Cystic Duct <input type="radio"/> 9 Common Bile Duct <input type="radio"/> C Ampulla of Vater <input type="radio"/> D Pancreatic Duct <input type="radio"/> F Pancreatic Duct, Accessory <input type="radio"/> G Pancreas		<input type="radio"/> 0 Open <input type="radio"/> 4 Percutaneous Endoscopic <input type="radio"/> 7 Via Natural or Artificial Opening <input type="radio"/> 8 Via Natural or Artificial Opening Endoscopic		<input checked="" type="radio"/> Z No Device		<input checked="" type="radio"/> Z No Qualifier	

FIGURE 9.2 – Exemple d'un tableau ICD-10-PCS pour la procédure de base *Resection*

termino-terminale ou latéro-terminale après une colectomie) ne sont pas spécifiées dans l'ICD-10-PCS. Seul le code spécifique d'excision ou de résection est attribué.

Les chirurgiens peuvent documenter des termes tels que *résection radicale* ou *excision radicale*. Il convient d'être prudent lors du codage de telles procédures, car le terme *radical* peut avoir différentes significations selon la procédure, et le terme n'est pas toujours une information fiable pour le codage de la procédure. Le codeur doit plutôt être guidé par les informations contenues dans le **rapport opératoire**.

Chaque organe ou structure sur lequel une procédure de base *Excision* ou *Resection* est effectuée et pour lequel il existe une partie du corps distinctement définie **doit être codé séparément**.

La directive B3.2a de l'ICD-10-PCS stipule que si, au cours de la même séance opératoire, la même procédure de base est répétée sur différentes parties du corps qui sont définies par des valeurs distinctes du caractère de la partie du corps, de multiples procédures doivent être codées.

Excision pour greffe

Pour les procédures impliquant le **prélèvement de tissu pour greffe**, la directive suivante s'applique : Si une autogreffe est prélevée à partir d'un site de procédure différent afin de compléter l'objectif de la procédure, une procédure distincte est codée, sauf si la valeur du qualificatif du tableau ICD-10-PCS précise entièrement le site à partir duquel l'autogreffe a été prélevé.

Exemples

- Pour un pontage coronarien avec excision d'une greffe de la veine saphène, l'excision de la veine saphène est codée séparément parce qu'il n'existe pas de qualificatif pour spécifier la veine saphène comme site de prélèvement de l'autogreffe.

- Par contre, pour une reconstruction mammaire par un lambeau DIEP (*Deep Inferior Epigastric artery Perforator flap*), il existe un qualificatif pour 7 *Deep Inferior Epigastric Artery Perforator Flap* dans le tableau *Replacement* ; par conséquent, l'excision du lambeau DIEP n'est pas codée séparément.

Amputation, destruction et extraction

La procédure de base *Detachment* est utilisée exclusivement pour les amputations d'extrémités à tous les niveaux.

Pour la procédure de base *Detachment*, la valeur de la partie du corps est le site du détachement, avec un qualificatif pour préciser davantage le niveau de l'amputation, le cas échéant.

Les procédures de base *Destruction* en *Extraction* ont en commun le site de la procédure - une partie ou la totalité d'une partie du corps.

La procédure de base *Destruction* est définie comme l'éradication physique de tout ou partie d'une partie du corps par l'utilisation directe d'énergie, de force ou d'un agent destructeur. Lors d'une *Destruction*, aucune partie du corps n'est physiquement enlevée.

Exemples

Des exemples de la procédure de base *Destruction* sont la fulguration, l'ablation, la cautérisation et la cryoablation.

La procédure de base *Extraction* consiste à arracher ou à retirer tout ou partie d'une partie du corps par l'usage de la force.

Lorsque une procédure d'extraction est une **biopsie**, le qualificatif *Diagnostic* est utilisé.

Exemples

Des exemples de la procédure de base *Extraction* sont la dilatation et le curetage, le stripping veineux, la biopsie non excisionnelle et la dermabrasion.

9.4.2 Procédures de base enlevant des solides, des fluides ou des gaz d'une partie du corps

Le groupe suivant de procédures de base comprend *Drainage*, *Extirpation* et *Fragmentation*.

Ces procédures de base ont en commun le site de procédure, à savoir à l'intérieur une partie du corps.

Le tableau 9.2 donne une vue d'ensemble de ces procédures de base, y compris l'objectif de la procédure, le site de la procédure et un exemple.

Procédure de base	Objectif	Site	Exemple
Drainage	Oter des liquides ou des gaz	À l'intérieur d'une partie du corps	Incision et drainage
Extirpation	Oter une matière solide	À l'intérieur d'une partie du corps	Thrombectomie
Fragmentation	Briser une matière solide en morceaux	À l'intérieur d'une partie du corps	Lithotripsie

TABLE 9.2 – Procédures de base enlevant des solides, des fluides ou des gaz d'une partie du corps

Les **différences** entre ces trois procédures de base sont les suivantes :

- *Drainage* prend ou laisse sortir les fluides ou les gaz.
- *Extirpation* enlève de la matière solide d'une partie du corps.
- *Fragmentation* brise la matière solide en morceaux.

la procédure de base *Drainage* s'applique à la fois aux **procédures de drainage diagnostique et thérapeutique**.

Le **qualificatif *Diagnostic*** est utilisé pour identifier les procédures de base *Extraction* ou *Drainage* qui sont des **biopsies**.

Notez que...

Une procédure séparée pour mettre en place un dispositif de drainage est codée avec la procédure de base **Drainage** et la valeur de dispositif *Drainage Device*.

Pour la procédure de base *Extirpation*, la **matière solide** :

- peut être un sous-produit anormal d'une fonction biologique ou un corps étranger.
- peut être intégrée dans une partie du corps ou dans la lumière d'une partie tubulaire du corps.
- peut ou non avoir été préalablement brisée en morceaux.

Pour la procédure de base *Fragmentation*, une **force physique** (par exemple, manuelle, ultrasonique) appliquée directement ou indirectement est utilisée **pour briser la matière solide en morceaux**. La matière solide peut être un sous-produit anormal d'une fonction biologique ou un corps étranger.

Si les procédures de base *Extirpation* et *Fragmentation* peuvent sembler étroitement liées, **la différence essentielle est que dans le cas de la *Fragmentation*, les morceaux de matière solide ne sont pas ôtés**.

Procédures de base n'impliquant que la section ou la séparation

Ce groupe de procédures de base est composé de **deux procédures de base** : *Division en Release*.

Le tableau 9.3 donne une vue d'ensemble de ces procédures de base, y compris l'objectif et le site de la procédure et un exemple.

Procédure de base	Objectif	Site	Exemple
Division	Couper ou diviser une partie du corps	À l'intérieur d'une partie du corps	Neurotomie
Release	Libérer la partie du corps d'une contrainte	Autour d'une partie du corps	Lyse d'adhérences

TABLE 9.3 – Procédures de base n'impliquant que la section ou la séparation

La procédure de base *Division* :

- consiste à couper/séparer une partie du corps.
- est effectuée à l'intérieur d'une partie du corps.
- sépare la totalité ou une partie de la partie du corps en deux ou plusieurs parties.

Exemples

La neurotomie, la chordotomie spinale et l'ostéotomie sont des exemples de la procédure de base *Division*.

La procédure de base *Release* :

- consiste à libérer une partie du corps d'une contrainte physique anormale.
- se situe autour d'une partie du corps.
- peut retirer une partie du tissu contraignant, mais ne retire aucune partie du corps. La valeur de la partie du corps codée est la partie du corps qui est libérée, et non le tissu qui est manipulé ou coupé pour libérer la partie du corps.

Exemple

Un exemple est la lyse des adhérences intestinales ; la valeur codée doit être la valeur spécifique de la partie du corps de l'intestin.

***Release* versus *Division* :**

- **Si le seul objectif de la procédure est de libérer une partie du corps sans la couper**, cette procédure doit être codée avec la procédure de base *Release*.
 - Un exemple est la libération d'une racine nerveuse du tissu cicatriciel environnant sans section du nerf.
- **Si le seul objectif de la procédure est de séparer ou dissocier une partie du corps**, cette procédure doit être codée avec la procédure de base *Division*.
 - Un exemple est la section d'une racine nerveuse pour diminuer la douleur.

9.4.3 Procédures de base visant à insérer, remettre en place ou déplacer tout ou partie d'une partie du corps

Le groupe suivant de procédures de base comprend *Transplantation*, *Reattachment*, *Transfer en Reposition*.

Le tableau 9.4 donne un **vue d'ensemble** de ces procédures de base, y compris l'objectif, le site et un exemple.

la **procédure de base *Transplantation*** est définie comme la mise en place d'une partie du corps viable prélevée sur un autre individu ou animal pour prendre physiquement la place et/ou la fonction de tout ou partie d'une partie du corps similaire.

Procédure de base	Objectif	Site	Exemple
Transplantation	Insérer une partie de corps viable d'un donneur humain/animal	Totalité/partie d'une partie du corps	Transplantation rénale
Reattachement	Remettre en place une partie du corps détachée	Totalité/partie d'une partie du corps	Rattachement de doigt
Transfer	Déplacer une partie du corps pour remplacer la fonction d'une partie du corps similaire	Totalité/partie d'une partie du corps	Transfert de greffe cutanée
Reposition	Remettre en place une partie du corps à sa place normale ou à une autre place adéquate	Totalité/partie d'une partie du corps	Remise en place d'un testicule non descendu

TABLE 9.4 – Procédures de base visant à insérer, remettre en place ou déplacer tout ou partie d'une partie du corps

La **partie du corps native** peut être retirée ou non, et la **partie du corps transplantée** peut reprendre tout ou partie de la fonction de la partie du corps native.

Exemples

Les exemples de la procédure de base *Transplantation* incluent les greffes d'organes telles que les greffes de foie ou de rein.

Notez que...

Une procédure dans laquelle des cellules autologues ou non autologues sont administrées est codée dans la section *Administration* (plutôt que dans la section *Medical and Surgical*), même si la procédure peut être documentée comme une transplantation - par exemple, une *transplantation de cellules souches*.

La **procédure de base Reattachement** consiste à remettre en place, tout ou partie d'une partie du corps séparée (détachée) à son emplacement normal ou à un autre emplacement approprié. La circulation vasculaire et les voies du système nerveux peuvent être rétablies ou non.

Exemple

Des exemples de cette procédure de base sont le rattachement des doigts ou de la main.

La **procédure de base Transfer** :

- consiste à déplacer, sans l'enlever, tout ou partie d'une partie du corps vers un autre endroit pour reprendre la fonction de tout ou partie d'une partie du corps.
- concerne une partie du corps transférée qui conserve ses pédicules vasculo-nerveux.
- contient des qualificatifs qui peuvent être utilisés pour préciser quand un lambeau pédiculé est composé de plus d'une couche de tissu, comme un lambeau musculo-cutané pédiculé.

Exemples

Le transfert de tendon et le transfert de lambeau pédiculé cutané en sont des exemples de la procédure de base *Transfer*.

Pour les procédures impliquant le transfert de couches tissulaires multiples, y compris la peau, le tissu sous-cutané, le fascia ou le muscle, **la procédure est codée avec la partie du corps qui indique la couche tissulaire la plus profonde du lambeau**, et le qualificatif peut être utilisé pour spécifier la ou les autres couches tissulaires du lambeau de transfert.

Exemple

Par exemple, un transfert de lambeau musculo-cutané est codé avec la partie du corps appropriée dans le système anatomique *Muscles*, et le qualificatif est utilisé pour spécifier la ou les autres couches de tissu dans le lambeau transféré.

La **procédure de base *Reposition*** se réfère au déplacement d'une partie du corps à son emplacement normal ou à un autre emplacement approprié.

La procédures de base *Transfer* versus *Reposition* :

- Les procédures de base impliquent toutes deux le déplacement d'une partie du corps.
- La procédure de base *Transfer* est effectuée dans le but que la partie du corps prenne en charge ou remplace la fonction d'une partie du corps.
- La procédure de base *Reposition* consiste à déplacer une partie du corps à l'endroit où elle devrait normalement se trouver ou à un autre endroit approprié.

Exemples

Des exemples de procédures de repositionnement sont le repositionnement d'un testicule non descendu et la réduction d'une fracture déplacée.

9.4.4 Procédures de base visant à modifier le diamètre ou le trajet d'une partie tubulaire du corps

Quatre procédures de base sont effectuées pour modifier le diamètre ou le trajet d'une partie tubulaire du corps : *Restriction*, *Occlusion*, *Dilation* et *Bypass*.

Les **parties tubulaires du corps** sont définies dans l'ICD-10-PCS comme les parties tubulaires du corps permettant une voie de passage pour les solides, les liquides ou les gaz. Elles comprennent le système cardiovasculaire et les parties du corps situées dans les voies gastro-intestinales, génito-urinaires, biliaires et respiratoires.

Le tableau 9.5 donne une **vue d'ensemble** de ces procédures de base, y compris l'objectif, le site et un exemple.

Procédure de base	Objectif	Site	Exemple
Restriction	Fermeture partielle d'orifice/lumière	Partie de corps tubulaire	Fundoplicature gastro-oesophagienne
Occlusion	Fermeture totale d'orifice/lumière	Partie de corps tubulaire	Ligature de trompe
Dilatation	Élargissement d'orifice/lumière	Partie de corps tubulaire	Angioplastie coronaire transluminale percutanée
Bypass	Modification du trajet d'un passage	Partie de corps tubulaire	Pontage coronaire

TABLE 9.5 – Procédures de base visant à modifier le diamètre ou le trajet d'une partie tubulaire du corps

La procédure de base *Restriction* versus *Occlusion* :

- L'objectif de la procédure de base *Restriction* est de fermer **partiellement**, ou de rétrécir, le diamètre d'un orifice ou d'une lumière.
- L'objectif de la procédure de base *Occlusion* est de fermer **complètement** un orifice ou une lumière.
- Les deux procédures de base comprennent des méthodes intraluminales et extraluminales.

L'**orifice** peut être un orifice naturel ou un orifice créé artificiellement.

Exemple

Un exemple de restriction est la fundoplication gastro-œsophagienne. Dans cette procédure, la partie supérieure de l'estomac est enroulée autour du sphincter œsophagien inférieur pour renforcer le sphincter, prévenir le reflux d'acide gastrique et réparer une hernie hiatale. Essentiellement, la procédure ferme partiellement la valve entre l'œsophage et l'estomac (sphincter œsophagien inférieur), ce qui empêche l'acide gastrique de remonter facilement dans l'œsophage.

Exemple

Un exemple de la procédure de base *Occlusion* est la ligature des trompes de Fallope où les trompes sont clippées ou bloquées. Le but de cette procédure est de fermer complètement la trompe de Fallope afin d'empêcher une grossesse.

La procédure de base *Dilatation* :

- a pour objectif d'étendre, ou d'élargir, le diamètre de l'orifice ou de la lumière d'une partie tubulaire du corps.
- concerne un orifice naturel aussi bien qu'un orifice créé artificiellement.
- peut inclure des méthodes intraluminales ou extraluminales.

Exemple

Une angioplastie transluminale percutanée est réalisée pour élargir la lumière de vaisseaux coronaires étroits afin d'améliorer la circulation sanguine.

La procédure de base *Bypass*²

- a pour objectif de modifier la voie de passage du contenu d'une partie tubulaire du corps.
- peut consister à réacheminer le contenu d'une partie du corps vers une zone en aval de la voie normale, vers une voie et une partie du corps similaires, ou vers une voie anormale et une partie du corps différente.
- comprend une ou plusieurs anastomoses, avec ou sans l'utilisation d'un dispositif.
- est codée en identifiant la partie du corps contournée depuis et la partie du corps contournée vers.

2: D'autres directives spécifiques aux procédures de pontage sont traitées dans ce manuel au chapitre 19 et au chapitre 27.

Exemple

Un exemple d'une procédure de base *Bypass* est le pontage aorto-coronarien par lequel le flux sanguin est redirigé par une nouvelle artère ou veine greffée autour des sections malades des artères coronaires pour augmenter le flux sanguin vers le muscle cardiaque.

9.4.5 Procédures de base impliquant toujours un dispositif

Le groupe suivant comprend six **procédures de base qui impliquent toujours un dispositif** : *Insertion, Remplacement, Supplément, Change, Removal et Revision*.

Le tableau 9.6 donne une **vue d'ensemble** de ces procédures de base, y compris l'objectif, le site et un exemple.

Procédure de base	Objectif	Site	Exemple
Insertion	Introduire un dispositif non biologique	Dans ou sur une partie du corps	Insertion d'un cathéter central
Remplacement	Introduire un dispositif qui remplace une partie du corps	Totalité/partie d'une partie du corps	Remplacement total de hanche
Supplément	Introduire un dispositif qui renforce ou améliore la fonction d'une partie du corps	Dans ou sur une partie du corps	Herniorraphie de la paroi abdominale avec mise en place de filet
Change	Echanger un dispositif sans incision ou ponction	Dans ou sur une partie du corps	Changement de tube de drainage
Removal	Ôter un dispositif	Dans ou sur une partie du corps	Enlèvement d'un cathéter central
Revision	Corriger un dispositif dysfonctionnant ou déplacé	Dans ou sur une partie du corps	Révision d'une électrode de pacemaker

TABLE 9.6 – Procédures de base impliquant toujours un dispositif

La procédure de base *Insertion* :

- a comme objectif d'introduire un dispositif non biologique qui surveille, assiste, exécute ou prévient une fonction physiologique mais ne prend pas physiquement la place d'une partie du corps.
- représente les procédures dont le seul objectif est de mettre en place un dispositif sans rien faire d'autre à la partie du corps.

Exemples

Les exemples de la procédure de base *Insertion* incluent l'insertion d'un implant radioactif et l'insertion d'un cathéter veineux central.

La procédure de base *Remplacement* :

- a comme objectif d'introduire un dispositif (matériel biologique ou synthétique) qui prend la place de tout ou partie d'une partie du corps.
 - La partie du corps peut avoir été précédemment enlevée ou remplacée, ou elle peut être enlevée, physiquement éradiquée ou rendue non fonctionnelle au cours de la procédure de base *Remplacement*.

Exemples

Les exemples de la procédure de base *Remplacement* incluent le remplacement de la hanche, la greffe osseuse et la greffe de peau libre.

Notez que...

L'excision ou la résection est considérée comme faisant partie intégrante et comme préparant de la procédure de remplacement.

Exemple

Par exemple, la résection d'une articulation de la hanche dans le cadre d'une procédure de remplacement d'une articulation est préparatoire à l'insertion de la prothèse articulaire et la résection n'est pas codée séparément.

La procédure de base *Supplément* :

- a comme objectif d'introduire un dispositif (matériel biologique ou synthétique) qui renforce physiquement et/ou augmente la fonction d'une partie du corps.
 - Le matériel biologique peut être non vivant ou vivant, et peut provenir du patient, d'une autre personne ou d'un animal.
 - La partie du corps peut avoir été remplacée auparavant, et la procédure de base *Supplément* est effectuée pour renforcer physiquement et/ou augmenter la fonction de la partie du corps remplacée.

Exemples

Parmi les exemples courants de la procédure de base *Supplément*, figurent la réparation d'une hernie à l'aide d'un filet et l'annuloplastie de la valve mitrale.

La procédure de base *Change* :

- implique des procédures dans lesquelles des dispositifs similaires sont échangés sans incision ou ponction de la peau ou de la muqueuse.

- est toujours codée avec la voie d'abord *External*.

Exemples

Exemples de la procédure de base *Change* sont le changement de cathéter urinaire et le changement de tube de gastrostomie.

La procédure de base *Removal* :

- concerne les procédures visant à ôter, ou à enlever, un dispositif d'une partie du corps.
- ne peut pas être codée lorsqu'elle fait partie intégrante d'une autre procédure de base.
 - Par exemple, si un dispositif est ôté et qu'un dispositif similaire est mis en place sans incision ou ponction de la peau ou de la muqueuse, la procédure de base est *Change*, et *Removal* n'est pas codé séparément.

Exemples

Des exemples de la procédure de base *Removal* comprennent l'enlèvement d'un tube de drainage et l'enlèvement d'un dispositif de fixation externe.

La procédure de base *Revision* :

- s'applique aux procédures dont l'objectif est de corriger, dans la mesure du possible, la position ou la fonction d'un dispositif précédemment placé sans enlever tout le dispositif et mettre un nouveau dispositif à sa place.
- peut inclure l'enlèvement et/ou la mise en place d'une partie du dispositif; dans ce cas, l'enlèvement de l'ancien dispositif n'est pas codée séparément avec la procédure de base *Removal*.
- n'est pas codée lorsqu'une procédure est complètement refaite. Dans ce cas la procédure de base de la procédure qui est refaite est codée.

Exemples

Des exemples de la procédure de base *Revision* incluent l'ajustement des électrodes d'un pacemaker et la recimentage d'une prothèse de hanche.

Notez que...

Pour les procédures de base *Change*, *Removal* en *Revision*, les valeurs générales des parties du corps sont utilisées lorsque la valeur spécifique de la partie du corps ne figure pas dans le tableau.

Certaines procédures sont effectuées sur le dispositif uniquement, et non sur une partie du corps. Dans de tels cas, ces procédures sont codées avec les procédures de base *Change*, *Irrigation*, *Removal* en *Revision*.

Exemples

Exemples de procédures qui sont effectuées sur le dispositif uniquement sont l'irrigation d'une sonde de gastrostomie et le remplacement d'une batterie d'un pacemaker.

9.5 Procédures de base n'impliquant qu'un examen

Deux procédures de base impliquent l'examen d'une partie du corps : *Inspection en Map*.

Le tableau 9.7 donne une **vue d'ensemble** de ces procédures de base, y compris l'objectif, le site et un exemple.

Procédure de base	Objectif	Site	Exemple
Inspection	Exploration manuelle/visuelle	Totalité/partie d'une partie du corps	Cystoscopie diagnostique
Map	Localisation des flux électriques/zones fonctionnelles	Mécanismes de conduction cardiaques ou cérébraux	Étude de l'électrophysiologie cardiaque

TABLE 9.7 – Procédures de base n'impliquant qu'un examen

La procédure de base *Inspection* :

- a comme objectif l'exploration visuelle ou manuelle de tout ou partie d'une partie du corps.
- peut effectuer une exploration visuelle avec ou sans instrumentation optique.
- peut effectuer une exploration manuelle directement ou à travers des couches tissulaires.

Exemples

Exemples de la procédure de base *Inspection* sont l'arthroscopie diagnostique et la laparotomie exploratoire.

Trois directives importantes s'appliquent à la procédure de base *Inspection* :

- **L'inspection d'une ou de plusieurs parties du corps effectuée en vue d'atteindre l'objectif d'une procédure n'est pas codée séparément.**
 - Par exemple, une bronchoscopie à fibres optiques (qui est la procédure d'inspection du poumon) est effectuée pour irriguer la bronche. La procédure de base *Inspection* n'est pas codée car l'objectif de la procédure n'est pas d'explorer visuellement la bronche mais de réaliser l'irrigation.
- **Si plusieurs parties du corps tubulaires sont inspectées, la partie du corps la plus distale (la partie du corps la plus éloignée du point de départ de l'inspection) est codée. Si plusieurs parties du corps non tubulaires d'une région sont inspectées, la partie du corps qui spécifie la totalité de la région inspectée est codée.**

- Par exemple, dans une cysto-uréthroscopie, la vessie et les uretères sont examinés à l'aide d'un cystoscope inséré dans l'urètre. La partie du corps la plus distale (ou la plus éloignée) dans cette situation est l'uretère, la partie du corps *Ureter* est donc sélectionnée.
- Un exemple d'inspection de plusieurs parties du corps non tubulaires dans une région est une laparotomie exploratoire au cours de laquelle le contenu abdominal est inspecté. Dans ce cas, la valeur de la partie du corps est *Peritoneal Cavity* car cette partie du corps spécifie la totalité de la zone inspectée.
- **Lorsqu'une procédure d'inspection et une autre procédure sont effectuées sur la même partie du corps au cours du même épisode procédural, la procédure de base *Inspection* est codée séparément si la procédure d'inspection est effectuée en utilisant une voie d'abord différente de celle de l'autre procédure.**
 - Par exemple, si une inspection endoscopique du duodénum et une excision ouverte du duodénum sont effectuées au cours du même épisode procédural, les deux procédures seront codées séparément.

La procédure de base *Map* :

- doit être utilisée si l'objectif de l'examen est de localiser des impulsions électriques ou des zones fonctionnelles dans une partie du corps.
- a une applicabilité qui est limitée au mécanisme de conduction cardiaque et au système nerveux central.

Exemples

Les exemples de la procédure de base *Map* incluent l'étude électrophysiologique cardiaque, le cathétérisme cardiaque avec cartographie cardiaque, la cartographie percutanée des ganglions de la base, ou la cartographie peropératoire du cerveau entier par craniotomie.

9.5.1 Procédures de base incluant d'autres réparations

Ce groupe comprend deux procédures de base : *Control en Repair*.

Le tableau 9.8 donne une **vue d'ensemble** de ces procédures de base, y compris l'objectif, le site et un exemple.

Procédure de base	Objectif	Site	Exemple
Control	Arrêt ou essai d'arrêt d'hémorragie postopératoire ou autre saignement aigu	Région anatomique	Contrôle d'hémorragie après prostatectomie
Repair	Restaurer une partie du corps dans sa structure normale	Totalité/partie d'une partie du corps	Suture de lacération

TABLE 9.8 – Procédures de base incluant d'autres réparations

La procédure de base *Control* :

- décrit l'arrêt ou la tentative d'arrêt d'une hémorragie post-procédurale ou d'une autre hémorragie aiguë.
- comprend l'irrigation ou l'évacuation de l'hématome au niveau du site opératoire.

- code le site de l'hémorragie en fonction du système anatomique *Anatomical Regions, General* et non d'une partie spécifique du corps.

Exemples

Des exemples de la procédure de base *Control* sont le contrôle de l'hémorragie après une prostatectomie et le contrôle de l'hémorragie après une adénoïdectomie.

Notez que...

La procédure de base *Control* ne peut pas être codée si une tentative d'arrêter l'hémorragie post-procédurale ou autre hémorragie aiguë a échoué.

Si l'arrêt de l'hémorragie nécessite la réalisation d'une procédure de base plus définitive telle que *Bypass, Detachment, Excision, Extraction, Reposition, Replacement, ou Resection*, la procédure de base plus définitive est codée au lieu de *Control*.

Les prestataires de soins peuvent faire référence à des interventions pour **contrôler les hémorragies dans d'autres situations**. Dans ce cas il faut examiner la procédure effectuée afin de sélectionner le code approprié.

Exemples

- Une procédure visant à contrôler les hémorragies d'ulcères duodénaux à l'aide de clips sur les vaisseaux du duodénum est codée en tant que *Control* du duodénum plutôt que d'une partie de corps du système vasculaire.
- Le contrôle de l'épistaxis à l'aide de nitrate d'argent ou de sutures placées pour entourer un petit vaisseau artériel hémorragique rompu du naris droit est codé **093K7ZZ, contrôle des hémorragies de la muqueuse nasale et des tissus mous, par orifice naturel ou artificiel**.

La procédure de base *Repair* :

- représente un large éventail d'interventions visant à rétablir, dans la mesure du possible, la structure anatomique et la fonction normales d'une partie du corps.
- n'est utilisée que lorsque l'intervention réalisée ne répond pas à la définition de l'une des autres procédures de base.

Exemple

Des exemples de la procédure de base *Repair* sont l'herniorrhaphie et la suture d'une lacération.

La plupart des organes et des tissus du corps sont vasculaires et, en tant que tels, ils saignent lors d'une incision ou une érosion. **La réparation d'une incision ou d'une érosion d'une partie du corps** est codée avec cette partie du corps, plutôt qu'avec une partie du corps du système vasculaire.

9.6 Procédures de base incluant d'autres objectifs

Le dernier groupe de procédures de base est constitué des **procédures qui incluent d'autres objectifs non compris dans les groupes précédents**. Ce groupe comprend les procédures de base *Fusion*, *Alteration en Creation*.

Le tableau 9.9 donne une **vue d'ensemble** de ces procédures de base, y compris l'objectif, le site et un exemple.

Procédure de base	Objectif	Site	Exemple
Fusion	Rendre une articulation immobile	Articulation	Arthrodèse vertébrale
Alteration	Modifier une partie du corps pour des raisons esthétiques sans en modifier le fonctionnement	Totalité/partie d'une partie du corps	Lifting facial
Creation	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

TABLE 9.9 – Procédures de base incluant d'autres objectifs

La procédure de base *Fusion* :

- consiste à réunir des parties d'une partie du corps articulaire, ce qui rend la partie du corps articulaire immobile.
- peut être réalisée par un dispositif de fixation, une greffe osseuse ou d'autres moyens.

Exemple

L'exemple le plus courant de la procédure de base *Fusion* est l'arthrodèse vertébrale.

Des directives spécifiques relatives au codage de l'arthrodèse vertébrale sont traitées en détail dans le chapitre 22 de ce manuel.

La procédure de base *Alteration* :

- est codée pour toutes les procédures effectuées uniquement pour améliorer l'apparence.
- se réfère à la modification d'une partie du corps à des fins esthétiques sans affecter la fonction de la partie du corps.
- inclue le codage de toutes les méthodes, voies d'abord et dispositifs utilisés dans le but d'améliorer l'apparence.

Notez que...

Le codage de la procédure de base *Alteration* nécessite une confirmation diagnostique que la procédure a été effectuée pour améliorer l'apparence.

Exemples

Les exemples de la procédure de base *Alteration* incluent le lifting facial et l'augmentation mammaire.

La procédure de base *Creation* est définie comme *l'introduction ou la mise en place du matériau biologique ou synthétique pour former une nouvelle partie du corps qui, dans la mesure du possible, reproduit la structure anatomique ou la fonction d'une partie du corps absente.*

Exemples

Les exemples de la procédure de base *Creation* incluent :

- la création d'un vagin chez un patient masculin
- la création d'un pénis chez un patient féminin
- la création d'une valve aortique à partir d'une valve tronculaire à l'aide de tissu zooplastique chez un enfant atteint de truncus arteriosus (une condition dans laquelle l'aorte et le tronc pulmonaire sont fusionnés en un seul grand vaisseau).

En résumé, l'ICD-10-PCS exige la maîtrise des 31 procédures de base de la Section Médicale et Chirurgicale comme clé pour sélectionner les codes appropriés.

Ces concepts sont appliqués dans les chapitres suivants de ce manuel, lorsque les procédures les plus fréquentes de chaque système anatomique sont abordées.

Procédures ICD-10-PCS des sections médico-chirurgicales apparentées, auxiliaires et de nouvelles technologie

10

Aperçu

- L'ICD-10-PCS fournit des codes pour les **procédures médico-chirurgicales apparentées, les procédures auxiliaires et les nouvelles technologies** en plus de la section médicale et chirurgicale.
- Les **procédures médico-chirurgicales apparentées** comprennent **neuf sections** :
 - *Obstetrics* pour les procédures obstétricales
 - *Placement*
 - *Administration* pour l'administration de substances
 - *Measurement and Monitoring* pour la mesure et la surveillance des fonctions corporelles
 - *Extracorporeal or Systemic Assistance and Performance*
 - *Extracorporeal or Systemic Therapies*
 - *Osteopathic*
 - *Other Procedures*
 - *Chiropractic*
- Les **procédures auxiliaires** comprennent **six sections** :
 - *Imaging* pour des procédures d'imagerie médicale
 - *Nuclear Medicine* pour la médecine nucléaire
 - *Radiation Therapy* pour la radiothérapie
 - *Physical Rehabilitation and Diagnostic Audiology* pour la réadaptation physique et l'audiologie diagnostique
 - *Mental Health* pour les procédures concernant la santé mentale
 - *Substance Abuse Treatment* pour le traitement d'abus de substances
- La **section *New Technology*** :
 - contient des codes qui identifient de manière unique les procédures de nouvelles technologies qui ne sont pas actuellement classées ailleurs dans la ICD-10-PCS.
 - peut inclure des codes pour des procédures médicales et chirurgicales, des procédures médico-chirurgicales apparentées, des procédures auxiliaires ou des perfusions de médicaments de nouvelle technologie.

10.1 Introduction	116
10.2 Procédures médico-chirurgicales apparentées	116
La section <i>Placement</i>	116
La section <i>Administration</i>	118
La section <i>Measurement and Monitoring</i>	119
La section <i>Extracorporeal or Systemic Assistance and Performance</i>	120
La section <i>Extracorporeal or Systemic Therapies</i>	121
La section <i>Osteopathic</i>	123
La section <i>Other Procedures</i>	123
La section <i>Chiropractic</i>	124
10.3 Procédures auxiliaires	125
La section <i>Imaging</i>	125
La section <i>Nuclear Medicine</i>	126
La section <i>Radiation Therapy</i>	126
La section <i>Physical Rehabilitation and Diagnostic Audiology</i>	128
10.4 La section <i>New Technology</i>	130

Objectifs

Les objectifs de ce chapitre sont :

- Identifier les objectifs de chaque procédure de base.
- Distinguer les différentes procédures de base des sections médico-chirurgicales apparentées.
- Expliquer des directives générales applicables aux procédures

de base.

- Attribuer correctement les codes pour les services auxiliaires.
- Comprendre la structure des codes pour les nouvelles technologies.

10.1 Introduction

Le chapitre précédent présente la **Section Médicale et Chirurgicale** de l'ICD-10-PCS, où sont classées la majorité des procédures.

En plus de la Section Médicale et Chirurgicale, l'ICD-10-PCS comporte des sections pour **les procédures médico-chirurgicales apparentées, les procédures auxiliaires et les nouvelles technologies**, qui sont traitées dans ce chapitre.

10.2 Procédures médico-chirurgicales apparentées

Les **procédures médico-chirurgicales apparentées** comprennent **neuf sections** (voir figure 10.1) :

- *Obstetrics* pour les procédures obstétricales¹
- *Placement*
- *Administration* pour l'administration de substances
- *Measurement and Monitoring* pour la mesure et la surveillance des fonctions corporelles
- *Extracorporeal or Systemic Assistance and Performance*
- *Extracorporeal or Systemic Therapies*
- *Osteopathic*
- *Other Procedures*
- *Chiropractic*

1: Les procédures obstétriques (*1 Obstetrics*) sont traitées en détail dans le chapitre 23 de ce manuel

10.2.1 La section *Placement*

Les codes de la **section *Placement*** suivent les **mêmes conventions** que celles utilisées dans la Section Médicale et Chirurgicale.

Les sept caractères conservent la même signification dans les deux sections, comme le montre la figure 10.2.

Les **procédures de base** de la section *Placement* sont **différentes** de celles de la Section Médicale et Chirurgicale.

Les procédures de base de la section *Placement* ne comprennent que des procédures qui sont effectuées **sans incision ni ponction**.

Il y a **deux systèmes anatomiques** dans cette section :

- *Y Anatomical Orifices*
- *W Anatomical Regions*

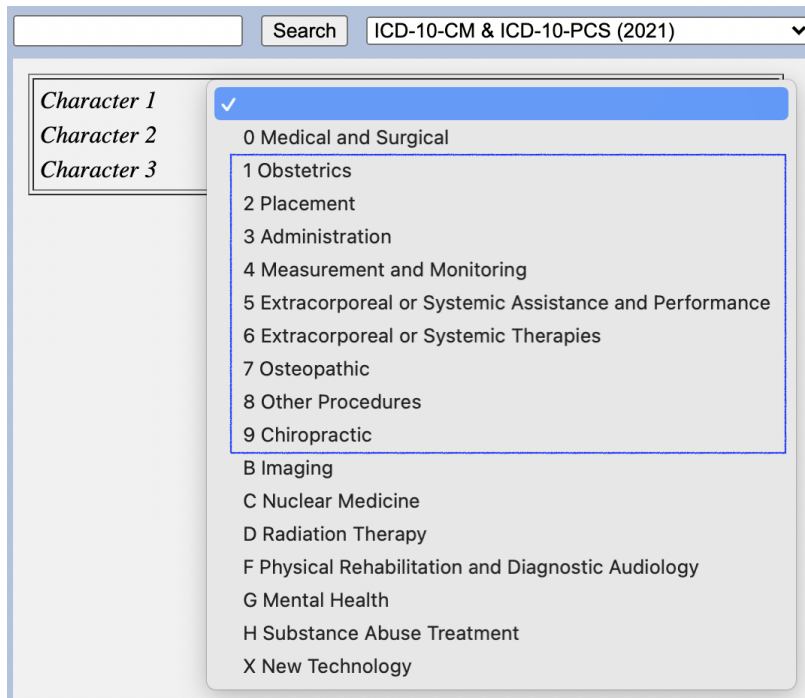


FIGURE 10.1 – Les neuf sections des procédures médico-chirurgicales apparentées

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 (Character 4)	Approach (Character 5)	Device (Character 6)	Qualifier (Character 7)
0 Liver	0 Open	Z No Device	Z No Qualifier
1 Liver, Right Lobe	4 Percutaneous Endoscopic		
2 Liver, Left Lobe			
4 Gallbladder			
G Pancreas			
5 Hepatic Duct, Right	0 Open	Z No Device	Z No Qualifier
6 Hepatic Duct, Left	4 Percutaneous Endoscopic		
7 Hepatic Duct, Common	7 Via Natural or Artificial Opening		
8 Cystic Duct	8 Via Natural or Artificial Opening Endoscopic		
9 Common Bile Duct			
C Ampulla of Vater			
D Pancreatic Duct			
F Pancreatic Duct, Accessory			

FIGURE 10.2 – Signification des sept caractères d'un code dans la section *Placement*

En outre, il existe deux **régions anatomiques** (quatrième caractère) :

- Les régions anatomiques externes (par exemple, la paroi abdominale).
- Les orifices naturels (par exemple, l'oreille).

A quelques exceptions près, des codes de la section *Placement* ne sont pas codés pour les séjours hospitaliers.

Le tableau 10.1 donne un **aperçu** des procédures de base (troisième caractère) de la section *Placement* avec leurs valeurs et définitions correspondantes.

- Les procédures de base *Change* et *Removal* sont communes à d'autres sections.
- Les cinq autres procédures de base sont uniques à la section *Placement*.

Le caractère *Device* de cette section précise **un matériau ou un dispositif** (par exemple, attelle, appareil de traction, bandage) et incluent les plâtres pour les fractures et les luxations.

Valeur	Procédure de base	Définition
0	Change	Enlèvement d'un dispositif d'une région anatomique et remise en place d'un dispositif identique ou similaire dans ou sur la même région anatomique sans incision ou ponction cutanée ou muqueuse.
1	Compression	Appliquer une pression sur une région anatomique.
2	Dressing	Mettre un matériel de protection sur une région anatomique.
3	Immobilisation	Limiter ou empêcher la mobilité d'une région anatomique.
4	Packing	Placer du matériel dans une région anatomique ou un orifice.
5	Removal	Enlever un dispositif d'une région anatomique.
6	Traction	Exercer sur une région anatomique une force de traction dans un direction distale.

TABLE 10.1 – Procédures de base dans la section Placement

Lorsque la mise en place de dispositifs nécessite une conception, une fabrication ou un ajustement importants, l'ICD-10-PCS classe ces procédures dans la section *Rehabilitation*.

Les dispositifs classés dans la section *Placement* sont des **dispositifs prêt à l'emploi**.

Exemples

- **2W0CX2Z**, Changement de plâtre de l'avant-bras droit
- **2W13X6Z**, Application d'un pansement de compression sur la paroi abdominale
- **2W2EX4Z**, Application d'un pansement sur la main droite
- **2W30XYZ**, Placement d'appareil stéréotaxique à la tête
- **2W50XYZ**, Ablation d'appareil stéréotaxique de la tête
- **2W62X0Z**, Traction cervicale à l'aide d'un appareil de traction

Il faut être prudent avec la procédure de base *Immobilisation* parce que l'ICD-10-PCS classe plusieurs procédures à consonance similaire dans des sections différentes en fonction du **milieu** où la procédure est effectuée.

Lorsque l'attelle et l'appareil orthopédique sont mis en place dans des **hôpitaux aigus**, ils sont codés sous la section *Immobilisation*, tableau **2W3** de la section *Placement*.

Notez que la procédure de base *Traction* dans cette section ne comprend que la traction **effectuée à l'aide d'un appareil de traction mécanique**.

Lorsque la **traction manuelle** est effectuée, elle doit être codée avec les *Manual Therapy Techniques* dans la section *F Physical Rehabilitation and Diagnostic Audiology*.

10.2.2 La section *Administration*

La section *Administration* comprend des procédures tels que les injections, les perfusions et les transfusions, ainsi que les procédures connexes telles que l'irrigation et le tatouage.

La **structure des codes** de cette section est illustrée par la figure 10.3.

Character 1 Section	Character 2 Body System	Character 3 Root Operation	Character 4 Body System	Character 5 Approach	Character 6 Substance	Character 7 Qualifier
------------------------	----------------------------	-------------------------------	----------------------------	-------------------------	--------------------------	--------------------------

FIGURE 10.3 – Signification des sept caractères d'un code dans la section *Administration*

Il existe **trois système anatomiques** (deuxième caractère) dans cette section :

- *0 Circulatory*
- *C Indwelling Device*
- *E Physiological Systems and Anatomical Regions*

Il y a **trois procédures de base**, et elles sont classées **selon la grande catégorie de substance administrée**.

- Les **produits sanguins** sont classés sous la procédure de base *Transfusion*.
- Les **substances purifiantes** sont classées sous la procédure de base *Irrigation*.
- **Toutes les autres** substances thérapeutiques, diagnostiques, nutritionnelles, physiologiques ou prophylactiques administrées sont classées sous la procédure de base *Introduction*.

Le **cinquième caractère (voie d'abord)** utilise les valeurs définies dans la Section Médicale et Chirurgicale.

La **voie d'abord percutanée** est utilisée :

- pour les injections intradermiques, sous-cutanées et intramusculaires.
- quand de cathéters sont utilisés pour introduire des substances dans le système circulatoire.

Exemples

- **3E04305**, Perfusion de chimiothérapie par cathéter veineux central
- **3E1M39Z**, Dialyse péritonéale par cathéter intra-abominal
- **30243AZ**, Transfusion de cellules souches embryonnaires via une veine centrale

10.2.3 La section *Measurement and Monitoring*

La **section *Measurement and Monitoring*** classe les procédures qui déterminent le niveau d'une fonction physiologique ou physique.

Deux systèmes anatomiques sont utilisées (deuxième caractère) dans cette section :

- *Physiological Devices*
- *Physiological Systems*

Les **deux procédures de base** (troisième caractère) de cette section ne diffèrent que sur un point :

- *Measurement* décrit une valeur de mesure unique déterminée à un moment donné.

- *Monitoring* décrit une série de mesures prises de manière répétitive sur une période donnée.

Dans cette section, le sixième caractère définit la **fonction physiologique ou physique** testée (par exemple, la pression, la température).

La **structure des codes** de cette section est illustrée à la figure 10.4.

Character 1 Section	Character 2 Body System	Character 3 Root Operation	Character 4 Body System	Character 5 Approach	Character 6 Function	Character 7 Qualifier
Character 1 Section	Character 2 Body System	Character 3 Root operation	Character 4 Body System	Character 5 Approach	Character 6 Device	Character 7 Qualifier

FIGURE 10.4 – Signification des sept caractères d'un code dans la section *Measurement and Monitoring*

Exemples

- **4A02X4Z**, Lecture d'électrocardiogramme simple, externe
- **4A12X45**, Suivi par Holter

10.2.4 La section *Extracorporeal or Systemic Assistance and Performance*

La section *Extracorporeal or Systemic Assistance and Performance* comprend les procédures qui **utilisent un équipement pour soutenir une fonction physiologique**, comme la respiration (par exemple, la ventilation mécanique), la circulation du sang (par exemple, l'hémodialyse) ou le rétablissement du rythme naturel du cœur (par exemple, la cardioversion). Ces procédures sont généralement effectuées dans un environnement de soins intensifs.

La **structure des codes** de cette section est illustrée à la figure 10.5.

Character 1 Section	Character 2 Body System	Character 3 Root Operation	Character 4 Body System	Character 5 Duration	Character 6 Function	Character 7 Qualifier
------------------------	----------------------------	-------------------------------	----------------------------	-------------------------	-------------------------	--------------------------

FIGURE 10.5 – Signification des sept caractères d'un code dans la section *Extracorporeal or Systemic Assistance and Performance*

Il y a **un seul système anatomique** (deuxième caractère) dans cette section, à savoir *Physiological Systems*.

Cette section contient **trois procédures de base** :

- *Assistance*
- *Performance*
- *Restoration*

Les procédures de base ***Assistance en Performance*** ne varient que par le degré de contrôle exercé sur la fonction physiologique. Toutes les deux utilisent des méthodes extracorporelles.

- *Assistance* prend en charge une **partie** d'une fonction physiologique.
- *Performance* prend en charge la fonction physiologique **complètement**.

La procédure de base *Restoration* :

- est **définie** comme *la restauration, ou la tentative de restaurer, d'une fonction physiologique à son état initial par des méthodes extracorporelles*.

- définit uniquement les procédures de **cardioversion et de défibrillation externes**.
 - Les procédures de cardioversion sont codées avec la procédure de base *Restoration*, que la procédure soit réussie ou échouée.

Le **cinquième caractère** diffère des autres sections en ce qu'il décrit la **durée de la procédure**, plutôt que la voie d'abord.

- Dans le cas du **système respiratoire**, le cinquième caractère précise la durée de la procédure comme suit :
 - inférieure à 24 heures consécutives
 - de 24 à 96 heures consécutives
 - supérieure à 96 heures consécutives.
- Pour les **autres systèmes anatomiques**, le cinquième caractère précise si l'intervention a été :
 - unique
 - multiple
 - intermittente
 - continue.

Dans l'ICD-10-PCS, la durée (unique ou multiple) est attribuée en fonction de la **documentation d'un traitement unique (continu) ou de traitements multiples (individuels)**.

Le **sixième caractère** décrit la fonction corporelle sur laquelle on réalise la procédure (par exemple, la respiration assistée par la ventilation).

Voorbeelden

- **5A09357**, CPAP pour apnée du sommeil pendant 8 heures
- **5A1955Z**, Ventilation mécanique continue, de 6 jours consécutifs
- **5A2204Z**, Cardioversion externe

10.2.5 La section *Extracorporeal or Systemic Therapies*

La **section *Extracorporeal or Systemic Therapies*** décrit d'autres procédures systémiques non définies par les procédures de base *Assistance* et *Performance* de la section *Extracorporeal or Systemic Assistance and Performance*.

La **structure des codes** de cette section est illustrée à la figure 10.6.

Character 1 Section	Character 2 Body System	Character 3 Root Operation	Character 4 Body System	Character 5 Duration	Character 6 Function	Character 7 Qualifier
------------------------	----------------------------	-------------------------------	----------------------------	-------------------------	-------------------------	--------------------------

FIGURE 10.6 – Signification des sept caractères d'un code dans la section *Extracorporeal or Systemic Therapies*

Cette section contient **un seul système anatomique**, à savoir *Physiological Systems*.

Il y a **onze procédures de base** dans la section *Extracorporeal or Systemic Therapies*.

La **signification** de chaque procédure de base telle qu'elle est utilisée dans l'ICD-10-PCS est conforme à la terminologie utilisée dans le milieu médical, à l'**exception de *Decompression en Hyperthermia***.

TABLE 10.2 – Procédures de base de la section
Extracorporeal or Systemic Therapies

Valeur	Procédure de base	Définition
0	Atmospheric Control	Élimination extracorporelle des gaz non dissous dans les fluides corporels.
1	Decompression	Contrôle extracorporel de la pression et de la composition de l'atmosphère.
2	Electromagnetic Therapy	Traitement extracorporel par des rayons électromagnétiques.
3	Hyperthermia	Augmentation extracorporelle de la température corporelle.
4	Hypothermia	Abaissement extracorporel de la température corporelle.
5	Pheresis	Séparation extracorporelle de produits sanguins.
6	Phototherapy	Traitement extracorporel par des rayons lumineux.
7	Ultrasound therapy	Traitement extracorporel par ultrasons.
8	Ultraviolet Light Therapy	Traitement extracorporel par rayons ultraviolets.
9	Shock wave therapy	Traitement extracorporel par ondes de choc.
B	Perfusion	Traitement extracorporel par diffusion d'une liquide thérapeutique

- La **procédure de base Decompression** peut être codé pour un seul type de procédure : le traitement de la maladie de décompression dans un caisson hyperbare.
- Il est important de distinguer l'**objectif** de la **procédure de base Hyperthermia** pour codage correct.
 - L'hyperthermie peut être utilisée pour traiter un déséquilibre de la température, auquel cas elle est codée dans la section *Extracorporeal or Systemic Therapies*.
 - Cependant, l'hyperthermie est également utilisée comme radiothérapie adjuvante dans le cancer, auquel cas l'ICD-10-PCS la classe dans la section *Radiation Therapy*.

La **procédure de base Pheresis** est utilisée dans la pratique médicale à deux fins principales :

- pour traiter les maladies dans lesquelles un composant sanguin est produit en trop grande quantité, comme la leucémie.
- pour extraire un produit sanguin, comme les plaquettes, d'un donneur pour le transfuser à un patient qui en a besoin.

La **photothérapie du système circulatoire** consiste à exposer le sang à des rayons lumineux à l'extérieur du corps à l'aide d'une machine qui fait recirculer le sang et le renvoie dans le corps après la photothérapie.

Le **cinquième caractère, durée**, précise si la procédure a été unique ou multiple.

Le **sixième et septième caractère**, sont des qualificatifs :

- La valeur du **sixième caractère est toujours Z No Qualifier**.
- Le **septième caractère identifie divers composants sanguins** dans les procédures de phérèse, tels que les globules rouges, les globules blancs, les plaquettes, le plasma, les cellules souches du sang de cordon et les cellules souches hématopoïétiques.

Exemples

- **6A551Z1**, Aphérèse de lymphocytes périphériques, traitements multiples
- **6A930ZZ**, Thérapie par ondes de choc pour douleur de la cheville, traitement unique

10.2.6 La section *Osteopathic*

La section *Osteopathic* est l'une des plus petites sections de l'ICD-10-PCS.

- un seul système anatomique : *Anatomical Regions*
- une seule procédure de base : *Treatment*

La **structure des codes** de cette section est présentée par la figure 10.7.

Character 1 Section	Character 2 Body System	Character 3 Operation	Character 4 Body Region	Character 5 Approach	Character 6 Method	Character 7 Qualifier
------------------------	----------------------------	--------------------------	----------------------------	-------------------------	-----------------------	--------------------------

FIGURE 10.7 – Signification des sept caractères d'un code dans la section *Osteopathic*

Le **sixième caractère, méthode**, de cette section définit la méthode ostéopathique de la procédure :

- *Articulatory-Raising* : assouplissement d'articulation
- *Fascial Release* : libération de fascia
- *General Mobilization* : mobilisation générale
- *High Velocity-Low Amplitude* : manipulations HVLA
- *Indirect* : méthodes indirectes
- *Low Velocity-High Amplitude* : manipulations LVHA
- *Lymphatic Pump* : drainage lymphatique
- *Muscle Energy-Isometric* : contraction musculaire isométrique
- *Muscle Energy-Isotonic* : contraction musculaire isotonique
- *Other Method* : autres méthodes

Exemple

7W01X8Z, Contraction isotonique des muscles de la nuque par des traitements ostéopathiques

10.2.7 La section *Other Procedures*

La **section *Other Procedures*** contient des codes pour les procédures liées à la médecine et à la chirurgie qui ne sont pas incluses dans les autres sections liées à la médecine et à la chirurgie.

La **structure des codes** de cette section est présentée à la figure 10.8.

Character 1 Section	Character 2 Body System	Character 3 Root Operation	Character 4 Body Region	Character 5 Approach	Character 6 Method	Character 7 Qualifier
------------------------	----------------------------	-------------------------------	----------------------------	-------------------------	-----------------------	--------------------------

FIGURE 10.8 – Signification des sept caractères d'un code dans la section *Other Procedures*

Il y a **une seule procédure de base**, notamment *Other Procedures*. Cette procédure de base est définie comme *des méthodologies qui tentent de remédier ou de guérir un trouble ou une maladie*.

Il y a **relativement peu de codes** dans cette section, y compris certaines thérapies non traditionnelles comme l'acupuncture, la méditation et la thérapie par le yoga.

Le **sixième caractère, méthode**, définit la méthode de la procédure :

- *Acupuncture*
- *Therapeutic Massage*
- *Collection*
- *Computer Assisted Procedure*
- *Robotic Assisted Procedure*
- *Near Infrared Spectroscopy*
- *Fluorescence Guided Procedure*
- *Other Method*

Les codes de procédure pour la *Robotic Assisted Procedure* et *Computer Assisted Procedure* sont codés **en plus de la procédure primaire** (par exemple, la cholécystectomie).

Une autre procédure incluse dans cette section est la partie fécondation d'une **procédure de fécondation in-vitro**.

Exemples

- **8E0W4CZ**, Cholécystectomie laparoscopique assistée par robotique (assistance robotique uniquement)
- **8E0XXY8**, Ablation de suture du bras gauche

10.2.8 La section *Chiropractic*

La dernière section des procédures médico-chirurgicales apparentées est la **section *Chiropractic*** comprenant :

- un seul système anatomique : *Anatomical Regions*
- une seule procédure de base : *Manipulation*.

La **procédure de base *Manipulation*** est définie dans l'ICD-10-PCS comme *une procédure manuelle qui implique une force dirigée pour mobiliser une articulation au-delà de les limites physiologiques sans dépasser la limite anatomique*.

La **structure des codes** de cette section est similaire à celle des codes de la section *Other procedures* (voir figure 10.8).

Exemple

9WB7XKZ, Manipulation mécanique assistée du poignet droit par chiropraxie

10.3 Procédures auxiliaires

Il y a **six sections** dans l'ICD-10-PCS pour les **procédures auxiliaires** :

- B *Imaging* : Imagerie médicale
- C *Nuclear Medicine* : Médecine nucléaire
- D *Radiation Therapy* : Radiothérapie
- F *Physical Rehabilitation and Diagnostic Audiology* : Rééducation physique et audiologie diagnostique
- G *Mental Health* : Santé mentale²
- H *Substance Abuse Treatment* : Traitement des abus de substances

2: La section G, *Mental Health*, et la section H, *Substance Abuse Treatment*, sont traitées au chapitre 15 de ce manuel.

Les procédures auxiliaires ne comprennent **pas de procédures de base**. Au lieu de cela, le troisième caractère dans ces sections représente le **type de procédure** de base.

Les codes de ces sections comprennent **des caractères non définis précédemment**, comme le contraste, le qualificatif de modalité et l'équipement.

10.3.1 La section *Imaging*

La section *Imaging* suit les **mêmes conventions** que la Section Médicale et Chirurgicale, **sauf** que le troisième et cinquième caractère introduisent des définitions non utilisées dans les sections précédentes.

Le **troisième caractère** définit le type procédure de base, plutôt que la procédure de base elle-même.

Le **cinquième caractère** définit le **contraste**, s'il est utilisé. En outre, le contraste est différencié selon qu'il s'agit d'un **contraste à osmolarité basse ou élevée**.

Le **sixième caractère** de cette section peut être utilisé pour spécifier qu'une image est prise sans contraste et est suivie d'une image avec contraste (*Unenhanced and Enhanced*).

La **structure des codes** de cette section est illustrée à la figure 10.9.

Character 1 Section	Character 2 Body System	Character 3 Root Type	Character 4 Body Part	Character 5 Contrast	Character 6 Qualifier	Character 7 Qualifier
------------------------	----------------------------	--------------------------	--------------------------	-------------------------	--------------------------	--------------------------

FIGURE 10.9 – Signification des sept caractères d'un code dans la section *Imaging*

La section *Imaging* utilise les **cinq types de procédures de base** suivants :

- *Plain Radiography*³
- *Fluoroscopy*⁴
- *Computerized Tomography (CT-scan)*⁵
- *Magnetic Resonance Imaging (MRI)*⁶
- *Ultrasonography*⁷

3: **Radiographie conventionnelle**, affichage en deux dimensions d'une image développée à

4: **Fluoroscopie**, affichage en une ou deux dimensions 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.

5: **Tomographie informatisée (CT-scan)**, affichage d'images en plusieurs dimensions développées à partir de la capture de plusieurs expositions aux radiations ionisantes externes, après reformatage informatique de ces images.

6: **Imagerie par résonance magnétique (IRM)**, affichage d'images en plusieurs dimensions 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

7: **Ultrasonographie**, affichage en temps réel d'images anatomiques ou d'informations concernant le flux développées à partir de la capture d'ultrasons de haute fréquence réfléchés ou atténués.

Exemples

- **BP0EZZZ**, Radiographie du bras droit
- **BT141ZZ**, Pyélographie rétrograde avec produit de contraste de faible osmolarité (reins, uretères, vessie)

- **B02000Z**, CT cérébral sans produit de contraste suivi d'un scanner avec produit de contraste d'osmolarité élevée
- **BF36YZZ**, Résonance magnétique du foie et de la rate avec produit de contraste
- **BU45ZZZ**, Echographie bilatérale des ovaires

10.3.2 La section *Nuclear Medicine*

La section *Nuclear Medicine* est organisée comme la section *Imaging*, la seule différence importante étant que le **cinquième caractère** de la section *Nuclear Medicine* est utilisé pour définir le **radionucléide** (source d'irradiation) au lieu du produit de contraste.

Comme dans la section *Imaging*, le **troisième caractère est utilisé pour coder la type de procédure de base**, plutôt que la procédure de base elle-même.

Le **sixième et septième caractère** sont des qualificatifs et ne sont **pas utilisés** dans cette section.

La **structure des codes** de cette section est illustrée à la figure 10.10.

Character 1 Section	Character 2 Body System	Character 3 Root Type	Character 4 Body Part	Character 5 Radionuclide	Character 6 Qualifier.	Character 7 Qualifier
------------------------	----------------------------	--------------------------	--------------------------	-----------------------------	---------------------------	--------------------------

FIGURE 10.10 – Signification des sept caractères d'un code dans la section *Nuclear Medicine*

Les **sept types de procédures de base** suivants sont utilisés dans cette section :

- *Planar Nuclear Medicine Imaging*⁸
- *Tomographic (Tomo) Nuclear Medicine Imaging*⁹
- *Positron Emission Tomographic (PET) Imaging*¹⁰
- *Nonimaging Nuclear Medicine Uptage*¹¹
- *Nonimaging Nuclear Medicine Probe*¹²
- *Nonimaging Nuclear Medicine Assay*¹³
- *Systemic Nuclear Medicine Therapy*¹⁴

Exemples

- **C030BZZ**, PET scan cérébral au C-11
- **CG42GZZ**, Etude de la fonction thyroïdienne par Iode 131

10.3.3 La section *Radiation Therapy*

La section *Radiation Therapy* de l'ICD-10-PCS contient les procédures de radiation utilisées pour le traitement du cancer.

La **structure des codes** de cette section est présentée à la figure 10.11.

La **signification des caractères** de cette section sont les suivantes :

- Le **troisième caractère** définit le type de procédure de base, qui est la **modalité de base de la radiothérapie** utilisée (irradiation par faisceau, curiethérapie, radiochirurgie stéréotaxique ou autre irradiation).

8: **Planaire nucleaire geneeskunde** : Het inbrengen van radioactieve stoffen in het lichaam voor de weergave in één dimensie van beelden die zijn ontwikkeld door het opvangen van radioactieve emissies.

9: **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.

10: **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.

11: **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.

12: **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.

13: **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.

14: **Traitement généralisé par médecine nucléaire** : injection d'un produit radioactif pour traitement.

- Le **cinquième caractère** spécifie en outre la **modalité de traitement** utilisée (par exemple, photons, électrons, particules lourdes, irradiation de contact).
- Le **sixième caractère** définit l'**isotope radioactif** utilisé, le cas échéant.
- Le **septième caractère** est un qualificatif et n'est **pas spécifié** dans cette section.

Character 1 Section	Character 2 Body Sys	Character 3 Root Type	Character 4 Body part	Character 5 Modal. Qualifier	Character 6 isotope	Character 7 Qualifier
------------------------	-------------------------	--------------------------	--------------------------	---------------------------------	------------------------	--------------------------

FIGURE 10.11 – Signification des sept caractères d'un code dans la section *Radiation Therapy*

Exemples

- **DM001ZZ**, Irradiation du sein gauche par rayons externes (photons 1.33 MeV)
- **DB1198Z**, Brachytherapie endobrachiale, HDR, Ir-192

La **brachythérapie** (également appelée irradiation interne) consiste à insérer un implant radioactif à l'intérieur du corps, dans ou près d'une tumeur.

La brachythérapie est codée comme suit :

- Le code de la section *Radiation Therapy* identifie la modalité spécifique *Brachytherapy* et l'isotope de la brachythérapie.
- Le code de la section *Medical and Surgical* identifie l'implantation de la source de la brachythérapie qui reste dans le corps à la fin de la procédure, avec la procédure de base *Insertion* et le dispositif *Radioactive Element*.

Exemple

Codage d'une brachythérapie du sein droit avec implantation par cathéters percutanés d'une source de brachythérapie à faible débit de dose d'iridium 192, laissée dans le corps à la fin de la procédure.

- **DM11B8Z**, brachythérapie à faible débit de dose (LDR) du sein droit utilisant l'iridium 192 (Ir-192)
- **0HHT31Z**, insertion d'un élément radioactif dans le sein droit, voie d'abord percutanée.

Exemple

Après résection d'une tumeur cérébrale, des grains de césium-131 incorporés dans une matrice de collagène sont implantés sur le site de traitement.

- L'implantation de césium-131 est codée dans la section *Medical and Surgical* avec le système anatomique *Central Nervous System and Cranial Nerves*, la procédure de base *Insertion*, la partie du corps *Brains*, le dispositif *Radioactive Element, Cesium-131 Collagen Implant* (code **00H004Z**).
- Un code de la section *Radiation Therapy* n'est pas codé parce que le dispositif de la procédure de base *Insertion* identifie à la fois l'implantation de l'élément radioactif et un isotope de brachythérapie spécifique qui n'est pas inclus dans les tables de la section *Radiation Therapy*.

Lorsqu'un patient subit une **procédure séparée pour placer un applicateur temporaire pour réaliser la brachythérapie**, la mise en place de l'applicateur est codée avec la procédure de base *Insertion* et le dispositif *Other Device*. La brachythérapie est codée séparément en utilisant la modalité *Brachytherapy* de la section *Radiation Therapy*.

Exemple

Un applicateur tandem et ovoïde peut être inséré par voie vaginale dans l'utérus pour réaliser une brachythérapie intra-utérine afin de traiter le cancer du col de l'utérus.

- Lorsque cette **procédure est effectuée séparément** :
 - **0WHR7YZ, insertion d'un autre dispositif dans les voies génito-urinaires, par un orifice naturel ou artificiel**, pour le codage de la mise en place de l'applicateur tandem et ovoïde.
 - **DU11B7Z, brachythérapie à faible débit de dose (LDR) du col de l'utérus utilisant le césium 137 (Cs-137)**, pour le codage de la brachythérapie lorsque l'implant radioactif est mise en place par l'applicateur.
- Lorsque cette procédure est effectuée de façon concomitante avec l'administration de la dose de brachythérapie :
 - la procédure est codée avec un seul code en utilisant la modalité *Brachytherapy* de la section *Radiation Therapy*.

10.3.4 La section *Physical Rehabilitation and Diagnostic Audiology*

La **structure des codes** de cette section est présentée à la figure 10.12.

Character 1 Section	Character 2 Section Qualifier	Character 3 Root Type	Character 4 Body System & Region	Character 5 Type Qualifier	Character 6 Equipment	Character 7 Qualifier
------------------------	----------------------------------	--------------------------	--	-------------------------------	--------------------------	--------------------------

FIGURE 10.12 – Signification des sept caractères d'un code dans la section *Physical Rehabilitation and Diagnostic Audiology*

Cette section contient des **définitions de caractères** qui diffèrent de celles des autres sections de l'ICD-10-PCS, comme suit :

- Le **deuxième caractère** est un qualificatif qui précise si la procédure est une procédure de rééducation ou de diagnostic audiolinguistique.
- Le **troisième caractère** définit le type de procédure de base.
- Le **quatrième caractère** définit le système anatomique et la région anatomique combinés, le cas échéant.
- Le **cinquième caractère** précise davantage le type de procédure.
- Le **sixième caractère** spécifie tout équipement utilisé.

Cette section contient **14 types de procédures de base**, qui sont définis dans le tableau 10.3.

Valeur	Procédure de base	Définition
0	Speech assessment	Mesure de la parole et des fonctions qui y sont liées.
1	Motor and/or nerve function assessment	Mesure des fonctions motrices (musculaires) et nerveuses ainsi que des fonctions qui y sont liées.
2	Activities of daily living assessment	Mesure de la capacité à réaliser les activités de la vie quotidienne.
3	Hearing assessment	Mesure de l'audition et des fonctions qui y sont liées.
4	Hearing aid assessment	Mesure de l'adéquation et de l'efficacité de l'aide auditive.
5	Vestibular assessment	Mesure de la fonction vestibulaire et des fonctions qui y sont liées.
6	Speech treatment	Application de techniques améliorant, augmentant ou compensant les troubles du langage ou des fonctions qui y sont liées.
7	Motor treatment	Exercices ou activités augmentant ou facilitant les fonctions motrices.
8	Activities of daily living treatment	Exercices ou activités facilitant les compétences lors de la réalisation des actes de la vie quotidienne.
9	Hearing treatment	Application de techniques améliorant, augmentant ou compensant l'audition ou les troubles fonctionnels qui y sont liés.
B	Hearing aid treatment	Application de techniques d'amélioration des capacités de communication des individus à l'aide d'implant cochléaire.
C	Vestibular treatment	Application de techniques améliorant, augmentant ou compensant les troubles vestibulaires ou les troubles fonctionnels qui y sont liés.
D	Device fitting	Placement d'appareils qui sont conçus pour faciliter ou atteindre un meilleur fonctionnement.
F	Caregiver training	Formation aux activités aidant les patients à atteindre des performances fonctionnelles aussi optimales que possible.

TABLE 10.3 – Types de procédures de base dans la section *Physical Rehabilitation and Diagnostic Audiology*

Les **notes d'instruction de codage importantes** suivantes s'appliquent à cette section :

- Les **procédures thérapeutiques** comprennent les exercices de dysfonctionnement de la déglutition, les techniques de bain et de douche, le traitement des plaies, l'entraînement à la marche et une foule d'activités généralement associées à la rééducation.

- Les **évaluations** sont sous-divisées en plus de 100 tests ou méthodes différents. La majorité de ces évaluations portent sur les facultés d’audition et d’élocution ; d’autres portent sur divers aspects de la fonction corporelle et sur la qualité de vie du patient, tels que la performance musculaire, le développement neuromoteur et les compétences de réintégration.
- Le **cinquième caractère** utilisé dans *Device Fitting* décrit le dispositif qui est adapté plutôt que la méthode utilisée pour l’adapter.
- *Caregiver Training* est divisée en 18 grands sujets différents, enseignés pour aider un aidant à fournir des soins appropriés au patient. Les exemples incluent le bain, l’habillage, l’alimentation et les repas.

Voorbeelden

- **F08G5BZ**, Lavage pulsatile d’un ulcère du talon droit
- **F00ZHZZ**, Evaluation au lit de la fonction de déglutition chez un patient avec AVC

10.4 La section *New Technology*

La section *New Technology* a été introduite avec les révisions de FY 2016 de la classification ICD-10-PCS.

Le **premier caractère** des codes de cette section ont la valeur X. Ces codes peuvent donc être appelés **codes de la section X**.

Les codes de cette section **identifient de manière unique les procédures utilisant des nouvelles technologies** qui ne sont pas actuellement classées ailleurs dans la CIM-10-PCS.

La section *New Technology* peut inclure des codes pour des procédures médicales et chirurgicales, des procédures médico-chirurgicales apparentées, des procédures auxiliaires ou des perfusions de médicaments de nouvelle technologie.

La **structure des codes** de cette section est présentée à la figure 10.13.

Character 1 Section	Character 2 Body System	Character 3 Root Type	Character 4 Type Qualifier	Character 5 Qualifier	Character 6 Qualifier	Character 7 Qualifier
------------------------	----------------------------	--------------------------	-------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

FIGURE 10.13 – Signification des sept caractères d’un code dans la section *New Technology*

Ces codes présentent de nombreuses similitudes avec ceux des autres sections de l’ICD-10-PCS, **la principale différence étant l’utilisation du septième caractère** :

- Dans d’autres sections, le septième caractère est appelé le qualificatif, et les informations spécifiées varient selon la section.
- Dans la section *New Technology*, le septième caractère est utilisé exclusivement pour identifier le groupe des nouvelles technologies.

Comme pour les autres sections de l’ICD-10-PCS, le **deuxième caractère** (système anatomique) est un ensemble fixe de valeurs qui combine les utilisations de système anatomique, de région anatomique et de système physiologique.

Les valeurs du **troisième (procédures de base), quatrième (partie du corps) et cinquième caractère (voie d'abord)** sont également les mêmes que celles de leurs homologues dans les autres sections de l'ICD-10-PCS (par exemple, la procédure de base et la voie d'abord ont les mêmes définitions que celles présentées au chapitre 7 de ce manuel).

Le **sixième caractère** (dispositif/substance/technologie) de la section *New Technology* contient une description générale de la caractéristique principale de la nouvelle technologie.

Le groupe de nouvelle technologie (**septième caractère**) est un nombre ou une lettre qui identifie l'année où un code de nouvelle technologie est ajouté à la classification.

- La FY 2016 étant la première année pour cette section, la valeur 1 du septième caractère (*New Technology Group 1*) identifie les codes de la section des nouvelles technologies ajoutés au cours de l'année fiscale 2016.
- Les codes ajoutés au cours de la FY 2017 ont la valeur du septième caractère 2 (*New Technology Group 2*).
- Etc.

Exemple

XW03341, administration de l'isavuconazole, antimycotique, par une veine périphérique, voie abord percutanée

Les **codes de la section X** représentent entièrement la procédure spécifique décrite dans le titre du code et **ne nécessitent pas de codes supplémentaires provenant d'autres sections de l'ICD-10-PCS**.

Lorsque la section X contient un titre de code qui décrit entièrement une procédure spécifique de nouvelle technologie, et qu'il s'agit de la seule procédure effectuée, seul le code de la section X est codé pour la procédure. Il n'est alors pas nécessaire de déclarer un code supplémentaire provenant d'une autre section de l'ICD-10-PCS.

Exemple

Le code **XW03341, administration de l'isavuconazole, antimycotique, par une veine périphérique, voie abord percutanée, groupe de nouvelle technologie 1**, ne nécessite pas de code additionnel du tableau **3E0**.

Lorsque des **procédures multiples** sont effectuées, les codes de la section X des nouvelles technologies sont **codés en suivant la directive relative aux procédures multiples**.

Exemple

Pour une filtration embolique cérébrale à double filtre utilisée lors d'un remplacement de valve aortique par cathéter, le code **X2A5312, filtration embolique cérébrale, double filtre dans l'artère innominée et l'artère carotide commune gauche, voie d'abord percutanée, groupe de nouvelle technologie 2**, est codé avec un code ICD-10-PCS pour la procédure de remplacement de valve aortique par cathéter.

Codes Z et codes de causes externes de morbidité

11

Aperçu

- Les **codes Z et les codes de causes externes** de morbidité suivent le même format et les mêmes conventions que la classification principale de l'ICD-10-CM.
- Certains codes Z sont utilisés comme codes de **diagnostic principal** dans des situations spécifiques.
- Les **codes Z relatifs à la gestion des soins de suivi** figurent généralement en premier pour expliquer la raison de la poursuite des soins après le traitement initial d'une lésion traumatique ou d'une maladie.
- Les codes Z sont également utiles pour coder des **admissions pour observation et évaluation ou pour soins palliatifs**.
- Les codes Z sont également utilisés pour les **examens et tests particuliers** lorsqu'aucun problème, diagnostic ou affection n'est identifié et pour les **tests de dépistage**.
- Les codes Z indiquent les **antécédents personnels, les antécédents familiaux et la susceptibilité génétique à une maladie**.

11.1 Introduction	133
11.2 L'utilisation des codes	133
11.3 Localisation des codes	134
11.4 Codes Z	134
Admission ou contact pour soins de suivi	135
Admission pour examen de suivi	136
Admission pour observation et évaluation	138
Examens et tests particuliers	140
Tests de dépistage	142
Contact avec/exposition à	142
Codes d'antécédents, de statut ou d'autres problèmes	143
Susceptibilité génétique à maladie	146
Codes Z comme diagnostic principal/premier diagnostic	146

Objectifs

Les objectifs de ce chapitre sont :

- Localisation des codes Z et les codes de causes externes de morbidité.
- Expliquer comment et quand les codes Z et les codes de causes externes de morbidité sont utilisés.

11.1 Introduction

En plus de la **classification principale (A00.0-T88.9)**, deux groupes spéciaux de codes sont prévus dans l'ICD-10-CM :

- Causes externes de morbidité (**V00-Y99**).
- Facteurs influençant l'état de santé et le contact avec les services de santé (les codes Z : **Z00-Z99**).

11.2 L'utilisation des codes

- Certains codes Z doivent être attribués comme **diagnostic principal** dans certaines situations spécifiques.
- Certains codes Z sont attribués comme **diagnostic secondaire** lorsqu'il est important d'indiquer des antécédents, le statut ou un problème qui peuvent affecter les soins de santé.
- Certains codes Z peuvent être attribués soit comme **diagnostic principal** soit comme **diagnostic secondaire**.

Les codes de causes externes sont attribués comme **diagnostic secondaire** pour indiquer :

- la **cause** : comment la lésion traumatique ou l'état de santé sont survenus
- l'**intention** : non intentionnelle ou accidentelle; intentionnelle, comme un suicide ou une agression
- le **lieu** où un événement s'est produit
- l'**activité** du patient au moment d'un événement
- le **statut** de la personne (par exemple, civil, militaire).

Les codes de causes externes de morbidité ne sont pas utilisés pour coder l'intention de les empoisonnements, les effets toxiques, les effets secondaires ou le sous-dosage de médicaments.¹ L'ICD-10-CM classe ces affections à l'aide des codes des catégories **T36-T65**, qui combinent les substances impliquées et la cause externe.

1: Ces situations sont traitées dans le chapitre 31 de ce manuel, *empoisonnement, effets toxiques, effets secondaires et sous-dosage de médicaments*.

Les codes Z et les codes relatifs aux causes externes de morbidité doivent être codés lorsqu'ils sont **pertinents pour l'admission** en question.

Comme les codes Z et les codes pour les causes externes sont utilisés tout au long de la classification, ce chapitre fournit une introduction générale avant qu'ils ne soient abordés dans d'autres chapitres du manuel.

11.3 Localisation des codes

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 (V00-Y99)** et **(Z00-Z99)**.

Les **entrées d'index pour les codes Z** sont incluses dans l'index alphabétique. Voici les principaux termes clés :

- *Admission*
- *Examination*
- *History*
- *Observation*
- *Aftercare*
- *Problem*
- *Status*

La **liste systématique des codes Z** suit immédiatement la section causes externes de morbidité **(V00-Y99)** de la list systématique.

11.4 Codes Z

Les codes Z sont utilisés en tant que **diagnostic principal** dans les situations suivantes :

- Pour indiquer qu'une personne atteinte d'une maladie en cours de résolution ou d'une affection chronique est **admise pour une soins de suivi spécifique**, tels que le retrait de sutures postopératoires.
- Pour indiquer que le patient est **admis dans le seul but de recevoir une thérapie spéciale**, telle qu'une radiothérapie ou une chimiothérapie

- Pour indiquer qu'une personne qui n'est **pas actuellement malade est admise pour une raison spécifique**, telle qu'agir en tant que donneur d'organes, recevoir des soins prophylactiques ou recevoir des conseils.
- Pour indiquer le **statut de naissance** des nouveau-nés.

Les codes Z sont attribués en tant que **diagnostic secondaire** dans les situations suivantes :

- Pour indiquer qu'un patient a des **antécédents, un état de santé ou un autre problème qui ne sont pas en soi une maladie ou une lésion traumatique mais qui peuvent influencer les soins du patient**. Notez que les codes Z suivants peuvent être attribués en tant que diagnostic principal quand l'antécédent lui-même est la raison de l'admission :
 - **Z85.-**, antécédents personnels de néoplasme malin
 - **Z86.-**, antécédents personnels de certaines autres maladies
 - **Z80-Z84**, antécédents familiaux
- Pour indiquer le **le résultat de l'accouchement** pour les patients en obstétrique

11.4.1 Admission ou contact pour soins de suivi

Les **codes de soins de suivi (Z42-Z51)** sont utilisés :

- lorsque le traitement initial d'une maladie est terminé mais que le patient nécessite des soins continus pendant la phase de guérison ou de rétablissement
- pour les conséquences à long terme de la maladie.

Le code pour soins de suivi n'est pas attribué lorsque le traitement est destiné à une maladie aiguë en cours. Le code du diagnostic de la maladie doit être codé dans ces cas.

Exception

Les exceptions à cette règle sont les admissions pour la chimiothérapie antinéoplasique et l'immunothérapie (**Z51.1-**) ou la radiothérapie externe (**Z51.0**).

Lorsque l'admission a pour objet **plus d'un type de thérapie antinéoplasique** (par exemple, la radiothérapie et la chimiothérapie²), les deux codes sont attribués et l'un ou l'autre peut être codé en diagnostic principal.

L'admission pour soins de suivi implique généralement des **soins planifiés**, tels que :

- le placement et l'ajustement d'une prothèse externe (**Z44.-**)
- la surveillance d'une stomie (**Z43.-**)
- la reconstruction mammaire après une mastectomie (**Z42.1**)
- l'enlèvement d'un dispositif de fixation interne non lié à un traumatisme (**Z47.2**)
- les soins aux pansements, sutures et drains (**Z48.0-**)
- les soins après une chirurgie pour des néoplasmes (**Z48.3**)

2: Le chapitre 28 de ce manuel, *néoplasmes*, traite de l'utilisation des codes de radiothérapie et de chimiothérapie.

- les soins après une transplantation d'organe (**Z48.2-**)
- les soins après une chirurgie sur des systèmes anatomiques spécifiques (**Z48.810- Z48.817**).

Ces codes doivent être **attribués ensemble avec d'autres codes de soins de suivi ou d'autres codes de diagnostic** afin de fournir plus de détails concernant une admission pour soins de suivi.

Le code **Z51.5, contact pour soins palliatifs**³, est utilisé pour classer les admissions pour les soins de confort, les soins de fin de vie et les soins terminaux pour les patients en phase terminale.

Les codes Z pour soins de suivi ne peuvent pas être attribués pour les soins après une lésion traumatique. Pour **soins de suivi d'une lésion traumatique**, le code de la lésion traumatique aiguë avec un septième caractère approprié pour le contact subséquent doit être attribué (par exemple, D, G, K ou P pour les fractures)⁴.

Les codes pour soins de suivi peuvent être codés en **diagnostic principal** pour expliquer la raison particulière de l'admission. Ils peuvent être attribués occasionnellement en tant que **diagnostic secondaire** lorsque des soins de suivi sont fournis au cours d'une admission pour le traitement d'une affection non associée mais qu'aucun code de diagnostic approprié n'est disponible.

Exemple

La fermeture d'une colostomie au cours d'une admission pour traiter un traumatisme subi dans un accident de voiture.

Les codes pour soins de suivi doivent être **combinés avec tout autre code de soins de suivi ou de diagnostic pour fournir plus de détails sur les spécificités de l'admission**, sauf indication contraire de la classification. Le séquençage de plusieurs codes pour soins de suivi dépend des circonstances l'admission. Certains codes Z de soins de suivi ont besoin d'un code additionnel pour coder l'affection en cours de résolution ou les séquelles. Pour d'autres codes Z, l'affection est incluse dans le titre du code.

Lorsque le patient est admis en raison d'une **complication**⁵ **de soins antérieurs**, on attribue le code approprié de la classification principale plutôt que le code Z pour soins de suivi.

11.4.2 Admission pour examen de suivi

Lorsqu'un patient est admis à des fins de **surveillance** après la fin du traitement initial d'une maladie ou d'une lésion traumatique, un code de la catégorie **Z08, Z09** ou **Z39** est codé en diagnostic principal.

Exemples

- **Z09**, contact pour un examen de suivi après la fin du traitement pour des affections autres que le néoplasme malin

3: Les **soins palliatifs** sont une alternative aux traitements agressifs pour les patients qui sont dans la phase terminale d'une maladie. Les soins sont axés sur la gestion de la douleur et des autres symptômes de la maladie.

4: Ces codes sont traités plus en détail au chapitre 29, *lésions* de ce manuel.

5: Le chapitre 32 de ce manuel, *complications de soins chirurgicaux et médicaux* traite le codage de complications de soins.

- **Z08**, contact pour un examen de suivi après la fin du traitement d'un néoplasme malin
- **Z39.2**, contact pour un examen de suivi routine post-partum

Si une **récidive**, **une extension** ou **une affection associée** est identifiée, le code de cette affection est codé en diagnostic principal plutôt qu'un code des catégories **Z08**, **Z09** ou **Z39**.

Exemples

Un patient asymptomatique qui a subi une résection du côlon descendant un an auparavant est admis pour une coloscopie afin d'évaluer l'anastomose et de déterminer s'il y a une récurrence de la malignité. La coloscopie a montré que l'anastomose était normale et qu'il n'y avait aucun signe de récurrence du cancer.

- **Z08**, contact pour examen de suivi après traitement terminé d'un néoplasme malin
- **Z85.038**, antécédents personnels d'autre néoplasme malin du gros intestin
- un code de procédure pour la coloscopie.

Un patient asymptomatique qui a subi une résection du côlon descendant un an auparavant est admis pour une coloscopie afin d'évaluer l'anastomose et de déterminer s'il y a une récurrence de la malignité. La coloscopie montre que l'anastomose est normale et qu'il n'y a aucun signe de récurrence du cancer. Cependant, un polype du côlon transverse a été trouvé, et il a été enlevé; l'examen anatomopathologique a montré qu'il s'agissait d'un polype adénomateux.

- **D12.3**, néoplasme bénin du côlon transverse
- **Z85.038**, antécédents personnels d'autre néoplasme malin du gros intestin
- Dans ce cas, le code **Z08** n'est pas attribué car une affection associée a été identifiée.

Un patient qui a subi une résection du côlon pour l'ablation d'un carcinome du côlon descendant, il y a un an, est maintenant admis pour un examen de suivi afin d'évaluer l'anastomose et de déterminer s'il y a une récurrence de la maladie. La coloscopie a montré une anastomose normale mais a révélé une récurrence du cancer au site primaire.

- **C18.6**, néoplasme malin du côlon descendant
- Le code **Z08** n'est pas attribué.

Un patient qui a subi une excision chirurgicale d'un néoplasme malin de l'ovaire il y a un an, suivie d'une chimiothérapie, est admis pour un examen de suivi. Il n'y a aucun signe de récurrence ou de métastase, et aucune autre pathologie n'est identifiée.

- **Z08**, contact pour examen de suivi après traitement terminé d'un néoplasme malin
- **Z85.43**, pour indiquer l'antécédent du cancer de l'ovaire comme raison de l'examen.

Un patient qui a subi l'ablation de polypes bénins du côlon il y a un an est maintenant admis avec des plaintes de douleur dans le bas-ventre gauche. Une coloscopie est réalisée pour déterminer s'il y a une récurrence des polypes du côlon, et les résultats sont tout à fait normaux.

- **R10.32**, douleur du quadrant inférieur gauche est attribué plutôt que le code **Z09** car la douleur abdominale était la raison de l'admission.
- Le code **Z09, contact pour examen de suivi après traitement terminé pour des affections autres qu'un néoplasme malin**, ne peut être attribué comme raison de l'admission que lorsque le patient ne reçoit plus de traitement.

11.4.3 Admission pour observation et évaluation

Un code de la catégorie **Z03, contact pour observation médicale pour des maladies suspectes et des affections exclues**, ou de la catégorie **Z04, contact pour examen et observation pour d'autres raisons**, est attribué lorsqu'une personne **sans signes ou symptômes et sans diagnostic est suspectée d'avoir une affection, qui nécessite un examen mais qui est exclue après examen et observation**.

- Les catégories **Z03** et **Z04** ne sont pas attribués si une lésion traumatique ou une maladie, ou tout signe ou symptôme lié à l'affection suspectée, est présent. Dans ces cas, le code du diagnostic ou du symptôme est attribué.
- Lorsqu'un diagnostic associé est établi, le code correspondant à cette affection est attribué au lieu d'un code de la catégorie **Z03** ou **Z04**.

Les codes de la catégorie **Z05** sont utilisés pour **l'observation et l'évaluation d'un nouveau-né pendant la période néonatale pour une maladie ou une affection suspectée, exclue**.⁶

Pour les personnes présentant un **problème de santé redouté** et pour lesquelles aucun diagnostic n'est posé, il faut attribuer le code **Z71.1**.

Les codes des catégories **Z03** et **Z04** sont principalement attribués comme diagnostic principal ou raison de l'admission. Cependant, un code d'observation de la catégorie **Z03** ou **Z04** peut être codé en **diagnostic secondaire**. Cela peut être approprié lorsque le patient est observé pour une affection qui est exclue et qui n'est pas associée au diagnostic principal.

Exemple

Un patient est admis pour un traitement suite à des traumatismes subis dans un accident de voiture et est également observé pour une suspicion d'infection au COVID-19 qui est ensuite exclue.

Un code de la catégorie **Z03** ou **Z04** est généralement attribué en tant que **code solo**, à deux exceptions près.

6: Voir chapitre 26, *maladies périnatales* de ce manuel.

Exceptions

- Lorsqu'une affection chronique nécessite des soins ou une surveillance pendant le séjour, un code pour cette affection peut être codé en diagnostic secondaire. Les codes pour les affections chroniques qui n'affectent pas le séjour ne sont pas attribués.
- Lorsque l'admission a pour but d'exclure un traumatisme sévère, telle qu'une commotion cérébrale, des codes pour des traumatismes mineurs, tels que des abrasions ou des contusions, peuvent être attribués comme diagnostic secondaire. Cette exception est fondée sur le fait que ces traumatismes mineurs ne nécessitent pas en soi une hospitalisation.

Les exemples suivants peuvent aider à mieux comprendre l'utilisation des catégories **Z03** et **Z04**.

Exemples

Un patient est référé par le tribunal pour une évaluation d'un trouble psychiatrique présumé. Aucun trouble n'est trouvé, et aucune autre affection n'est identifiée.

- **Z04.6**, contact pour examen psychiatrique général, demandé par une autorité

Un patient adulte est admis via le service des urgences en raison d'un viol présumé.

- L'observation et l'examen ne révèlent aucune constatation physique, telle qu'une hémorragie ou une lacération.
 - **Z04.41**, contact pour examen et observation suite à un viol présumé d'un adulte. Ce code couvre le prélèvement d'échantillons, les conseils donnés pour la prophylaxie de la grossesse et toute autre prestation de services de conseil.
- Des constatations physiques suggèrent qu'un viol a eu lieu.
 - **Z04.41** n'est pas attribué; plutôt, l'affection identifiée est codée en diagnostic principal.
- Le viol confirmé d'un adulte est codé sous **T74.21-**, **abus sexuel d'un adulte, confirmé**.
- Le viol présumé d'un adulte est codé sous le code **T76.21-**, **abus sexuel d'un adulte, présumé**.

Un patient se présente avec des plaintes généralisées impliquant des douleurs abdominales non spécifiques, une perte de poids minime, et une modification du transit intestinal. En raison d'antécédents familiaux importants de cancer du côlon, le patient est admis pour une évaluation en vue d'une suspicion de malignité. La présence d'un néoplasme est exclue, et aucun autre diagnostic n'est posé. ~~Il semble évident que les symptômes rapportés sont largement subjectifs.~~

- **Z03.89**, contact pour observation pour d'autres maladies et affections suspectées exclues
- **Z80.0**, antécédents familiaux de néoplasme malin des organes digestifs.

11.4.4 Examens et tests particuliers

Lorsqu'un patient ne reçoit **que des test diagnostiques au cours d'une admission**, un code pour l'affection ou le problème qui était principalement responsable de l'admission est codé en diagnostic principal.

Un code de la catégorie **Z01, contact pour autre examen particulier sans plainte, diagnostic suspecté ou déclaré**, est attribué comme raison de l'admission uniquement lorsqu'**aucun problème, diagnostic ou affection n'est identifié comme motif de l'examen**. En outre, les examens ou procédures effectués sont affectés à des codes de procédure. Les codes de la catégorie **Z01** sont rarement appropriés pour le codage des patients en milieu hospitalier aigu et ne sont pas attribués comme codes additionnels.

Exemples

Un patient est examiné pour une toux et une fièvre et une radiographie du thorax est effectuée. La documentation du dossier patient indique *pneumonie exclue*.

- Le code pour la toux (**R05**) ou la fièvre (**R50.9**) est codé en diagnostic principal.
- Un code pour la pneumonie n'est pas attribué.
- Un code de la catégorie **Z01** n'est pas attribué.

Un patient est examiné pour une toux et une fièvre et une radiographie du thorax est effectuée. Le dossier patient confirme un diagnostic de bronchopneumonie.

- **J18.0**, bronchopneumonie, organisme non spécifié.
- Aucun code n'est attribué pour la toux ou la fièvre car ces symptômes sont implicites dans le diagnostic de bronchopneumonie.
- Aucun code de la catégorie **Z01** n'est attribué.

Un patient examiné pour des vertiges et une prise de sang est effectuée afin d'exclure une hypothyroïdie.

- **R42**, vertiges et étourdissements
- Un code pour l'hypothyroïdie n'est pas attribué car l'hypothyroïdie n'est pas un diagnostic établi.
- Le code **Z01.89, contact pour autre examen spécial spécifié**, n'est pas attribué.

Une radiographie est effectuée sur un patient dans le cadre d'un examen physique général.

- **Z00.00, contact pour un examen médical général d'un adulte**, est codé en diagnostic principal parce qu'il n'y a pas de symptômes et que la radiographie n'a pas été effectuée pour éliminer une maladie suspecte.

Au cas où le patient est admis à l'hôpital **dans le seul but de subir une série d'examens préopératoires**, les codes Z relatifs aux examens préopératoires et préprocéduraux ne doivent être utilisés que dans les situations où un patient ne subit que ces examens et qu'aucun traitement n'est administré. Dans cette situation, l'un des codes suivants est attribué,

avec des codes additionnels pour l'affection pour laquelle la chirurgie ou la procédure est prévue et pour toute découverte liée à l'évaluation préopératoire :

- **Z01.810**, contact pour examen cardiovasculaire préprocédural
- **Z01.811**, contact pour examen respiratoire préprocédural
- **Z01.812**, contact pour examen de laboratoire préprocédural
- **Z01.818**, contact pour autre examen préprocédural
- **Z01.83**, contact pour groupage sanguin

Exemple

Un patient avec un diagnostic de cholélithiase est admis pour une radiographie pulmonaire préopératoire.

- **Z01.818**, contact pour autre examen préopératoire
- Un code additionnel pour la cholélithiase doit également être codé.

Certains des codes pour les examens de santé de routine font la distinction entre **avec**⁷ et **sans résultats anormaux** :

- Par exemple, le code **Z00.00** par rapport au code **Z00.01**.
- L'attribution des codes dépend des informations documentées dans le dossier patient.
- Si aucun résultat anormal n'a été identifié pendant l'examen et que le séjour est codé avant que les résultats des tests ne soient documentés dans le dossier patient, le code de type **sans résultats anormaux** est attribué.
- Lors de l'attribution d'un code de type **avec résultats anormaux**, un ou plusieurs codes additionnels doivent être attribués pour identifier le ou les résultats anormaux spécifiques.

7: Un examen avec des résultats anormaux fait référence à une affection/un diagnostic nouvellement découvert(e), ou à un changement de sévérité d'une affection chronique, lors d'un examen physique de routine.

Exemples

Un patient adulte diagnostiqué avec une hypertension est admis pour un examen physique annuel. Au cours de l'admission, on constate que la tension artérielle du patient est élevée, et le prestataire de soins ajuste les médicaments antihypertenseurs pour un meilleur contrôle.

- **Z00.01**, contact pour examen médical général d'un adulte avec résultats anormaux. Le code de type *avec résultats anormaux* est attribué à ce cas parce que le prestataire de soins a découvert l'hypertension élevée et non contrôlée au cours de l'admission.
- **I10, hypertension essentielle (primaire)**, est codé en diagnostic secondaire pour spécifier le résultat anormal (hypertension non contrôlée).

Un patient pédiatrique est admis pour un examen. Il souffre également d'une bronchite virale, qui a été diagnostiquée lors d'une admission précédente, et est toujours sous traitement.

- **Z00.129**, contact pour examen de routine de l'enfant sans résultats anormaux. Le code de type *sans résultats anormaux* est attribué à ce cas parce que la bronchite n'est pas nouvellement diagnostiquée lors de l'examen de routine et qu'un changement de sévérité n'est pas documenté.

- **J20.8, bronchite aiguë due à d'autres organismes spécifiés**, est attribué pour la bronchite virale.

11.4.5 Tests de dépistage

Les codes des catégories **Z11-Z13, contact pour dépistage**⁸, sont attribués aux **admissions pour des tests effectués pour identifier une maladie ou des précurseurs de maladie dans le but de détecter et de traiter précocement les patients dont le test est positif**. Si lors d'une admission pour un examen de dépistage une pathologie est identifiée, le code correspondant à la raison de l'examen (à savoir le code de dépistage des catégories **Z11-Z13**) est codé en diagnostic principal, suivi d'un code correspondant à la pathologie ou à l'état trouvé lors de l'examen de dépistage.

8: Le **dépistage** est effectué sur des individus apparemment en bonne santé qui ne présentent aucun signe ou symptôme relatif à la maladie. Une mammographie de dépistage est un exemple d'un tel examen.

Exemples

Une patiente est admise pour une mammographie de routine, qui ne révèle aucune pathologie.

- **Z12.31**, contact pour mammographie de dépistage d'un néoplasme malin du sein

Une patiente asymptomatique est admise pour une mammographie de dépistage. Le prestataire de soins documente la présence de microcalcifications.

- **Z12.31**, contact pour mammographie de dépistage d'un néoplasme malin du sein
- **R92.0**, microcalcification mammographique trouvée à l'imagerie diagnostique du sein

Une patiente ayant des antécédents familiaux de cancer du sein chez sa mère, sa tante et sa sœur aînée est admise pour une mammographie de dépistage car elle est considérée comme étant à haut risque pour la maladie.

- **Z12.31**, contact pour mammographie de dépistage d'un néoplasme malin du sein
- **Z80.3**, antécédents familiaux de néoplasme malin du sein

11.4.6 Contact avec/exposition à

La catégorie **Z20** indique un **contact avec des maladies transmissibles et une exposition présumée à celles-ci**. Ces codes concernent les patients dont on soupçonne qu'ils ont été exposés à une maladie par un contact personnel étroit avec une personne infectée ou qui se trouvent dans une zone où une maladie est épidémique.

Exemples

Le contact avec ou l'exposition à une maladie infectieuse intestinale, la tuberculose, le VIH, le virus Zika ou la COVID-19.

La catégorie **Z77** est utilisé en cas de **contact avec et des expositions suspectées dangereuses pour la santé**.

Exemples

Le contact/exposition à des produits chimiques dangereux non médicaux (tels que le plomb ou l'uranium), la pollution environnementale ou les moisissures.

11.4.7 Codes d'antécédents, de statut ou d'autres problèmes

Les catégories **Z80-Z84** indiquent des **antécédents familiaux**. Elles peuvent être attribuées lorsque les antécédents familiaux sont la raison de l'examen ou du traitement.

Les codes des catégories **Z85-Z92** sont utilisés pour indiquer les **antécédents personnels** d'une affection antérieure. Si l'affection mentionnée est toujours présente ou sous traitement, ou si une complication est présente, un code des catégories **Z85-Z92** n'est pas attribué.

Les **codes de statut** indiquent qu'un patient est porteur d'une maladie, qu'il présente les séquelles d'une maladie ou d'un état de santé antérieur, ou qu'un autre facteur influence son état de santé.

- Les catégories **Z88-Z99** indiquent que le patient présente **une affection ou un état de santé continu** qui peut influencer les soins, comme le fait qu'une trachéotomie (**Z93.0**), une colostomie (**Z93.3**), un stimulateur cardiaque (**Z95.0**), ou un pontage aorto-coronarien (**Z95.1**) est en place.
- Les codes Z indiquant le statut sont **redondants lorsque le code de diagnostic lui-même indique que le statut existe**.

Exemple

Le codage d'une crise de rejet aiguë d'un rein transplanté.

- **T86.11**, rejet de greffe de rein
- Étant donné que le statut de transplantation du patient est implicite dans ce diagnostic, le code additionnel **Z94.0**, indiquant le statut de transplantation rénale, n'est pas significatif et ne doit pas être attribué.

Une **documentation diagnostique en termes de statut post** fait généralement référence à une chirurgie, une lésion traumatique ou une maladie antérieure et n'a généralement aucune signification pour l'admission. Aucun code pour l'affection n'est assigné dans ce cas. Un code d'antécédents personnels peut être attribué si l'on le souhaite.

Notez que...

Il existe une distinction importante entre les codes d'antécédents et les codes de statut.

- Les **codes d'antécédents** indiquent que l'affection n'existe plus.

— Les **codes de statut** indiquent que l'affection est présente.

Les codes de la **catégorie Z79** :

- sont attribués pour indiquer **l'utilisation continue d'un médicament prescrit pendant une période prolongée** par un patient :
 - comme **mesure prophylactique**, par exemple, pour prévenir une thrombose veineuse profonde.
 - comme **traitement d'une maladie chronique**, par exemple l'arthrite.
 - pour une **maladie nécessitant un traitement de longue durée**, par exemple le cancer.
- sont attribués de manière appropriée **lorsque le patient reçoit actuellement une des thérapies à long terme suivantes** :
 - une thérapie anticoagulante (**Z79.01**)
 - administration des antithrombotiques/antiplaquettes (**Z79.02**)
 - administration des anti-inflammatoires non stéroïdiens (**Z79.1**)
 - une antibiothérapie (**Z79.2**)
 - administration des contraceptifs hormonaux (**Z79.3**)
 - administration de l'insuline (**Z79.4**)
 - administration des stéroïdes (**Z79.51-Z79.52**)
 - une autre thérapie médicamenteuse à long terme (**Z79.81-Z79.899**).
- La **sous-catégorie Z79.8** comprend l'utilisation à long terme :
 - de modulateurs sélectifs des récepteurs d'œstrogènes (**Z79.810**)
 - d'inhibiteurs d'aromatase (**Z79.811**)
 - d'autres agents affectant les récepteurs d'œstrogènes et les niveaux d'œstrogènes (**Z79.818**)
 - d'aspirine (**Z79.82**)
 - de bisphosphonates (**Z79.83**)
 - d'hormonothérapie substitutive (**Z79.890**)
 - d'analgésiques opiacés (**Z79.891**)
 - d'autres traitements médicamenteux à long terme (**Z79.899**).
- Un **code additionnel** est attribué pour l'affection pour laquelle le médicament est prescrit.

Notez que...

Les directives de codage ne fournissent **pas de définition ou de délai pour la pharmacothérapie à long terme**. Si un patient reçoit un médicament sur une base régulière et dispose de plusieurs renouvellements d'ordonnance, et que le prestataire de soins documente la pharmacothérapie à long terme, la pharmacothérapie peut être codée comme telle. La documentation de la pharmacothérapie à long terme est à la discrétion du prestataire de soins.

Un code de la catégorie **Z79** n'est pas attribué :

- lorsque le médicament est prescrit pour traiter une maladie ou une lésion traumatique aiguë et qu'il est administré pour une courte période de temps (par exemple, des antibiotiques pour traiter une bronchite).

- lorsque les médicaments sont administrés dans le cadre d'un programme de désintoxication ou d'entretien visant à prévenir les symptômes de sevrage chez les patients toxicomanes.

Exemples

L'utilisation à long terme de la méthadone pour le traitement de la douleur.

- **Z79.891**, utilisation à long terme (actuelle) d'un analgésique opiacé

L'utilisation de la méthadone dans un programme d'entretien pour prévenir les symptômes de sevrage.

- **F11.2-**, troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés : syndrome de dépendance

Le code **Z51.81** est utilisé pour encoder des **admissions visant la surveillance thérapeutique des médicaments**. Si le médicament surveillé est un médicament que le patient prend à long terme, un code de la catégorie **Z79** doit être ajouté.

Les codes des catégories **Z55-Z65, personnes présentant des risques potentiels pour la santé liés à des circonstances socio-économiques et psychosociales**, sont attribués pour indiquer **certains problèmes susceptibles d'affecter les soins du patient ou d'empêcher une observance satisfaisante du régime recommandé**.

Attention

Comme les codes des catégories **Z55-Z65** représentent des informations sur les **déterminants sociaux de la santé**, plutôt que des diagnostics médicaux, il n'est pas nécessaire qu'ils proviennent de la documentation d'un prestataire de soins ; il est également acceptable de les coder sur la base d'informations documentées par d'autres cliniciens impliqués dans les soins du patient. La documentation autodéclarée par le patient peut également être utilisée pour attribuer des codes aux déterminants sociaux de la santé, pour autant qu'un clinicien ou un prestataire de soins accepte les informations autodéclarées par le patient et les intègre au dossier patient.

Les **déterminants sociaux** comprennent les conditions sociétales et environnementales telles que le revenu, le niveau d'éducation, la maîtrise de la langue, les différences culturelles, le statut professionnel et le niveau d'accès aux soins de santé. On s'intéresse de plus en plus aux déterminants sociaux de la santé en tant que facteurs clés influençant la santé. La collecte de données sur les déterminants sociaux de la santé, sont essentielles pour les efforts au niveau de la santé publique.

Les **codes d'antécédents, de statut et de problèmes de santé** :

- ne peuvent généralement pas être codé en diagnostic principal, à l'exception des cas suivants :
 - Codes d'**antécédents familiaux** des catégories **Z80-Z84**
 - Codes de **statut personnel** des catégories **Z85-Z87** (sauf la sous-catégorie **Z87.7, antécédents personnels de malformations congénitales [corrigées]**)
 - Code **Z91.81**, antécédents de **chute**
 - Ces codes peuvent être codés en **diagnostic principal** lorsque les antécédents sont la raison de l'admission.
- peuvent être codé en **diagnostic secondaire** pour tout patient, quel que soit la raison de l'admission, mais ils ne sont généralement attri-

bués que lorsque les antécédents, le statut ou les autres problèmes ont une certaine importance pour l'admission.

- Par exemple, des antécédents de carcinome précédemment traité ou des antécédents familiaux de néoplasme malin peuvent être utiles pour expliquer pourquoi certains tests sont effectués.

La sous-catégorie de statut **Z96.6-** indique que le patient a subi une arthroplastie orthopédique, mais ce fait ne serait probablement significatif que s'il limite les mouvements du patient au point de nécessiter des soins infirmiers hors normes ou s'il empêche la pleine participation du patient à un programme de réadaptation.

11.4.8 Susceptibilité génétique à maladie

Les codes de la catégorie **Z15** sont utilisés pour déclarer la **susceptibilité génétique**⁹ à une maladie.

- La sous-catégorie **Z15.0, susceptibilité génétique à un néoplasme malin**, est encore subdivisée pour identifier le site anatomique potentiel :
 - le sein (**Z15.01**)
 - l'ovaire (**Z15.02**)
 - la prostate (**Z15.03**)
 - l'endomètre (**Z15.04**)
 - autre (**Z15.09**).
- Les codes de la catégorie **Z15** ne doivent pas être codés en diagnostic principal. La séquence des codes de la catégorie **Z15** dépend des circonstances de l'admission, comme suit :
 - Si le patient est atteint de l'affection à laquelle il est susceptible, et que cette affection est la raison de l'admission, le code de l'affection actuelle est codé en diagnostic principal, suivi du code **Z15.-**.
 - Si le patient est admis pour un examen de suivi après avoir terminé le traitement de cette affection, et que l'affection n'existe plus, un code de suivi doit être codé en diagnostic principal, suivi des codes appropriés d'antécédents personnels (**Z85.-** à **Z87.-**) et de susceptibilité génétique (**Z15.-**).
 - Si la raison de l'admission est le conseil génétique associé à la gestion de la procréation, il faut d'abord attribuer le code **Z31.5, contact pour conseil génétique procréatif**, suivi d'un code de la catégorie **Z15**. Des codes additionnels doivent être attribués pour tout antécédent familial ou personnel applicable.

9: La **susceptibilité génétique** fait référence à une prédisposition génétique à contracter une maladie. Un individu qui est **porteur** d'une maladie peut la transmettre à sa descendance. Les patients présentant une susceptibilité génétique à certaines maladies peuvent demander l'ablation prophylactique d'un organe afin de prévenir l'apparition de la maladie. Il est important de distinguer la susceptibilité génétique de l'**état de porteur**.

11.4.9 Codes Z comme diagnostic principal/premier diagnostic

Les codes Z peuvent être attribués en tant que diagnostic principal ou en tant que diagnostic secondaire. Les *Official Guidelines for Coding and Reporting* de l'ICD-10-CM contiennent une liste de codes Z qui ne peuvent être attribués qu'en tant que diagnostic principal. Dans la plupart des

cas, les codes Z de cette liste ne peuvent être codés qu'en tant que diagnostic principal; des **exceptions** sont prévues dans les cas où il y a plus d'un code Z qui répond à la définition de diagnostic principal (par exemple, un patient est admis pour la radiothérapie et la chimiothérapie, et les deux diagnostics répondent également à la définition de diagnostic principal).

Ces codes ne sont donc attribués que s'ils répondent à la définition du diagnostic principal.

DIRECTIVES SPÉCIFIQUES AUX CHAPITRES

Aperçu

- De nombreux **symptômes et signes** sont classés dans le chapitre 18, *symptômes, signes et résultats cliniques anormaux, non classés ailleurs (R00-R99)* de l'ICD-10-CM s'ils renvoient à plusieurs maladies ou systèmes ou s'ils sont d'une étiologie inexpliquée.
- Il y a peu de situations dans lesquelles un code de symptôme du chapitre 18 peut être attribué comme **diagnostic principal**.
- Les codes du chapitre 18 sont attribués comme **diagnostics secondaires** uniquement lorsque le signe ou le symptôme ne fait pas partie intégrante de l'affection.
- Ce n'est qu'**en dehors du milieu hospitalier aigu**, le code du symptôme est souvent utilisé comme raison du contact.
- Les codes pour les **résultats anormaux non spécifiés** sont rarement appropriés pour l'encodage en milieu hospitalier aigu.

Objectifs

Les objectifs de ce chapitre sont :

- Expliquer la différence entre un signe et un symptôme.
- Déterminer le codage approprié d'un code du chapitre 18 de l'ICD-10-CM pour un diagnostic principal.
- Déterminer le codage approprié d'un code du chapitre 18 de l'ICD-10-CM pour un diagnostic secondaire.

12.1 Introduction	149
12.2 Signes et symptômes comme diagnostic principal	150
12.3 Signes et symptômes comme diagnostic secondaire	151
12.4 Résultats anormaux	152
12.5 Échelle de Glasgow	153
12.6 « National Institute of Health Stroke Scale » (NIHSS)	154
12.7 Maladies mal définies	155

12.1 Introduction

Les **symptômes et les signes**¹ sont classés de deux manières dans l'ICD-10-CM :

1. Les signes et symptômes indiquant un **diagnostic spécifique** et classés sous une catégorie dans d'autres chapitres de l'ICD-10-CM.
 - Par exemple, le syndrome du côlon irritable avec diarrhée est attribué le code **K58.0**, dans le chapitre 11 *maladies du système digestif (K00-K95)* de l'ICD-10-CM.
2. Les signes et symptômes qui renvoient à **plusieurs maladies ou systèmes anatomiques, ou qui sont d'étiologie inexpliquée**, sont classés sous le chapitre 18 de l'ICD-10-CM.
 - Par exemple, la diarrhée non spécifiée est attribué le code **R19.7**.

1: Un **signe** est défini comme une preuve objective de la maladie qui peut être observée par le prestataire de soins examinateur. Un **symptôme**, par contre, est une observation subjective rapportée par le patient mais non confirmée objectivement par le prestataire de soins.

12.2 Signes et symptômes comme diagnostic principal

Les codes pour les symptômes, les signes et les affections mal définis du chapitre 18 de l'ICD-10-CM ne peuvent **pas être utilisés comme diagnostics principaux lorsque des diagnostics associés ont été établis**, mais ils peuvent être attribués en tant que diagnostics secondaires.

Exemples

- **T40.1X1A + R40.20**, coma dû à un empoisonnement à l'héroïne, contact initial
- **I44.2 + R55**, syncope due à un bloc auriculo-ventriculaire du troisième degré

Un **diagnostic documenté en termes tels que *possible ou probable***² au moment de la sortie est considéré comme un diagnostic établi.

2: Voir chapitre 6, *Règles de base du codage ICD-10-CM* de ce manuel pour plus de détails sur les diagnostics incertains.

Exemple

Un patient est admis avec une douleur abdominale sévère généralisée et la documentation du prestataire de soins mentionne *douleur abdominale, probablement due à une gastrite aiguë*.

- Seul le code de la gastrite **K29.00** est attribué, car la douleur abdominale fait partie intégrante de la gastrite probable.

Il n'y a que quelques **situations dans lesquelles un symptôme du chapitre 18 peut être codé en diagnostic principal** :

1. Lorsqu'**aucune affection associée n'est identifiée et que le symptôme est la raison de l'admission**, un code du chapitre 18 de l'ICD-10-CM est attribué comme diagnostic principal même si d'autres diagnostics non associés sont documentés.
 - Par exemple, un patient est admis avec une tachycardie. Un électrocardiogramme (ECG) ne fournit aucune preuve concluante du type de tachycardie ou de toute affection cardiaque sous-jacente. Le patient a également un diabète insulino-dépendant; la glycémie est surveillée quotidiennement pendant le séjour à l'hôpital.
 - Dans un tel cas, la raison de l'admission est la tachycardie; par conséquent, le code **R00.0, tachycardie, non spécifiée** est codé en diagnostic principal.
 - Étant donné que le diabète a été traité pendant le séjour à l'hôpital, un code additionnel est attribué au diabète sucré.
2. D'**autres situations** dans lesquelles les codes du chapitre 18 de l'ICD-10-CM peuvent être utilisés de manière appropriée pour coder le diagnostic principal comprennent les suivantes :
 - Les signes ou symptômes qui se présentent sont transitoires et aucun diagnostic définitif ne peut être posé.
 - Le patient est référé ailleurs pour un examen ou un traitement complémentaire avant qu'un diagnostic ne soit posé.

- Un diagnostic plus précis ne peut être posé pour aucune autre raison.
- Le symptôme est traité en ambulatoire sans examen supplémentaire pour aboutir à un diagnostic plus définitif.
- Un diagnostic provisoire d'un signe ou d'un symptôme est posé pour un patient qui ne revient plus pour un examen ou des soins supplémentaires.
- Une séquelle résiduelle est la raison pour l'admission, et l'index alphabétique oriente le codeur vers un séquençage de codes alternatif.

De manière générale, les codes de symptômes classés dans d'autres chapitres de l'ICD-10-CM ne sont pas codés en diagnostic principal lorsqu'une affection associée a été documentée. Le symptôme peut être codé en diagnostic principal, cependant, lorsque le patient est admis dans le seul but de traiter le symptôme et aucun traitement ou évaluation plus approfondie de la maladie sous-jacente a lieu.

Exemple

Les patients souffrant de déshydratation secondaire à une gastro-entérite sont parfois admis uniquement à des fins de réhydratation. Dans ce cas, le code de déshydratation peut être désigné comme diagnostic principal même si la cause de la déshydratation est indiquée.

12.3 Signes et symptômes comme diagnostic secondaire

Sauf indication contraire de la classification, les codes du chapitre 18 sont codés en diagnostics secondaires uniquement lorsque le symptôme ou le signe ne fait pas partie intégrante de la affection sous-jacente, et lorsque la présence du signe ou du symptôme fait une différence dans la sévérité de l'état de santé du patient et/ou les soins donnés.

Exemples

De nombreux patients atteints de cirrhose du foie, mais pas tous, ont une ascite. Lorsque l'ascite est présente, cela fait une différence dans les soins donnés, c'est pourquoi le code du chapitre 18 pour l'ascite (**R18.8**) doit être codé en diagnostic secondaire.

Cependant, pour l'ascite dans la cirrhose alcoolique, le code **R18.8** n'est pas codé en diagnostic secondaire. La catégorie **R18, ascite**, exclut les ascites dans la cirrhose alcoolique. Le code **K70.31, cirrhose alcoolique du foie avec ascite** doit être attribué.

Les codes du chapitre 18 ne sont pas attribués lorsque le signe ou le symptôme fait partie intégrante du diagnostic ou lorsque le signe ou le symptôme est inclus dans le code de l'affection. Il faut prendre soin de lire les notes d'instructions car l'ICD-10-CM contient un certain nombre de codes combinés qui identifient à la fois le diagnostic définitif et les signes ou symptômes courants de ce diagnostic. Lors de l'utilisation de

l'un de ces codes combinés, aucun code additionnel ne doit être attribué au signe ou au symptôme. Un tel codage redondant est interdit.

Exemples

- **Douleur abdominale due à un ulcère gastrique** : aucun code de symptôme n'est attribué à la douleur abdominale car elle fait partie intégrante de l'ulcère.
- **Coma dû au diabète sucré** : le coma ne se voit pas attribué de code distinct car des codes combinés sont fournis pour le diabète avec coma associé.
- **Patient admis avec une douleur thoracique, initialement considérée comme une angine; des examens diagnostiques ne soutiennent pas ce diagnostic, et le diagnostic du prestataire de soins mentionne *douleur thoracique, probable costochondrite*** : La douleur thoracique n'est pas codée car elle fait partie intégrante de la costochondrite.

12.4 Résultats anormaux

Bien que les catégories **R70-R97** du chapitre 18 soient fournies pour coder des **résultats anormaux non spécifiques**, il est rarement approprié d'attribuer l'un de ces codes.

Les résultats anormaux sont codés si, et seulement si :

1. le prestataire de soins n'a pas été en mesure d'arriver à un diagnostic associé définitif et il documente le résultat anormal lui-même comme un diagnostic, **ET**
2. l'affection est conforme aux critères pour être codé comme diagnostic.

Exemples

- Si le prestataire de soins documente des résultats électrocardiographiques anormaux sans aucune mention de la maladie associée, l'attribution du code **R94.31, électrocardiogramme anormal** serait appropriée si une évaluation plus poussée d'un éventuel problème cardiaque était prévue.
- Si une de tension artérielle élevée est documentée dans le dossier patient, mais qu'il n'y a aucune preuve de suivi ou de traitement, l'attribution d'un code pour cette constatation anormale est interdite.
- S'il existent des résultats cliniques en dehors de la plage normale mais qu'aucun diagnostic associé n'est documenté, le dossier patient doit être examiné pour déterminer si des tests ou des examens supplémentaires ont été effectués en lien avec ces résultats ou si des soins associés spécifiques ont été fournis. Si une telle documentation est présente, il convient de demander au prestataire de soins si un code doit être attribué. Le cas échéant, la documentation du dossier patient doit être complétée.
- Un patient avec un faible taux de potassium et traité avec du potassium oral ou intraveineux, présente selon toute probabilité

une affection cliniquement significatif qui devrait être codé. Par conséquent, il est approprié de demander au prestataire de soins si un code peut être attribué et de compléter la documentation le cas échéant.

- Une découverte d'arthrite dégénérative sur une radiographie pulmonaire postopératoire de routine d'un patient âgé alors qu'aucun traitement ou évaluation diagnostique supplémentaire de l'arthrite n'a été effectuée ne justifie pas une attribution de code.

12.5 Échelle de Glasgow

L'échelle de Glasgow³ est codé utilisant les sous-catégories **R40.21-**, **R40.22-** et **R40.23-** :

- Un seul code de chaque sous-catégorie (degré d'ouverture des yeux, réactivité verbale et réactivité motrice) est nécessaire pour compléter l'échelle.
- Le septième caractère indique le moment où l'échelle a été déterminé (par exemple, sur le terrain, à l'arrivée au service des urgences, à l'admission à l'hôpital, 24 heures ou plus après l'admission à l'hôpital ou à un moment indéterminé). Le septième caractère doit être le même pour les trois codes.
- Au minimum, le **score initial documenté** lors de l'admission doit être codé. Il peut s'agir d'un score dans le service des urgences. Plusieurs scores à l'échelle comascale de Glasgow peuvent être encodés.
- Un code de **R40.24-**, **Glasgow comascale, score total**, est attribué **lorsque seul** le **score total est documenté** dans le dossier patient.
- Lorsque les **scores individuels** sont documentés, un code de **chacune** de sous-catégories **R40.21-**, **R40.22-** et **R40.23-** est attribuée pour compléter l'échelle de coma.
- Le code **R40.244-** est utilisé pour coder un **coma**, sans score sur l'échelle de coma de Glasgow documenté, ou lorsqu'il n'y a qu'un score partiel documenté.
- À l'instar des codes pour les scores individuels de l'échelle de coma de Glasgow (sous-catégories **R40.21-**, **R40.22-** et **R40.23-**), les codes pour le score total (sous-catégorie **R40.24-**) nécessitent un **septième caractère** pour indiquer le moment où l'échelle a été enregistrée.
- Les termes d'inclusion dans les sous-catégories **R40.22, échelle de coma, meilleure réponse verbale** et **R40.23, échelle de coma, meilleure réponse motrice** clarifient l'utilisation pour les **patients pédiatriques** âgés de deux à cinq ans et pour ceux de moins de deux ans.

Les codes de la sous-catégorie **R40.2, coma**, peuvent être utilisés en **combinaison avec les codes de traumatisme crânien**. Les codes de l'échelle de coma doivent être séquencés après le(s) code(s) de diagnostic.

Notez que...

L'attribution du code pour l'échelle de coma peut être basée sur la **documentation de cliniciens autres** que le prestataire de soins

3: L'échelle de coma de Glasgow est une échelle d'évaluation du degré de conscience, en particulier après un traumatisme crânien. Le score est déterminé par trois facteurs :

- le degré d'ouverture des yeux,
- la réactivité verbale
- la réactivité motrice.

Le score du test peut servir d'indicateur pour certains tests diagnostiques ou traitements et pour prédire la durée et l'issue finale du coma. L'échelle de coma de Glasgow a été développée pour les patients adultes; la version pédiatrique est utilisée pour évaluer l'état mental des patients pédiatriques. Comme la version adulte, l'échelle de coma de Glasgow pédiatrique est composée de trois tests (réponses oculaires, verbales et motrices), mais les réponses verbales et motrices individuelles diffèrent de l'échelle adulte.

du patient. Par exemple, un médecin urgentiste ou un infirmier documente souvent l'échelle du coma. Cependant, le diagnostic associé doit toujours être documenté par un prestataire de soins. En cas de conflit au niveau de la documentation du dossier patient, le prestataire de soins du patient doit être consulté pour clarification et la documentation doit être adaptée en conséquence.

Parfois, un patient est mis dans un **coma médicalement induit**. Ce type de coma réversible est induit par des médicaments pour aider à protéger le cerveau de l'œdème en diminuant le flux sanguin ainsi que le métabolisme des tissus cérébraux. Il est interdit de coder les scores individuels ou totaux de l'échelle de coma de Glasgow pour un patient sous sédation médicale ou un patient présentant un coma médicalement induit.

12.6 « National Institute of Health Stroke Scale » (NIHSS)

Les codes de la sous-catégorie **R29.7-** sont utilisés pour coder les scores de l'échelle NIHSS (*National Institutes of Health Stroke Scale*)⁴.

- Les codes du **R29.7-** sont destinés à être utilisés pour coder des **diagnostics secondaires**.
- L'infarctus cérébral aigu (**I63-**) doit être codé en **diagnostic principal**.
- Les codes **R29.7-** identifient les scores NIHSS discrètes, notamment de 0 à 42.

4: Le NIHSS est un outil d'évaluation clinique permettant d'évaluer et de documenter l'état neurologique des patients victimes d'un accident vasculaire cérébral (AVC) aigu. Il utilise 15 items pour évaluer l'effet de l'infarctus cérébral aigu sur les niveaux de conscience, le langage, la négligence, la perte du champ visuel, les mouvements extra-oculaires, la force motrice, l'ataxie, la dysarthrie et la perte sensorielle. Le NIHSS identifie l'état neurologique du patient et la sévérité de l'AVC.

Exemple

Un patient est admis avec un accident vasculaire cérébral aigu et un score NIHSS de 30.

- **I63.9**, infarctus cérébral, non spécifié
- **R29.730**, score NIHSS 30

Au minimum, le **score initial** documenté lors de l'admission doit être encodé. Plusieurs scores du NIHSS peuvent être codés.

Notez que...

L'attribution du code pour l'échelle NIHSS peut être basée sur la **documentation de cliniciens autres** que le prestataire de soins du patient. Par exemple, un médecin urgentiste ou un infirmier documente souvent l'échelle NIHSS. Cependant, le diagnostic associé doit toujours être documenté par un prestataire de soins. En cas de conflit au niveau de la documentation du dossier patient, le prestataire de soins du patient doit être consulté pour clarification et la documentation doit être modifiée en conséquence.

12.7 Maladies mal définies

Le code **R99, cause de mortalité mal définie et inconnue**, ne doit être utilisé que dans les circonstances très limitées où un patient déjà décédé est amené dans un service d'urgence ou autre et est déclaré mort à son arrivée. Ce code ne doit pas être utilisé pour enregistrer la cause du décès.

Aperçu

- Le chapitre 1 de l'ICD-10-CM, *certaines maladies infectieuses et parasitaires (A00-B99)*, comprend des informations sur la façon de coder les **maladies infectieuses et parasitaires**.
 - L'axe principal du chapitre 1 est l'**organisme responsable** de la maladie.
 - Lorsque le terme principal de l'affection est localisé, les **sous-termes spécifiques ont toujours la priorité** sur les sous-termes généraux.
- Ce chapitre contient des informations sur le codage de **maladies infectieuses et parasitaires spécifiques**, y compris la tuberculose, le virus Zika, le virus du Nil occidental, la bactériémie, le sepsis, le syndrome de réponse inflammatoire systémique (SRIS), la septicémie, le syndrome de choc toxique et les infections bactériennes à Gram négatif.
- Le chapitre 1 de l'ICD-10-CM contient également des informations détaillées sur tous les aspects du codage du VIH/SIDA.
- Le chapitre 22, *codes d'utilisation particulière (U00-U85)* de l'ICD-10-CM contient des codes à des fins spéciales, y compris la **maladie à coronavirus 2019 (COVID-19)**.

13.1 Introduction	156
13.2 Organisme versus site ou autre sous-terme	158
13.3 Fièvre due au virus du Nil occidental	158
13.4 Le virus Zika	159
13.5 Tuberculose	159
13.6 Sepsis, sepsis sévère et choc septique	160
Sepsis sévère	162
Sepsis et sepsis sévère avec une infection localisée	162
Sepsis dû à une infection post-procédurale	163
Sepsis et sepsis sévère associé à un processus non infectieux	164
13.7 Syndrome du choc toxique	165
13.8 Infection à bactéries Gram négatif	165
13.9 Infections nosocomiales	166
13.10 Infections résistantes aux antibiotiques	166
13.11 SIDA et autres infections VIH	168
Diagnostic non confirmé d'une infection à HIV	168
Tests sérologiques pour l'infection à VIH	169
Séquençage des diagnostics associés au VIH	170
13.12 COVID-19	170
Diagnostic non confirmé du COVID-19	171
Séquençage des codes COVID-19	171
Contact/exposition, dépistage, tests ou antécédents de COVID-19	174
Affection post-COVID-19	175
13.13 Séquelles	176

Objectifs

Les objectifs de ce chapitre sont :

- Le codage les maladies infectieuses et parasitaires.
- Expliquer les différences entre bactériémie, septicémie, SIRS, sepsis et choc septique, et comment coder ces conditions.
- Le codage le dépistage, le diagnostic et le traitement du VIH.
- Le codage de la COVID-19.

13.1 Introduction

Le chapitre 1 de l'ICD-10-CM, *certaines maladies infectieuses et parasitaires (A00-B99)*, classe les **maladies infectieuses et parasitaires qui sont facilement transmissibles**.

- Le premier axe de ce chapitre concerne l'**organisme responsable** de l'affection.
- Les maladies infectieuses et parasitaires sont classées de plusieurs manières, ce qui rend impératif l'**utilisation systématique de l'index alphabétique**.

Un seul code du chapitre 1 est attribué pour spécifier l'**organisme**.

Exemple

Le code **B26.-** est attribué aux oreillons.

Certains codes de ce type utilisent un **quatrième caractère pour indiquer un site ou une affection associée.**

Exemple

Le code **B37.1** est attribué pour la candidose pulmonaire.

Les **codes combinés** identifient fréquemment à la fois la pathologie et l'organisme.

Exemples

- **J15.212**, pneumonie due à staphylocoque doré résistant à la méthicilline
- **B26.0**, orchite ourlienne

Le **double codage** est également largement utilisée dans le chapitre 1.

Exemples

- **B49 + J99**, Bronchomycose
- **B39.9 + H32**, Chorioretinite avec histoplasmose

Les codes du chapitre 1 ont **priorité sur les codes des autres chapitres pour la même affection.**

Exemple

Une infection des voies urinaires due à une candidose est codé avec le code **B37.49, autre candidose urogénitale**, plutôt qu'avec le code **N39.0, infection des voies urinaires, site non spécifié.**

Les affections qui ne sont **pas considérées comme facilement transmissibles** sont classées dans le chapitre du système anatomique approprié, avec un code additionnel de la catégorie **B95-B97** pour indiquer l'organisme responsable.

Exemple

Les codes **N41.0, prostatite aiguë sans hématurie**, et **B95.0, streptocoque, groupe A, comme cause de maladies classées ailleurs**, sont attribués pour la prostatite aiguë due au streptocoque du groupe A.

Le chapitre 22 de l'ICD-10-CM contient des codes à des fins spéciales et a une nouvelle section pour codes provisoires pour les nouvelles maladies d'étiologie incertaine ou pour une utilisation d'urgence. Le code **U07.1, COVID-19**, a été créé pour les infections dues au

SRAS-CoV-2. Cette affection est abordée plus en détail plus loin dans ce chapitre.

13.2 Organisme versus site ou autre sous-terme

Une recherche approfondie de l'**index alphabétique** est nécessaire lors du codage de l'infection. Une fois que le terme principal pour l'affection a été localisé, **un sous-terme pour l'organisme a toujours la priorité sur un sous-terme plus général** (comme *aigu* ou *chronique*) lorsque les deux sous-termes se produisent au même niveau d'indentation dans l'index alphabétique.

Exemple

Pour un diagnostic de cystite chronique due au gonocoque, l'index alphabétique fournit les sous-termes suivants pour les maladies chroniques et gonococciques :

Cystitis (exudative). . .

chronic **N30.20**. . .

gonococcal **A54.01**. . .

Dans ce cas, seul le code **A54.01** est attribué car le sous-terme pour l'organisme a préséance sur le sous-terme *chronique*.

Lorsque l'**organisme est spécifié mais n'est pas répertorié sous le terme principal de l'affection**, il faut se reporter vers le terme principal *Infection* ou au terme principal désignant l'organisme.

Exemple

Considérons un diagnostic de cystite à *Candida*. Aucun sous-terme pour candidose n'est situé sous le terme principal *Cystitis*, mais il existe un terme principal pour l'entrée *Infection*, suivi d'un sous-terme pour *Candida*, qui indique à l'utilisateur de voir le terme principal *Candidiasis, candidal* où se trouve le sous-terme *urogenital site, NEC*. Le code **B37.49** est donc attribué pour ce diagnostic plutôt que le code de la cystite.

13.3 Fièvre due au virus du Nil occidental

La sous-catégorie **A92.3** est utilisée pour coder une **infection par le virus du Nil occidental**¹. Cette sous-catégorie est en outre subdivisée pour distinguer l'infection par le virus du Nil occidental :

- non spécifiée (**A92.30**)
- avec une encéphalite (**A92.31**)
- avec d'autres manifestations neurologiques (**A92.32**)
- avec d'autres complications (**A92.39**). Avec cette expansion, les cas les plus bénins de la maladie sont différenciés de ceux présentant des complications et des manifestations neurologiques plus graves.

1: Le **virus du Nil occidental** est transmis aux humains par la piqûre d'un moustique qui a mordu un oiseau infecté. La plupart des personnes en bonne santé infectées par le virus présentent peu de symptômes ou souffrent d'une maladie bénigne consistant en fièvre, maux de tête et courbatures avant de se rétablir. 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 mettre la vie en danger.

13.4 Le virus Zika

Le code **A92.5** est utilisé pour coder la **maladie à virus Zika**².

On code uniquement un **diagnostic confirmé et documenté** d'infection à virus Zika (**A92.5, infection à virus Zika**). Ce code doit être attribué quel que soit le mode de transmission.

Exception

Il s'agit d'une exception à la section II, H des directives de codage officielles. La confirmation ne nécessite pas de documentation quant au type de test effectué. L'affirmation par le prestataire de soins traitant que le patient présente une infection à virus Zika suffit.

Si le prestataire de soins documente que la pathologie est *suspectée, 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 et exposition (suspectée) au virus Zika**.

Le code **Z86.19, antécédents personnels de maladies infectieuses et parasitaires** est attribué, lorsque la documentation dans le dossier patient indique que le patient a un antécédent d'infection à virus Zika.

13.5 Tuberculose

La **tuberculose**³ est classée dans les catégories **A15-A19** en fonction de la **localisation** (par exemple le système respiratoire) ou selon le **type** de tuberculose (par exemple tuberculose miliaire), comme suit :

- **A15**, tuberculose respiratoire
- **A17**, tuberculose du système nerveux
- **A18**, tuberculose d'autres organes
- **A19**, tuberculose miliaire

Les catégories **A15**, **A17** et **A18** sont subdivisées pour **préciser le site**.

- les poumons (**A15.0**)
- 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 sans tuberculose active
- Test cutané positif à la tuberculine sans tuberculose active
- PPD positif (test cutané)
- Test de Mantoux anormal

2: La maladie à virus Zika est une maladie causée par le virus Zika, qui se propage aux humains principalement par la piqûre d'un moustique infecté. Les symptômes les plus courants sont la fièvre, les éruptions cutanées, les douleurs articulaires et la conjonctivite. La maladie est généralement bénigne avec des symptômes qui durent de plusieurs jours à une semaine après avoir été piqué par un moustique infecté. Selon les *Centers for Disease Control and Prevention*, l'infection par le virus Zika pendant la grossesse peut provoquer une anomalie congénitale grave appelée **microcéphalie** (une affection dans laquelle la tête d'un bébé est beaucoup plus petite que prévu), ainsi que d'autres anomalies cérébrales foetales graves, telles que calcifications, intracrâniennes, ventriculomégalie et/ou atrophie cérébrale.

3: 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.

- Test à la tuberculine positif (test cutané)
- Réaction à la tuberculine (test cutané)

La **tuberculose latente**⁴ est codée **Z22.7, tuberculose latente**.

4: La **tuberculose latente** fait référence à une infection par *Mycobacterium tuberculosis*, mais sans tuberculose active. Le seul signe d'infection tuberculeuse est une réaction positive au test cutané tuberculique ou au test sanguin pour la tuberculose. Les personnes atteintes d'une infection tuberculeuse latente ne présentent aucun symptôme, ne sont pas infectieuses et ne peuvent pas transmettre l'infection tuberculeuse à d'autres. Cependant, chez les personnes dont le système immunitaire est affaibli, la bactérie peut devenir active, se multiplier et provoquer la tuberculose.

13.6 Sepsis, sepsis sévère et choc septique

En cas de diagnostic de **sepsis**, le code approprié de l'infection systémique sous-jacente doit être attribué. Si le type d'infection ou l'organisme en cause n'est pas spécifié, on attribue le code **A41.9, sepsis, organisme non spécifié**.

Le **sepsis streptococcique** est classée dans la catégorie **A40** avec le **troisième caractère** spécifiant le sepsis du à différentes souches de streptocoques, comme :

- le groupe A (**A40.0**)
- le groupe B (**A40.1**)
- *Streptococcus pneumoniae* (**A40.3**)
- autre (**A40.8**)
 - le sepsis documenté comme *due à un streptocoque du groupe D* est attribué au code **A41.81, septicémie due à Enterococcus**.
- non spécifié (**A40.9**).

Bien que le sepsis soit **le plus souvent causée par une infection bactérienne, il peut également être causé par des virus, des champignons et/ou des parasites**.

- Le sepsis causé par le *Candida* est attribuée (**B37.7**)
- Le sepsis due à une maladie herpèsvirale disséminée (**B00.7**).

Le code **A41.89, autre sepsis spécifié**, est attribué pour un diagnostic de **sepsis viral**. Bien que les codes des catégories **A30-A49** classifient les maladies bactériennes, l'ICD-10-CM ne fournit pas de code spécifique de sepsis viral et **A41.89** est la meilleure option disponible. Lorsque le type spécifique d'infection virale n'est pas documenté, le code **B97.89, autres agents viraux comme cause de maladies classées ailleurs**, doit être attribué comme code additionnel pour fournir une spécificité supplémentaire et indiquer que le sepsis est dû à un infection virale.

Les **organismes qui causent le sepsis** sont parfois transférés vers d'autres tissus, où ils peuvent être à l'origine d'un autre foyer d'infection et conduire à des affections telles que l'artérite, la méningite et la pyélonéphrite. Des codes additionnels sont attribués pour ces **manifestations** lorsqu'elles sont présentes.

Notez que...

Un diagnostic de sepsis ne peut être ni présumé ni exclu sur la seule base de résultats de laboratoire. Les hémocultures négatives ou non concluantes n'empêchent pas un diagnostic de sepsis chez les patients présentant des preuves cliniques de la maladie; cependant, le prestataire de soins traitant doit être consulté. Un code de sepsis ne doit jamais être attribué en fonction de la définition ou des critères cliniques, ni uniquement des signes cliniques. Un code de sepsis n'est

attribué que lorsque le prestataire de soins pose et documente un tel diagnostic, quels que soient les critères cliniques utilisés pour arriver à ce diagnostic.

La **bactériémie (R78.81)** fait référence à la présence de bactéries dans la circulation sanguine après un traumatisme ou une infection légère. Cette affection est généralement transitoire et disparaît rapidement grâce à l'action du système immunitaire.

La **bactériurie (R82.71)** fait référence à la présence de bactéries lors d'un examen microscopique de l'urine, mais elle ne doit pas être confondue avec une infection des voies urinaires (N39.0).

Le **diagnostic imprécis ou inhabituel d'un sepsis** spécifique à un site ou à un organe, telle que l'urosepsis, peut nécessiter des spécifications supplémentaires à des fins de codage.

Exemple

Le terme *urosepsis* fait référence à la pyurie ou aux bactéries présentes dans l'urine et non dans le sang. Malheureusement, l'urosepsis est parfois documentée comme diagnostic, même si la maladie a évolué à partir d'une infection localisée des voies urinaires et est devenue un sepsis généralisé. Le terme *urosepsis* est un terme non spécifique et ne doit pas être considéré comme synonyme de sepsis. Il n'existe pas de code par défaut dans l'index alphabétique. Lorsque ce terme est documenté, consultez le prestataire de soins pour obtenir des informations supplémentaires et une documentation appropriée.

Le **syndrome de réponse inflammatoire systémique (SRIS)⁵** d'origine non infectieuse est codé dans la sous-catégorie **R65.1**, l'attribution du code dépendant de la présence (**R65.11**) ou non (**R65.10**) d'un dysfonctionnement aigu des organes. Des précautions doivent être prises pour l'attribution des codes, car l'ICD-10-CM ne fournit pas de code ou d'entrée d'index séparé pour le SRIS causé par un processus infectieux, et l'affection n'équivaut pas automatiquement à un sepsis. Par exemple, pour une maladie documentée comme *SRIS secondaire à une pneumonie*, uniquement le code **J18.9, pneumonie, organisme non spécifié** est attribué. En l'absence de sepsis, aucun autre code n'est requis. Si la documentation du dossier patient semble répondre aux critères de sepsis, le prestataire de soins doit être consulté pour obtenir des éclaircissements et la documentation doit être complétée le cas échéant.

Le **sepsis sévère** (sous-catégorie **R65.2**) fait généralement référence à un sepsis associé à un dysfonctionnement aigu ou multiple des organes.

- La sous-catégorie **R65.2** est en outre subdivisée pour déterminer si le sepsis sévère est associée à un **choc septique⁶** (**R65.21**) ou pas (**R65.20**). Le prestataire de soins doit documenter spécifiquement le *choc septique* pour qu'il soit codé comme tel. Le choc septique indique la présence d'un sepsis sévère et le code **R65.21, sepsis sévère avec choc septique**, doit être attribué, même si le terme *sepsis sévère* n'est pas documenté.
- Un code de la sous-catégorie **R65.2, sepsis sévère**, ne doit pas être attribué à moins qu'un **sepsis sévère ou un dysfonctionnement**

5: Le **syndrome de réponse inflammatoire systémique (SRIS)** fait généralement référence à la réponse systémique à une infection, à un traumatisme/brûlure ou à une autre lésion (comme le cancer), avec des symptômes tels que fièvre, tachycardie, tachypnée et leucocytose.

6: Le choc septique fait généralement référence à une insuffisance circulatoire associée à un sepsis sévère et représente donc un type de dysfonctionnement aigu des organes.

organique aigu associé ne soit documenté. Lorsqu'un patient a un sepsis et un dysfonctionnement aigu d'un organe, mais que la documentation indique que le dysfonctionnement aigu d'un organe est lié à une affection médicale autre que le sepsis, les codes de la sous-catégorie R65.2 ne peuvent pas être utilisés. Si la documentation n'est pas claire quant à savoir si un dysfonctionnement aigu d'un organe est lié au sepsis ou à une autre affection médicale, le prestataire de soins doit être consulté et la documentation doit être adaptée le cas échéant. En raison de la nature complexe du sepsis sévère certains cas peuvent nécessiter de consulter le prestataire de soins traitant avant toute attribution de code.

Les instructions ci-dessous doivent être suivies lors du codage du sepsis ou du sepsis sévère. Le codage tiendra compte de la documentation disponible.

13.6.1 Sepsis sévère

Le codage d'un **sepsis sévère** requiert au minimum deux codes :

- D'abord, l'infection systémique sous-jacente est codé, suivi d'un code de la sous-catégorie **R65.2, sepsis sévère**
 - Si l'organisme causal n'est pas documenté, le code **A41.9, sepsis, organisme non spécifié**, sera attribué
- Un (des) code(s) additionnel(s) est (sont) attribué(s) pour le(s) dysfonction d'organe(s) associé(s).

Si un **sepsis sévère est présent à l'admission et répond à la définition du diagnostic principal**, le code de l'infection systémique sous-jacente (par exemple, **A40.-**, **A41.-** ou **B37.7**) est codé, suivi du code approprié de la sous-catégorie **R65.2** comme l'exigent les règles de séquençement de la liste systématique. Un code de la sous-catégorie **R65.2** ne peut jamais être attribué comme diagnostic principal.

Lorsqu'un **sepsis sévère se développe au cours d'une admission** (il n'était pas présente à l'admission), le code de l'infection systémique sous-jacente doit être attribué en premier et un code de la sous-catégorie **R65.2** doit être attribué comme diagnostic secondaire.

Dans certains cas, un **sepsis sévère peut être présent à l'admission, mais le diagnostic n'est confirmé que quelque temps après l'admission**. Lorsque la documentation n'est pas claire quant à la présence d'un sepsis sévère lors de l'admission, le prestataire de soins doit être consulté pour obtenir des informations supplémentaires et la documentation doit être adaptée en conséquence.

13.6.2 Sepsis et sepsis sévère avec une infection localisée

Lorsque la raison de l'admission est **à la fois un sepsis ou un sepsis sévère et une infection localisée** (par exemple, pneumonie ou cellulite), le(s) code(s) de l'infection systémique sous-jacente doit (doivent) être attribué en premier et le code de l'infection localisée doit être attribué comme un diagnostic secondaire. Si le patient a un sepsis sévère, un code

de la sous-catégorie **R65.2** doit également être attribué comme diagnostic secondaire.

D'autre part, si le patient est **admis avec une infection localisée, telle qu'une pneumonie, et que le sepsis/sepsis sévère ne se développe qu'après l'admission**, le code de l'infection localisée doit être attribué en premier, suivi des codes de sepsis/sepsis sévère.

Lorsque **le code du sepsis identifie l'organisme et que le patient a également une infection localisée due au même organisme**, il n'est pas nécessaire d'attribuer séparément un code pour l'organisme responsable de l'infection localisée car le code du sepsis identifie clairement l'organisme causal.

Exemple

Codage d'un diagnostic de sepsis dû à une infection des voies urinaires à *Escherichia coli*

- **A41.51**, sepsis dû à *Escherichia coli*
- **N39.0**, infection des voies urinaires, site non spécifié

Le code **A41.51** identifie clairement la bactérie responsable à la fois du sepsis et de l'infection des voies urinaires. Bien qu'il existe une note d'instruction *Utiliser un code supplémentaire (B95-B97) pour identifier l'agent infectieux* au code **N39.0**, l'attribution de **B96.20** comme code additionnel est redondante dans ce cas.

13.6.3 Sepsis dû à une infection post-procédurale

Comme pour toutes les complications post-procédurales, l'attribution de code pour le **sepsis dû à une infection post-procédurale** est basée sur la documentation du prestataire de soins sur la relation entre l'infection et la procédure.

- Dans de tels cas, le code de l'infection post-procédurale qui identifie le **site de l'infection** doit être codé en premier, s'il est connu.
 - Par exemple, un code d'infection suite à une intervention (**T81.40- à T81.43-**) ou une infection d'une plaie chirurgicale obstétricale (**O86.00 à O86.03**).
- Un **code additionnel** doit être ajouté pour le sepsis suite à une intervention (**T81.44**) ou le sepsis suite à une intervention obstétricale (**O86.04**).
- Un code additionnel doit être codé pour identifier l'**organisme infectieux**.

Pour les **infections suivant une perfusion, une transfusion, une injection thérapeutique ou une immunisation** :

- Un code de la sous-catégorie **T80.2-, infections après perfusion, transfusion et injection thérapeutique**, ou un code **T88.0-, infection après immunisation**, doit être attribué en premier, suivi du code pour spécifier l'agent infectieux.
- De plus, pour une **septicémie sévère**, le code approprié de la sous-catégorie **R65.2** doit également être attribué avec le(s) code(s) pour tout dysfonctionnement aigu d'organe.

Les infections post-procédurales peuvent entraîner un sepsis sévère et un choc septique post-opératoire.

- Dans de tels cas, le code de la **complication précipitante** doit être codé en premier.
 - Par exemple **T81.4-**, **infection suite à une intervention**, ou **O86.0-**, **infection d'une plaie chirurgicale obstétricale**
- L'attribution de codes additionnels différera selon que le **choc septique** est également présent :
 - S'il n'y a pas de choc septique, le code **R65.20**, **sepsis sévère sans choc septique**, et un code pour l'infection systémique sont attribués.
 - En cas de choc septique, un code **T81.12-**, **choc septique postprocédural**, et un code pour l'infection systémique sont attribués.

13.6.4 Sepsis et sepsis sévère associé à un processus non infectieux

Dans certains cas, un processus (affection) non infectieux, tel qu'un traumatisme, peut entraîner une infection entraînant un sepsis ou un sepsis sévère⁷.

- Si un sepsis ou un sepsis sévère est documentée comme *associée à une affection non infectieuse*, telle qu'une brûlure ou un traumatisme sévère, et que cette affection répond à la définition du diagnostic principal, le code de l'affection non infectieuse doit être attribué en premier, suivi du code correspondant infection.
- Un seul code de la catégorie **R65**, **Symptômes et signes spécifiquement associés à l'inflammation et à l'infection systémiques, ne peut être attribué** :
 - En cas de sepsis sévère⁸, un code de la sous-catégorie **R65.2** doit également être attribué avec tout code de dysfonctionnement d'organe associé.
 - Il n'est pas nécessaire d'attribuer un code de la sous-catégorie **R65.1**, **syndrome de réponse inflammatoire systémique (SRIS) d'origine non infectieuse**, pour ces cas.
- Si l'infection répond à la définition du diagnostic principal, elle doit être codé avant l'affection non infectieuse.
- Lorsque l'affection non infectieuse associée et l'infection satisfont à la définition du diagnostic principal, l'une ou l'autre de ces affections peut être désignée comme diagnostic principal.

7: Le sepsis et choc septique compliquant un avortement, une grossesse, un accouchement ou un post-partum sont discutés au chapitre 24 de ce manuel.

8: Le sepsis chez un nouveau-né est discuté dans le chapitre 27 de ce manuel.

Exemples

Dans les cas suivants, les différents codes qui seraient attribués en fonction des informations disponibles sont :

1. **Septicémie streptococcique** : **A40.9**, **sepsis streptococcique, non spécifié**.
2. **Sepsis sévère** : Le code de l'infection systémique (par exemple, **A40.-**, **A41.-** ou **B37.7**) est codé en premier, suivi du code approprié de la sous-catégorie **R65.2** comme requis par les règles de séquençage dans la liste systématique. Des codes additionnels

sont également attribués pour identifier le dysfonctionnement d'organe aigu spécifique (par exemple, rénal, respiratoire ou hépatique).

3. **Choc septique** : Le code de l'infection systémique initiatrice (par exemple, **A40.-**, **A41.-** ou **B37.7**) est codé en premier, suivi du code **R65.21, sepsis sévère avec choc septique**, ou un code **T81.12-, choc septique post-procédural**, et codes pour tout dysfonctionnement organique aigu associé. Les instructions de séquençage de la liste systématique excluent l'attribution du code du choc septique comme diagnostic principal.
4. **Patient admis pour à la fois pneumonie et sepsis** : **A41.9 + J18.9**.
5. **Patient admis avec une pneumonie, développe un sepsis après son admission** : **J18.9 + A41.9**.
6. **Sepsis dû à une infection post-procédurale** : Un code de **T81.40- à T81.43-, infection suite à une procédure**, ou un code de **O86.00-O86.03, infection de la plaie chirurgicale obstétricale**, qui identifie le site de l'infection, est codé en premier suivi du code de l'infection spécifique (par exemple, **A40.-**, **A41.-** ou **B37.7**). Un code **T81.44-, sepsis après une intervention**, ou **O86.04, sepsis après une procédure obstétricale**, doit également être attribué.
7. **Les infections après perfusion, transfusion, injection thérapeutique ou immunisation** : Un code de la sous-catégorie **T80.2, infections après perfusion, transfusion et injection thérapeutique**, ou un code **T88.0-, infection après immunisation**, doit être attribué en premier, suivi par le code pour spécifier l'agent infectieux.
8. **Bactériémie** : **R78.81**.
9. **SIRS dû à une pneumonie mais le patient n'est pas septique** : **J18.9**.
10. **Patient admis avec sepsis en raison d'une pneumonie par aspiration** : **A41.9, sepsis, organisme non spécifié** est codé en diagnostic principal. Les codes **J18.9, pneumonie, organisme non spécifié**, et **J69.0, pneumonite due à l'inhalation d'aliments et de vomissements**, sont attribués comme diagnostics secondaires.

13.7 Syndrome du choc toxique

Le **syndrome de choc toxique**⁹ est codé avec le code **A48.3**. Un code additionnel de la catégorie **B95** ou **B96** est attribué pour identifier l'organisme responsable.

13.8 Infection à bactéries Gram négatif

Un code pour une **infection à bactéries Gram négatif**¹⁰ n'est jamais attribué uniquement sur la base des résultats de coloration de Gram; le codage est basé sur l'évaluation clinique et la documentation de l'affection par le prestataire de soins.

9: Le **syndrome de choc toxique** est causé par une infection bactérienne. Les symptômes comprennent une forte fièvre d'apparition soudaine, des vomissements, une diarrhée aqueuse et une myalgie, suivis d'une hypotension et parfois d'un choc. Il a été signalé à l'origine presque exclusivement chez les femmes menstruées utilisant des tampons à haute 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.

10: Les **bactéries Gram négatif** sont un groupe spécifique d'organismes avec des caractéristiques de coloration particulières. Ils sont cliniquement similaires, comme c'est le cas avec *Klebsiella* et *Pseudomonas*, et sont considérés comme un groupe même lorsque l'organisme spécifique ne peut être déterminé. Parfois, plusieurs organismes Gram négatifs peuvent être observés, mais aucun organisme n'est identifié comme étant l'agent causal, ce qui entraîne un diagnostic d'infection Gram négatif. Les infections à Gram négatif sont généralement plus graves et nécessitent des soins plus intensifs que les infections à Gram positif.

Lorsque l'organisme infectieux a été identifié, un code spécifique est souvent fourni, tel que **J15.0, Pneumonie due à *Klebsiella pneumoniae***. Cependant, pour certaines infections classées dans des autres chapitres autres, aucun organisme n'est identifié comme faisant partie du code d'infection (par exemple, **N39.0, infection des voies urinaires, site non spécifié**). Dans ces cas, un code additionnel des catégories **B95-B97** est attribué pour indiquer l'agent infectieux responsable. Une note d'instruction se trouve au niveau du code d'infection pour attribuer un code additionnel pour identifier l'organisme.

Exemples

- **J15.8**, pneumonie due à des bactéries anaérobies à Gram négatif
- **N11.8 + B96.89**, pyélonéphrite chronique due à des bactéries à Gram négatif

Le tableau 13.1 propose quelques exemples¹¹ de bactéries à Gram négatif et à Gram positif.

11: Pour une liste plus complète, consultez le laboratoire clinique de votre établissement de soins de santé.

Bactéries gramnégatives		Bactéries grampositives
Bacteroides anaérobie	Hemophilus	Actinomyces
Bordetella	Klebsiella	Clostridioides
Brucella	Legionella	Corynebacterium
Campylobacter	Moraxella	Enterococcus
Citrobacter	Morganella	Lactobacillus
Enterobacter	Neisseria	Listeria
Escherichia Coli	Proteus	Mycobacterium
Francisella	Pseudomonas	Nocardia
Fusobacterium anaérobie	Samonella	Peptococcus
Gardnerella	Shigella	Peptostreptococcus
Heliobacter	Trichinella Vaginalis	Staphylococcus
Veillonella anaérobie	Yersinia	Streptococcus

TABLE 13.1 – bactéries à Gram négatif et à Gram positif

13.9 Infections nosocomiales

Les **infections nosocomiales** sont des infections secondaires qui sont contractées à la suite d'un traitement médical ou qui se développent pendant l'hospitalisation. Ils sont également appelés *infections qui sont acquises dans un établissement de soins*. L'ICD-10-CM fournit le code **Y95, affection nosocomiale**, comme code additionnel de cause externe de morbidité pour identifier ces infections.

13.10 Infections résistantes aux antibiotiques

L'ICD-10-CM fournit des codes uniques pour classer les infections à *Staphylococcus aureus* **sensible** à la méthicilline et **résistant** à la méthicilline (SARM). Ces codes sont disponibles pour le sepsis (**A41.01** et **A41.02**), l'infection (**A49.01** et **A49.02**), l'infection dans des maladies classées ailleurs (**B95.61** et **B95.62**) et la pneumonie (**J15.211** et **J15.212**).

Lorsqu'un patient reçoit un diagnostic d'infection à SARM et que pour cette infection **un code combiné existe qui inclut l'organisme causal** (par exemple, sepsis, pneumonie), le code combiné approprié pour l'affection est codé (par exemple, code **A41.02, sepsis dû à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline**, ou code **J15.212, pneumonie due à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline**). Le code **B95.62, infection à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline comme cause de maladies classées ailleurs**, n'est pas attribué comme code additionnel, car le code combiné comprend le type d'infection et l'organisme SARM.

Toutes les infections n'ont pas un code combiné qui inclut l'organisme causal. Lorsqu'il existe une documentation relative à une infection actuelle (par exemple, infection de la plaie, abcès de la suture, infection des voies urinaires) due au SARM et que **l'infection n'a pas de code combiné incluant l'organisme causal**, le code approprié pour identifier l'affection doit être attribué avec le code **B95.62, infection à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline comme cause de maladies classées ailleurs**, pour l'infection à SARM.

De nombreuses infections bactériennes sont résistantes¹² aux antibiotiques actuels. Il est nécessaire d'identifier toutes les infections documentées comme *résistantes aux antibiotiques*. Un code de la catégorie **Z16, résistance aux médicaments antimicrobiens** est attribué uniquement si le code d'infection n'identifie pas la résistance aux médicaments. Pour les cas de SARM, un code de la sous-catégorie **Z16.11, résistance aux pénicillines**, n'est pas attribué en tant que diagnostic secondaire.

Les codes de la catégorie **Z16, résistance aux médicaments antimicrobiens**, ne sont attribués qu'à titre de code additionnel lorsque le prestataire de soins **documente spécifiquement une infection devenue résistante aux médicaments afin d'indiquer la résistance et la non-réponse d'une affection aux médicaments antimicrobiens**. Des énoncés tels que *multirésistant* ou *état de résistance (au médicament spécifié)* ou une terminologie similaire indiquent cet état. Le code de l'infection doit être attribué en premier, suivi du code de la catégorie **Z16**.

Exemple

— **J15.20 + Z16.24**, pneumonie à staphylocoque résistante à la pénicilline et à d'autres antibiotiques

Il est important de distinguer la **colonisation** de **l'infection**. Un patient peut être considéré comme étant colonisé ou porteur - ce qui signifie qu'un organisme infectieux (par exemple, le SARM) est présent sur ou dans le corps sans nécessairement provoquer de maladie. La colonisation n'est pas nécessairement le signe d'un processus pathologique et elle ne peut être considérée comme la cause de l'état spécifique d'un patient à moins qu'elle ne soit documentée comme telle par le prestataire de soins. Un **test de colonisation positif** peut être documenté comme *dépistage SARM positif* ou *écouvillon nasal SARM positif*.

L'ICD-10-CM fournit des codes dans la catégorie **Z22** pour le porteur ou le porteur présumé de maladies infectieuses et le statut de colonisation pour plusieurs infections courantes, telles que le staphylocoque (**Z22.321** ou **Z22.322**) et le streptocoque du groupe B (**Z22.330**).

12: Les codes de résistance aux médicaments peuvent être situés dans l'index alphabétique en faisant référence au terme principal *Resistance, Organism(s), to Drug*.

Si dans le dossier patient, il est documenté qu'un patient a à la fois une infection à SARM et une colonisation à SARM lors d'une hospitalisation, un code pour l'infection à SARM et le code **Z22.322, porteur ou porteur présumé de Staphylococcus aureus résistant à la méticilline**, doivent tous deux être attribués.

13.11 SIDA et autres infections VIH

Étant donné que l'infection par le **virus de l'immunodéficience humaine (VIH)** est une préoccupation majeure en matière de soins de santé, la collecte de données exactes et complètes sur les affections associées à l'infection par le VIH est importante pour la planification des ressources en soins de santé. Le code **B20** est attribué à tous les types d'infections à VIH, qui sont décrites par une variété de termes, tels que les suivants :

- SIDA
- *Acquired Immune Deficiency Syndrome*
- *Acquired ImmunoDeficiency Syndrome*
- *AIDS-Related Complex (ARC)*
- Affections associées au SIDA
- Infection par le VIH, symptomatique

13.11.1 Diagnostic non confirmé d'une infection à HIV

Le code **B20** n'est pas attribué quand la documentation du diagnostic indique que l'infection est *suspectée, possible, probable, ou ?*.

Exception

Ceci est une exception à la règle générale qui permet de coder un diagnostic qualifié de *suspecté, possible, probable* comme s'il était établi.

Le code **B20, maladie due au virus de l'immunodéficience humaine [VIH]**, n'est attribué que si la **documentation du prestataire de soins** indique spécifiquement un diagnostic de SIDA ou que le patient souffre d'une maladie liée au VIH.

- Le code **B20** doit être attribué quand la documentation indique que le patient est séropositif ou a une maladie associée au VIH. Aucune documentation d'une sérologie ou d'une culture positive pour le VIH n'est requise dans ce cas.
- Si la documentation n'est pas claire, le prestataire de soins devra être invité à formuler le diagnostic en termes positifs.

Notez que...

Les codeurs ne doivent pas supposer que les patients traités avec des médicaments antirétroviraux sont atteints du SIDA ou du VIH. Le fait qu'un patient reçoive des médicaments n'indique pas le SIDA ou la maladie du VIH. Le protocole consiste à traiter les patients asymptomatiques de manière prophylactique avec des médicaments antirétroviraux pour supprimer le virus et prévenir la progression de

la maladie.

13.11.2 Tests sérologiques pour l'infection à VIH.

Lorsqu'un patient **asymptomatique sans diagnostic préalable** d'infection à VIH ou de statut VIH positif demande un test pour déterminer son statut VIH, le code **Z11.4, contact pour le dépistage du virus de l'immunodéficience humaine (VIH)** est attribué.

Lorsque le patient testé pour le VIH présente **des signes ou des symptômes** de maladie ou a été diagnostiqué avec **une affection associée** à l'infection par le VIH, des codes pour les signes et symptômes ou le diagnostic sont attribués plutôt que le code de dépistage.

Lorsque le patient est vu pour connaître le résultat du test sérologique, code **Z71.7, conseil sur le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)**, comme raison de du contact lorsque le résultat du test est négatif ou non concluant; le code **R75** est également attribué pour indiquer les résultats du test.

Lorsqu'un patient est connu pour appartenir à **un groupe à haut risque** d'infection par le VIH, le code **Z72.89, autres problèmes liés au mode de vie**, doit être attribué en tant que code additionnel.

Lorsque **le résultat du test est positif mais que le patient ne présente aucun symptôme, aucune complication associée et aucun diagnostic établi d'infection par le VIH** :

- Le code **Z21, statut d'infection par le virus de l'immunodéficience humaine asymptomatique (VIH)**, est attribué.
- Le code **Z21** n'est pas attribué lorsque le terme *SIDA* est utilisé, lorsque le patient est sous traitement pour une maladie associée au VIH ou lorsque le patient est documenté comme *ayant une affection active associée au VIH*; le code **B20** est attribué dans ces cas.
- Le code **Z71.7, conseil sur le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)**, doit également être attribué en tant que code additionnel lorsque le conseil est fourni à un patient dont le test est séropositif.

Lorsqu'un patient a été **en contact avec le virus du VIH ou y a été exposé mais ne présente aucun signe ou symptôme de maladie et qu'on ne lui a pas diagnostiqué** une maladie associée au VIH, le code **Z20.6, contact avec et exposition (suspectée) au virus de l'immunodéficience humaine (VIH)** est attribué.

Les nouveau-nés dont la mère est séropositive pour le VIH sont souvent testés positifs aux tests ELISA (*enzym-linked immunosorbent assay*) et / ou *Western blot hiv-tests*.¹³ Ce résultat positif indique généralement le statut d'anticorps de la mère plutôt que le statut du nouveau-né; les anticorps peuvent traverser le placenta et rester jusqu'à 18 mois après la naissance sans que l'enfant soit infecté. Ces résultats de test non concluants sont également codés avec **R75**.

13: Voir le chapitre 27 de ce manuel pour plus d'informations sur le codage de l'infection à VIH chez le nouveau-né.

13.11.3 Séquençage des diagnostics associés au VIH

Lorsqu'un patient est admis pour le traitement d'une infection par le VIH ou de toute complication connexe, le code **B20, maladie du virus de l'immunodéficience humaine (VIH)**, est codé en diagnostic principal, avec des codes additionnels pour les affections associées au VIH.

Lorsqu'un patient infecté par le VIH est admis pour le traitement d'une affection totalement indépendante, telle qu'une lésion traumatique, cette affection non associée est désignée comme diagnostic principal, avec le code **B20** et des codes pour toute affection associée attribuée en tant que codes additionnels.

Lorsqu'un patient en obstétrique est identifié comme ayant une infection au VIH, un code de la sous-catégorie **O98.7, maladie du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité**, est attribué, avec le code **B20** attribué comme code additionnel.

Si un patient en obstétrique teste positif au VIF mais ne présente aucun symptôme et aucun antécédent d'infection à VIH, les codes **O98.7-** et **Z21, statut d'infection par le virus de l'immunodéficience humaine asymptomatique (VIH)** sont attribués plutôt que **B20**.

13.12 COVID-19

Les catégories **U00-U85** de l'ICD-10-CM contiennent des codes d'utilisation particulière et comporte une nouvelle section pour l'attribution provisoire de codes pour de **nouvelles maladies d'étiologie incertaine ou pour une utilisation en urgence**.

Les codes **U07.1, COVID-19**, et **U09.9, affection post COVID-19, non spécifiée**, ont été créés pour les infections dues au SRAS-CoV-2.

La **maladie à coronavirus 2019 (COVID-19)** est une maladie respiratoire causée par le coronavirus 2 du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS-CoV-2).

Les **symptômes courants** peuvent inclure la fièvre, la toux, l'essoufflement ou la difficulté à respirer, les frissons, les douleurs musculaires, la fatigue, les maux de gorge, les maux de tête, la congestion ou l'écoulement nasal, et une nouvelle perte du goût ou de l'odorat. Les symptômes peu fréquents sont les symptômes gastro-intestinaux tels que la diarrhée, les nausées ou les vomissements. Les symptômes peuvent apparaître de 2 à 14 jours après l'exposition au virus.

D'autres codes pour les **affections associées à la COVID-19** sont :

- **J12.82**, pneumonie due à une maladie à coronavirus 2019
- **M35.81**, syndrome inflammatoire multisystémique
- **Z11.52**, contact pour le dépistage de COVID-19
- **Z20.822**, contact avec et exposition (suspectée) à la COVID-19
- **Z86.16**, antécédents personnels de COVID-19.

Dans le nom **COVID-19**, **CO** signifie corona, **VI** signifie virus et **D** signifie maladie. Auparavant, cette maladie était appelée *2019 novel coronavirus* ou *2019-nCoV*.

13.12.1 Diagnostic non confirmé du COVID-19

Le code **U07.1, COVID-19**, est codé seulement si la documentation du prestataire de soins documente spécifiquement un diagnostic confirmé de COVID-19 ou si un résultat positif au test COVID-19 a été documenté.

Exception

Il s'agit d'une exception aux directives *ICD-10-CM Official Guidelines for Coding and Reporting*. Dans ce contexte, la confirmation n'exige pas la documentation d'un résultat positif au test COVID-19; la documentation du prestataire de soins indiquant que le patient est atteint du COVID-19 est suffisante.

En outre, il est également permis de **Attention : 1**. Le prestataire n'a pas besoin de lier explicitement le résultat du test COVID-19 à l'affection respiratoire; le résultat positif du test peut être codé comme un cas confirmé de COVID-19 tant que le résultat du test lui-même fait partie du dossier du patient.

Notez que...

Le conseil permettant le codage à partir de résultats de tests est limité aux résultats de tests pour le COVID-19 et non au codage d'autres tests de laboratoire.

Si un **diagnostic définitif n'a pas été établi**, ou si le prestataire de soins documente une COVID-19 en termes de *suspectée, possible, probable ou non concluante*, le code **U07.1** n'est pas codé. Il convient plutôt de coder tout signe ou symptôme présent (comme la fièvre).

Si un patient **présente des signes/symptômes associés à la COVID-19** (comme la fièvre) mais qu'un diagnostic définitif n'a pas été établi, le(s) code(s) approprié(s) pour chacun des signes et symptômes présentés est (sont) codé(s).

Si un patient présentant des signes/symptômes associés à la COVID-19 a également un **contact réel ou suspecté avec la COVID-19 ou une exposition à la COVID-19**, il faut coder **Z20.822, contact avec et exposition (suspectée) à la COVID-19**, comme code additionnel.

13.12.2 Séquençage des codes COVID-19

Lorsque la COVID-19 répond à la **définition de diagnostic principal**, le code **U07.1, COVID-19**, est séquençé en premier, suivi des codes appropriés pour les manifestations associées.

Exemple

Lorsque la raison de l'admission sont des manifestations respiratoires de COVID-19, le code **U07.1** est codé en diagnostic principal et les codes des manifestations respiratoires sont codés en diagnostic secondaire.

Lorsque la raison de l'admission sont des manifestations non respiratoires (par exemple, une entérite virale) de COVID-19, le code **U07.1** est codé en diagnostic principal et les codes pour les manifestations sont codés en diagnostic secondaire.

L'exception à cette règle de séquençage est lorsqu'une autre directive exige que certains codes soient séquençés en premier, comme dans le cas de patients en obstétrique ou de patients souffrant de septicémie ou de complications associées à une transplantation.

Exemple

Lorsque la COVID-19 est la raison d'admission pendant la grossesse, l'accouchement ou la puerpéralité, le code approprié de la sous-catégorie **O98.5-, autres maladies virales compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité**, doit être séquençé en diagnostic principal. Le code **U07.1** et les codes des manifestations associées doivent être attribués comme diagnostics secondaires.

Si le motif de l'admission pendant la grossesse, l'accouchement ou la puerpéralité n'est pas associé à la COVID-19 mais que le patient est testé positif à la COVID-19 pendant l'admission, le code de la raison de l'admission doit être codé en diagnostic principal. Le code approprié de la sous-catégorie **O98.5-**, le code **U07.1** et les codes des manifestations associées à la COVID-19 doivent être attribués comme diagnostics secondaires.

Les codes du chapitre 15 de l'ICD-10-CM, *grossesse, accouchement et puerpéralité (O00-O9A)*, ont **préséance** sur les codes des autres chapitres, y compris le code **U07.1**.

La COVID-19 peut se présenter avec des symptômes respiratoires de différents degrés de sévérité, et il peut évoluer **vers un sepsis ou un sepsis sévère**. Le codage d'un code de sepsis ou du code **U07.1** comme diagnostic principal dépend des circonstances de l'admission et de la conformité du sepsis à la définition du diagnostic principal.

Exemples de codage en fonction d'un diagnostic COVID-19 confirmé et de la documentation disponible sur diverses maladies respiratoires aiguës et maladies non respiratoires :

- Pneumonie due à la COVID-19 : le code **U07.1** suivi du code **J12.82, pneumonie due à maladie à coronavirus 2019**.
- Bronchite aiguë due à la COVID-19 : le code **U07.1** suivi du code **J20.8, bronchite aiguë due à d'autres organismes spécifiés**.
- Bronchite non spécifiée ailleurs (NOS) due à COVID-19 : le code **U07.1** suivi du code **J40, bronchite non spécifiée comme aiguë ou chronique**.
- COVID-19 associée à une infection des voies respiratoires inférieures, non autrement spécifiée autrement, ou associée à une infection aiguë des voies respiratoires, non autrement spécifiée : le code **U07.1** suivi du code **J22, infection aiguë des voies respiratoires inférieures non spécifiée**.

- COVID-19 associée à une infection respiratoire, non autrement spécifiée : le code **U07.1** suivi du code **J98.8, autres troubles respiratoires spécifiés**.
- Syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA) dû à la COVID-19 : le code **U07.1** suivi du code **J80, syndrome de détresse respiratoire aiguë**.
- Insuffisance respiratoire aiguë due à la COVID-19 : le code **U07.1** suivi du code approprié de la sous-catégorie **J96.0, insuffisance respiratoire aiguë**.
- Le patient est admis pour une pneumonie due à la COVID-19, qui évolue ensuite vers un sepsis viral (non présente à l'admission) : le code **U07.1** en diagnostic principal, suivi des codes pour le sepsis viral (**A41.89**) et la pneumonie due à la COVID-19 (**J12.82**).
- Le patient est admis avec un sepsis viral due à une pneumonie COVID-19, et le sepsis répond à la définition du diagnostic principal : le code du sepsis viral (**A41.89**) en diagnostic principal suivi des codes **U07.1** et **J12.82** comme diagnostics secondaires.
- Un patient asymptomatique est testé positif pour la COVID-19 : le code **U07.1**. Bien que le patient soit asymptomatique, il a été testé positif et est considéré comme ayant la COVID-19.
- Une patiente enceinte admise avec une COVID-19 léger et une bronchite aiguë : le code approprié de la sous-catégorie **O98.51, autres maladies virales compliquant la grossesse**, suivi des codes **U07.1** et **J20.8** et d'un code additionnel pour le nombre de semaines de gestation.
- Un nouveau-né est testé positif pour la COVID-19 pendant l'admission à la naissance sans documentation spécifiant le type de transmission : le code approprié de la catégorie **Z38, enfant né vivant selon le lieu de naissance et le type d'accouchement**, en diagnostic principal, suivi du code **U07.1**, et des codes appropriés pour les manifestations associées en l'absence de documentation indiquant un type de transmission spécifique.
- Un nouveau-né a un résultat positif au test COVID-19 et le prestataire de soins documente que l'affection a été contractée in utero ou pendant le processus de naissance : le code **P35.8, autres maladies virales congénitales**, suivi du code **U07.1**.
- Le patient est admis avec une manifestation non respiratoire (par exemple, une entérite virale) due à la COVID-19 : le code **U07.1** en diagnostic principal, suivi du code de la manifestation non respiratoire (par exemple, **A08.39, autre entérite virale**).
- Un patient avec le statut post-transplantation pulmonaire contracte la COVID-19 : le code **T86.812, infection de la transplantation pulmonaire**, suivi du code **U07.1**.
- Le patient est admis avec un syndrome inflammatoire multisystémique et la COVID-19 : le code **U07.1** en diagnostic principal, suivi du code **M35.81, syndrome inflammatoire multisystémique**.

13.12.3 Contact/exposition, dépistage, tests ou antécédents de COVID-19

Les directives suivantes s'appliquent aux admissions liées au **contact/exposition au COVID-19, aux tests d'anticorps, aux antécédents de COVID-19**.

Contact/exposition

- Si le patient exposé, qu'il soit symptomatique ou asymptomatique, est testé positif pour le virus COVID-19, il faut attribuer le code **U07.1**. Bien que le patient soit asymptomatique, il a été testé positif et est considéré comme ayant une infection COVID-19.
- Pour les patients asymptomatiques avec une exposition réelle ou suspectée, le code **Z20.822, contact avec et exposition (suspectée) à la COVID-19**, est codé.
- Pour les patients symptomatiques en cas d'exposition réelle ou suspectée au COVID-19, et auquel cas l'infection a été exclue, ou les résultats des tests ne sont pas concluants ou sont inconnus, il faut coder le code **Z20.822, contact avec et exposition (suspectée) à la COVID-19**.

Dépistage

- Pendant la pandémie de COVID-19, un code de dépistage n'est généralement pas approprié. Le codage du code **Z11.52, contact pour le dépistage du COVID-19**, n'est pas approprié. Les directives de codage seront mises à jour au fur et à mesure que de nouvelles informations concernant tout changement du statut de la pandémie seront disponibles.
- Les admissions pour le dépistage du COVID-19, y compris le dépistage préopératoire, sont codées comme une exposition au COVID-19, en utilisant le code **Z20.822, contact avec et exposition (suspectée) à la COVID-19**.

Test d'anticorps

Un contact pour un test d'anticorps COVID-19 qui n'est pas effectué pour confirmer une infection actuelle à la COVID-19 et qui n'est pas un test de suivi après rétablissement du COVID-19, est codé avec le code **Z01.84, contact pour un examen de réponse aux anticorps**. Le test d'anticorps est un test sanguin effectué pour déterminer si un individu a développé des anticorps contre une maladie.

Antécédents personnels

Si un patient a des antécédents de COVID-19, sans symptôme(s) ou affection(s) résiduelle(s), le code **Z86.16, antécédents personnels de COVID-19**, est attribué.

Admissions de suivi.

- Si un patient a déjà subi la COVID-19 sans symptôme(s) ou affection(s) résiduelle(s) et qu'il est admis pour un examen de suivi (et que les résultats du test COVID-19 sont négatifs), les codes **Z09, contact pour examen de contrôle après traitement complet d'affections autre qu'un néoplasme malin**, et **Z86.16, antécédents personnels de COVID-19**, sont codés.
- Pour les admissions de suivi des patients présentant un ou plusieurs symptômes ou une ou plusieurs affections liées à une infection antérieure par la COVID-19, voir la section intitulée *Affection post-COVID-19*.

13.12.4 Affection post-COVID-19

Les **affections post-COVID-19** (également appelées *long(-haul) COVID* ou COVID longue) peuvent faire référence à différents types et combinaisons de problèmes de santé qui peuvent durer des semaines ou des mois après l'infection initiale par le COVID-19, même si l'infection initiale était légère ou asymptomatique.

Le code **U09.9, affection post-COVID-19, non spécifiée**, a été créé pour identifier les affections post-COVID **qui peuvent aller de symptômes** tels que la fatigue ou la perte de l'odorat ou du goût, **à des affections plus sévères** telles que l'insuffisance respiratoire chronique.

Si un patient présente **des séquelles ou des symptômes ou des affections associés à la COVID-19 qui se développent à la suite d'une infection antérieure à la COVID-19** (par exemple, une insuffisance respiratoire chronique), il faut attribuer un ou plusieurs codes pour le ou les symptômes ou affections spécifiques associés à l'infection antérieure à la COVID-19, s'ils sont connus, et coder **U09.9, affection post-COVID-19, non spécifiée**.

Les **manifestations d'une infection active** (actuelle) au COVID-19 ne peuvent pas être codées avec le code **U09.9**.

En général, la **réinfection** signifie qu'une personne a été infectée une fois, s'est rétablie, puis a été infectée à nouveau. D'après les connaissances actuelles sur des virus similaires, on peut s'attendre à certaines réinfections du COVID-19.

Si un patient présente **une ou plusieurs affections associées à une infection antérieure au COVID-19 et développe une nouvelle infection active (actuelle) au COVID-19**, le code **U09.9** est attribué conjointement avec le code **U07.1, COVID-19**, pour identifier que le patient présente également une ou plusieurs affections associées à une infection antérieure par la COVID-19. Le(s) code(s) pour la(les) affection(s) spécifique(s) associée(s) à l'infection antérieure à la COVID-19 et le(s) code(s) pour la(les) manifestation(s) de la nouvelle infection active (actuelle) à la COVID-19 doivent également être attribués.

Le code **Z86.16, antécédents personnels de COVID-19**, ne peut pas être attribué si le patient présente encore des manifestations ou des symptômes résiduels associés à COVID-19. Les codes d'antécédents

personnels expliquent l'affection médicale d'un patient dans le passé qui n'existe plus et qui n'est plus traitée, mais qui a le potentiel de réapparaître, et qui peut donc nécessiter une surveillance continue.

Exemples

- Pneumothorax dû à un antécédent de COVID-19 : le codes **J93.83, autre pneumothorax**, suivi du code **U09.9**.
- Embolie pulmonaire due à des antécédents de COVID-19 : le code **I26.99, autre embolie pulmonaire sans cor pulmonaire aigu**, suivi du code **U09.9**.
- Critical illness myopathie post-COVID-19 : le code **G72.81, critical illness myopathie**, suivi du code **U09.9**.
- Syndrome inflammatoire multisystémique consécutif à une infection COVID-19 guérie : le code **M35.81, syndrome inflammatoire multisystémique**, suivi du code **U09.9**.
- Insuffisance respiratoire chronique post-COVID-19, qui n'est plus infectieuse : le code **J96.10, insuffisance respiratoire chronique, non spécifiée, avec hypoxie ou hypercapnie**, suivi du code **U09.9**.

13.13 Séquelles

Le chapitre 1 fournit **quatre catégories de séquelles** à utiliser en cas d'une affection résiduelle due à une infection antérieure ou à une infestation parasitaire :

- **B90**, séquelles de tuberculose
- **B91**, séquelles de poliomyélite
- **B92**, séquelles de lèpre
- **B94**, séquelles de maladies infectieuses et parasitaires, autres et non spécifiées
- **U09.9, affection post-COVID-19, non spécifiée**

Comme déjà indiqué, le **code de l'affection est attribuée en premier, suivi du code de séquelle approprié**, sauf dans quelques cas où l'index alphabétique indique le contraire. Un code pour l'infection en soi n'est pas attribué car il n'est plus présent.

Exemples

- **G93.9 + B94.1**, lésions cérébrales résultant d'une encéphalite virale antérieure (il y a trois ans)
- **N29 + B90.1**, calcification tuberculeuse du rein

Aperçu

- Le **diabète sucré** est l'affection la plus fréquente attribuée du chapitre 4, *maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques (E00-E89)*, de l'ICD-10-CM.
- Le diabète sucré comporte **deux axes de classification**.
 - Le premier axe correspond au **type de diabète**.
 - Le deuxième axe (quatrième caractère) identifie toute **complication associée**.
- Le diabète entraîne de nombreuses **complications concomitantes**. Ces complications peuvent être **aiguës ou chroniques**. Autant de codes que nécessaire doivent être attribués pour identifier toutes les affections.
- Les codes des catégories **E08**, **E09** et **E13** sont utilisés pour la classification du **diabète secondaire**.
- Les **troubles nutritionnels** classés par l'ICD-10-CM comprennent les **carences** en vitamines et minéraux spécifiques et l'**obésité**.
- Les codes spécifiques à la **mucoviscidose** identifient le site de la manifestation. Il peut y avoir une atteinte pulmonaire, gastro-intestinale ou autre. Utilisez les codes ensemble si différents sites sont impliqués.
- **Hypervolémie** fait partie intégrante de l'insuffisance cardiaque congestive.

14.1 Introduction	177
14.2 Le diabète sucré	178
Types de diabète sucré	179
Complications et manifestations du diabète sucré	181
Complications rénales diabétiques	182
Maladie oculaire diabétique	183
Complications neurologiques diabétiques	184
Complications circulatoires diabétiques	184
Autres manifestations du diabète sucré	185
Complications dues à un dysfonctionnement de la pompe à insuline	186
14.3 Le diabète sucré compliquant la grossesse	186
Diabète gestationnel	187
Affections néonatales associées au diabète maternel	187
14.4 Réactions hypoglycémiques et insuliniques	188
14.5 Antécédents de diabète	188
14.6 Troubles nutritionnels	189
14.7 Troubles métaboliques	190
Surcharge liquidienne	190
La fibrose kystique	190
14.8 Syndrome de lyse tumorale	191

Objectifs

Les objectifs de ce chapitre sont :

- Le codage correct le diabète sucré.
- Identifier les différences entre le diabète pendant la grossesse et le diabète gestationnel.
- Le codage de l'hypervolémie due à une insuffisance cardiaque congestive.
- Le codage des troubles nutritionnels tels que l'obésité.

14.1 Introduction

Le chapitre 4, *maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques (E00-E89)*, de l'ICD-10-CM couvre une variété d'affections qui sont associées d'une manière générale.

Le **diabète sucré**, étant un problème médical courant, est l'affection le plus fréquent codé de ce chapitre.

14.2 Le diabète sucré

Le **diabète sucré**¹ est classé dans les catégories **E08-E13**.

D'autres affections comportent le terme diabète, comme le **diabète bronzé** et le **diabète insipide**, mais un diagnostic documenté comme **diabète sans autre qualification** doit être interprété comme un diabète sucré.

Les codes de diabète sucré sont des **codes combinés** qui incluent :

- le type de diabète sucré
- le système anatomique affecté
- les complications affectant ce système anatomique.

Le **type de diabète** (par exemple, secondaire, type 1, type 2) est identifié au niveau de la catégorie, tandis que le quatrième caractère identifie la présence de toute **complication associée** et que les sous-classifications à cinq, six et sept caractères fournissent une **spécificité supplémentaire concernant la complication**. Dans une catégorie donnée, autant de codes sont attribués que nécessaire pour décrire toutes les complications du diabète sucré. Il n'est pas nécessaire que le diabète sucré et les affections associées soient documentés ensemble en un seul endroit du dossier patient.

La classification ICD-10-CM présume une **causalité** entre le diabète et plusieurs affections aiguës et chroniques. Le terme *with* signifie *associé à ou dû à* lorsqu'il apparaît dans un titre de code, dans l'index alphabétique ou dans une note d'instruction de la liste systématique.

Exemple

Sous le terme principal *Diabète* de l'index alphabétique, le sous-terme *with* indique une gamme d'affections pour lesquelles la classification suppose une causalité entre l'affection - telle que dermatite, ulcère du pied ou gangrène - et le diabète.

Si la documentation du prestataire de soins précise que le diabète sucré **n'est pas la cause sous-jacente** de l'autre affection, il est interdit de coder celle-ci comme une complication diabétique.

La directive de codage ne s'applique pas aux entrées de l'index **non classé ailleurs (NEC)** qui couvrent de larges catégories d'affections. Les codeurs ne doivent pas supposer une causalité lorsque la complication diabétique est classée comme *NEC*. Des affections spécifiques doivent être associées l'une à l'autre par la documentation dans le dossier patient en utilisant des termes comme *avec, dû à ou associé à, causé par*.

Exemple

Le terme principal de l'index *diabetes*, le sous-terme *with*, le sous-sous-terme *skin complication NEC* : pour établir un lien entre le diabète et une complication cutanée NEC spécifique, comme la cellulite ou l'acné vulgaire, le prestataire de soins devrait documenter l'affection comme une complication cutanée diabétique.

1: Le **diabète sucré** est un trouble chronique de l'altération du métabolisme des glucides, des protéines et des graisses. Ce trouble est causé soit par une diminution absolue de la quantité d'insuline sécrétée par le pancréas, soit par une réduction de l'efficacité biologique de l'insuline sécrétée.

Lorsque la **documentation ne permet pas de déterminer** si une affection est associée au diabète sucré, ou que la classification ICD-10-CM ne fournit **pas d'instruction de codage**, il est approprié de demander des précisions au prestataire de soins et un ajout écrit au dossier patient afin que les codes appropriés puissent être attribués.

- Si le prestataire de soins a documenté un diagnostic de diabète sucré, le code approprié des catégories **E08-E13, diabète sucré**, doit être attribué.
- Sinon, un diagnostic de diabète borderline, prédiabète ou diabète latent doit être attribué au code **R73.03, prédiabète**.
- Un taux de glucose anormal ou une tolérance au glucose anormale sans autre confirmation de la maladie par le prestataire de soins doit être attribué au code **R73.09, autre taux de glucose anormal**.

14.2.1 Types de diabète sucré

Il existe **trois grands types** de diabète sucré :

- le type 1 (ou type I)
- le type 2 (ou type II)
- le type secondaire, par exemple, dû à une affection sous-jacente ou induit par un médicament ou une substance chimique.

L'**élément essentiel** dans la sélection des codes des catégories **E08-E13** est le **type de diabète**, et non le fait que le patient soit sous insuline.

Les **types** sont classés comme suit :

- **E08**, diabète sucré dû à une affection sous-jacente
- **E09**, diabète sucré induit par un médicament ou une substance chimique
- **E10**, diabète sucré de type 1
- **E11**, diabète sucré de type 2
- **E13**, autre diabète sucré spécifié

Un code de la catégorie **E11, diabète sucré de type 2**, doit être attribué :

- si la **documentation du dossier patient n'est pas claire** en ce qui concerne le type de diabète;
- lorsque le **type de diabète n'est pas documenté** mais que le dossier indique que le patient utilise de l'insuline. Le fait qu'un patient reçoive de l'insuline ne signifie pas que le diabète est de type 1

Le **diabète sucré de type 1²** (catégorie **E10**) peut également être documenté comme *étant sujet à la cétose, de type juvénile, d'apparition juvénile ou de diabète juvénile*. L'âge du patient n'est pas le seul facteur déterminant, bien que la plupart des personnes atteintes de diabète de type 1 développent la maladie avant d'atteindre la puberté. Le code **Z79.4, utilisation à long terme (actuelle) d'insuline**, peut être attribué aux patients atteints de diabète de type 1, car ces patients ont besoin d'insuline.

Le **diabète sucré de type 2³** (catégorie **E11**) peut également être documenté comme *résistant à la cétose*. Le code **Z79.84, utilisation à long terme (actuelle) de médicaments hypoglycémiant oraux**, est attribué lorsque le patient a besoin de médicaments hypoglycémiant oraux.

2: Le **diabète de type 1** se caractérise par l'incapacité du corps à produire de l'insuline ou par une diminution absolue de cette production. Ces patients ont besoin d'injections régulières d'insuline pour rester en vie, et ils rencontrent d'importants problèmes de santé lorsqu'ils ne suivent pas le régime alimentaire et les médicaments prescrits. Un suivi attentif est nécessaire pour éviter de graves complications.

3: Le **diabète de type 2** se caractérise par la capacité du corps à produire insuline, mais soit elle est produite en quantité insuffisante, soit le corps est incapable de l'utiliser de manière adéquate. Les personnes atteintes de diabète de type 2 n'ont généralement pas besoin d'insuline; le diabète est habituellement géré par des hypoglycémiant oraux, un régime alimentaire et l'exercice physique.

Pour certains patients, cependant, les mesures ordinaires de gestion du diabète ne sont pas efficaces, et une **insulinothérapie** peut être nécessaire pour contrôler une hyperglycémie persistante.

- Lorsqu'un patient atteint de diabète de type 2 utilise systématiquement de l'insuline, le code **Z79.4, utilisation à long terme (actuelle) de l'insuline** est attribué.
- Si le patient est traité à la fois **par des médicaments oraux et par l'insuline**, seul le code pour l'utilisation de l'insuline peut être attribué.
- Si le patient est traité à la fois **par l'insuline et par un antidiabétique injectable non insulinique**, les codes **Z79.4** et **Z79.899, autre pharmacothérapie de longue durée (actuelle)** doivent être attribués.
- Si le patient est traité à la fois **par des hypoglycémiantes oraux et par un antidiabétique injectable non insulinique**, les codes **Z79.84** et **Z79.899** doivent être attribués.

Le diabète secondaire est toujours causé par une autre affection ou un autre événement. Le diabète secondaire peut être :

- dû à une affection sous-jacente (**E08**)
- induit par un médicament ou une substance chimique (**E09**)
- dû à une infection
- le résultat d'une thérapie telle que l'ablation chirurgicale du pancréas
- un autre type de diabète spécifié (**E13**)
- le résultat d'un effet secondaire de médicaments correctement administrés, le résultat d'un empoisonnement, ou un effet tardif de l'utilisation de certains médicaments.

Le diabète secondaire est codé comme suit :

- Le diabète secondaire **dû à une affection sous-jacente** est codé avec des codes de la catégorie **E08, diabète sucré dû à une affection sous-jacente**, l'affection sous-jacente étant codée en premier. Les affections sous-jacentes comprennent :
 - la rubéole congénitale (**P35.0**)
 - le syndrome de Cushing (**E24.-**)
 - la mucoviscidose (**E84.-**)
 - les néoplasmes malins (**C00-C96**)
 - la malnutrition (**E40-E46**)
 - la pancréatite et autres maladies du pancréas (**K85.-** et **K86.-**).
- Le diabète secondaire **induit par un médicament ou une substance chimique** est codé dans la catégorie **E09**.
 - Par exemple, le diabète sucré induit par les stéroïdes, dû à l'utilisation prolongée de prednisone pour une affection non liée, est codé **E09.9, diabète sucré induit par un médicament ou une substance chimique sans complications**, suivi du code **T38.0X5-, effet secondaire des glucocorticoïdes et analogues synthétiques**.
- Les codes des catégories **E10** et **E11** ne sont pas attribués pour le diabète secondaire.
- Le **séquençage** des codes de diabète secondaire est basée sur les instructions de la liste systématique pour les catégories **E08**, **E09** et **E13**.

- Pour la catégorie **E08**, l'affection sous-jacente doit être codée en premier.
- Pour la catégorie **E09**, le médicament ou la substance chimique responsable pour l'empoisonnement est codé en premier.
- Pour les cas d'effets secondaires, un code supplémentaire (**T36-T50**) est attribué avec le cinquième ou sixième caractère égal à 5.
- Le diabète sucré secondaire qui est dû à la pancréatectomie est codé avec **E89.1, hypoinsulinémie post-procédurale**, suivi d'un code de la catégorie **E13** et soit le code **Z90.410, absence totale acquise de pancréas**, soit le code **Z90.411, Absence partielle acquise de pancréas**.
 - Par exemple, le diabète sucré postpancréatectomie dû à l'ablation chirurgicale d'une partie du pancréas est codé **E89.1, E13.9, et Z90.411**.
- Pour les patients atteints de diabète secondaire qui utilisent systématiquement de l'insuline, le code **Z79.4, utilisation à long terme (actuelle) de l'insuline**, doit être attribué. Cependant, le code **Z79.4** ne doit pas être attribué si l'insuline est administrée temporairement pour contrôler la glycémie du patient au cours du séjour.
- Le code **Z79.84, utilisation à long terme (actuelle) d'hypoglycémifiants oraux**, est attribué pour l'utilisation courante de médicaments antidiabétiques oraux. Seul le code pour l'utilisation d'insuline est attribué lorsque le patient est traité à la fois par des médicaments oraux et par l'insuline. Si le patient est traité à la fois par l'insuline et par un antidiabétique injectable non insulinique, les codes **Z79.4, utilisation à long terme (courante) de l'insuline**, et **Z79.899, autre pharmacothérapie à long terme (courante)**.
- Si le patient est traité à la fois par des hypoglycémifiants oraux et par un antidiabétique injectable non insulinique, les codes **Z79.84, utilisation à long terme (actuelle) d'hypoglycémifiants oraux**, et **Z79.899, autre pharmacothérapie à long terme (actuelle)** sont attribués.

La catégorie **E13, autre diabète sucré spécifié**, comprend le diabète sucré dû à des défauts génétiques de la fonction des cellules bêta et le diabète sucré dû à des défauts génétiques de l'action de l'insuline. Le **diabète de type 1.5⁴** est également classé à la catégorie **E13**.

14.2.2 Complications et manifestations du diabète sucré

Le diabète sucré de type 1 et de type 2, ainsi que le diabète sucré secondaire, peuvent entraîner une variété de complications qui impliquent soit des **dérèglements métaboliques aigus (E08-E13 avec .0- ou .1-)**, soit des **complications à long terme (E08-E13 avec .2- à .6-)**.

Le **séquençage** des codes du diabète sucré et de la complication ou de la manifestation est basée sur la raison de l'admission.

Autant de codes des catégories **E08-E13** que nécessaire sont attribués pour identifier toutes les affections associées du patient.

4: Le **diabète de type 1.5** est décrite comme le diabète auto-immun latent de l'adulte (LADA), le diabète de type 1 à progression lente et le double diabète. Les personnes atteintes du diabète de type 1.5 ont des auto-anticorps qui détruisent progressivement les cellules bêta qui produisent l'insuline. Dans les 5 à 10 ans suivant le diagnostic, elles auront besoin d'insuline.

Complications métaboliques aiguës

L'**hyperosmolarité**, l'**acidocétose** et l'**hypoglycémie** sont des complications métaboliques aiguës.

La sous-classification des **complications métaboliques aiguës** est la suivante :

- **E08, E09** et **E11-E13** avec .01, hyperosmolarité diabétique avec coma
- **E08-E13 avec .00**, hyperosmolarité diabétique sans coma hyperglycémique hyperosmolaire non cétonique
- **E08-E13 avec .11**, acidocétose diabétique avec coma
- **E08-E13 avec .10**, acidocétose diabétique sans coma
- **E08-E13 avec .641**, hypoglycémie diabétique avec coma
- **E08-E13 avec .649**, hypoglycémie diabétique sans coma

Le **diabète avec hyperosmolarité (E08-E13 avec .01 ou .00)** est une affection dans laquelle il y a hyperosmolarité et déshydratation sans cétonose significative. Cet état se produit le plus souvent chez les patients atteints de diabète de type 2. Le coma peut être présent ou non.

L'index alphabétique l'ICD-10-CM conseille de coder **diabète, par type, avec acidocétose**⁵ lorsque la documentation fait référence à l'acidocétose. Par exemple, si la documentation fait état d'un diabète de type 2 avec acidocétose, un code de la sous-catégorie **E11.1, diabète sucré de type 2 avec acidocétose**, doit être attribué.

Le **diabète avec hypoglycémie** peut se produire lorsqu'une quantité excessive d'insuline est administrée, lorsque le patient manque un repas ou lorsqu'il est stressé. Cette affection peut évoluer vers le coma. L'ICD-10-CM fournit des codes pour l'**hypoglycémie diabétique avec coma (E08-E13 avec .641)** ou **sans coma (E08-E13 avec .649)**.

Complications chroniques

Les patients atteints de diabète sucré sont susceptibles de souffrir de **diverses affections chroniques** qui affectent les systèmes rénal, nerveux et vasculaire périphérique, notamment au niveau des pieds et des yeux. L'apparition de ces affections peut être précoce ou tardive dans l'évolution du diabète et peut se produire chez les patients insulino-dépendants et non insulino-dépendants.

Les patients diabétiques présentent souvent **plusieurs complications simultanées**, auquel cas plusieurs codes des catégories **E08-E13** sont attribués pour identifier toutes les affections diabétiques associées.

14.2.3 Complications rénales diabétiques

Les patients diabétiques sont particulièrement susceptibles de développer des **complications affectant les reins**, telles que la néphrite, la néphrose ou la maladie rénale chronique⁶.

Les complications rénales diabétiques sont codées :

- **E08-E13 avec .21**, pour la néphropathie diabétique
- **E08-E13 avec .22**, pour la maladie rénale chronique

5: Les résultats typiques des patients atteints d'**acidocétose diabétique** sont une glycosurie, une forte cétonurie, une hyperglycémie, une cétonémie (céton sanguine), une acidose (faible pH du sang artériel) et un faible taux de bicarbonate plasmatique. Acidocétose est une complication aiguë et potentiellement mortelle du diabète qui survient le plus souvent chez les patients atteints de diabète de type 1, mais elle peut également se produire chez les patients atteints de diabète de type 2. Lorsqu'il n'y a pas assez d'insuline dans l'organisme pour que les cellules musculaires et adipeuses absorbent le glucose et l'utilisent comme source d'énergie, les graisses sont décomposées et des corps cétoniques sont libérés dans la circulation sanguine. Chez une personne diabétique, les corps cétoniques s'accumulent dans la circulation sanguine. Le patient peut ressentir une soif excessive, des mictions fréquentes, des nausées, des vomissements, des douleurs abdominales, une faiblesse et une diminution de la vigilance.

6: La **néphrite** est une inflammation du rein qui se développe lentement, sur une longue période. La **néphrose** est un stade avancé de la maladie rénale caractérisée par un œdème massif et une protéinurie marquée. L'**insuffisance rénale chronique** est souvent l'évolution ultime de ces affections.

- **E08-E13 avec .29**, pour une autre complication rénale

Lorsque l'**affection rénale a évolué vers une maladie rénale chronique**, le diagnostic est parfois documenté d'une manière qui nécessite trois codes :

- un code pour le diabète avec maladie rénale chronique (**E08-E13 avec .22**)
- un code pour une manifestation intermédiaire (**N08**)
- un code pour le problème final ou actuel (**N18.1- N18.6, maladie rénale chronique**)
- Il n'est pas nécessaire de coder la manifestation intermédiaire, mais les trois codes peuvent être attribués si l'hôpital le préfère.

Les patients qui souffrent à la fois de **diabète et d'hypertension peuvent développer une maladie rénale chronique en conséquence**. Dans ce cas, trois codes sont nécessaires :

- un code pour le diabète avec manifestation rénale (**E08-E13 avec .22**)
- un code pour une maladie rénale chronique de stade 5 ou une maladie rénale terminale un code de la catégorie **I12** (ou **I13**) avec un quatrième caractère 0 ; ou, pour une maladie rénale chronique de stade 1 à 4, ou non spécifiée un code de la catégorie **I12** (ou **I13**) avec un quatrième caractère 9
- un code pour indiquer le stade spécifique de la maladie rénale chronique, un code de la catégorie **N18**.
- Aucun autre code de manifestation n'est attribué.

Exemple

- **E10.22 + I12.0 + N18.5**, néphropathie diabétique progressive de type 1 avec néphropathie hypertensive et maladie rénale chronique stade 5

Cependant, lorsque le patient est atteint de **diabète, d'hypertension et de maladie rénale chronique** et que le prestataire de soins documente une **causalité entre le diabète et la maladie rénale chronique** en utilisant des termes tels que *maladie rénale chronique diabétique* ou *néphropathie diabétique*, la maladie rénale chronique n'est pas codée comme une maladie rénale chronique hypertensive. Un code de la catégorie **I12** ou **I13** n'est pas attribué ; l'hypertension est codé séparément.

14.2.4 Maladie oculaire diabétique

La **rétinopathie** est une complication courante du diabète. Toute maladie de la rétine dite due au diabète nécessite un code **E08-E13 avec .3-**.

- Le diabète avec rétinopathie diabétique non spécifiée est codé **E08-E13 avec .31-**.
- La rétinopathie diabétique non proliférante peut être classée comme légère (**E08-E13 avec .32-**), modérée (**E08-E13 avec .33-**) ou sévère (**E08-E13 avec .34-**).
- La rétinopathie diabétique proliférante est codée **E08-E13 avec .35-**.

Le sixième caractère fournit des informations supplémentaires pour identifier la **présence ou l'absence d'œdème maculaire**. Le septième caractère désigne la **latéralité** de l'affection (par exemple, œil droit, œil gauche, bilatéral ou œil non spécifié).

Attention

L'ICD-10-CM présume une **relation de cause à effet entre le diabète et la cataracte**. Le diabète et la cataracte doivent être codés comme étant associés, même en l'absence de documentation du prestataire de soins les reliant explicitement.

Les **cataractes** sont considérées comme une cause majeure de déficience visuelle chez les patients diabétiques, car l'incidence et la progression de la cataracte sont élevées chez les patients atteints de diabète sucré.

Exemples

- **E11.36**, diabète sucré de type 2 avec cataracte diabétique
- **K86.1 + E08.36 + H25.9**, diabète sucré secondaire dû à une pancréatite chronique avec cataracte sénile mature

14.2.5 Complications neurologiques diabétiques

Les **neuropathies périphériques, crâniennes et autonomes** sont des manifestations chroniques du diabète sucré. La sous-classification des complications neurologiques diabétiques est la suivante :

- **E08-E13 avec .40**, neuropathie diabétique non spécifiée
- **E08-E13 avec .41**, mononeuropathie diabétique
- **E08-E13 avec .42**, polyneuropathie diabétique
- **E08-E13 avec .43**, (poly)neuropathie autonome diabétique
- **E08-E13 avec .44**, amyotrophie diabétique
- **E08-E13 avec .49**, autre complication neurologique diabétique

Le code pour la **neuropathie autonome** n'est attribué sauf si le diagnostic est documenté comme tel par le prestataire de soins.

Exemples

- **E11.41 + H49.01**, paralysie diabétique du troisième nerf (crânien), œil droit
- **E11.41 + G57.90**, mononeuropathie du membre inférieur due au diabète de type 2
- **E10.40**, diabète de type 1 avec neuropathie
- **E10.43 + K31.84**, diabète de type 1 avec gastroparésie diabétique.

14.2.6 Complications circulatoires diabétiques

La **maladie vasculaire périphérique** est une complication fréquente du diabète sucré.

- **E08-E13 avec .51**, maladie vasculaire périphérique diabétique **sans** gangrène
- **E08-E13 avec .52.**, maladie vasculaire périphérique diabétique **avec** gangrène

Le code **A48.0, gangrène gazeuse**, est attribué comme code additionnel pour un diagnostic de gangrène gazeuse.

L'**artériosclérose** survient plus tôt et de façon plus importante chez les patients diabétiques. Comme la maladie vasculaire périphérique, l'artériosclérose des artères périphériques chez les patients diabétiques est codée avec les codes **E08- E13 avec .51 ou .52**. Un code additionnel de la sous-catégorie **I70.2, artériosclérose des artères natives des extrémités**, est également attribué.

Le **diabète avec d'autres complications circulatoires** est codé avec des codes **E08- E13 avec .59**.

Cependant, la **maladie coronarienne, la cardiomyopathie et la maladie cérébro-vasculaire** 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 prestataire de soins documente une relation causale avec le diabète.

14.2.7 Autres manifestations du diabète sucré

Autres complications chroniques courantes du diabète sucré, outre les complications rénales, ophtalmiques, neurologiques ou circulatoires, sont classées dans les catégories **E08-E13 avec .6-** comme suit :

- **E08-E13 avec .61-**, arthropathie diabétique
- **E08-E13 avec .62-**, complications cutanées diabétiques
- **E08-E13 avec .63-**, complications orales diabétiques

Les **ulcères des extrémités inférieures**, en particulier des pieds, sont des complications courantes du diabète. Lorsqu'un patient atteint de diabète sucré présente un ulcère cutané, la classification présume une **relation de cause à effet** entre lesdites affections, à moins que la documentation n'indique clairement que les affections ne sont pas associées.

- Pour un **ulcère diabétique du pied**, un code de **E08 à E13 avec .621** est attribué, suivi par un code additionnel de **L97.4-** ou **L97.5-** pour indiquer le site spécifique de l'ulcère.
- Les **autres ulcères cutanés diabétiques** sont codés de **E08 à E13 avec .622**, suivi par un code additionnel pour identifier le site de l'ulcère (**L97.1-L97.9, L98.41-L98.49**).
- Si la gangrène est présente avec l'ulcère, attribuer **.52 avec le code E08-E13**.

L'**impuissance organique** est souvent le résultat d'une neuropathie périphérique diabétique ou d'une maladie vasculaire périphérique diabétique. Elle est codée par un code **E08-E13 avec .40**, soit **E08-E13 avec .51**, avec un code additionnel de **N52.1, dysfonctionnement érectile dû à des maladies classées ailleurs**.

Lorsque l'ulcère cutané ou l'impuissance organique est spécifié comme diabétique mais sans indication quant à savoir si l'affection est due à une neuropathie ou à une maladie vasculaire périphérique, l'affection est codé avec un code **E08-E13 avec .69** (avec autre complication spécifiée), suivi par un code additionnel pour la complication.

Les codes **E08-E13 avec .69** sont utilisés pour **toute autre manifestation chronique spécifiée** qui ne peut être saisie avec les autres codes des catégories **E08-E13**.

Exemple

- **E10.69 + M75.01**, capsulite adhésive de l'épaule droite due à un diabète sucré de type 1

14.2.8 Complications dues à un dysfonctionnement de la pompe à insuline

Certains patients diabétiques utilisent une **pompe à insuline**⁷ pour recevoir une insulinothérapie.

Une **défaillance ou un dysfonctionnement** de la pompe peut entraîner un **sous-dosage ou un surdosage** d'insuline. Ces deux situations sont considérées comme des **complications mécaniques** et on leur attribue un code de la sous-catégorie **T85.6, complication mécanique d'autres dispositifs prothétiques internes et externes spécifiés, implants et greffes**, comme diagnostic principal. Le code **T85.6-** approprié est sélectionné en fonction du type de dysfonctionnement, comme suit :

- **T85.614-**, panne (mécanique) de la pompe à insuline
- **T85.624-**, déplacement de la pompe à insuline
- **T85.633-**, fuite de la pompe à insuline

Des codes sont attribués pour spécifier un **sous-dosage (T38.3X6-)** ou un **surdosage (T38.3X1-)**, ainsi que le code correspondant au type de diabète sucré et aux éventuelles complications associées.

7: Une **pompe à insuline** est un petit appareil informatisé fixé au corps qui administre de l'insuline par l'intermédiaire d'un cathéter. La pompe peut fournir un goutte-à-goutte continu d'insuline toute la journée, ou permettre au patient de s'administrer lui-même un bolus d'insuline en appuyant sur un bouton.

14.3 Le diabète sucré compliquant la grossesse

Le **diabète sucré compliquant la grossesse, l'accouchement ou la période puerpérale** est classé dans le chapitre 15, *grossesse, accouchement et puerpéralité (O00-O9A)*, de l'ICD-10-CM. Le diabète sucré est un facteur important de complication de la grossesse.

Si une femme enceinte souffre de diabète sucré, un code de la catégorie **O24, diabète sucré pendant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité** est attribué, suivi par un (des) code(s) de diabète approprié(s) (**E08-E13**) du chapitre 4 de l'ICD-10-CM pour indiquer le type de diabète en question.

Comme le diabète sucré complique inévitablement l'état de grossesse, qu'il est aggravé par la grossesse ou qu'il est la raison principale des soins obstétricaux, il est approprié d'attribuer les codes **E08-E13** pour une patiente enceinte atteinte de diabète sucré. Le code **Z79.4, utilisation à long terme (actuelle) de l'insuline**, est également attribué si le diabète sucré est traité systématiquement par l'insuline.

14.3.1 Diabète gestationnel

Un code de la sous-catégorie **O24.4, diabète sucré gestationnel⁸**, est attribuée pour cette affection. La sous-catégorie **O24.4** est encore subdivisée :

- selon que le diabète gestationnel survient pendant la grossesse, l'accouchement ou la période puerpérale
- selon qu'il est contrôlé par un régime alimentaire ou par des médicaments (médicaments oraux ou insuline).

Aucun autre code de la catégorie **O24** ne doit être utilisé avec un code de **O24.4**.

Si une patiente atteinte de diabète gestationnel est traitée **à la fois par régime alimentaire et par médicaments**, seul le code pour le diabète gestationnel contrôlé par médicaments est requis. Ni le code **Z79.4, utilisation à long terme (actuelle) de l'insuline**, ni le code **Z79.84, utilisation à long terme (actuelle) de médicaments hypoglycémiques oraux**, ne doivent être attribués avec les codes de la sous-catégorie **O24.4**.

Une **tolérance anormale au glucose pendant la grossesse, sans diagnostic de diabète gestationnel**, est codé avec un code de la sous-catégorie **O99.81, glycémie anormale compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité**. Les codes **O24.4-** (diabète gestationnel) et **O99.81-** (anomalie de la tolérance au glucose compliquant la grossesse) ne doivent jamais être attribués ensemble.

14.3.2 Affections néonatales associées au diabète maternel

Les **nouveau-nés de mère diabétique** présentent parfois :

- une **baisse transitoire de la glycémie**
 - **P70.0**, syndrome du nourrisson de mère diabétique
 - **P70.1**, syndrome du nourrisson de mère diabétique
 - **P70.3**, hypoglycémie néonatale iatrogène
 - **P70.4**, autre hypoglycémie néonatale
- une **hyperglycémie transitoire**, parfois appelé **pseudodiabète** et nécessitant parfois un court traitement par insuline.
 - **P70.2**, diabète sucré néonatal

Notez que...

Ces codes ne sont attribués que lorsque la documentation indique que l'état de la mère a effectivement eu un des effets décrits ci-dessus ; le fait que la mère soit diabétique en soi ne justifie pas l'attribution de l'un de ces codes au nouveau-né. Lorsque les rapports de laboratoire semblent indiquer soit une diminution transitoire de la glycémie, soit une hyperglycémie transitoire, il convient de vérifier auprès du prestataire de soins et de compléter la documentation si nécessaire.

8: Un diagnostic de **diabète gestationnel** fait référence à une tolérance anormale au glucose qui apparaît pendant la grossesse chez une femme qui n'était pas diabétique auparavant. Le diabète gestationnel n'est pas un véritable diabète sucré. Il peut survenir au cours des deuxième et troisième trimestres de la grossesse. On pense qu'il est dû à des changements métaboliques ou hormonaux qui se produisent pendant la grossesse. Les patientes atteintes de diabète gestationnel sont généralement placées sous régime diabétique et ont parfois besoin d'une insulinothérapie pour maintenir une glycémie normale pendant la grossesse, mais l'affection disparaît généralement pendant la période post-partum. Le diabète gestationnel peut entraîner des complications pendant la grossesse, similaires à celles d'un diabète sucré préexistant. Il expose également la femme à un risque accru de développer un diabète après la grossesse.

Lorsqu'un nouveau-né est né d'une mère diabétique et qu'il ne présente aucune manifestation du syndrome du nourrisson de mère diabétique :

- un code **Z38** approprié est codé en diagnostic principal.
- le code **Z83.3, antécédents familiaux de diabète sucré**, est codé en diagnostic secondaire
- si en plus le nouveau-né nécessite une surveillance particulière, le code **Z05.42, observation et évaluation du nouveau-né pour une affection métabolique suspectée exclue**, est codé en diagnostic secondaire

14.4 Réactions hypoglycémiques et insuliniques

Les réactions hypoglycémiques⁹ peuvent se produire chez les patients diabétiques et non diabétiques.

Chez un patient diabétique, l'hypoglycémie avec coma est codée **E08-E13 avec .641**, et les codes **E08-E13 avec .649** sont attribués pour l'hypoglycémie sans coma.

Chez un patient non diabétique :

- Le code **E15, coma hypoglycémique non diabétique**, est attribué pour le coma hypoglycémique non autrement spécifié. Le code **E15** comprend également le coma insulinique d'origine médicamenteuse chez un patient non diabétique.
- Le code **E16.2, hypoglycémie non spécifiée**, est attribué à l'hypoglycémie non spécifiée.
- L'hypoglycémie sans coma, due à un médicament utilisé comme prescrit chez un patient non diabétique, nécessite le code **E16.0, hypoglycémie médicamenteuse sans coma**, suivi d'un code des catégories **T36-T50** avec un sixième caractère 5 pour indiquer l'effet indésirable et le médicament responsable.
- Le coma ou le choc hypoglycémique chez un patient non diabétique résultant de l'utilisation incorrecte d'insuline ou d'un autre agent antidiabétique est codé comme un empoisonnement (**T38.3X-** avec un sixième caractère 1-4) avec le code d'empoisonnement en premier, suivi du code **E15, coma hypoglycémique non diabétique**.

⁹: Les réactions hypoglycémiques liées au diabète peuvent se produire lorsqu'il y a un déséquilibre entre les habitudes alimentaires ou l'exercice physique et la dose d'insuline ou de médicaments hypoglycémiques oraux. L'hypoglycémie due à l'insuline peut également survenir chez un patient chez qui on vient de diagnostiquer un diabète de type 1 pendant la phase initiale du traitement, alors que la dose est en cours d'ajustement.

14.5 Antécédents de diabète

L'obésité est un facteur de risque pour un patient de développer un diabète sucré et une hypertension. Si ces affections se développent, et que le patient subit une chirurgie bariatrique, une perte de poids significative peut entraîner la rémission du diabète et/ou de l'hypertension.

Si le prestataire de soins documente que le patient a une rémission ou des antécédents de diabète ou d'hypertension et que le patient ne présente aucune manifestation existante associée au diabète ou à l'hypertension, les codes **Z86.39, antécédents personnels d'autres maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques**, ou **Z86.79, antécédents personnels d'autres maladies du système circulatoire** sont attribués.

14.6 Troubles nutritionnels

Les **troubles nutritionnels**, tels que les carences en vitamines et minéraux spécifiques, sont classés dans les catégories **E40-E64**, à l'exception des anémies nutritionnelles, qui sont classées dans les catégories **D50-D53**.

Plusieurs codes sont utilisés pour identifier **le surpoids et l'obésité**, dont les suivants :

- **E66.01**, obésité morbide (sévère) due à un excès de calories
- **E66.09**, autre obésité due à un excès de calories
- **E66.1**, obésité d'origine médicamenteuse
- **E66.2**, obésité morbide (sévère) avec hypoventilation alvéolaire
- **E66.3**, surpoids
- **E66.8**, autre obésité
- **E66.9**, obésité, non spécifiée

Ces codes sont **attribués uniquement sur la base de la documentation** du prestataire de soins.

La catégorie **E66, surpoids et obésité**, nécessite l'attribution d'un code additionnel (**Z68.-**) pour **l'indice de masse corporelle**¹⁰ (IMC), s'il est connu.

10: L'indice de masse corporelle ou IMC est une mesure du poids par rapport à la taille utilisée comme outil pour indiquer le statut pondéral des adultes.

Exception

Le codage de l'IMC est une exception à la directive qui exige que l'attribution des codes soit basée sur la documentation du prestataire de soins. L'attribution du code de l'IMC doit être basée sur la documentation du dossier patient, qui peut se trouver dans les notes des autres cliniciens impliqués dans les soins du patient. L'IMC est généralement documenté par le diététicien ou l'infirmière. Bien que l'IMC puisse être déclaré sur la base de la documentation d'un autre clinicien, les codes pour le diagnostic associé (comme le surpoids et l'obésité) doivent être basés sur la documentation du prestataire de soins.

Le **surpoids** peut exposer un patient à un risque accru de certaines pathologies. Ni le code de surpoids ni le code d'IMC ne sont attribués lorsqu'il n'y a pas de **documentation** attestant un **diagnostic surpoids** qui répond à la définition d'un diagnostic secondaire.

L'obésité et **l'obésité morbide** sont toujours cliniquement significatives et doivent être codées lorsqu'elles sont documentées par le prestataire de soins. Le code IMC peut être codé avec ces affections lorsque l'IMC est documenté.

Les codes IMC ne doivent pas être attribués pendant la grossesse.

Occasionnellement, **l'IMC peut fluctuer pendant un séjour** à l'hôpital.

- Si la fluctuation de l'IMC est **associée à une affection cliniquement significative**, telle que la malnutrition ou l'anorexie mentale, la valeur d'IMC la plus sévère pendant l'admission est codé.
- Si la fluctuation de l'IMC est causé par une **surcharge/rétention liquidienne**, l'IMC n'est pas codé.

La fluctuation de l'IMC causée par la prise de poids due à l'excès de liquide n'est pas la même que celle causée par la perte ou le gain de masse corporelle; le poids dû à l'excès de liquide peut entraîner une surestimation de l'IMC, ce qui en fait un indicateur inexact du statut pondéral réel du patient.

Le code **E66.2, obésité morbide (sévère) avec hypoventilation alvéolaire**, également connu sous le nom de **syndrome de Pickwick**, implique des troubles respiratoires du sommeil qui font qu'une personne s'arrête de respirer pendant de courtes périodes pendant son sommeil. Il peut être associé à la fois à l'obésité et à des troubles neurologiques.

14.7 Troubles métaboliques

Les **troubles métaboliques**¹¹ autres que le diabète sont classés dans les catégories **E70-E88**.

14.7.1 Surcharge liquidienne

La surcharge liquidienne (**E87.7-**) est l'accumulation excessive de liquide dans l'organisme. Elle peut être causée par une perfusion parentérale excessive ou par des déficiences dans la régulation du volume de liquide cardiovasculaire ou rénal.

- Lorsque la surcharge liquidienne est **de nature cardiogénique**, (par exemple dans le cas de l'insuffisance cardiaque congestive) elle n'est pas codée séparément.¹²
- Lorsque la surcharge liquidienne est **de nature non cardiogénique** (par exemple, une surcharge liquidienne due au non-respect des règles de dialyse par un patient souffrant d'insuffisance cardiaque congestive et d'insuffisance rénale terminale), la note « exclues2 » du code **I50.9** permet le codage séparé de l'insuffisance cardiaque congestive et de la surcharge liquidienne.

14.7.2 La fibrose kystique

La **fibrose kystique**¹³ également connue sous le nom de **mucoviscidose** ou de **fibrose kystique du pancréas**, est codée avec un code **E84.-**.

Des codes spécifiques identifient le **site de la manifestation**. Ces codes de manifestation peuvent être codés ensemble si plusieurs sites sont atteints.

- **E84.0**, fibrose kystique avec des manifestations pulmonaires
- **E84.11**, fibrose kystique avec iléus méconial
- **E84.19**, fibrose kystique avec d'autres manifestations intestinales
- **E84.8**, fibrose kystique avec d'autres manifestations

Le code **E84.9, fibrose kystique, non spécifiée**, doit être utilisé si la **manifestation n'est pas spécifiée**.

Si un **organisme infectieux est impliqué** dans la fibrose kystique avec atteinte pulmonaire, il faut attribuer un code additionnel pour l'organisme présent.

11: Un **trouble métabolique** survient lorsque des réactions anormales dans l'organisme perturbent le métabolisme. Ces troubles impliquent une altération du métabolisme normal des glucides, des lipides, des protéines, de l'eau et des acides nucléiques.

12: Conformément à la directive les affections qui font partie intégrante d'un processus pathologique ne sont pas codés séparément.

13: La **fibrose kystique** est un trouble des glandes exocrines qui provoque l'accumulation d'un mucus épais et tenace. C'est la principale cause de déficience pancréatique et de malabsorption chronique chez les enfants. Bien que la mucoviscidose affecte l'organisme de plusieurs façons, l'insuffisance respiratoire progressive est la principale cause de maladie chez les patients atteints de cette maladie. Les symptômes affectent principalement les systèmes digestif et respiratoire. Dans certaines glandes impliquées dans la digestion, comme le pancréas, le mucus épais peut devenir une obstruction, empêchant les enzymes digestives d'atteindre les intestins. La manifestation pulmonaire se traduit par des sécrétions de mucus qui obstruent les voies respiratoires et permettent aux bactéries de se multiplier. Parfois, cet état évolue vers des complications telles que la bronchite aiguë et chronique, la bronchectasie, la pneumonie, l'atélectasie, les cicatrices péribronchiques et parenchymateuses, le pneumothorax et l'hémoptysie. Des complications intra-abdominales telles que l'iléus méconial, le prolapsus rectal, la hernie inguinale, les calculs biliaires, l'invagination iléo-colique et le reflux gastro-œsophagien peuvent également survenir.

Comme il n'existe pas de traitement curatif connu de la fibrose kystique, la **thérapie est orientée vers les complications** de la maladie, l'accent étant mis sur le maintien d'un état nutritionnel et respiratoire adéquat.

Les **admissions dues à la fibrose kystique**, elle-même se produisent le plus souvent lorsque le patient est hospitalisé pour faire des examens pour confirmer le diagnostic.

14.8 Syndrome de lyse tumorale

Le code **E88.3, syndrome de lyse tumorale**¹⁴, est utilisé pour signaler les SLT **spontanés** ainsi que les SLT **suivant un traitement médicamenteux antinéoplasique**.

Un code additionnel (**T45.1X5-**) pour identifier l'effet secondaire du médicament est attribué lorsque le SLT est induit par un médicament.

14: Le **syndrome de lyse tumorale** (SLT) désigne un groupe de perturbations métaboliques graves, potentiellement mortelles, qui peuvent survenir après un traitement antinéoplasique. Le SLT peut se développer spontanément à la suite d'une radiothérapie ou d'une corticothérapie. Cependant, elle survient généralement après l'administration de médicaments antinéoplasiques et est souvent associée aux leucémies et aux lymphomes. Elle est également observée dans d'autres hémopathies malignes et tumeurs solides. Lorsque les cellules cancéreuses sont détruites, elles peuvent libérer des ions intracellulaires et des sous-produits métaboliques dans la circulation, entraînant une SLT.

Aperçu

- Les **troubles mentaux** sont classés dans le chapitre 5, *troubles mentaux, comportementaux et neurodéveloppementaux (F01-F99)*, de l'ICD-10-CM.
- Le **trouble d'anxiété organique** est une psychose et l'effet direct d'une affection médicale. L'affection médicale doit être codée en premier.
- La **schizophrénie** est classée dans la catégorie **F20**, avec un quatrième caractère indiquant le type de schizophrénie.
- Les **troubles affectifs** sont des maladies mentales courantes présentant de multiples aspects, notamment des facteurs biologiques, comportementaux, sociaux et psychologiques. Les troubles affectifs les plus courants sont les suivants :
 - Le trouble dépressif majeur
 - Les troubles bipolaires
 - Les troubles anxieux
- Les **troubles mentaux non psychotiques** sont également classés. Ils comprennent les éléments suivants :
 - Réactions au stress (aigu et chronique)
 - Troubles psychophysiologiques
- **L'abus et la dépendance aux substances** sont classés comme des troubles mentaux dans l'ICD-10-CM.
 - **L'usage, l'abus et la dépendance** sont des états différents et doivent être codés différemment.
 - **Le syndrome de dépendance à l'alcool, la dépendance aux médicaments/drogues et l'abus de drogues/médicaments sans dépendance** sont classés en trois catégories différentes.

15.1 Introduction	193
15.2 Troubles mentaux dus à des affections physiologiques connues	193
Le syndrome cérébral organique	194
Le trouble anxieux organique	194
Démence dans d'autres maladies classées ailleurs	194
Altération de l'état de conscience	195
15.3 L'amnésie globale transitoire	195
15.4 Les troubles schizophréniques	195
15.5 Troubles affectifs	196
15.6 Troubles mentaux non psychotiques	197
Troubles anxieux	198
Réactions au stress	198
Les troubles dissociatifs et de conversion	198
Les troubles somatoformes	199
15.7 Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques	199
15.8 Troubles de la personnalité et du comportement des adultes	200
15.9 Troubles d'abus de substances	201
Dépendance et abus d'alcool	201
Troubles de dépendance et d'abus de drogues	202
Usage de substances psychoactives	203
Hiérarchie entre les codes d'usage, d'abus et de dépendance des substances psychoactives	204
Sélection du diagnostic principal	204
Traitement d'abus de substances	205
15.10 Codage des procédures en cas de troubles mentaux	205
Procédures pour la santé mentale	206
Procédures pour traitement d'abus de substances	208

Objectifs

Les objectifs de ce chapitre sont :

- Le codage d'une variété de troubles mentaux. item Déterminer les différences entre les types de troubles affectifs.
- Expliquer la différence entre l'abus et la dépendance aux substances, et le codage des affections et des thérapies entourant ces deux affections distinctes.

15.1 Introduction

Les **troubles mentaux** de tous types sont classés dans le chapitre 5, *troubles mentaux, comportementaux et neurodéveloppementaux (F01-F99)*, de l'ICD-10- CM.

Les psychiatres posent généralement leurs diagnostics conformément à la nomenclature utilisée dans le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, cinquième édition (**DSM-5**), publié par l'*American Psychiatric Association* (APA).

Selon l'APA, le DSM-5 et la Classification Internationale des Maladies (CIM) doivent être considérés comme des **publications complémentaires**. Alors que l'objectif premier du DSM-5 est de décrire de manière exhaustive les **critères** utilisés par les psychiatres pour diagnostiquer les troubles mentaux, l'objectif de la CIM est de fournir des codes pour les **statistiques de morbidité et de mortalité** dans le domaine de la psychiatrie et tous les autres domaines de la prestataire de soins.

Attention

Le DSM-5 énumère des codes ICD-10-CM pour des troubles mentaux spécifiques. Les noms des troubles utilisés dans le DSM-5 et la CIM ne correspondent pas toujours. Les codeurs qui travaillent avec des dossiers de santé mentale peuvent trouver utile de se familiariser avec le DSM-5, mais **l'attribution effective des codes se fait selon les classifications de l'ICD-10-CM**.

15.2 Troubles mentaux dus à des affections physiologiques connues

Les catégories **F01-F09, troubles mentaux dus à des affections physiologiques connues**, comprennent une gamme de troubles mentaux regroupés sur la base d'une **étiologie démontrable** dans une maladie cérébrale, une lésion cérébrale ou une autre **crise** entraînant un dysfonctionnement cérébral. Le dysfonctionnement cérébral peut être **primaire ou secondaire**¹.

Cette section comprend les **catégories** suivantes :

- **F01**, démence vasculaire
- **F02**, démence dans d'autres maladies classées ailleurs
- **F03**, démence non spécifiée
- **F04**, trouble amnésique dû à un état physiologique connu
- **F05**, délire dû à un état physiologique connu
- **F06**, autres troubles mentaux dus à un état physiologique connu
- **F07**, troubles de la personnalité et du comportement dus à un état physiologique connu
- **F09**, trouble mental non spécifié dû à un état physiologique connu

Des **notes d'instruction pour coder en premier l'état physiologique sous-jacent** sont fournies pour les catégories **F02-F09**, sauf pour la catégorie

1: Le **dysfonctionnement cérébral primaire** comprend les maladies, les lésions et les crises affectant directement et sélectivement le cerveau. La **dysfonction cérébrale secondaire** comprend les maladies et troubles systémiques qui ne s'attaquent au cerveau que comme l'un des multiples organes ou systèmes corporels concernés.

F03, démence non spécifiée. La catégorie **F01, démence vasculaire**, comporte une note d'instruction pour coder en premier l'état physiologique sous-jacent ou les séquelles d'une maladie cérébrovasculaire.

15.2.1 Le syndrome cérébral organique

Le **syndrome cérébral organique², non spécifié autrement**, est codé sous la rubrique **F09, trouble mental non spécifié dû à un état physiologique connu**. L'affection physiologique sous-jacente doit être codée en premier.

Le **syndrome cérébral organique post-traumatique** est codé sous **F07.81, syndrome post-commotionnel**, avec un code additionnel pour identifier toute céphalée post-traumatique associée.

15.2.2 Le trouble anxieux organique

Le **trouble anxieux organique** est une psychose organique transitoire caractérisée par une anxiété cliniquement significative. Il est considéré comme l'effet physiologique direct d'une affection médicale générale. Le code de l'affection générale est séquencé en premier, avec un code additionnel de **F06.4, trouble anxieux dû à une affection physiologique connue**.

15.2.3 Démence dans d'autres maladies classées ailleurs

La **démence³** classée dans la sous-catégorie **F02.8, démence dans d'autres maladies classées ailleurs**, est **due aux effets physiologiques directs d'une affection médicale générale** et comprend des **troubles neurocognitifs majeurs**.

La sous-catégorie **F02.8** identifie spécifiquement la **présence ou l'absence de troubles du comportement** tels que le comportement agressif, le comportement violent, l'errance ou le comportement combatif.

Lors de l'attribution des codes **F02.80** et **F02.81**, l'affection physiologique sous-jacente associée à la démence, telle que la maladie d'Alzheimer (**G30.-**) ou la maladie de Parkinson (**G20**), est codé en premier.

Lorsque la **cause de la démence n'est pas spécifiée**, la démence est classée dans la sous-catégorie **F03.9, démence non spécifiée**, le cinquième caractère permettant de distinguer sans trouble du comportement (**F03.90**) ou avec trouble du comportement (**F03.91**).

La **démence non spécifiée avec un comportement documentée comme agressif, combatif ou violent** est classée au code **F03.91**.

Si le patient a tendance à **errer**, le code **Z91.83, errance dans les maladies classées ailleurs**, peut être attribué en plus du code **F02.81** ou **F03.91**.

2: Le **syndrome cérébral organique** est un terme général plus ancien utilisé pour décrire une diminution de la fonction mentale due à une maladie médicale autre qu'une maladie mentale. En général, les syndromes cérébraux organiques provoquent :

- de l'agitation,
- de la confusion,
- une perte à long terme des fonctions cérébrales (démence)
- une perte sévère à court terme des fonctions cérébrales (délires).

Le syndrome cérébral organique est fréquent chez les personnes âgées mais ne fait pas partie du processus normal de vieillissement.

3: La **démence** se caractérise par le développement de déficits cognitifs multiples tels que des troubles de la mémoire et des perturbations cognitives, notamment l'aphasie, l'apraxie et l'agnosie.

15.2.4 Altération de l'état de conscience

Une altération de l'état de conscience non associée à un délire ou à une autre affection identifiée est classée dans la catégorie **R40** du chapitre 18, *symptômes, signes et résultats cliniques et de laboratoire anormaux, non classés ailleurs (R00-R99)*, de l'ICD-10-CM.

La catégorie **R40** est encore subdivisée pour indiquer si l'altération est identifiée comme :

- une somnolence (**R40.0**)
- une stupeur (**R40.1**)
- un coma (**R40.2**)
- un état végétatif persistant (**R40.3**)
- une altération transitoire de la conscience (**R40.4**).

En cas d'une altération de l'état mental, ou une modification de l'état mental :

- Si l'étiologie est inconnue, elle est codée sous **R41.82, altération de l'état mental, non spécifiée**.
- Si l'affection à l'origine de l'altération de l'état mental est connue, le code **R41.82** n'est pas attribué ou l'affection est codé.

15.3 L'amnésie globale transitoire

L'amnésie globale transitoire⁴ n'est pas de nature psychotique et n'est pas considérée comme étant due à l'ischémie; il s'agit plutôt d'une affection cérébrovasculaire distincte ayant son propre code, **G45.4**.

4: L'amnésie globale transitoire est une forme distincte d'amnésie d'étiologie inconnue, caractérisée par une perte soudaine de la fonction de mémoire. Au cours d'un épisode, le patient est incapable de former des souvenirs ou de se rappeler des événements récents et peut poser la même question à plusieurs reprises car il ne se souvient pas des réponses précédentes. L'épisode dure généralement quelques heures, suivies d'une résolution totale ou quasi-totale de la perte de mémoire, bien que le patient reste amnésique pour l'événement lui-même.

15.4 Les troubles schizophréniques

Les troubles schizophréniques⁵ sont classés dans la catégorie **F20**, avec un quatrième caractère indiquant le type de schizophrénie comme suit :

- **F20.0, schizophrénie paranoïde** : Les patients atteints de ce type de schizophrénie sont préoccupés par des délires de punition ou de persécution par autrui.
- **F20.1, schizophrénie désorganisée** : Type de schizophrénie dans lequel les patients sont généralement confus et illogiques; leur comportement est désorganisé, sans émotion et inapproprié. Le patient peut avoir une capacité limitée à effectuer les activités normales de la vie quotidienne.
- **F20.2, schizophrénie catatonique** : Type de schizophrénie dans lequel les patients deviennent insensibles et ont une réponse physique limitée.
- **F20.3, schizophrénie indifférenciée** : Forme de schizophrénie qui se caractérise par un certain nombre de symptômes schizophréniques, tels que délire(s), comportement désorganisé, discours désorganisé, affect plat ou hallucinations, mais qui ne répond aux critères d'aucun autre type de schizophrénie.

5: La schizophrénie est une maladie mentale grave caractérisée par une variété de symptômes comprenant, entre autres, les suivants :

- Comportement bizarre
- Pensée désorganisée
- Discours désorganisé
- Expression émotionnelle diminuée ou perte de contact avec la réalité
- Retrait social diminué à total.

- **F20.5, schizophrénie résiduelle** : Type de schizophrénie caractérisé par une diminution de la sévérité des symptômes de la schizophrénie. Le délire, les hallucinations et d'autres symptômes peuvent être présents, mais ils sont beaucoup moins graves que lors du diagnostic initial.
- **F20.8, autres schizophrénies** : Cette sous-catégorie est subdivisée comme suit :
 - **F20.81, trouble schizophréniforme** : Il s'agit d'un type de schizophrénie de courte durée qui déforme la façon dont une personne pense, agit, exprime ses émotions, perçoit la réalité et entre en relation avec les autres. Le trouble schizophréniforme dure généralement moins de six mois, alors que la schizophrénie est une maladie qui dure toute la vie.
 - **F20.89, autres schizophrénies** : Ce code inclut la schizophrénie cénesthopathique (un sous-groupe de la schizophrénie avec des sensations corporelles anormales marquées et dominantes) et la schizophrénie simple (un trouble caractérisé par un développement insidieux mais progressif de bizarreries de conduite, une incapacité à répondre aux exigences de la société et un déclin de la performance totale).
- **F20.9, schizophrénie, non spécifiée** : Ce code est utilisé lorsque le type de schizophrénie n'est pas spécifié ou lorsque les codes de l'ICD-10-CM ne différencient pas la sévérité ou l'exacerbation aiguë.

Exemple

Par exemple, le code **F20.9** est attribué pour une exacerbation aiguë d'une schizophrénie chronique.

15.5 Troubles affectifs

Les **troubles de l'humeur (affectifs)**⁶ sont classés dans les catégories **F30-F39** de l'ICD-10-CM.

Le **trouble dépressif majeur**⁷ est classé dans l'ICD-10-CM comme suit :

- **F32.-**, trouble dépressif majeur, épisode unique
- **F33.-**, trouble dépressif majeur, récurrent

Les catégories **F32** et **F33** sont encore subdivisées avec des quatrièmes caractères, et parfois des cinquièmes caractères, pour fournir des informations sur la **sévérité actuelle** du trouble, comme suit :

- **0** Léger
- **1** Modéré
- **2** Sévère, sans caractéristiques psychotiques
- **3** Sévère avec caractéristiques psychotiques
- **4** En rémission
 - la catégorie **F32** utilise le quatrième caractère 4 pour indiquer une *rémission partielle*;

6: Les **troubles affectifs** sont des maladies mentales courantes présentant de multiples aspects, notamment des facteurs biologiques, comportementaux, sociaux et psychologiques. Le **trouble dépressif majeur (TDM)**, les **troubles bipolaires** et les **troubles anxieux** sont les troubles affectifs les plus courants. Les troubles affectifs peuvent entraîner des symptômes allant de légers et gênants à graves et menaçant la vie. Les troubles affectifs se caractérisent par une perturbation de l'humeur.

7: Le **trouble dépressif majeur** est également connu sous le nom de **dépression monopolaire** ou de **trouble affectif unipolaire**. Le trouble dépressif majeur provoque des périodes prolongées d'épuisement émotionnel, mental et physique. Les patients atteints de ce trouble présentent un risque considérable de comportement autodestructeur, menant parfois au suicide.

- la catégorie **F33** utilise le quatrième caractère 4 pour indiquer une *rémission* et est encore subdivisée avec des cinquièmes caractères pour indiquer une *rémission non spécifiée, une rémission partielle ou une rémission complète*
- **5** En rémission complète (utilisé uniquement pour la catégorie **F32**).
- **8** Autre
- **9** Non spécifié

Les quatrième caractères 1 à 8 ne sont attribués que lorsque la sévérité est documenté dans le dossier patient.

L'ICD-10-CM classe les **troubles bipolaires**⁸ dans les catégories/codes suivants :

- **F30.-, épisode maniaque** : comprend le trouble bipolaire, l'épisode maniaque unique et l'épisode affectif mixte.
 - La catégorie est subdivisée pour identifier la sévérité de l'épisode actuel et pour indiquer si des symptômes psychotiques sont impliqués.
- **F31.-, trouble bipolaire** : comprend la maladie maniaco-dépressive, la psychose maniaco-dépressive et la réaction maniaco-dépressive.
 - La catégorie est subdivisée pour préciser la sévérité de l'épisode actuel ; si l'épisode actuel est hypomaniaque, maniaque, dépressif ou mixte ; et si des caractéristiques psychotiques sont impliquées.
- **F34.-, troubles de l'humeur (affectifs) persistants** : inclut le trouble cyclothymique et le trouble dysthymique.
- **F39, trouble de l'humeur (affectifs) non spécifié** : inclut la psychose affective non spécifiée autrement.

Lorsqu'un **patient atteint de trouble bipolaire présente aussi un trouble dépressif majeur**, il faut attribuer un code pour le trouble bipolaire. La dépression ne peut pas être séparément car le trouble bipolaire comprend à la fois la dépression et la manie.

Pour un patient atteint de **trouble bipolaire actuellement en rémission (F31.7-)**, des **cinquièmes caractères** doivent être codés pour préciser :

- si le patient est en rémission complète ou partielle.
- si l'épisode le plus récent était hypomaniaque, maniaque, dépressif, mixte ou non spécifié.

15.6 Troubles mentaux non psychotiques

Une variété de troubles anxieux, dissociatifs, liés au stress, somatoformes et autres **troubles mentaux non psychotiques** sont classés dans les catégories **F40-F48**.

Il s'agit de troubles tels que les troubles anxieux phobiques, les réactions au stress, les troubles dissociatifs et de conversion, les troubles somatoformes et d'autres troubles mentaux non psychotiques.

8: Les **maladies affectives bipolaires** sont divisées en différents types selon les symptômes affichés. Les autres noms des maladies affectives bipolaires comprennent le **trouble maniaco-dépressif, la cyclothymie, la maladie maniaco-dépressive et le trouble bipolaire**. Les patients atteints de maladies bipolaires connaissent des périodes d'épisodes maniaques (hyperexcitables) alternant avec des périodes de dépression profonde. Ces troubles sont chroniques et récurrents, avec des degrés de sévérité variables. Les crises graves peuvent conduire à des tentatives de suicide pendant les épisodes dépressifs ou à des violences physiques contre soi-même ou les autres pendant les épisodes maniaques. Chez de nombreux patients, cependant, les épisodes sont légers et peu fréquents. Des états mixtes peuvent également se produire avec des éléments de manie et de dépression présents simultanément. Certaines personnes atteintes de troubles affectifs bipolaires présentent un cycle rapide entre les états maniaques et dépressifs.

15.6.1 Troubles anxieux

Les **troubles anxieux**⁹ sont classés dans l'ICD-10-CM dans les catégories suivantes :

- **F40**, troubles anxieux phobiques
- **F41**, autres troubles anxieux
- **F42**, troubles obsessionnels compulsifs

15.6.2 Réactions au stress

L'ICD-10-CM prévoit la catégorie **F43** pour le codage des **réactions aiguës au stress**¹⁰ et des troubles de l'adaptation.

Le code **F43.0, réaction aiguë au stress**, classe les réactions aiguës au stress, y compris la réaction aiguë de crise, la fatigue au combat, l'état de crise et le choc psychique.

Le **syndrome de stress post-traumatique (SSPT)**¹¹ est classé dans l'ICD-10-CM dans la sous-catégorie **F43.1**, avec des cinquièmes caractères pour non spécifié, aigu ou chronique.

- Lorsque le SSPT survient **à la suite d'une guerre**, un code de la catégorie **Y36, opérations de guerre**, doit être attribué pour décrire la cause externe de l'affection.

Les **troubles de l'adaptation**¹² sont classés dans la sous-catégorie **F43.2**, le **cinquième caractère** étant la nature de la réaction - par exemple, anxiété, dépression, perturbation du comportement ou autres symptômes.

Exemples

- Patient déprimé par la mort de son fils (**F43.21**)
- Enfant adopté dans un pays étranger, souffrant d'un choc culturel avec perturbation du comportement (**F43.24**)
- Deuil compliqué (chagrin) (**F43.21**)

15.6.3 Les troubles dissociatifs et de conversion

L'ICD-10-CM classe les **troubles dissociatifs et de conversion** dans la catégorie **F44**.

Les codes pour le codage des **troubles dissociatifs**¹³ sont les suivants :

- **F44.0**, amnésie dissociative
- **F44.1**, fugue dissociative
- **F44.2**, stupeur dissociative
- **F44.81**, trouble de l'identité dissociative

Les codes pour le codage du **trouble de conversion**¹⁴ sont les suivants :

- **F44.4**, trouble de conversion avec symptôme ou déficit moteur
- **F44.5**, trouble de conversion avec crises ou convulsions
- **F44.6**, trouble de conversion avec symptôme ou déficit sensoriel
- **F44.7**, trouble de conversion avec présentation de symptômes mixtes

9: Les **troubles anxieux** sont des troubles psychiatriques courants et sont considérés comme l'un des problèmes de santé les plus sous-traités et les plus négligés. Parmi leurs manifestations courantes figurent les troubles paniques, les phobies, les troubles anxieux généralisés chroniques, les troubles obsessionnels compulsifs et le syndrome de stress post-traumatique. Une phobie est une peur persistante et irrationnelle d'un type particulier d'objet, d'animal, d'activité ou de situation.

10: La **réaction aiguë au stress** est le résultat d'une personne qui subit ou est témoin d'un événement traumatisant qui l'amène à éprouver une peur, un stress ou une douleur extrêmes, perturbants ou inattendus et qui implique ou menace un traumatisme sévère, un traumatisme perçu comme sévère ou la mort pour elle-même ou pour quelqu'un d'autre.

11: Le **syndrome de stress post-traumatique (SSPT)** est un trouble anxieux grave qui peut se développer après l'exposition à tout événement entraînant un traumatisme psychologique. En tant que conséquence d'un traumatisme psychologique, le SSPT est moins fréquent et plus durable que la réaction de stress aiguë, plus courante. Les symptômes du SSPT comprennent la reviviscence du ou des traumatismes initiaux par des flashbacks ou des cauchemars, l'évitement des stimuli associés au traumatisme et l'augmentation de l'excitation, comme la difficulté à s'endormir ou à rester endormi, la colère et l'hypervigilance. Ces symptômes durent plus d'un mois et entraînent une altération significative du fonctionnement social, professionnel ou d'autres domaines importants.

12: Un **trouble de l'adaptation** est une réponse psychologique à un facteur de stress ou à un groupe de facteurs de stress identifiables qui provoque des symptômes émotionnels ou comportementaux significatifs. Comparé au trouble de stress aigu et au SSPT, le trouble de l'adaptation est généralement associé à un facteur de stress moins intense.

13: Les **troubles dissociatifs** sont des états qui impliquent des perturbations ou des pertes de mémoire, de la conscience, de l'identité et/ou de la perception.

14: Le **trouble de conversion** est une affection dans laquelle le patient présente des symptômes neurologiques mais avec l'exclusion d'une maladie neurologique ou d'une feinte, et résultant d'un mécanisme psychologique. Les symptômes peuvent varier d'une faiblesse/paralysie d'un membre ou du corps entier à une altération de l'audition ou de la vision, une perte de sensation, une altération de la parole, des convulsions, une syncope et d'autres résultats neurologiques.

En outre, deux codes sont disponibles pour **autres troubles dissociatifs et de conversion (F44.89)** et les **troubles dissociatifs et de conversion non spécifiés (F44.9)**.

Exemples

- Paralyse psychogène (F44.4)
- Démarche hystérique anormale (F44.4)
- Amnésie hystérique (F44.0)
- Cécité émotionnelle (F44.6)

15.6.4 Les troubles somatoformes

L'ICD-10-CM classe les **troubles somatoformes**¹⁵ dans la catégorie **F45**.

Exemples

- Diarrhée psychogène (F45.8)
- Disménorrhée psychogène (F45.8)
- Trouble hypochondriaque (F45.20)

15: Les **troubles somatoformes** sont des troubles mentaux caractérisés par des symptômes physiques qui imitent une maladie ou une lésion physique pour laquelle il n'existe aucune cause physique identifiable. Or, les symptômes sont causés par des facteurs mentaux. Un diagnostic de trouble somatoforme implique que des facteurs mentaux contribuent largement à l'apparition, à la sévérité et à la durée des symptômes.

Lors de l'attribution des codes des catégories **F44** et **F45**, il est important de faire la **distinction** entre ces affections et des **affections similaires** qui relèvent des catégories des troubles névrotiques, des psychoses ou des troubles organiques.

Pour une **douleur exclusivement liée à des facteurs psychologiques**, il faut attribuer le code **F45.41, trouble de la douleur exclusivement lié à des facteurs psychologiques**. Un code de la catégorie **G89, douleur, non classée ailleurs**, ne peut pas être attribué ensemble avec le code **F45.41**.

Lorsque la documentation mentionne une **composante psychologique** pour la douleur aiguë ou chronique d'un patient, il faut attribuer le code **F45.42, trouble de la douleur avec facteurs psychologiques associés**, ensemble avec un code de la catégorie **G89**.

15.7 Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques

Les catégories **F50-F59** sont consacrées aux **syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques**.

Ces codes ne sont pas attribués lorsque les affections sont dues à un trouble mental classé ailleurs ou sont d'origine organique.

Ce groupe comprend les affections suivantes :

- **F50.-**, troubles de l'alimentation (tels que l'anorexie mentale et la boulimie).

- **F51.-**, troubles du sommeil non dus à une substance ou à un état physiologique connu
- **F52.-**, dysfonctionnement sexuel non dû à une substance ou à un état physiologique connu
- **F53.-**, troubles mentaux et comportementaux associés à la puerpéralité, non classés ailleurs
- **F54**, facteurs psychologiques et comportementaux associés à des troubles ou maladies classés ailleurs
 - Les **affections typiques souvent associées** au code **F54** sont l'asthme, la colite ulcéreuse et la dermatite.
 - Si une telle affection associée est considérée comme étant **d'origine psychogène**, le trouble physique associé est codé en premier, suivi du code **F54**.
- **F55.-**, abus de substances non psychoactives
- **F59**, syndromes comportementaux non spécifiés associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques

Exemples

- **J45.20 + F54**, asthme psychogène intermittent léger
- **I47.1 + F54**, tachycardie auriculaire paroxystique psychogène.

15.8 Troubles de la personnalité et du comportement des adultes

Les catégories **F60-F69** sont consacrées aux **troubles de la personnalité et du comportement des adultes**.

Ces catégories comprennent les affections suivantes :

- **F60.-**, troubles spécifiques de la personnalité
- **F63.-**, troubles des impulsions
- **F64.-**, troubles de l'identité sexuelle
- **F65.-**, paraphilies
- **F66.-**, autres troubles sexuels
- **F68.-**, autres troubles de la personnalité et du comportement de l'adulte

Il existe deux types de **troubles factices** classés dans la catégorie **F68**.

- La sous-catégorie **F68.1, trouble factice imposé à soi-même**, également appelé **syndrome de Munchausen**¹⁶. La sous-catégorie **F68.1** est encore subdivisée en :
 - **F68.10**, non spécifié
 - **F68.11**, avec des signes et symptômes psychologiques prédominants
 - **F68.12**, avec des signes et symptômes physiques prédominants
 - **F68.13**, avec des signes et symptômes combinés psychologiques et physiques
- La sous-catégorie **F68.A, trouble factice imposé à un autre** ou le **syndrome de Munchausen par procuration**¹⁷. L'auteur, et non la victime, reçoit ce diagnostic.

16: Le **syndrome de Munchausen** est un trouble dans lequel une personne rapporte faussement ou provoque ses propres signes ou symptômes physiques ou psychologiques.

17: Le **syndrome de Munchausen par procuration** est un trouble dans lequel une personne (auteur) signale ou provoque faussement une maladie ou une blessure chez une autre personne (victime) dont elle a la charge, comme un enfant, un adulte âgé ou une personne handicapée. On parle également de *trouble factice imposé à autrui* ou de *trouble factice par procuration*.

Pour la **victime** d'un patient atteint du syndrome de Munchausen par procuration, le code approprié de la catégorie **T74, abus, délaissement et autre mauvais traitement d'un adulte et d'un enfant, confirmés**, ou **T76, abus, délaissement et autre mauvais traitement d'un adulte et d'un enfant, suspectés**.

15.9 Troubles d'abus de substances

L'**abus et la dépendance aux substances** sont classés comme des troubles mentaux dans l'ICD-10-CM.

Contrairement à l'idée que ces troubles sont distincts, les preuves scientifiques montrent qu'ils existent sur un **spectre basé sur l'utilisation**. Selon les termes d'inclusion de la liste systématique :

- les codes d'**abus** sont attribués pour les utilisations **légères** de substances
- les codes de **dépendance** sont attribués pour les utilisations **modérées et sévères** de substances

Il existe des codes *en rémission* à la fois pour la dépendance et l'abus de substances.

15.9.1 Dépendance et abus d'alcool

Les **troubles liés à l'alcool**¹⁸ sont classés dans l'ICD-10-CM dans la catégorie **F10**. Un code additionnel pour le taux d'alcoolémie (**Y90.-**) doit être attribué, le cas échéant.

L'**abus d'alcool** est classé dans l'ICD-10-CM dans la sous-catégorie **F10.1, abus d'alcool**, tandis que la **dépendance à l'alcool** est classée dans la sous-catégorie **F10.2, dépendance à l'alcool**.

- Les deux sous-catégories sont encore subdivisées pour spécifier la présence d'une **intoxication** ou d'un **délire d'intoxication**.
- Des caractères supplémentaires sont également fournis pour spécifier les **troubles de l'humeur** induits par l'alcool, les **troubles psychotiques** induits par l'alcool et les **autres troubles** induits par l'alcool.

Les codes suivants sont attribués pour les **symptômes de sevrage dans l'abus d'alcool** :

- **F10.130**, alcoolisme avec sevrage, sans complication
- **F10.131**, abus d'alcool avec délire de sevrage
- **F10.132**, alcoolisme avec sevrage avec troubles de la perception
- **F10.139**, alcoolisme avec sevrage, non spécifié

Les codes de la sous-catégorie **F10.23-** sont attribués pour les **symptômes de sevrage dans la dépendance à l'alcool**. Le sixième caractère fournit des détails supplémentaires concernant les symptômes de sevrage tels que le délire et les troubles de la perception.

18: L'**abus d'alcool** désigne la consommation récurrente de boissons alcoolisées malgré les conséquences négatives. La **dépendance à l'alcool** peut être différenciée de l'abus d'alcool par la présence de symptômes tels que la tolérance. La dépendance à l'alcool et l'abus d'alcool sont parfois désignés par le terme moins spécifique d'**alcoolisme**.

Les codes pour le codage de l'**ivresse** sont :

- Le code **F10.129, abus d'alcool avec intoxication**, non spécifié, est attribué pour l'**ivresse simple**.
- Le code **F10.229, alcoolodépendance avec intoxication, non spécifié** est attribué pour l'**ivresse aiguë dans la dépendance d'alcool**
- Le code **F10.20, alcoolodépendance, non compliquée** est attribué pour l'**ivresse chronique**
- Le code **F10.21, alcoolodépendance en rémission** est attribué pour l'**ivresse chronique en rémission**

Les codes pour le codage de la **rémission** sont :

- Le code **F10.21** est attribué pour l'**alcoolisme modéré et sévère en rémission précoce et durable**. La sélection du code F10.21 *en rémission* requiert le jugement clinique et la documentation du prestataire de soins.
- Le code **F10.11** est attribué pour le trouble de l'**usage léger d'alcool en rémission précoce ou durable**.

Si la **consommation d'alcool est documentée sans autre spécificité** quant à l'abus ou la dépendance, et sans documentation de troubles mentaux ou comportementaux, elle est codée avec le code **Z72.89, autres problèmes liés au mode de vie**.

Notez que...

L'**effet toxique de l'alcool** n'est pas classé dans la catégorie **F10**, mais dans la sous-catégorie **T51.0-**.

15.9.2 Troubles de dépendance et d'abus de drogues

L'ICD-10-CM classe la **dépendance et l'abus de drogues** dans les catégories suivantes, en fonction de la classe de la drogue :

- **F11**, troubles liés aux opioïdes
- **F12**, troubles liés au cannabis
- **F13**, troubles liés aux sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques
- **F14**, troubles liés à la cocaïne
- **F15**, troubles liés aux autres stimulants
- **F16**, troubles liés aux hallucinogènes
- **F17**, dépendance à la nicotine
- **F18**, troubles liés aux substances inhalées
- **F19**, troubles liés à d'autres substances psychoactives

Dans la plupart des cas, le **quatrième caractère** indique

- **1** si le trouble est un abus non dépendant
- **2** la dépendance
- **9** un abus non spécifié

Des **caractères supplémentaires** sont également fournis pour spécifier

- l'intoxication,
- le délire induit par intoxication
- l'intoxication avec trouble de la perception.

Les patients souffrant d'abus ou de dépendance à une substance présentent souvent des **complications physiques ou des symptômes psychotiques associés**. Ces complications sont classées en fonction de l'abus ou de la dépendance à la drogue, le cinquième ou le sixième caractère permettant de préciser **les troubles associés aux et induits par les drogues** tels que les troubles de l'humeur, les troubles psychotiques, le sevrage et les autres troubles (tels que les troubles sexuels ou du sommeil).

L'ICD-10-CM fournit des **codes combinés** qui incluent à la fois l'abus ou la dépendance à l'alcool ou à une substance et toute complication associée.

Exemples

- **F10.251**, trouble psychotique induit par l'alcool avec hallucinations dû à une dépendance à l'alcool
- **F10.180**, trouble anxieux induit par l'alcool dû à l'abus d'alcool
- **F11.250**, dépendance à l'héroïne avec psychose et délires induits par l'héroïne.

La catégorie **F19, troubles liés à d'autres substances psychoactives**, peut être utilisée lorsque **la catégorie de drogues spécifique n'est pas spécifiée**. Un code de la sous-catégorie **F19.13** est attribué pour le **sevrage**¹⁹ en cas d'abus d'une autre substance psychoactive.

Le codage des codes de type *en rémission* pour les catégories **F11-F19 avec -.21** requiert le jugement clinique et la documentation du prestataire de soins. Les codes appropriés de type *en rémission* peuvent alors être attribués uniquement sur la base de la documentation du prestataire de soins, sauf indication contraire de la classification.

- Les troubles dûs à l'abus **léger** de drogues en rémission précoce ou durable sont classés dans la catégorie **abus** de drogues en rémission.
- Les troubles dûs à l'abus modéré et sévère de drogues en rémission précoce ou durable sont classés dans la catégorie **dépendance** de drogues en rémission.

15.9.3 Usage de substances psychoactives

En plus des codes pour l'abus de substances psychoactives et la dépendance, l'ICD-10-CM fournit des codes pour la **usage de substances psychoactives (F10.9-, F11.9-, F12.9-, F13.9-, F14.9-, F15.9-, F16.9-)**.

Notez que...

Comme pour tous les autres diagnostics, ces codes ne doivent être attribués que sur la base de la **documentation** du prestataire de soins et lorsqu'ils répondent à la **définition d'un diagnostic principal ou secondaire**.

Ces codes ne peuvent être codés que lorsque **l'usage de substances psychoactives est associé à un trouble physique, mental ou comportemental** et que cette relation est documentée par le prestataire de soins. Un

19: Le terme **sevrage** désigne le plus souvent l'ensemble des symptômes qui surviennent lors de l'arrêt brutale ou de la diminution du dosage de médicaments, de drogues récréatives et/ou d'alcool. Les symptômes et les signes du sevrage peuvent varier en fonction de la substance et d'une personne à l'autre. Ils comprennent les tremblements, l'agitation, l'irritabilité, les troubles du sommeil, l'anorexie, l'hyperactivité autonome, les convulsions et les hallucinations. Une forme grave de sevrage, appelée **delirium tremens**, se caractérise par de la fièvre, de la tachycardie, de l'hypertension ou de l'hypotension, des hallucinations, de l'agitation, de la confusion, des états mentaux fluctuants et des crises.

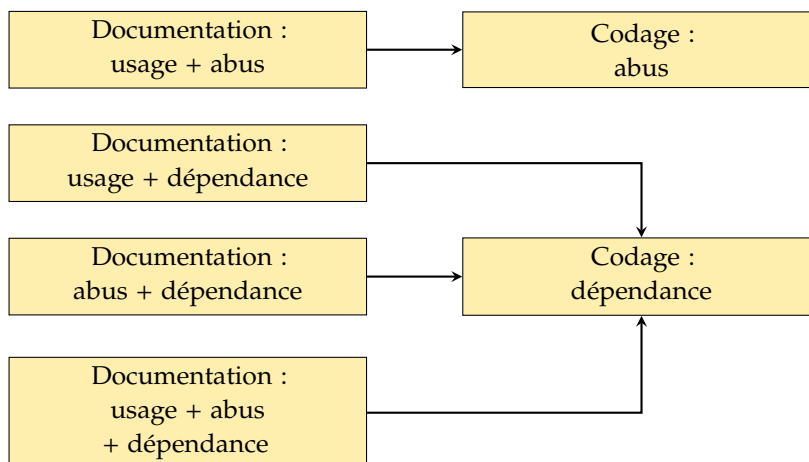
trouble physique fait référence à des affections telles que la dysfonction sexuelle et le trouble du sommeil qui ne sont pas des troubles mentaux mais sont inclus dans le chapitre 5 de la classification ICD-10-CM.

Le **sevrage de l'alcool** se produit en cas de dépendance à l'alcool et d'abus d'alcool, mais il peut également se développer chez des patients dont les habitudes de **consommation ne sont pas considérées comme une dépendance ou un abus**. Le sevrage associé à l'**usage** d'alcool est codé comme suit :

- **F10.930**, usage d'alcool, non spécifiée avec sevrage, non compliquée
- **F10.931**, usage d'alcool, non spécifiée, avec délire de sevrage
- **F10.932**, usage d'alcool, non spécifiée, avec sevrage et troubles de la perception
- **F10.939**, usage d'alcool, non spécifiée avec sevrage, non spécifié

15.9.4 Hiérarchie entre les codes d'usage, d'abus et de dépendance des substances psychoactives

Lorsque la documentation du prestataire de soins fait référence à l'usage, à l'abus et à la dépendance d'une même substance (par exemple, alcool, opioïde, cannabis), **un seul code** doit être attribué pour identifier le type d'usage, selon la hiérarchie suivante :



15.9.5 Sélection du diagnostic principal

La sélection du **diagnostic principal** pour les patients présentant soit un abus de substance, soit une dépendance à une substance est **déterminée par les circonstances de l'admission**.

Exemples

- Lorsqu'un patient est admis pour une **désintoxication ou une réadaptation à la fois pour un abus ou une dépendance à la drogue et un abus ou une dépendance à l'alcool**, et que les

deux sont traités, l'une ou l'autre condition peut être désignée comme diagnostic principal.

- Lorsqu'un patient ayant un diagnostic d'abus ou de dépendance à une substance est admis pour le **traitement ou l'évaluation d'une plainte physique liée à l'utilisation d'une substance**, les directives de l'index alphabétique pour les affections décrites comme dues à l'alcool ou aux drogues doivent être suivies ; l'affection physique est codé en premier, suivie du code pour l'abus ou la dépendance.
- Lorsqu'un patient présentant un diagnostic d'abus ou de dépendance à l'alcool ou aux drogues est admis en raison d'une **affection non liée**, il faut suivre les directives générales pour le choix du diagnostic principal.

15.9.6 Traitement d'abus de substances

Le **traitement** des patients ayant reçu un diagnostic d'abus ou de dépendance à une substance consiste en une **désintoxication**²⁰, une **réadaptation**²¹ ou les deux.

- L'abus ou la dépendance est le diagnostic principal pour un patient admis pour ces raisons.
- Si la documentation dans le dossier patient indique que la désintoxication a été effectuée, elle peut être codé même si aucun médicament n'a été administré.

Lorsqu'un patient toxicomane prend des **médicaments** pour sa **désintoxication** ou dans le cadre d'un **programme d'entretien visant à prévenir les symptômes de sevrage** (par exemple, entretien à la méthadone pour une dépendance aux opiacés), le code approprié pour la **toxicomanie** doit être attribué, plutôt que le code **Z79.891, utilisation à long terme (actuelle) d'un analgésique opiacé**, ou **Z79.899, autre pharmacothérapie à long terme (actuelle)**.

15.10 Codage des procédures en cas de troubles mentaux

Comme le **diagnostic seul n'explique pas toujours la durée du séjour ou le niveau d'utilisation des ressources** en cas de troubles mentaux, les codes de procédures sont utiles pour analyser ceux-ci.

Pour le codage des procédures en cas de troubles mentaux, une **distinction** est faite entre :

- les troubles mentaux autres que les troubles liés à l'abus de substances²²
- l'abus de substances

L'ICD-10-PCS prévoit donc deux sections à cet égard :

- **G** Santé mentale
- **H** Traitement d'abus de substances

20: La **désintoxication** est la gestion des symptômes de sevrage d'un patient qui est physiquement dépendant de l'alcool ou des drogues. Le processus est plus qu'une simple observation ; il implique une gestion active. Le traitement peut comporter une évaluation, une observation et une surveillance, ainsi que l'administration de thiamine et de multivitamines, ainsi que d'autres médicaments (comme la méthadone, les barbituriques ou les benzodiazépines à action prolongée, ou la carbamazépine), selon les besoins. Le programme de désintoxication des patients souffrant d'une dépendance à l'alcool se poursuit généralement sur une période de quatre ou cinq jours, bien qu'il puisse également être dispensé en ambulatoire en fonction de la gravité des symptômes de sevrage. La désintoxication est plus longue pour les opiacés et les sédatifs/hypnotiques, elle dure généralement de trois semaines à plusieurs mois, et peut être effectuée dans un cadre résidentiel ou ambulatoire.

21: La **réadaptation** est un programme structuré mis en œuvre dans le but d'établir un contrôle strict de la consommation d'alcool et de drogues. Diverses modalités de réadaptation existent. Celles-ci comprennent l'entretien à la méthadone, les communautés thérapeutiques résidentielles et les traitements ambulatoires à long terme sans drogue ni alcool.

22: Les **troubles mentaux autres que les troubles liés à l'abus de substances** sont généralement traités par :

- une thérapie psychodynamique (thérapie par la parole)
- une thérapie médicamenteuse
- une thérapie par électrochocs
- une combinaison de modes thérapeutiques

15.10.1 Procédures pour la santé mentale

La section **G**, **santé mentale** de l'ICD-10-PCS contient des valeurs spécifiques pour les **troisième et quatrième caractères** spécifiant les procédures de santé mentale (Voir la figure 15.1) :

- **troisième caractère** : procédure de base, le caractère le plus important
- **quatrième caractère** : le qualificatif de type qui précise davantage le type de procédure
- **deuxième, cinquième, sixième et septième caractère** : servent uniquement de caractères substitutifs et ne représentent pas d'informations spécifiques sur la procédure. La valeur Z est utilisée.

Section <input type="text" value="G Mental Health"/>			
Body System <input type="text" value="Z None"/>			
Type <input type="text" value="B Electroconvulsive Therapy"/> The application of controlled electrical voltages to treat a mental health disorder			
Code Description GZB1ZZZ Electroconvulsive Therapy, Unilateral-Multiple Seizure			
Qualifier <input type="text" value="Clear"/>	Qualifier	Qualifier	Qualifier
<input type="radio"/> 0 Unilateral-Single Seizure <input checked="" type="radio"/> 1 Unilateral-Multiple Seizure <input type="radio"/> 2 Bilateral-Single Seizure <input type="radio"/> 3 Bilateral-Multiple Seizure <input type="radio"/> 4 Other Electroconvulsive Therapy	<input checked="" type="radio"/> Z None	<input checked="" type="radio"/> Z None	<input checked="" type="radio"/> Z None

FIGURE 15.1 – Thérapie électroconvulsive, unilatérale, crises multiples

Le tableau 15.1 montre les valeurs et les descriptions des procédures de base de la section **G**, *santé mentale*, ensemble avec leurs définitions.

Valeur	Description	Définition
1	Tests psychologiques	L'administration et l'interprétation de tests psychologiques standardisés et d'instruments de mesure pour l'évaluation de la fonction psychologique
2	Intervention en cas de crise	Traitement d'un individu traumatisé, gravement perturbé ou en détresse dans le but de le stabiliser à court terme.
3	Gestion des médicaments	surveillance et ajustement de l'utilisation des médicaments pour le traitement d'un trouble mental
5	Psychothérapie individuelle	Traitement d'un individu souffrant de troubles mentaux par des moyens comportementaux, cognitifs, psychanalytiques, psychodynamiques ou psychophysiologiques afin d'améliorer son fonctionnement ou son bien-être.

Valeur	Description	Définition
6	Counseling	Application de méthodes psychologiques pour traiter un individu présentant des problèmes de développement normal et des problèmes psychologiques afin d'augmenter son fonctionnement, d'améliorer son bien-être, d'atténuer sa détresse, son inadaptation ou de résoudre des crises.
7	Psychothérapie familiale	Traitement qui inclut un ou plusieurs membres de la famille d'un individu souffrant de troubles mentaux par des moyens comportementaux, cognitifs, psychanalytiques, psychodynamiques ou psychophysiologiques afin d'améliorer le fonctionnement ou le bien-être.
B	Thérapie électroconvulsive	application de tensions électriques contrôlées pour traiter un trouble de la santé mentale.
C	Biofeedback	Fourniture d'informations provenant de la surveillance et de la régulation de processus physiologiques en conjonction avec des techniques cognitives et comportementales pour améliorer le fonctionnement ou le bien-être du patient.
F	Hypnose	Induction d'un état de suggestibilité élevée par des techniques auditives, visuelles et tactiles pour susciter une réponse émotionnelle ou comportementale.
G	Narcosynthèse	Administration de barbituriques par voie intraveineuse afin de libérer des pensées refoulées ou réprimées.
H	Psychothérapie en groupe	traitement de deux individus ou plus souffrant de troubles mentaux par des moyens comportementaux, cognitifs, psychanalytiques, psychodynamiques ou psychophysiologiques afin d'améliorer le fonctionnement ou le bien-être.
J	Luminothérapie	Application de traitements spécialisés par la lumière pour améliorer le fonctionnement ou le bien-être.

TABLE 15.1 – Valeurs, descriptions et définitions des procédures de base de la section G, *santé mentale*

Exemples

- GZB1ZZZ, ECT (thérapie électroconvulsive), unilatérale, crises multiples
- GZ2ZZZZ, intervention en situation de crise
- GZHZZZZ, psychothérapie en groupe

15.10.2 Procédures pour traitement d'abus de substances

La section H, *traitement d'abus de substances* de l'ICD-10-PCS contient des valeurs spécifiques dans les **troisième et quatrième caractères** pour décrire les procédures pour le traitement d'abus de substances (Voir figure 15.2) :

- **troisième caractère** : procédure de base, le caractère le plus important
- **quatrième caractère** : le qualificatif qui précise davantage le type de procédure
- **deuxième, cinquième, sixième et septième caractère** : servent uniquement de caractères substitutifs et ne représentent pas d'informations spécifiques sur la procédure. La valeur Z est utilisée.

Le tableau Figure 15.2 illustre la structure des codes ICD-10-PCS dans la section H, *traitement d'abus de substances*.

Section	H Substance Abuse Treatment ▼		
Body System	Z None ▼		
Type	8 Medication Management ▼ Monitoring and adjusting the use of replacement medications for the treatment of addiction		
Code Description HZ81ZZZ Medication Management for Substance Abuse Treatment, Methadone Maintenance			
Qualifier	Clear	Qualifier	Qualifier
<input type="radio"/> 0 Nicotine Replacement <input checked="" type="radio"/> 1 Methadone Maintenance <input type="radio"/> 2 Levo-alpha-acetyl-methadol (LAAM) <input type="radio"/> 3 Antabuse <input type="radio"/> 4 Naltrexone <input type="radio"/> 5 Naloxone <input type="radio"/> 6 Clonidine <input type="radio"/> 7 Bupropion <input type="radio"/> 8 Psychiatric Medication <input type="radio"/> 9 Other Replacement Medication		<input checked="" type="radio"/> Z None	<input checked="" type="radio"/> Z None
		<input checked="" type="radio"/> Z None	<input checked="" type="radio"/> Z None

FIGURE 15.2 – Gestion de médicaments, traitement de maintenance par la méthadone

Le tableau 15.2 montre les valeurs et les descriptions des procédures de base de la section H, *traitement d'abus de substances*, ensemble avec leurs définitions.

Valeur	Description	Définition
2	Services de désintoxication	Désintoxication de l'alcool et/ou des drogues.
3	Counseling individuel	application de méthodes psychologiques pour traiter un individu ayant un comportement addictif.
4	Conseil de groupe	Application de méthodes psychologiques pour traiter deux individus ou plus ayant un comportement de dépendance.
5	Psychothérapie individuelle	Traitement d'un individu ayant un comportement de dépendance par des moyens comportementaux, cognitifs, psychanalytiques, psychodynamiques ou psychophysiologiques.

Valeur	Description	Définition
6	Conseil familial	Application de méthodes psychologiques incluant un ou plusieurs membres de la famille pour traiter un individu ayant un comportement de dépendance.
8	Gestion des médicaments	Surveillance et ajustement de l'utilisation de médicaments de remplacement pour le traitement de la dépendance.
9	Pharmacothérapie	L'utilisation de médicaments de remplacement pour le traitement de la dépendance.

TABLE 15.2 – Valeurs, descriptions et définitions des procédures de base de la section G, *santé mentale*

Exemples

- **HZ2ZZZZ**, désintoxication de l'alcool et/ou des drogues
- **HZ83ZZZ**, gestion de la médication avec Antabuse
- **HZ81ZZZ**, gestion de la médication avec la méthadone
- **HZ41ZZZ**, counseling comportemental en groupe

Les **prestations de désintoxication** pour le traitement de l'abus de substances (code **HZ2ZZZZ**) comprennent généralement la gestion active des symptômes de sevrage.

La **gestion des médicaments** comprend le suivi et l'ajustement de l'utilisation de médicaments de substitution pour le traitement de la dépendance.

Typiquement, la **pharmacothérapie** implique la substitution de la substance d'abus sur une plus longue période pour sevrer le patient.

Exemples

- Si un patient reçoit de la méthadone pour traiter sa dépendance à l'héroïne, la surveillance et l'ajustement du dosage de la méthadone sont codés sous le code **HZ81ZZZ, gestion des médicaments pour le traitement de la toxicomanie, entretien à la méthadone.**
- Si un patient reçoit de la méthadone dans le cadre d'un traitement d'entretien à la méthadone à long terme pour sa dépendance à l'héroïne, ce traitement est codé sous **HZ91ZZZ, pharmacothérapie pour le traitement de l'abus de substances, entretien à la méthadone.**

Maladies du sang et organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire

16

Overzicht

- Les maladies du sang et des organes hématopoïétiques sont classées dans le chapitre 3, *maladies du sang et organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire (D50-D89)*, de l'ICD-10-CM.
- L'**anémie** est l'affection la plus fréquemment rencontrée dans le chapitre 3.
 - L'anémie peut être **causée par une perte de sang chronique ou aiguë**, une maladie chronique ou l'utilisation d'une chimiothérapie. L'anémie due à une perte de sang aiguë peut survenir après une intervention chirurgicale ou un traumatisme.
 - L'utilisation d'une **terminologie précise pour la documentation des anémies** est importante pour le codage correct des anémies.
- Une série de codes sont associés à l'**anémie falciforme**.
 - Il est important de faire la distinction entre l'**anémie drépanocytaire** et le **trait drépanocytaire**.
 - D'autres affections classées comme troubles drépanocytaires comprennent la **maladie Hb-SS** et la **thalassémie drépanocytaire**.
- Les **troubles de coagulation** sont un autre type de maladie du sang.
 - Ils affectent le **temps et la capacité de coagulation**.
 - L'**hypercoagulation** est également une affection possible.
- Les maladies peuvent **diminuer ou augmenter la production de globules blancs (leucocytes)**. Ces maladies sont classées selon que le taux de globules blancs est faible ou élevé.
- Divers **troubles immunitaires** sont également classés dans le chapitre 3 de l'ICD-10-CM. **Toutefois, le VIH est classé ailleurs.**

16.1 Introduction	211
16.2 Anémie	211
Anémies par carence	212
Anémie due à perte de sang aiguë	212
Anémie due à maladie chronique	213
Anémie due à la chimiothérapie	214
Anémie aplasique et pancytopenie	214
Anémie falciforme (drépanocytose) et thalassémie	215
16.3 Troubles de la coagulation	215
16.4 Maladies des plaquettes	217
16.5 Maladies des globules blancs	217
16.6 Troubles du système immunitaire	219
Immunodéficience	219
Sarcoïdose	219
Le syndrome de libération de cytokines	220

Objectifs

Les objectifs de ce chapitre sont :

- Le codage les différents types d'anémie.
- Clarifier quand et quand ne pas coder un trouble de coagulation en raison de l'utilisation de certains traitements médicamenteux.
- Distinguer les différentes maladies des globules blancs et les différents types de globules blancs.
- Clarifier où sont classés les troubles du système immunitaire.

16.1 Introduction

Les **maladies du sang et des organes hématopoïétiques** - y compris la moelle osseuse, le tissu lymphatique, les plaquettes et les facteurs de coagulation - sont classées dans chapitre 3, *maladies du sang et organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire (D50-D89)*, de l'ICD-10-CM.

Le chapitre 3 comprend également **certains troubles impliquant le mécanisme immunitaire**, comme les troubles de l'immunodéficience, bien que la maladie du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) soit classée au chapitre 1, *certaines maladies infectieuses et parasitaires (A00-B99)*.

Les **maladies néoplasiques du sang et des organes hématopoïétiques** telles que la leucémie, sont classées au chapitre 2, *néoplasmes (C00-D49)*, de l'ICD-10-CM avec les autres maladies néoplasiques.

Les **maladies du sang et des organes hématopoïétiques compliquant la grossesse, l'accouchement ou la puerpéralité** sont classées au chapitre 15, *grossesse, accouchement et puerpéralité (O00-O9A)*, de l'ICD-10-CM. Par exemple :

- L'**anémie pendant la grossesse** est codée **O99.01-**, avec un code additionnel du chapitre 3 attribué pour indiquer le type spécifique d'anémie.
- Les **troubles hématologiques du fœtus et du nouveau-né** sont classés comme des affections périnatales au chapitre 16, *certaines affections originaires de la période périnatale (P00-P96)*, de l'ICD-10-CM.

16.2 Anémie

L'**anémie**¹ est l'affection la plus fréquente codée du chapitre 3 de l'ICD-10-CM.

L'utilisation d'une **terminologie précise pour la documentation des anémies** est importante pour le codage les anémies. Lorsque le diagnostic d'anémie n'est pas spécifié par la documentation de quelque façon que ce soit, il faut examiner le dossier patient pour déterminer si des informations supplémentaires peuvent être trouvées dans les rapports de laboratoire ou de pathologie ou dans une consultation d'hématologie avant d'attribuer le code pour un type d'anémie non spécifié.

1: L'**anémie** désigne soit une réduction de la quantité d'hémoglobine, soit une réduction du volume des globules rouges, une affection qui survient chaque fois que l'équilibre entre la perte de globules rouges et la production de globules rouges est perturbé. Une diminution de la production peut résulter de diverses causes, notamment le vieillissement, les saignements et la destruction des cellules.

Notez que...

Un code ne doit pas être attribué sur la base d'un rapport de laboratoire ou de pathologie uniquement ; lorsqu'il semble qu'un type d'anémie plus spécifique soit présent, celui-ci doit être confirmé par le prestataire de soins et la documentation doit être adaptée en conséquence.

16.2.1 Anémies par carence

Les **anémies ferriprives** sont classées dans la catégorie **D50**. Ce type d'anémie peut être dû à :

- une **perte de sang chronique (D50.0)** causée par des affections telles que des troubles gastro-intestinaux hémorragiques chroniques ou des ménorragies
- un **apport insuffisant en fer alimentaire (D50.8)**
- une cause **non spécifiée (D50.9)**

Notez que...

L'**anémie ferriprive** spécifiée comme **secondaire à une perte de sang aiguë** est attribuée au code **D62, anémie post-hémorragique aiguë**, plutôt qu'à la catégorie **D50**.

Les **autres anémies par carence** sont codées en fonction du type de carence, avec un quatrième caractère indiquant le type spécifique de carence telles que l'anémie par carence en folate alimentaire ou la carence en vitamine B12 due à une carence en facteur intrinsèque. Des types de carence sont :

- la vitamine B12 (catégorie **D51**)
- les folates (catégorie **D52**)
- d'autres carences nutritionnelles (catégorie **D53**)

De plus, le code **D52.1, anémie par carence en folates d'origine médicamenteuse**, exige qu'un code parmi **T36-T50** soit codé avec le **cinquième ou sixième caractère 5 pour identifier le médicament**.

16.2.2 Anémie due à perte de sang aigue

Il est important de **distinguer l'anémie due à une perte de sang chronique de l'anémie due à une perte de sang aiguë²**, car ces deux affections ont des codes totalement différents dans l'ICD-10-CM.

Notez que...

Le **codage de l'anémie aiguë due à une perte de sang** doit être étayé par une **documentation adéquate** de l'affection, telles qu'une baisse durable et significative du taux d'hémoglobine et/ou d'hématocrite. Cependant, ces résultats anormaux ne sont pas codés à moins que le prestataire de soins ne documente leur signification clinique.

2: L'**anémie due à une perte de sang aiguë** résulte d'une perte soudaine et importante de sang sur une courte période de temps. Elle peut se produire à la suite d'un traumatisme, comme une lacération, ou d'une rupture de la rate ou d'une autre lésion des viscères abdominaux, où aucune perte de sang externe n'est notée.

Si **seuls les résultats des tests suggèrent une anémie** et que le prestataire de soins a prescrit d'autres tests pour évaluer l'affection ou un traitement, il convient de consulter le prestataire de soins pour confirmer ou non le diagnostic et pour le documenter si approprié.

Une **anémie due à une perte de sang aiguë** peut survenir après une intervention chirurgicale, mais elle **n'est pas nécessairement une complication de l'intervention à moins que le prestataire de soins ne l'identifie et documente comme telle**.

- De nombreuses procédures chirurgicales, telles que le prothèse de la hanche, impliquent systématiquement une perte de sang considérable, qui font partie intégrante de l'opération. Cela peut entraîner ou non une anémie ; un code pour l'anémie ne doit être attribué que lorsque l'anémie est documentée par le prestataire de soins.
- Si, selon le jugement clinique du prestataire de soins, l'intervention chirurgicale entraîne une perte de sang attendue et que le prestataire de soins ne documente pas d'anémie ou une anémie comme complication de l'intervention, la perte de sang ne peut pas être codé.
- Si l'anémie est suspectée sur la base de résultats de laboratoire postopératoires anormaux, il est approprié de demander la confirmation et la documentation de l'anémie au prestataire de soins. Il ne faut cependant pas supposer que la mention d'une perte de sang et/ou d'une transfusion pendant l'opération est une indication de la présence d'une anémie.

Synthèse

- Lorsque l'**anémie postopératoire est documentée sans spécification de perte de sang aiguë**, le code **D64.9, anémie, non spécifié**, doit être attribué.
- Lorsque l'**anémie postopératoire est documenté étant due à une perte de sang aiguë**, code **D62, anémie post-hémorragique aiguë**, doit être attribué.
- Lorsque la **documentation du dossier patient n'indique pas si une anémie est due à une perte de sang aiguë ou chronique**, le code **D50.0, anémie ferriprive secondaire à une perte de sang (chronique)**, doit être attribué.

16.2.3 Anémie due à maladie chronique

Les patients atteints de maladies chroniques souffrent souvent d'**anémie**, qui peut être la cause de l'admission. Le traitement est alors plutôt axé sur l'anémie et non sur l'affection sous-jacente.

- **Anémie en cas de maladie rénale chronique** : la maladie rénale chronique (MRC) sous-jacente est codé en premier avec un code de la catégorie **N18** pour indiquer le stade de la MRC, suivi par le code **D63.1**.
- **Anémie en cas de maladie néoplasique** : le néoplasme (**C00-D49**) responsable de l'anémie est codé en premier suivi par le code **D63.0**. Le code **D63.0** concerne l'anémie dans, due à ou avec une maladie maligne. Il ne s'agit pas d'une anémie due aux chimiothérapie antinéoplasique, qui est un effet secondaire. Si l'anémie dans une maladie néoplasique et l'anémie due à une chimiothérapie antinéoplasique (**D64.81**) sont toutes deux documentées, les codes pour les deux affections sont attribués.
- **Anémie d'une autre maladie chronique** : la maladie chronique sous-jacente est codé en premier, suivi par le code **D63.8**.

16.2.4 Anémie due à la chimiothérapie

L'anémie induite par la chimiothérapie antinéoplasique³ est codé avec le code **D64.81, anémie due à la chimiothérapie antinéoplasique**.

Lorsque le motif d'admission est uniquement destiné à la prise en charge d'une anémie en tant qu'effet secondaire de la chimiothérapie, l'anémie doit être codé en diagnostic principal, suivi des codes appropriés pour l'effet secondaire et le néoplasme.

L'anémie due à la chimiothérapie ne doit pas être confondue avec l'anémie aplasique due à une chimiothérapie antinéoplasique, qui est codée sous **D61.1, anémie aplasique d'origine médicamenteuse**, avec un code additionnel pour identifier l'effet secondaire d'un médicament (**T36-T50**), et avec un cinquième ou sixième caractère 5.

L'anémie due à un médicament non spécifié, est codée en fonction du type d'anémie (ou avec le code **D64.9** si le type d'anémie n'est pas spécifié).

3: L'anémie induite par la chimiothérapie antinéoplasique est rarement un processus hémolytique et n'est pas véritablement un processus aplasique. Les changements induits par la chimiothérapie antinéoplasique sont généralement de courte durée et ne réduisent pas habituellement la cellularité de la moelle au point de provoquer une aplasie.

16.2.5 Anémie aplasique et pancytopenie

L'anémie aplasique⁴ est classée dans les catégories **D60-D61**.

- **D61.1, anémie aplasique d'origine médicamenteuse** : l'anémie aplasique due à des médicaments
- **D61.2, anémie aplasique due à d'autres agents** : l'anémie aplasique toxique ou due à une infection, à des radiations ou à d'autres agents externes
- **D61.3, anémie aplasique idiopathique**

La pancytopenie (**D61.81-**) est une déficience de trois composants sanguins (globules rouges, globules blancs, thrombocytes).

- Lorsqu'un patient présente une anémie (déficit en globules rouges), une leucopénie (déficit en globules blancs) et une thrombocytopénie (déficit en plaquettes), seul le code de pancytopenie (**D61.81-**) doit être attribué.
- Lorsque la pancytopenie est d'origine médicamenteuse, l'ICD-10-CM distingue si elle est due à une chimiothérapie antinéoplasique (**D61.810**) ou à un autre médicament (**D61.811**).
- Un code de la sous-catégorie **D61.81** ne peut pas être attribué pour une pancytopenie due à, ou avec :
 - une anémie aplasique (**D61.9**)
 - une infiltration de la moelle osseuse (**D61.82**)
 - une érythroblastopénie congénitale (pure) (**D61.01**)
 - une leucémie à tricholeucocytes (**C91.4-**)
 - une maladie à VIH (**B20**)
 - une anémie leuco-érythroblastique (**D61.82**)
 - une maladie myéloproliférative (**D47.1**)

4: L'anémie aplasique est due à une incapacité de la moelle osseuse à produire des cellules sanguines. Cette affection peut être congénitale, mais elle est généralement idiopathique ou acquise. Elle peut être due à une maladie sous-jacente telle qu'un trouble auto-immun ou une infection (par exemple, une hépatite virale). Elle peut également être causée par l'exposition à des rayonnements ionisants, à des produits chimiques ou à des médicaments, et elle résulte souvent du traitement d'une néoplasme malin.

Le code **D61.09, autre anémie aplasique constitutionnelle**, est attribué si la pancytopenie est congénitale et ne résulte pas d'une maladie chronique.

16.2.6 Anémie falciforme (drépanocytose) et thalassémie

Pour coder les **troubles drépanocytaires**, il est important de faire la **distinction** entre l'**anémie falciforme** ou la **drépanocytose**⁵ (D57.0-, D57.1, D57.2-, D57.4-, et D57.8-) et le **trait drépanocyttaire**⁶ (D57.3).

Lorsque le **dossier patient documente à la fois le trait drépanocyttaire et la drépanocytose**, seul le code de la drépanocytose est attribué.

Un code de la sous-catégorie **D57.0, maladie Hb-SS avec crise**, ou de la sous-catégorie **D57.21, drépanocytose/Hb-C**, est attribué en cas de **crises vaso-occlusives ou d'autres crises**. Ces sous-catégories sont encore subdivisées pour préciser le type de crise, comme :

- le syndrome thoracique aigu (D57.01 ou D57.211)
- la séquestration splénique (D57.02 ou D57.212).

En cas d'une affection telle qu'une embolie vasculaire cérébrale, un code d'atteinte vasculaire cérébrale doit être attribué avec un code additionnel pour indiquer la présence de l'embolie.

Un autre type de drépanocytose est la **thalassémie falciforme**⁷. Des codes spécifiques sont disponibles pour

- la thalassémie falciforme non spécifiée avec crise (D57.41-) ou sans crise (D57.40)
- la thalassémie bêta zéro avec crise (D57.43-) ou sans crise (D57.42)
- la thalassémie falciforme bêta plus avec crise (D57.45-) ou sans crise (D57.44).

Les codes des sous-catégories **D57.41, D57.43** et **D57.45** comportent un sixième caractère supplémentaire pour spécifier le type de crise.

Les **autres troubles drépanocytaires** comprennent la **maladie Hb-SD** et la **maladie Hb-SE**, qui sont classées dans la sous-catégorie **D57.8**. Les codes de cette sous-catégorie ont des caractères additionnels pour préciser s'il y a une crise et le type de crise lorsqu'elle est présente.

L'ICD-10-CM fournit des codes uniques pour les **différents types de thalassémie**⁸ :

- l'alpha thalassémie (D56.0)
- la bêta thalassémie (D56.1)
- la delta-bêta thalassémie (D56.2)
- la thalassémie mineure (D56.3), y compris le trait de thalassémie, non autrement spécifié
- l'hémoglobine E-bêta thalassémie (D56.5)
- autres thalassémies (D56.8)
- thalassémie, non spécifiée (D56.9)

16.3 Troubles de la coagulation

Les **troubles de coagulation** se caractérisent par un temps de coagulation prolongé. Certains sont d'origine congénitale, d'autres sont acquis.

Les affections de la sous-catégorie **D68.31, trouble hémorragique dû à des anticoagulants, anticorps ou inhibiteurs circulants intrinsèques**,

5: La **drépanocytose** est une maladie héréditaire des globules rouges; la maladie est transmise à un enfant lorsque les deux parents sont porteurs du trait génétique.

6: On parle de **trait drépanocyttaire** lorsqu'un enfant reçoit le trait génétique d'un seul de ses parents. Les patients atteints du trait drépanocyttaire ne développent généralement pas de drépanocytose; ils sont porteurs du trait.

7: Il existe deux types distincts de **thalassémie falciforme**: la thalassémie falciforme bêta zéro (HbS-β0) et la thalassémie falciforme bêta plus (HbS-β+). La thalassémie falciforme bêta zéro est cliniquement similaire à la drépanocytose-SS en termes de degré de fréquence et de gravité des complications. La thalassémie falciforme bêta plus est nettement moins sévère avec peu ou pas d'anémie.

8: La **thalassémie** est une maladie génétique du sang résultant d'un défaut dans un gène qui contrôle la production d'une des protéines de l'hémoglobine. Il existe de nombreuses formes de thalassémie. Chaque type comporte de nombreux sous-types différents. Le gène défectueux doit être hérité des deux parents pour qu'une personne développe une **thalassémie majeure**. La **thalassémie mineure** survient lorsque le gène défectueux est hérité d'un seul parent. Les personnes atteintes de cette forme de la maladie sont porteuses de la maladie et ne présentent généralement pas de symptômes.

résultent de la présence d'anticoagulants circulants dans le sang qui interfèrent avec la coagulation normale. Ces anticoagulants sont généralement inhérents ou intrinsèques au sang, comme d'autres défauts de coagulation.

- L'hémophilie auto-immune, les inhibiteurs auto-immuns des facteurs de coagulation et l'hémophilie secondaire et acquise sont codés avec le code **D68.311**.
- L'anticoagulant lupique (LAC) avec trouble hémorragique, l'inhibiteur du lupus érythémateux systémique [LES] avec trouble hémorragique et les anticorps antiphospholipides avec trouble hémorragique sont codés avec le code **D68.312**.
- Les troubles hémorragiques dus à une augmentation des taux d'antithrombine, d'anti-VIIIa, d'anti-IXa et d'autres anticoagulants, anticorps ou inhibiteurs intrinsèques circulants, sont codés avec le code **D68.318**.

L'**augmentation du risque hémorragique** est un effet secondaire associé au traitement anticoagulant. En cas de hémorragie chez un patient traité par warfarine, héparine, anticoagulants ou autres antithrombotiques dans le cadre d'un traitement anticoagulant, il faut attribuer le code **D68.32, trouble hémorragique dû à des anticoagulants circulants extrinsèques**. Pour signaler l'effet secondaire de l'anticoagulant correctement administré, il faut attribuer soit le code **T45.515-, effet secondaire de l'anticoagulant**, soit le code **T45.525-, effet secondaire des médicaments antithrombotiques**.

La **thrombocytopénie induite par l'héparine (D75.82)** est l'un des effets secondaires les plus graves de l'héparinothérapie⁹.

Les **états d'hypercoagulabilité primaire**¹⁰ (**D68.5-**) sont des troubles héréditaires de facteurs anticoagulants spécifiques. Les **états d'hypercoagulabilité secondaire (D68.6-)** sont principalement des troubles acquis qui prédisposent une personne à la thrombose par des mécanismes complexes et multifactoriels impliquant des anomalies du flux sanguin ou des défauts dans la composition du sang et des parois des vaisseaux. Les états d'hypercoagulabilité secondaire sont, par exemple, la malignité, la grossesse, les traumatismes, les troubles myéloprolifératifs et le syndrome des anticorps antiphospholipides.

Un **temps de prothrombine prolongé ou d'autres types de coagulation anormaux** ne doivent pas être codés comme un défaut de coagulation. Si le patient reçoit un traitement à la warfarine, présente un profil de coagulation anormal et n'a pas d'hémorragie due au médicament, le code **R79.1, profil de coagulation anormal**, est attribué au code **Z79.01, utilisation à long terme (actuelle) d'anticoagulants**.

9: L'**héparinothérapie** est largement utilisée pour prévenir et traiter les troubles de la coagulation. Chez certaines personnes, l'héparine déclenche des états auto-immuns de déficience plaquettaire sévère avec des complications thrombotiques (associées aux caillots sanguins) graves.

10: Les **états hypercoagulables ou d'hypercoagulabilité** sont un groupe de troubles acquis et héréditaires causés par une augmentation de la production de thrombine. Il y a une tendance accrue à la coagulation du sang, et il peut y avoir un dépôt de fibrine dans les petits vaisseaux sanguins. Ces troubles sont divisés en états d'hypercoagulabilité **primaire** et **secondaire**.

Exemples

- **D68.32 + K26.4 + T45.515A** : ulcère duodénal avec hémorragie due à un traitement au warfarine, contact initial.
- **D68.32 + K29.01 + T45.515D** : gastrite aiguë avec hémorragie due à un traitement anticoagulant, contact subséquent
- **Z51.81 + R79.1 + Z79.01** : Un homme de 50 ans recevant un traitement au warfarine est vu pour surveiller ses taux de warfarine. Un temps de prothrombine prolongé est signalé,

- secondaire aux effets anticoagulants du traitement au warfarine.
- **K92.0 + D68.32 + T45.515A** : Un patient est admis suite à de multiples épisodes d'hématémèse secondaire à un traitement au warfarine. Aucune pathologie significative n'a été découverte. Le warfarine est arrêté, et aucune récurrence de l'hémorragie ne se produit. Pour indiquer que le warfarine est l'agent externe responsable. Le trouble hémorragique d'origine médicamenteuse est un terme d'inclusion à **D68.32**.

16.4 Maladies des plaquettes

La **thrombocytopénie** est une déficience de type de cellules sanguines (thrombocytes) qui aident le sang à coaguler.

Le code **D69.51, purpura post-transfusionnel**¹¹, est attribué pour l'affection rare **du même nom**.

Le code **D69.59, autres thrombocytopénies secondaires**, est attribué aux thrombocytopénies secondaires dues à des causes de dilution, à des médicaments, à la circulation extracorporelle du sang, à une transfusion sanguine massive, à une allo-immunisation plaquettaire et à d'autres thrombocytopénies secondaires.

11: Le **purpura post-transfusionnel** est la réponse du receveur à la production d'anticorps anti-HPA (HPA = antigène plaquettaire humain) qui détruisent les plaquettes après une transfusion de produits sanguins provenant d'un donneur HPA positif. L'alloanticorps détruit les plaquettes transfusées ainsi que les propres plaquettes du receveur pour produire une thrombocytopénie sévère chez les femmes HPA négatives qui ont été immunisées lors d'une grossesse ou d'une transfusion précédente.

16.5 Maladies des globules blancs

Les **globules blancs (leucocytes)** jouent un rôle important dans le système immunitaire de l'organisme en combattant les infections. De nombreuses maladies différentes peuvent affecter les globules blancs.

- **Certaines maladies diminuent la production de leucocytes** :
 - La production de globules blancs peut être diminuée en raison d'une **toxicité médicamenteuse, d'une carence en vitamines, d'une maladie du sang, d'une infection (maladie virale, tuberculose, typhoïde) ou d'une anomalie de la moelle osseuse**; la diminution peut aussi être cyclique (variant en intensité, peut-être en raison de changements de biorythme).
 - Les **anticorps** peuvent attaquer les leucocytes à la suite d'une maladie ou à cause de médicaments qui stimulent le système immunitaire.
 - Le **pooling** (regroupement des globules blancs hors du compartiment sanguin) se produit dans le cas de **certaines infections sévères, de pontage cardio-pulmonaire lors d'une chirurgie cardiaque** et de l'hémodialyse.
- **Certaines maladies augmentent la production de leucocytes** :
 - Si tous les types de globules blancs sont affectés, on parle de **leucocytose**. La leucocytose peut être causée par une **infection, une inflammation, une réaction allergique, un néoplasme malin, des troubles héréditaires ou d'autres causes diverses**, par exemple des médicaments tels que les médicaments de type cortisone, le lithium et les anti-inflammatoires non stéroïdiens.

Il existe plusieurs types différents de **leucocytes normaux**, notamment les **neutrophiles**, les **lymphocytes**, les **monocytes**, les **éosinophiles** et les **basophiles**.

- D'autres maladies comme **la neutrophilie, la lymphocytose et la granulocytose** impliquent des taux élevés de types spécifiques de globules blancs.

Le **codage** des maladies des globules blancs se fait :

- en fonction du **taux leucocytaire**, faible ou élevé
- en fonction du **type de globules blancs** affectés

Le **faible taux de neutrophiles** ou **neutropénie** (catégorie **D70**) est subdivisé comme suit :

- neutropénie congénitale (**D70.0**)
- agranulocytose secondaire à une chimiothérapie anticancéreuse (**D70.1**)
- agranulocytose induite par d'autres médicaments (**D70.2**)
- neutropénie due à une infection (**D70.3**)
- neutropénie cyclique (**D70.4**)
- autres neutropénies (**D70.8**)
- neutropénie non spécifiée (**D70.9**)

Le **faible taux de globules blancs** (sous-catégorie **D72.81**) est classée comme suit :

- faible taux lymphocytes ou lymphocytopenie (**D72.810**)
- autre faible taux de globules blancs, y compris basophiles, éosinophiles, monocytes ou plasmocytes (**D72.818**)
- faible taux non spécifié de globules blancs (**D72.819**)

Un **taux élevé de globules blancs** (sous-catégorie **D72.82**) est classée comme suit :

- lymphocytes élevés ou lymphocytose (**D72.820**)
- monocytose (**D72.821**)
- plasmocytose (**D72.822**)
- réaction leucémoïde, y compris réaction leucémoïde basophile, lymphocytaire, monocytaire, myélocytaire ou neutrophilique (**D72.823**)
- basophilie (**D72.824**)
- bandémie (**D72.825**)
- autre élévation du taux de globules blancs (**D72.828**)
- leucocytose non spécifiée (**D72.829**)

Notez que...

Un code ne doit pas être attribué sur la base d'un rapport de laboratoire ou d'anatomopathologie uniquement ; lorsqu'il semble qu'une maladie des globules blancs soit présente, elle n'est pas codée à moins que le prestataire de soins ne documente sa signification clinique.

16.6 Troubles du système immunitaire

Les catégories **D80-D89** classent divers **troubles du système immunitaire**, à l'exception des affections associées ou dues au **VIH**,¹² qui sont classées sous le code **B20**.

12: Voir le chapitre 13, de ce manuel pour plus d'informations sur le VIH.

Les **troubles immunitaires** abordés dans ce chapitre comprennent les catégories suivantes :

- **D80**, immunodéficience avec déficience prédominante des anticorps.
- **D81**, immunodéficiences combinées
- **D82**, immunodéficience associée à d'autres défauts majeurs
- **D83**, immunodéficience commun variable
- **D84**, autres immunodéficiences
- **D86**, sarcoïdose
- **D89**, autres troubles impliquant le mécanisme immunitaire, non classés ailleurs

16.6.1 Immunodéficience

On parle d'**état d'immunodépression** lorsque le système immunitaire d'une personne est supprimé ou affaibli et moins apte à combattre les infections. Un patient peut être immunodéprimé en raison d'une affection spécifique ou de facteurs externes tels que des médicaments ou une exposition à la radiothérapie, ou encore d'une combinaison d'affections cliniques et de facteurs externes.

Les affections dans la catégorie **D80-D89, certains troubles impliquant le mécanisme immunitaire**, sont généralement spécifiques au type de déficience immunitaire.

Par exemple, les codes suivants sont attribués pour signaler les immunodéficiences qui exposent le patient à un risque accru pour sa santé :

- **D84.81**, immunodéficience due à d'autres affections classées ailleurs
- **D84.821**, déficit immunitaire dû à des médicaments
- **D84.822**, déficit immunitaire dû à des causes externes
- **D84.89**, autres immunodéficiences

16.6.2 Sarcoïdose

L'ICD-10-CM fournit des codes uniques au sein de la catégorie **D86, sarcoïdose**¹³ :

- pour les **sites les plus fréquemment affectés**, tels que :
 - les poumons (**D86.0**)
 - les ganglions lymphatiques (**D86.1**)
 - le poumon y compris les ganglions lymphatiques (**D86.2**)
 - la peau (**D86.3**)
 - les méninges (**D86.81**)
 - les nerfs crâniens (**D86.82**)

13: La **sarcoïdose** est une maladie à début progressif dans laquelle des collections anormales de cellules inflammatoires (**granulomes**) se forment sous forme de nodules dans de nombreux organes du corps. La sarcoïdose peut être asymptomatique ou chronique, et son étiologie est inconnue. L'hypothèse de travail actuelle est que la sarcoïdose est causée chez des individus génétiquement sensibles par une altération de la réponse immunitaire après une exposition à un agent environnemental, professionnel ou infectieux. Les granulomes apparaissent le plus souvent dans les poumons ou les ganglions lymphatiques, mais tous les organes peuvent être touchés.

- l'uvéïe de l'œil (D86.83)
 - le rein et les uretères (D86.84)
 - le myocarde (D86.85)
 - les articulations (D86.86)
 - les muscles (D86.87)
 - le foie (D86.89)
- pour la sarcoïdose non spécifiée (D86.9).

16.6.3 Le syndrome de libération de cytokines

Le **syndrome de libération de cytokines** (*cytokine release syndrome, CRS*) est une réaction inflammatoire généralisée causée par une libération importante et rapide de cytokines dans le sang par des cellules immunitaires qui ont été affectées par un traitement d'immunothérapie.

Le CRS est la réaction la plus courante **après un traitement par cellules T réceptrices d'antigènes chimériques** (*chimeric antigen receptor T-cell, CAR-T*), qui est utilisé pour traiter la leucémie lymphoblastique aiguë récidivante ou réfractaire. Lorsque les cytokines sont libérées, les symptômes vont de symptômes constitutionnels de faible intensité à un syndrome de haut niveau associé à un dysfonctionnement des organes mettant en danger la vie du patient. Les symptômes légers à modérés comprennent la fièvre, la faiblesse, les maux de tête, les éruptions cutanées, l'accélération du rythme cardiaque, l'hypotension artérielle et la détresse respiratoire. Les réactions graves comprennent une surcharge liquidienne et une insuffisance rénale.

Un code de la sous-catégorie **D89.83, syndrome de libération de cytokines**, est attribuée pour le CRS avec un sixième caractère pour identifier le degré de sévérité, documenté par le prestataire de soins dans le dossier patient.

Aperçu

- Les **maladies du système nerveux** sont classées dans le chapitre 6, *maladies du système nerveux (G00-G99)*, de l'ICD-10-CM.
- Les **maladies de l'oeil et ses annexes** sont classées dans le chapitre 7, *maladies de l'oeil et des annexes (H00-H59)*, de l'ICD-10-CM.
- Les **maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde** sont classées dans le chapitre 8, *maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde (H60-H95)*, de l'ICD-10-CM.
- Le **double codage** est souvent nécessaire pour les maladies infectieuses du système nerveux central.
- La **douleur** peut être codée sur base de la documentation indiquant le site de la douleur.
 - Les codes pour la **douleur, non classée ailleurs (G89)**, peuvent être attribués pour coder le contrôle ou la prise en charge de la douleur.
 - Si la **cause** de la douleur est documentée mais **non traitée au cours de l'admission**, il faut coder la cause en diagnostic secondaire.
- Outre l'épilepsie, des **crises** peuvent être causées par une variété d'affections, et doivent être codées selon l'affection sous-jacente.
- Les autres maladies du système nerveux central, traitées dans ce chapitre du manuel, sont l'**hémiplégié**, la **maladie de Parkinson**, la **dysrèflexie autonome** et la **narcolepsie**.
- De nombreux problèmes du système nerveux périphérique sont des **manifestations** d'autres affections.
 - De tels problèmes sont codés en diagnostic secondaire.
 - La polyneuropathie des soins intensifs ou *critical illness polyneuropathy* et la myopathie des soins intensifs ou *critical illness myopathy* par exemple, sont des complications d'une septicémie.
- Une **bonne compréhension de la terminologie et de la documentation** du dossier patient est essentielle pour un codage correct des **maladies de l'oeil**.
- Les maladies et affections de l'oeil couvertes dans ce manuel comprennent les **traumatismes de la cornée (dus à la lumière et aux blessures)**, la **conjonctivite**, la **cataracte** et le **glaucome**.
- La **perte auditive** peut être codée en tant que **conductive**, **neurosensorielle** ou une **combinaison** des deux.

17.1 Introduction	222
17.2 Maladies inflammatoires du système nerveux central	222
17.3 Maladie de Parkinson	223
17.4 Maladie de Alzheimer	223
17.5 Épilepsie	224
17.6 Céphalée et migraine	225
17.7 Narcolepsie	226
17.8 Hémiplégié et hémiparésie	226
17.9 Douleur	227
Admission pour contrôle ou gestion de la douleur	228
Douleur post-opératoire	229
17.10 Dysrèflexie autonome	229
17.11 Hydrocéphalie	230
17.12 Encéphalopathie	230
17.13 Troubles du système nerveux périphérique	231
17.14 <i>Critical illness polyneuropathy</i>	231
17.15 <i>Critical illness myopathy</i>	232
17.16 Fuites de liquide céphalo-rachidien	232
17.17 Hypotension intracrânienne	232
17.18 Maladies de l'oeil et de ses annexes	233
Traumatismes de la cornée	234
Conjonctivite	235
Dystrophie cornéenne	235
Cataracte	236
Glaucome	236
17.19 Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde	238
Otite	238
Surdité et perte auditive	239

Objectifs

Les objectifs de ce chapitre sont :

- Expliquer la différence entre le système nerveux central et le système nerveux périphérique et situer ces deux zones dans l'ICD-10-CM.
- Expliquer comment coder la douleur.
- Expliquer les conditions sous lesquelles un code d'épilepsie peut être attribué.
- Expliquer le codage d'une variété d'affections du système nerveux.
- Expliquer le codage des troubles de l'oeil et de l'oreille.

17.1 Introduction

- Les maladies du système nerveux sont classées dans le chapitre 6, *maladies du système nerveux (G00-G99)*, de l'ICD-10-CM.
- Les **maladies de l'oeil et ses annexes** sont classées dans le chapitre 7, *maladies de l'oeil et des annexes (H00-H59)*, de l'ICD-10-CM.
- Les **maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde** sont classées dans le chapitre 8, *maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde (H60-H95)*, de l'ICD-10-CM.

Le **système nerveux** est un système anatomique complexe et difficile à comprendre. Le fait de le considérer comme un système à **deux niveaux** peut aider à simplifier le processus de codage :

Codes	Description
G00-G47 G80-G99	Système nerveux central (cerveau et moelle épinière)
G50-G73	Système nerveux périphérique (tous les autres éléments neuronaux dans le reste du corps)

TABLE 17.1 – Fourchette de codes par niveau du système nerveux

La **dégénérescence cérébrale**, la **maladie de Parkinson** et la **méningite** sont des **affections du système nerveux central**.

La **polyneuropathie**, la **myasthénie grave** et les **dystrophies musculaires** sont des affections du **système nerveux périphérique**.

Le système nerveux périphérique comprend le **système nerveux autonome**, qui régule l'activité du muscle cardiaque, des muscles lisses et des glandes.

17.2 Maladies inflammatoires du système nerveux central

Les **maladies inflammatoires du système nerveux central** comprennent la méningite et l'encéphalite. L'étiologie de ces affections peut être infectieuse ou non infectieuse.

Les **maladies infectieuses du système nerveux central** sont **codées de plusieurs façons**, et il est impératif de suivre attentivement les indications fournies par l'index alphabétique et la liste systématique.

- Un **double codage** peut être nécessaire, le code de l'affection sous-jacente étant séquencé en premier, suivi d'un code de manifestation.
 - Par exemple, la méningite due au poliovirus est codé avec **A80.9, poliomyélite aiguë, non spécifiée**, avec un code de manifestation de **G02, méningite dans d'autres maladies infectieuses et parasitaires classées ailleurs**.
- La méningite bactérienne due à certains organismes tels que le pneumocoque, le streptocoque et le staphylocoque est codée avec des codes de la catégorie **G00**, avec un quatrième caractère indiquant l'organisme responsable. Les codes **G00.2-G00.8** nécessitent également un **code additionnel pour préciser l'organisme responsable**.
- Il convient de déterminer avec soin si l'affection doit être codée avec des codes du chapitre du système nerveux, ou s'il existe des **codes combinés dans le chapitre des maladies infectieuses** qui incluent l'affection ainsi que l'organisme infectieux.
 - Par exemple, la méningite à candida est codée avec **B37.5** et la méningite due à la maladie de Lyme est codée avec **A69.21** plutôt qu'avec des codes des catégories **G01** ou **G02**.

17.3 Maladie de Parkinson

La **maladie de Parkinson**¹ est codée avec le code **G20** et comprend le **parkinsonisme**² **primaire**.

Le **parkinsonisme secondaire (G21.-)** :

- peut être un **effet secondaire de l'utilisation thérapeutique d'un médicament**, auquel cas un code de la catégorie **G21** (par exemple, **G21.0, G21.11, G21.19**) est attribué en premier, suivi du code **T43.3X5-, T43.4X5-, T43.505-, T43.595-**, ou d'un code de **T36-T50** avec le cinquième ou sixième caractère 5 comme code additionnel pour identifier le médicament responsable.
- peut également être postencéphalitique (**G21.3**), vasculaire (**G21.4**), autre (**G21.8**) ou non spécifié (**G21.9**).

La maladie de Parkinson est parfois **causée par la syphilis** ; dans ce cas, elle est codée avec le code **A52.19, autre neurosyphilis symptomatique**.

Pour la **maladie de Parkinson avec démence**, il faut attribuer le code **G20, maladie de Parkinson**, suivi du code **F02.80, démence dans d'autres maladies classées ailleurs sans trouble du comportement**.

17.4 Maladie de Alzheimer

La **maladie d'Alzheimer**³ est codée avec de codes de la catégorie **G30** et est subdivisée pour spécifier

- maladie d'Alzheimer avec début précoce (**G30.0**)
- maladie d'Alzheimer avec début tardif (**G30.1**)

1: La **maladie de Parkinson** est une affection progressive du système nerveux, qui touche généralement les adultes d'âge moyen. Elle est associée à une dégénérescence des ganglions de la base et à une carence en *dopamine*, un neurotransmetteur. La maladie de Parkinson affecte les mouvements, et les tremblements sont un signe bien connu de la maladie.

2: Le **parkinsonisme** désigne les symptômes caractéristiques de la maladie de Parkinson (par exemple, les mouvements lents et les tremblements), quelle qu'en soit la cause, et est généralement provoqué par une autre affection ou un agent extérieur, comme les médicaments.

3: La **maladie d'Alzheimer** est un processus d'atrophie progressive impliquant la dégénérescence des cellules nerveuses. Cette dégénérescence entraîne des changements mentaux qui vont d'une déficience intellectuelle subtile à une démence avec perte des fonctions cognitives et défaillance de la mémoire.

- autre maladie d'Alzheimer (**G30.8**)
- maladie d'Alzheimer, non spécifié (**G30.9**)

Notez que...

La **démence fait partie intégrante de la maladie d'Alzheimer**. Le prestataire de soins n'a donc **pas besoin de documenter séparément** cette affection pour un patient atteint de la maladie d'Alzheimer.

Un code de la sous-catégorie **F02.8-, démence dans des maladies classées ailleurs**, est attribué comme diagnostic secondaire selon les instructions de l'index alphabétique pour préciser la **présence ou l'absence de troubles du comportement**.

Exemples

- **G30.9 + F02.80**, maladie d'Alzheimer
- **G30.1 + F02.81**, démence avec troubles du comportement due à une maladie d'Alzheimer avec début tardif

17.5 Épilepsie

L'**épilepsie** est un trouble paroxystique de la fonction cérébrale caractérisé par des crises récurrentes.

Notez que...

Il ne faut pas déduire que toute documentation diagnostique décrivant des **convulsions** ou des **crises** peut être codée comme de l'épilepsie ; ces états se produisent également dans un certain nombre d'autres maladies, telles que les tumeurs cérébrales, les accidents vasculaires cérébraux, l'alcoolisme, les déséquilibres électrolytiques et les états fébriles. Les crises de *grand mal*, par exemple, peuvent être dues à des causes autres que l'épilepsie. **Un code pour l'épilepsie ne doit pas être attribué à moins que le prestataire de soins documente adéquatement cette affection dans le dossier patient.**

- Lorsque le **diagnostic est documenté uniquement en termes de convulsion ou de crise** sans autre identification de la cause, le code **R56.9, convulsions non spécifiées**, doit être attribué.
- Lorsque le prestataire de soins documente des antécédents de convulsions dans le bilan mais n'inclut aucune mention de convulsions dans l'énoncé du diagnostic, aucun code ne doit être attribué, à moins qu'une documentation claire indique que les critères de codage de l'affection ont été remplis et que le prestataire de soins accepte qu'un code soit ajouté.

Notez que...

L'**index ICD-10-CM** réfère le terme *Epilepsy* au code **G40.909**, alors que le terme *Crise(s)* est référé au code **R56.9**.

Pour la catégorie **G40, épilepsie et crises récurrentes**, l'ICD-10-CM prévoit :

- un **cinquième caractère** qui permet d'identifier l'épilepsie comme *réfractaire* lorsqu'elle est documentée ainsi par le prestataire de soins.
 - Des termes tels que *pharmacorésistant* (pharmacologiquement résistant), *mal contrôlé* et *résistant au traitement* sont considérés comme équivalents à réfractaire.
 - Il ne faut pas présumer que l'affection est réfractaire à partir de déclarations générales dans la documentation du dossier patient.
- un **sixième caractère** est utilisé pour identifier si l'**état épileptique** est présent.

17.6 Céphalée et migraine

Un diagnostic de **céphalée sans autre spécificité** est classé au chapitre 18, *symptômes, signes et résultats anormaux d'examen clinique et de laboratoire, non classés ailleurs (R00-R99)*, de l'ICD-10-CM et est codé **R51.9, céphalée, non spécifiée**.

Les **migraines**⁴ sont classées dans la catégorie **G43**, tandis que les **céphalées spécifiques** sont classées dans la catégorie **G44, autres syndromes de céphalées**, au chapitre 6, *maladies du système nerveux (G00-G99)*, de l'ICD-10-CM.

Les termes suivants sont considérés comme **équivalents à réfractaire** : *pharmacorésistant* (pharmacologiquement résistant), *résistant au traitement* et *mal contrôlé*.

Le **statut migraineux** fait généralement référence à une crise de migraine sévère qui dure plus de 72 heures. Toutefois, la désignation de l'état migraineux doit être **documentée** par le prestataire de soins.

L'ICD-10-CM classe les **migraines** dans la catégorie **G43, migraine**, comme suit :

- **G43.0-**, migraine sans aura
- **G43.1-**, migraine avec aura
- **G43.4-**, migraine hémiplégique
- **G43.5-**, migraine persistante avec aura sans infarctus cérébral
- **G43.6-**, migraine persistante avec aura et infarctus cérébral
- **G43.7-**, migraine chronique sans aura.
- **G43.A-**, vomissements cycliques
- **G43.B-**, migraine ophtalmoplégique
- **G43.C-**, syndromes de céphalées périodiques chez l'enfant ou l'adulte
- **G43.D-**, migraine abdominale
- **G43.8-**, autre migraine
- **G43.9-**, migraine, non spécifiée

4: La **migraine** est un syndrome neurologique caractérisé par une altération des perceptions corporelles, des maux de tête sévères, des nausées et des vomissements. Environ un tiers des personnes qui ont des migraines perçoivent une aura, c'est-à-dire des expériences visuelles, olfactives ou autres expériences sensorielles inhabituelles qui signalent que la migraine va bientôt se produire.

L'ICD-10-CM classe les **céphalées spécifiques** dans la catégorie **G44, autres syndromes de céphalées**, comme suit :

- **G44.0-**, syndrômes d'algie vasculaire de la face et autres céphalées autonomes du trijumeau
- **G44.1**, céphalées vasculaires, non classées ailleurs
- **G44.2-**, céphalées dite de tension
- **G44.3-**, céphalées post-traumatiques
- **G44.4-**, céphalées d'origine médicamenteuse, non classées ailleurs
- **G44.5-**, syndrômes compliqués de céphalées
- **G44.8-**, autres syndromes spécifiques de céphalées

Les **céphalées consécutives à une ponction lombaire** sont codées avec le code **G97.1, autre réaction à une ponction lombaire ou spinale**.

17.7 Narcolepsie

L'ICD-10-CM fait distinction entre les sous-catégories suivantes de **narcolepsie**⁵ :

- **G47.41-**, narcolepsie
 - **G47.411**, narcolepsie **avec cataplexie**
 - **G47.419**, narcolepsie **sans cataplexie**
- **G47.42-**, narcolepsie dans des maladies classées ailleurs
 - **G47.421**, narcolepsie dans des maladies classées ailleurs, **avec cataplexie**
 - **G47.429**, narcolepsie dans des maladies classées ailleurs, **sans cataplexie**

5: La **narcolepsie** est un trouble neurologique chronique caractérisé par l'incapacité de réguler normalement le sommeil et l'éveil. Les symptômes sont une somnolence diurne excessive, une paralysie du sommeil (paralysie à l'endormissement ou au réveil), une cataplexie (épisodes soudains et brefs de paralysie ou de faiblesse musculaire) et des hallucinations vives (images oniriques vives qui se produisent au début du sommeil). D'autres symptômes possibles sont un sommeil nocturne perturbé, des secousses des jambes, des cauchemars et des réveils fréquents. Des crises de sommeil irrésistibles peuvent survenir tout au long de la journée, indépendamment de la quantité ou de la qualité du sommeil nocturne antérieur. Les personnes touchées peuvent s'endormir au travail ou à l'école, ou en mangeant, en parlant ou en conduisant.

17.8 Hémiplégie et hémiparésie

L'**hémiplégie** est classée dans la catégorie **G81, hémiplégie et hémiparésie**, avec un cinquième caractère pour indiquer le **côté affecté** et si le côté affecté est **dominant ou non dominant**.

Lorsque l'on ne dispose **pas de documentation sur le caractère dominant ou non dominant** du côté affecté, et lorsque la classification ne fournit pas de valeur par défaut, le choix du code est le suivant :

- Pour les patients **ambidextres**, la valeur par défaut doit être **dominant**.
- Si le côté **gauche** est affecté, la valeur par défaut est **non dominante**.
- Si le côté **droit** est affecté, la valeur par défaut est **dominante**.

Cette directive s'applique :

- aux codes de la catégorie **G81, hémiplégie et hémiparésie**
- aux codes de la sous-catégorie **G83.1, monoplégie du membre inférieur**
- aux codes de la sous-catégorie **G83.2, monoplégie du membre supérieur**
- aux codes de la sous-catégorie **G83.3, monoplégie non spécifiée**.

6: L'**hémiplégie** est la paralysie d'un seul côté du corps. L'hémiplégie survenant dans le cadre d'un accident vasculaire cérébral (AVC) disparaît souvent rapidement et est parfois appelée **hémiplégie transitoire**.

L'hémiplégie⁶ ne fait pas partie intégrante d'un accident vasculaire cérébral aigu; par conséquent, un code de la catégorie **G81, hémiplégie et hémiparésie**, est attribué comme code additionnel lorsqu'elle survient. Même si l'hémiplégie associée à l'accident vasculaire cérébral se résout sans traitement, elle a un impact sur les soins du patient. **Tout déficit neurologique causé par un accident vasculaire cérébral doit être documenté et codé, même s'il s'est résorbé au moment de la sortie de l'hôpital.**

- Une **perte de force unilatérale clairement documentée comme étant associée à un accident vasculaire cérébral** est synonyme d'hémiparésie et d'hémiplégie.
- Une **perte de force d'un seul membre associée à un accident vasculaire cérébral** est synonyme de monoplégie.
- Une perte de force en dehors de cette association claire ne peut pas être considérée comme une hémiparésie/hémiplégie ou une monoplégie, à moins qu'elle ne soit associée à un autre trouble ou une autre lésion du cerveau.

Lorsque le patient est admis ultérieurement avec une hémiplégie/hémiparésie ou une perte de force d'un membre (supérieur ou inférieur) due à une maladie cérébrovasculaire, un code de la catégorie **I69** est attribué pour indiquer que l'affection est une **séquelle** d'un accident vasculaire cérébral.⁷

7: Voir le chapitre 27 de ce manuel pour plus de détails sur les maladies cérébrovasculaires.

Exemples

- **I66.9 + G81.91**, thrombose cérébrale avec hémiplégie droite transitoire qui a disparu à la sortie de l'hôpital
- **I66.9 + G81.91**, thrombose cérébrale avec hémiplégie du côté dominant droit
- **I69.352**, hémiplégie du côté dominant gauche due à un AVC antérieur
- **G81.90 + S34.109S**, hémiparésie due à une ancienne lésion de la moelle épinière lombaire.

17.9 Douleur

La douleur est codée en fonction du site de la douleur. Les codes de site de la douleur se trouvent :

- dans le chapitre 18, *symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs (R00-R99)*, de l'ICD-10-CM.
 - Par exemple, **R51.9, céphalée**.
- dans le chapitre du système anatomique approprié de l'ICD-10-CM.
 - Par exemple, **M79.609, la douleur dans un membre non spécifié**.

La détermination du caractère étant **aigu, chronique ou un syndrome de douleur chronique** dépend de la documentation du prestataire de soins. Il n'y a pas de délai définissant le moment où la douleur devient chronique.

Sauf indication contraire ci-dessous, les codes de la catégorie **G89, douleur, non classée ailleurs**, peuvent être combinés avec les codes du site de la douleur si le code de la catégorie **G89** fournit plus de détails sur la douleur aiguë ou chronique et la douleur liée à un néoplasme.

- Si la douleur n'est pas spécifiée comme étant aiguë ou chronique, postthoracotomie, postprocédurale ou liée à un néoplasme, codes de la catégorie **G89** ne peuvent pas être attribués.
- Un code de la catégorie **G89** ne peut pas être attribué si le diagnostic sous-jacent (définitif) est connu, **sauf** si le motif de la consultation est le contrôle/la gestion de la douleur et non la gestion de l'affection sous-jacente.
- Lorsque la raison d'admission est une procédure visant à traiter l'affection sous-jacente, telle qu'une fusion spinale pour le traitement de la douleur associée à une fracture vertébrale, un code pour l'affection sous-jacente (par exemple, fracture vertébrale) doit être attribué comme diagnostic principal. Un code de la catégorie **G89** ne peut pas être attribué.

17.9.1 Admission pour contrôle ou gestion de la douleur

Les codes de la catégorie **G89** peuvent être codés en **diagnostic principal** lorsque **l'admission est destinée au contrôle ou à la gestion de la douleur**. Ces admissions ne sont généralement pas destinées à un bilan diagnostique ou à un traitement de l'affection sous-jacente, mais à la gestion de la douleur. Dans ces situations, si la cause sous-jacente de la douleur est connue, il faut la coder comme un diagnostic secondaire. Par exemple, un patient souffrant d'un disque intervertébral déplacé, d'un empiètement nerveux et d'une douleur dorsale intense se présente pour une injection de stéroïdes dans le canal rachidien. L'injection est destinée à soulager la douleur, mais elle ne traite pas le disque déplacé.

Si **l'admission est destinée au contrôle de la douleur liée, associée ou due à un néoplasme malin** le code **G89.3, douleur liée à un néoplasme (aiguë) (chronique)**, doit être attribué. Le néoplasme sous-jacent est codé en diagnostic secondaire. Comme le code du néoplasme fournit des informations sur le site spécifique, il ne faut pas attribuer un code additionnel pour le site de la douleur. Lorsque la raison de l'admission est la gestion du néoplasme et que la douleur associée au néoplasme est également documentée, le code **G89.3** est codé en diagnostic secondaire. Un code additionnel pour le site de la douleur ne peut pas être attribué.

Si **l'admission est destinée à une procédure pour traiter l'affection sous-jacente**, l'affection sous-jacente doit être codé en diagnostic principal. Par exemple, si un patient est admis pour une fusion spinale pour traiter une sténose spinale lombaire avec claudication neurogène, il faut attribuer le code **M48.062, sténose spinale, région lombaire, avec claudication neurogène**, comme diagnostic principal. Un code de la catégorie **G89** ne peut pas être attribué.

Les patients souffrant de douleurs chroniques dont les traitements conservateurs ont échoué peuvent subir l'insertion de neurostimulateurs pour contrôler la douleur. Dans ce cas, le code de douleur approprié est codé en diagnostic principal. Lorsqu'une **admission est destinée à une procédure visant à traiter l'affection sous-jacente et qu'un neurostimulateur est**

inséré pour le contrôle de la douleur au cours de la même admission, un code pour l'affection sous-jacente doit être codé en diagnostic principal avec le code de la douleur en diagnostic secondaire.

Lorsque **l'admission est destinée à toute autre raison que le contrôle ou la gestion de la douleur et qu'un diagnostic connexe et définitif pour la douleur n'a pas été établi**(confirmé) par le prestataire de soins, le code pour le site spécifique de la douleur doit être attribué en premier, suivi du code approprié de la catégorie **G89**. Si le diagnostic définitif a été établi, il faut coder le diagnostic définitif.

17.9.2 Douleur post-opératoire

La **douleur postopératoire** de routine ou attendue immédiatement après la chirurgie ne peut pas être codée.

Les **douleurs post-thoracotomie et autres douleurs postopératoires** sont classées dans les sous-catégories **G89.1** et **G89.2**, selon que la douleur est aiguë ou chronique. La valeur par défaut pour les douleurs post-thoracotomie et autres douleurs postopératoires non spécifiées comme aiguës ou chroniques est le code de la forme aiguë.

La **douleur postopératoire associée à une complication postopératoire spécifique** (comme des fils de suture douloureux) ou **associée à des dispositifs, implants ou greffons laissés dans un site chirurgical** (comme une prothèse de hanche douloureuse) est attribuée au(x) code(s) approprié(s) figurant au chapitre 19, *lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes (S00-T88)*, de l'ICD-10-CM. Un code de la catégorie **G89** est attribué comme code additionnel pour identifier la douleur aiguë ou chronique (**G89.18** ou **G89.28**).

La douleur postopératoire peut être codé **en diagnostic principal** lorsque la raison de l'admission est le contrôle/la gestion de la douleur postopératoire.

17.10 Dysrèflexie autonome

Le code **G90.4, dysrèflexie autonome**⁸, est attribué pour coder cette affection.

- Chaque manifestation ou symptôme n'est pas codé séparément.
- Bien que dans la plupart des scénarios de **double codage**, l'affection sous-jacente soit codée en diagnostic principal, dans ce cas, la **dysrèflexie est codée comme diagnostic principal**, suivie d'un code pour l'affection chronique sous-jacente qui a déclenché cet état mettant la vie en danger (par exemple, escarres, fécalome, infection urinaire).

8: La **dysrèflexie autonome** est un syndrome caractérisé par l'apparition soudaine d'une pression artérielle excessivement élevée causée par une décharge incontrôlée du système nerveux sympathique chez les personnes souffrant d'une lésion de la moelle épinière, généralement au niveau T6 ou au-dessus. Tout ce qui provoquerait normalement une douleur en dessous de ce niveau peut déclencher une réponse parasympathique entraînant une bradycardie, une vision floue et une transpiration. Une véritable dysrèflexie autonome peut mettre la vie en danger et est considérée comme une urgence médicale.

17.11 Hydrocéphalie

Le code **G91.0, hydrocéphalie communicante**, est codé en cas d'une hydrocéphalie à pression normale (HPN) secondaire⁹.

Le code **G91.1, hydrocéphalie obstructive**¹⁰, est codé pour cette affection acquise.

Le code **G91.2, hydrocéphalie à pression normale (idiopathique)** est codé pour ce type d'hydrocéphalie acquise. L'**hydrocéphalie à pression normale idiopathique** (HPNI) peut survenir sans cause identifiable.

Le code **G91.9, hydrocéphalie non spécifiée** doit être attribué lorsque la documentation du dossier patient ne précise pas si l'hydrocéphalie est congénitale ou acquise,

9: L'**hydrocéphalie à pression normale** (HPN) ou l'HPN secondaire peut être causée par toute affection dans laquelle l'écoulement du liquide céphalo-rachidien (LCR) est bloqué, comme une hémorragie sous-arachnoïdienne, un traumatisme crânien, un infarctus cérébral, une infection, une tumeur ou des complications d'une intervention chirurgicale.

10: L'**hydrocéphalie obstructive** se développe à la suite d'un blocage de la circulation normale du LCR dans le cerveau. Dans la plupart des cas, le blocage affecte les troisième et quatrième ventricules au niveau de l'aqueduc de Sylvius, également appelé **obstruction aqueductale**, qui peut résulter d'une cicatrice ou d'un néoplasme.

17.12 Encéphalopathie

L'**encéphalopathie** est un terme général utilisé pour décrire tout trouble de la fonction cérébrale. Il s'agit d'un terme très large et, dans la plupart des cas, il sera précédé de divers termes décrivant la raison, la cause ou les affections particulières conduisant au trouble cérébral. Il est important de noter soigneusement ces termes additionnels, car ils auront une incidence sur l'attribution des codes. Plus de 150 termes différents modifient ou précèdent encéphalopathie selon la littérature médicale - tous ne sont pas classés au chapitre 6, *maladies du système nerveux* (**G00-G99**), de l'ICD-10-CM.

Certaines des **encéphalopathies les plus courantes** sont mentionnées ci-dessous :

- L'**encéphalopathie anoxique** désigne les lésions cérébrales dues à un manque d'oxygène. Ce type d'encéphalopathie est codé avec le code **G93.1, lésions cérébrales anoxiques, non classées ailleurs**.
- L'**encéphalopathie alcoolique**¹¹ est codée avec le code **G31.2, dégénérescence du système nerveux due à l'alcool**.
- L'**encéphalopathie hépatique** est une atteinte cérébrale due à une maladie du foie, et elle est codé avec le code **K72.90, insuffisance hépatique, non spécifiée, sans coma**, lorsque l'étiologie n'est pas spécifiée ou est inconnue.
 - À l'entrée de l'index *Failure, hepatic*, il existe des sous-entrées pour les codes décrivant spécifiquement 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.
- Le code **G93.41, encéphalopathie métabolique**, est attribué à l'encéphalopathie métabolique¹².
- Le code **G93.41** comprend également l'**encéphalopathie septique**.

11: L'**encéphalopathie alcoolique** est une complication grave de la maladie alcoolique du foie, généralement causée par une consommation excessive d'alcool pendant plusieurs années. Elle se présente par une perte de fonctions cérébrales spécifiques (lésions du tissu cérébral) causée par une carence en thiamine.

12: L'**encéphalopathie métabolique** est une atteinte temporaire ou permanente du cerveau due à un manque de glucose, d'oxygène ou d'un autre agent métabolique, ou causée par un dysfonctionnement des organes. Les symptômes comprennent un état de conscience altéré, généralement caractérisé par le délire, la confusion ou l'agitation, et des changements de comportement ou de personnalité. Il peut également y avoir une raideur ou une rigidité musculaire, des tremblements, une stupeur ou un coma. Les symptômes peuvent se développer rapidement et se résorber lorsque l'état est inversé.

- L'ICD-10-CM classe l'**encéphalopathie toxique**¹³ sous le code **G92, encéphalopathie toxique**. Le codage approprié de l'**encéphalopathie toxique due à des médicaments** est basé sur le fait que la toxicité du médicament est qualifiée d'effet secondaire ou d'empoisonnement.
 - Lors du codage d'un **effet secondaire d'un médicament** qui a été correctement prescrit et administré, il faut attribuer le code approprié pour la nature de l'effet secondaire suivi du code approprié pour l'effet secondaire du médicament (**T36-T50**). Le code du médicament aura un cinquième ou sixième caractère 5 (par exemple, **T36.0X5-**) pour indiquer l'effet secondaire.
 - Si l'encéphalopathie toxique est due à une **intoxication** par un agent toxique, un code des catégories **T51-T65** est attribué en premier pour identifier l'agent toxique responsable.
- L'ICD-10-CM code l'**encéphalopathie de Wernicke**¹⁴ avec le code **E51.2, encéphalopathie de Wernicke**.
- L'**encéphalopathie associée à l'accident vasculaire cérébral ou stroke** ne fait pas partie intégrante de ces affections. Le code **G93.49, autre encéphalopathie**, est attribué en plus des codes pour l'accident vasculaire cérébral et le stroke.
 - **Attention** : le code **G93.49, autre encéphalopathie**, est attribué lorsque l'encéphalopathie est liée à une affection (par exemple, encéphalopathie due à une infection des voies urinaires) mais qu'une encéphalopathie spécifique (par exemple, métabolique, toxique ou hypertensive) n'est pas documentée.
 - L'**encéphalopathie non spécifiée** est attribuée au code **G93.40, encéphalopathie non spécifiée**.

13: L'**encéphalopathie toxique** est également connue sous le nom d'**encéphalopathie métabolique toxique**. L'encéphalopathie toxique est un trouble neurologique dégénératif causé par l'exposition à des substances toxiques ou par l'effet indésirable de médicaments. Elle se caractérise par une altération de l'état mental, et les symptômes peuvent inclure des pertes de mémoire, de petits changements de personnalité, un manque de concentration, des mouvements involontaires, des nausées, de la fatigue, des convulsions, des problèmes de force dans les bras et une dépression.

14: L'**encéphalopathie de Wernicke** implique des dommages au système nerveux central et au système nerveux périphérique et est causée par des troubles du foie tels que la cirrhose, l'hépatite, la malnutrition et des affections dans lesquelles la circulation sanguine contourne entièrement le foie. Les symptômes peuvent aller de légers à graves et consistent en divers symptômes neurologiques, notamment des modifications de la conscience, des réflexes et du comportement.

Le code **G94, autres troubles du cerveau dans les maladies classées ailleurs**, ne doit être attribué que pour les affections dont les entrées de l'index alphabétique renvoient directement au code **G94** pour certaines étiologies.

17.13 Troubles du système nerveux périphérique

Les **troubles du système nerveux périphérique** sont classés dans les catégories **G50-G73** en fonction de l'affection et des nerfs concernés.

De nombreux codes de cette section sont des **manifestations** d'autres maladies et sont codés en tant que diagnostic secondaire, l'affection sous-jacente figurant comme diagnostic principal.

17.14 *Critical illness polyneuropathy*

Critical illness polyneuropathy est souvent associée aux complications de la septicémie et à la défaillance de plusieurs organes. On considère qu'elle est secondaire au syndrome de réponse inflammatoire systémique (SRIS). Les **synonymes** de *Critical illness polyneuropathy* sont *Critical*

illness neuropathy, la neuropathie des soins intensifs et la polyneuropathie des soins intensifs. Les patients atteints de cette affection présentent des modifications électrophysiologiques anormales compatibles avec une dégénérescence axonale primaire des fibres motrices. Ils présentent également une faiblesse importante, ce qui rend difficile leur sevrage de la ventilation mécanique.

Critical illness polyneuropathy est codé avec le code **G62.81, polyneuropathie des soins intensifs**.

17.15 *Critical illness myopathy*

Critical illness myopathy est associée à la septicémie, à l'utilisation d'agents bloquants neuromusculaires et de corticostéroïdes (chez les asthmatiques et les patients ayant subi une transplantation d'organe), et à la neuropathie. Elle peut entraîner des difficultés de sevrage de patients de la ventilation mécanique et une récupération prolongée après une maladie.

Critical illness myopathy est codé avec le code **G72.81, myopathie des soins intensifs**.

17.16 Fuites de liquide céphalo-rachidien

Les **fuites de liquide céphalo-rachidien** se produisent lorsqu'une déchirure de la dure-mère permet la fuite du liquide qui entoure et protège le cerveau ou la moelle épinière.

- Une **fuite spontanée** de liquide céphalorachidien survenant sans raison connue est codé avec le code **G96.01** (crânien) ou **G96.02** (spinal).
- Une **autre fuite** de liquide céphalorachidien est codé avec le code **G96.08** (crânien) ou **G96.09** (spinal).
- Une fuite de liquide céphalo-rachidien non spécifiée est codé avec le code **G96.00**.

17.17 Hypotension intracrânienne

La réduction du volume et de la pression du liquide céphalo-rachidien entraîne une **hypotension intracrânienne**. L'hypotension intracrânienne est le plus souvent associée à une fuite de liquide céphalo-rachidien au niveau de la colonne vertébrale. Le mal de tête est le symptôme le plus courant; cependant, d'autres signes et symptômes sont causés par les effets de la fuite sur les racines nerveuses et autres structures environnantes.

- L'hypotension intracrânienne **spontanée** est codé avec le code **G96.811**.
- **Autre** hypotension intracrânienne est codé avec le code **G96.819**.

- L'hypotension intracrânienne **non spécifiée** est codé avec le code **G96.810**.
- L'hypotension intracrânienne **causée par une procédure** est incluse dans la sous-catégorie **G97.8, autres complications et troubles peropératoires et postprocéduraux du système nerveux**.
 - Lorsque l'hypotension intracrânienne est due à un **dispositif de dérivation**, il faut attribuer le code **G97.83, hypotension intracrânienne suite à une dérivation lombaire du liquide céphalo-rachidien**.
 - Lorsque l'hypotension intracrânienne est due à une **autre procédure**, il faut attribuer le code **G97.84, hypotension intracrânienne suite à une autre intervention**.

17.18 Maladies de l'oeil et de ses annexes

La classification des **maladies de l'oeil** est très détaillée, et la compréhension de la terminologie utilisée est particulièrement importante pour le codage. Des termes qui semblent similaires peuvent avoir des significations totalement différentes. Une bonne compréhension de la documentation du diagnostic dans le dossier patient est nécessaire avant d'attribuer un code.

La **déficience visuelle (H54)** est classée en fonction de la sévérité, l'état de l'oeil moins bon étant indiqué en premier et celui du meilleur oeil en second dans l'intitulé du code. Si la cause sous-jacente associée de la **cécité** ou de la **perte visuelle** est connue, elle doit être codée en premier.

L'ICD-10- CM comprend un tableau (voir figure 17.1) avec la classification de la sévérité de la déficience visuelle recommandée par un groupe d'étude de l'Organisation Mondiale de la Santé.

Category of visual impairment	Visual acuity with best possible correction		Or central visual field*	Classified as
	Maximum less than	Minimum equal to or better than		
1	6/18	6/60		Low vision
	3/10 (0.3)	1/10 (0.1)		
	20/70	20/200		
2	6/60	3/60		Low vision
	1/10 (0.1)	1/20 (0.05)		
	20/200	20/400		
3	3/60	1/60 (finger counting at 1 metre)	10° or less but more than 5°	Blindness
	1/20 (0.05)	1/50 (0.02)		
	20/400	5/300 (20/1200)		
4	1/60 (finger counting at 1 metre)	Light perception	5° or less	Blindness
	1/50 (0.02)			
	5/300			
5	No light perception			Blindness
9	Undetermined or unspecified			Unspecified

FIGURE 17.1 – Classification de la sévérité de la déficience visuelle recommandée par l'Organisation Mondiale de la Santé

Le terme *basse vision* dans la catégorie **H54** comprend les catégories 1 et 2 du tableau ; le terme *cécité*, les catégories 3, 4 et 5 ; et le terme *perte de vision non qualifiée*, la catégorie 9.

Exemples

- **H54.1141**, cécité, oeil droit catégorie 4, basse vision oeil gauche catégorie 1
- **H54.413A**, cécité, oeil droit catégorie 3, vision normale oeil gauche

Les informations du tableau 17.1, sont destinées à fournir des indices permettant d'identifier les **lacunes éventuelles de la documentation**, pour lesquelles il peut être nécessaire d'interroger le prestataire de soins. Elles ne sont pas destinées à remplacer la documentation spécifique du prestataire de soins pour justifier l'attribution du code.

- Le code **H54.3, perte de vision non qualifiée, deux yeux**, est attribué lorsque la cécité ou la basse vision des deux yeux est documentée mais que la **catégorie de déficience visuelle n'est pas documentée**.
- Un code de la sous-catégorie **H54.6, perte de vision non qualifiée, un oeil**, est attribué si la cécité ou la basse vision d'un oeil est documentée mais que la **catégorie de déficience visuelle n'est pas documentée**.
- Le code **H54.7, perte de vision non spécifiée**, est attribué lorsque la cécité ou la perte visuelle est documentée mais que **l'information si un ou les deux yeux sont affectés n'est pas documenté**.

Occasionnellement, les troubles de la vision peuvent provoquer une inclinaison de la tête, entraînant un **torticolis¹⁵ oculaire** ou un **torticolis induit par des troubles oculaires**. Le torticolis oculaire est codé en attribuant d'abord le code approprié pour l'affection oculaire causant le torticolis, par exemple, nystagmus (**H55.-**), strabisme (**H50.9**), ou paralysie du quatrième nerf (**H49.1-**), suivi du code **R29.891, torticolis oculaire**.

15: Le **torticolis** désigne une posture anormale de la tête. La paralysie des muscles obliques supérieurs ou inférieurs amène le patient à tenir la tête dans un angle pour compenser les troubles visuels.

17.18.1 Traumatismes de la cornée

Des codes de la sous-catégorie **H16.13-, photokératite**, sont attribués pour une brûlure de la cornée, due à la lumière trop forte, généralement appelée **kératite par ultraviolets**. Il s'agit toujours d'une lésion, et le code de cause externe de morbidité approprié doit être attribué en tant que code additionnel, comme les codes de la catégorie **W89, exposition à une source lumineuse artificielle visible et aux ultraviolets**, ou le code **X32.-, exposition à la lumière du soleil**.

Les **lacérations de la cornée et/ou de la sclérotique** sont classées dans la catégorie **S05, lésions de l'oeil et de l'orbite**.

- Un **quatrième caractère** est attribué pour indiquer :
 - une contusion du globe oculaire et des tissus orbitaires
 - un prolapsus ou une perte de tissu intraoculaire
 - une blessure pénétrante

La **photokératite** se produit généralement en haute altitude sur des champs de neige très réfléchissants ou, moins souvent, lors d'une éclipse solaire. Les sources artificielles de lumière ultraviolette peuvent également provoquer une photokératite. Ces sources comprennent les lits de bronzage, l'arc d'un soudeur, les arcs de carbone, les lampes photographiques, la foudre, les étincelles électriques et les lampes de bureau halogènes.

- la présence ou non d'un corps étranger
- une avulsion de l'oeil
- des affections associées
- Un **cinquième caractère** est attribué pour indiquer s'il s'agit d'un oeil non spécifié, de l'oeil droit ou de l'oeil gauche

Un **code de cause externe de morbidité** est attribué pour indiquer la cause externe.

La **réparation de la cornée** est codé avec les codes de procédures :

- **08Q8XZZ**, réparation de la cornée droite, approche externe
- **08Q9XZZ**, réparation de la cornée gauche, approche externe.

17.18.2 Conjonctivite

La **conjonctivite**¹⁶ est classée dans la catégorie **H10, conjonctivite**, de l'ICD-10-CM.

La **conjonctivite giganto-papillaire chronique** est classée dans la sous-catégorie **H10.41-**.

La **conjonctivite vernale (H10.44)** est due à une réaction allergique au pollen.

Lorsque la **cause de la conjonctivite aiguë est un agent chimique ou toxique**, le code **H10.21-** est utilisé, avec un code des catégories **T51-T65** attribué en premier pour identifier l'agent chimique et l'intention (par exemple, accidentel, agression).

La **conjonctivite due à la chlamydia** est classée en **A74.0** ou en **A71.1** lorsqu'elle est désignée comme due au trachome.

Le **conjonctivochalasis**¹⁷ est codé en utilisant le code **H11.82-**.

Le code **H04.12-, syndrome de l'oeil sec**, est fourni par l'index pour le syndrome de l'oeil sec, un trouble de la glande lacrymale.

Cependant, le code **H04.12-** est inapproprié pour l'oeil sec associé à la paralysie de Bell, qui n'implique pas la glande lacrymale mais est dû à l'exposition à l'air résultant de l'incapacité de fermer l'oeil suite à la sévère paralysie faciale aiguë accompagnant la paralysie de Bell. Le code **H16.21-, kératoconjonctivite d'exposition**, est attribué pour l'oeil sec lié à la paralysie de Bell.

16: La **conjonctivite** est une inflammation de la conjonctive, qui peut être due à une infection, une allergie ou une autre cause. La **conjonctivite giganto-papillaire**, également appelée conjonctivite papillaire induite par les lentilles de contact, est une complication fréquente du port de lentilles de contact. Il s'agit d'une inflammation résultant d'une réaction allergique aux lentilles de contact.

17: **Conjonctivochalasis** : un excès de conjonctive repose sur le bord de la paupière inférieure et recouvre le point lacrymal inférieur. Cette situation peut entraîner divers symptômes, allant de l'aggravation de la sécheresse oculaire d'un stade léger à la perturbation de la voie lacrimale 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.

17.18.3 Dystrophie cornéenne

Les **dystrophies cornéennes** sont des troubles oculaires génétiques causés par l'accumulation de matériel anormal sur la cornée. Ces troubles sont classés en fonction de la présentation clinique de la lésion (ressemblant au motif superposé d'un treillis) et de la couche de la cornée affectée par la lésion.

Un **septième caractère** indiquant la **latéralité** est disponible pour plusieurs sous-catégories de la dystrophie cornéenne :

- **H18.50-**, dystrophies cornéennes héréditaires non spécifiées

- **H18.51-**, dystrophie cornéenne endothéliale
- **H18.52-**, dystrophie cornéenne épithéliale (juvénile)
- **H18.53-**, dystrophie cornéenne granulaire
- **H18.54-**, dystrophie cornéenne à treillis
- **H18.55-**, dystrophie cornéenne maculaire
- **H18.59-**, autres dystrophies cornéennes héréditaires

17.18.4 Cataracte

Lors du codage des cataractes, il faut éviter de faire des hypothèses sur le type de cataracte en fonction de l'âge du patient ou d'autres affections. Une cataracte chez un patient âgé n'est pas nécessairement sénile ou mature; la terminologie utilisée dans la **documentation** diagnostique est décisive.

L'ICD-10-CM présume une **relation de cause à effet entre le diabète et la cataracte**, en raison du lien établi dans l'index alphabétique par les sous-termes *with* et *in*. Par conséquent, **le diabète et la cataracte doivent être codés comme étant associés même en l'absence de documentation du prestataire de soins établissant explicitement le lien.**

Exemple

Lorsqu'un patient diabétique est documenté comme ayant une *cataracte liée à l'âge* ou une *cataracte sénile*, la cataracte doit être codée comme une cataracte diabétique.

17.18.5 Glaucome

Le **glaucome**¹⁸ est codé avec des codes de la catégorie **H40, glaucome**.

Il faut attribuer **autant de codes** de la catégorie **H40** que nécessaire pour identifier le **type** de glaucome, l'**oeil affecté** et le **stade**.

- le **quatrième et/ou le cinquième caractère** est utilisé pour coder le glaucome par **type**.
- le **cinquième ou le sixième caractère** peut être utilisé dans la plupart des cas pour coder l'**oeil affecté**.
- le septième caractère est nécessaire pour les codes des sous-catégories **H40.1-**, **H40.20-**, **H40.22-**, **H40.3-**, **H40.4-**, **H40.5-**, et **H40.6-** pour coder le stade (non spécifié, léger, modéré, sévère, ou indéterminé).

Il est possible qu'un patient ait un **glaucome bilatéral**, avec un **type identique ou différent** pour chaque oeil, et un **stade identique ou différent** pour chaque oeil. Des **directives spécifiques** ont été créées pour traiter le codage de ces situations. Ces directives varient largement selon que la classification distingue ou non la **latéralité**; les sous-catégories **H40.10-** et **H40.20-** ne distinguent pas la latéralité; les autres sous-catégories le font.

18: Le **glaucome** est une maladie de l'oeil caractérisée par une augmentation de la pression intraoculaire qui entraîne des modifications pathologiques du disque optique et des défauts du champ de vision.

Le tableau 17.2 résume ces directives.

Glaucome bilatéral	La classification distingue la latéralité	La classification ne distingue pas la latéralité
Même type - même stade	Codage d'un code bilatéral pour le type de glaucome, avec le septième caractère approprié pour le stade. Exemple : H40.2231, glaucome bilatéral chronique à angle fermé, stade léger	Codage d'un code pour le type de glaucome, avec le septième caractère approprié pour le stade. Exemple : H40.10X1, glaucome bilatéral à angle ouvert, stade léger
Même type - stade différent	Codage de codes distincts pour le type de glaucome pour chaque oeil, avec le septième caractère approprié pour le stade spécifique au lieu d'un code de glaucome bilatéral pour les deux yeux. Exemple : H40.2211 + H40.2222 , glaucome bilatéral chronique à angle fermé, stade léger à l'oeil droit, modéré à l'oeil gauche	Codage de codes distincts pour le type de glaucome pour chaque oeil, avec le septième caractère approprié pour le stade spécifique. Exemple : H40.10X1 + H40.10X2 , glaucome bilatéral angle ouvert, stade léger à l'oeil droit, modéré à l'oeil gauche
Type différent - même stade	Codage de code approprié pour chaque oeil au lieu d'un code de glaucome bilatéral pour les deux yeux. Exemple : H40.2221 + H40.1211 , glaucome chronique à angle fermé, stade léger à l'oeil gauche, glaucome à angle ouvert, pression basse, stade léger à l'oeil droit	Codage de codes distincts pour le type de glaucome pour chaque oeil, avec le septième caractère approprié pour le stade spécifique. Exemple : H40.10X1 + H40.20X1 , glaucome à angle ouvert, stade léger à l'oeil droit, glaucome primaire à angle fermé, stade léger à l'oeil gauche

TABLE 17.2 – Directives pour le codage du glaucome bilatéral

Lorsqu'un patient est admis pour un glaucome et que **le stade du glaucome évolue au cours de l'admission**, seul le code du **stade le plus élevé documenté** est codé.

Un **glaucome dont le stade est non spécifié ou non documenté** (septième caractère 0) **n'est pas identique à un glaucome avec un stade de glaucome documenté comme indéterminé** (septième caractère 4). L'attribution du stade *indéterminé* doit être basée sur la documentation clinique et est réservée aux glaucomes dont le stade ne peut être déterminé cliniquement.

La catégorie **H42, glaucome dans les maladies classées ailleurs**, exige que l'affection sous-jacente soit codée en premier, comme l'amyloïdose (**E85.-**), l'aniridie (**Q13.1**), ou un trouble métabolique spécifié (**E70-E88**).

- Le **glaucome dans le diabète sucré** est codé selon le type de diabète avec un code sous **E08-E13 avec -.39**.

- Le **glaucome dans la syphilis** est codé avec le code **A52.71, oculo-pathie syphilitique tardive**.
- Le **glaucome tuberculeux** est codé avec le code **A18.59, autre tuberculose de l'oeil**.

La **mauvaise circulation de l'humeur aqueuse**¹⁹ était auparavant connue sous le nom de glaucome malin. Aucune véritable néoplasme malin n'est associée à ce type de glaucome. Le code **H40.83-, mauvaise circulation de l'humeur aqueuse**, est utilisé pour coder cette affection.

19: La **mauvaise circulation de l'humeur aqueuse** est caractérisée par une accumulation de liquide à l'arrière de l'oeil, poussant le cristallin et l'iris vers l'avant, bloquant le drainage et augmentant ainsi la pression intraoculaire. Cette affection est extrêmement difficile à traiter et nécessite souvent une intervention chirurgicale.

17.19 Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde

Le chapitre 8 de l'ICD-10-CM, intitulé *maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde (H60-H95)*, comprend :

- les maladies de l'oreille externe (**H60-H62**)
- les maladies de l'oreille moyenne et de la mastoïde (**H65-H75**)
- les maladies de l'oreille interne (**H80- H83**)
- autres troubles de l'oreille (**H90-H94**)
- les complications peropératoires et postprocédurales et les troubles de l'oreille et de l'apophyse mastoïde, non classés ailleurs (**H95**).

17.19.1 Otite

L'ICD-10-CM classe l'**otite**²⁰ selon qu'elle

- affecte l'oreille externe ou l'oreille moyenne
- survient soudainement et pendant une courte période (aiguë) ou de façon répétée sur une longue période (chronique)

L'otite est classé dans les **catégories** suivantes de l'ICD-10-CM :

- **H60**, otite externe
- **H61**, autres troubles de l'oreille externe
- **H62**, maladies de l'oreille externe dans les maladies classées ailleurs
- **H65**, otite moyenne non suppurée
- **H66**, otite moyenne suppurative et non spécifiée
- **H67**, otite moyenne dans les maladies classées ailleurs

Pour les codes de la catégorie **H60, otite externe**, des caractères supplémentaires fournissent une spécificité supplémentaire concernant l'affection, telle qu'**infectieuse et non infectieuse** (chimique, actinique, réactive ou eczématoïde).

La catégorie **H65, otite moyenne non suppurative**, est encore subdivisée pour préciser la nature **aiguë, subaiguë ou chronique**, ou la forme **séreuse, allergique ou mucoïde** de l'otite moyenne.

La catégorie **H66, otite moyenne suppurative et non spécifiée**, est encore subdivisée pour identifier si l'affection est **aiguë ou chronique** et s'il y a **rupture spontanée du tympan**.

20: L'**otite** est un terme général désignant une infection ou une inflammation de l'oreille. Les symptômes peuvent inclure des frissons, un écoulement de l'oreille, un mal d'oreille, un bourdonnement, une perte auditive, un malaise, une irritabilité, des démangeaisons ou une gêne dans l'oreille ou le conduit auditif, des nausées et des vomissements. L'otite peut affecter les parties internes ou externes de l'oreille.

17.19.2 Surdité et perte auditive

La **perte auditive** peut ˆtre **unilatérale ou bilatérale**.

La plupart des pertes auditives sont **classées de l'une des trois façons suivantes** :

- La perte auditive **conductive** (**H90.0-H90.2**, **H90.A11** et **H90.A12**), la perte auditive étant due à un défaut de l'appareil conducteur de l'oreille ( galement appelée surdité de conduction).
- La perte auditive **neurosensorielle** (**H90.3-H90.5**, **H90.A21**, et **H90.A22**), la perte auditive étant due à un défaut du mécanisme sensoriel de l'oreille ou des nerfs.
- La perte auditive **mixte** (conductive et neurosensorielle) (**H90.6-H90.8**, **H90.A31** et **H90.A32**).

D'autres **classifications de la perte auditive** sont associées à la cause sous-jacente, comme les suivantes :

- La **perte auditive ototoxique** (**H91.0-**) causée par l'ingestion de substances toxiques. Lorsque ce type de perte auditive résulte d'un empoisonnement, il faut attribuer en premier lieu un code de **T36-T65** avec le cinquième ou sixième caractère 1-4 ou 6. Un code de **T36-T50** avec le cinquième ou sixième caractère 5 est attribué comme code additionnel lorsque la perte auditive est un effet secondaire.
- **Presbyacousie** (**H91.1-**), ou perte auditive associée à l'âge avec incapacité progressive d'entendre. Elle est considérée comme une perte auditive neurosensorielle.
- La **perte auditive idiopathique soudaine** (**H91.2-**), ou perte auditive soudaine et inexpliquée.

Aperçu

- Les **maladies du système respiratoire** sont classées dans le chapitre 10, *maladies du système respiratoire (J00-J99)*, de l'ICD-10-CM.
- La **pneumonie** est une infection courante qui est codée de plusieurs façons.
 - Elle est codée en **combinaison** avec l'organisme responsable.
 - Il s'agit d'un **double codage**.
- La **grippe** peut être codée seule ou en combinaison avec d'autres codes.
- La **bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)** est toujours causée par une autre affection.
- L'**asthme** est codé avec un quatrième caractère pour indiquer le type et un cinquième caractère pour indiquer l'exacerbation ou l'état de mal asthmatique.
- La **défaillance respiratoire** est toujours due à une affection sous-jacente. Ceci est important pour le codage correct du diagnostic principal et du diagnostic secondaire.
- L'**oedème pulmonaire aigu** est divisé en deux catégories :
 - Les oedèmes pulmonaires aigus **d'origine cardiogénique** sont codés avec des codes qui sont liés à la défaillance cardiaque.
 - Les oedèmes pulmonaires aigus **d'origine non cardiogénique** sont codés avec une variété de codes, comme pour la noyade.
- Les **procédures** impliquant le système respiratoire sont nombreuses. Certaines de ces procédures comprennent les biopsies des bronches et des poumons, l'ablation, la ventilation mécanique et l'assistance respiratoire non considérée comme mécanique.

18.1 Introduction	241
18.2 Pneumonie	241
pneumonie à pneumocystis	242
Pneumonie lobaire	242
Pneumopathies interstitielles	242
Légionellose	243
Pneumonie à Gram négatif	243
Aspergillose	244
Pneumonie par aspiration	244
Pneumonie associée à un respirateur	244
18.3 Grippe	245
18.4 COVID-19	246
18.5 Troubles associés au vapotage	246
18.6 Laryngite et trachéite	247
18.7 Bronchopneumopathie chronique obstructive	248
Asthme	249
Bronchospasme	250
18.8 Atélectasie	250
18.9 Épanchement pleural	250
18.10 Insuffisance respiratoire	251
18.11 Syndrome de détresse respiratoire aiguë	254
18.12 Oedème pulmonaire aigu	254
Cardiogénique	254
Non cardiogénique	255
18.13 Procédures chirurgicales	256
18.14 Biopsies de plèvre, de broche et de poumon	256
18.15 Ablation de poumon et pleurodèse	258
18.16 Ventilation mécanique	259
Durée de la ventilation mécanique	260
Complications d'une trachéostomie	262

Objectifs

Les objectifs de ce chapitre sont :

- Le codage de la variété des types de pneumonie.
- Détermination du codage correct de la BPCO sur la base du diagnostic documenté.
- Codage de l'insuffisance respiratoire comme diagnostic principal ou secondaire.
- Le codage des oedèmes pulmonaires aigus cardiogéniques et non cardiogéniques.
- Le codage des procédures couramment utilisées pour traiter les maladies du système respiratoire.

18.1 Introduction

À l'exception des maladies néoplasiques et de certaines maladies infectieuses majeures, les **maladies respiratoires** sont classées dans les catégories **J00-J99** du chapitre 10 de l'ICD-10-CM.

Les **bactéries Streptococcus et Neisseria** constituent une flore normale pour le système respiratoire ; par conséquent, leur présence n'indique pas nécessairement une infection.

Une **infection respiratoire** ne peut pas être présumée à partir d'un résultat de laboratoire. La confirmation du prestataire de soins et la documentation sont nécessaires.

Les **organismes infectieux** ne sont pas toujours identifiés par un examen de laboratoire, en particulier lorsqu'une antibiothérapie a été instaurée ; un code d'infection peut être attribué sans résultat de laboratoire lorsqu'il est étayé par la documentation clinique du prestataire de soins.

18.2 Pneumonie

La **pneumonie** est une infection respiratoire courante qui est codée de plusieurs façons dans l'ICD-10-CM.

Les **codes combinés** qui tiennent compte à la fois de la **pneumonie** et de l'**organisme** responsable sont inclus dans les chapitres 1 et 10 de l'ICD-10-CM.

Exemples

- **J15.0**, pneumonie due à Klebsiella
- **J15.211**, pneumonie due à Staphylococcus aureus
- **A02.22**, pneumonie due à Salmonella
- **B05.2**, pneumonie post-rougeoleuse
- **J11.08 + J12.9**, pneumonie virale avec grippe

D'autres pneumonies sont codées comme des **manifestations** d'infections sous-jacentes classées au chapitre 1, et le **double codage** est nécessaire dans ce cas.

Exemples de doubles codage

- **I00 + J17**, pneumonie en cas de rhumatisme articulaire aigu.
- **B65.9 + J17**, pneumonie due à la schistosomiase

Lorsque la documentation diagnostique ne mentionne que *pneumonie* sans autre précision :

- et que les **rapports de laboratoire indiquent l'organisme responsable**, il faut consulter le prestataire de soins pour confirmer et documenter un diagnostic plus spécifique.
- et que **l'organisme n'est pas identifié**, le code **J18.9, pneumonie, organisme non spécifié**, est attribué.

18.2.1 pneumonie à pneumocystis

La **pneumonie à pneumocystis** est codée avec le code **B59, pneumocystose**.

Lorsque cette affection est **associée au SIDA**, le code **B20** est séquencé en premier suivi par un code additionnel de **B59**.

Cependant, ce type de pneumonie n'est pas limité aux patients atteints du SIDA. Il peut se développer chez des patients dont **l'état d'immunodépression est dû à d'autres causes**, comme le cancer, la malnutrition sévère ou la faiblesse. Elle peut également survenir chez les patients traités avec certains types de médicaments immunosuppresseurs après avoir subi une transplantation d'organe ou un traitement contre le cancer.

La **pneumonie à pneumocystis (PCP)** est une infection grave causée par le champignon *Pneumocystis jirovecii* (autrefois appelé *Pneumocystis carinii*). Elle est fréquemment observée chez les patients dont le système immunitaire est affaibli, comme les personnes atteintes du VIH ou du SIDA. Avant la disponibilité de la thérapie antirétrovirale, cette affection était une cause majeure de décès chez les patients atteints du SIDA.

18.2.2 Pneumonie lobaire

La **pneumonie lobaire** implique généralement la consolidation d'un ou de plusieurs lobes du poumon, ce qui signifie qu'il y a consolidation d'un lobe entier plutôt que la présence d'infiltrats dans un lobe.

La pneumonie lobaire doit être **codée en fonction de l'organisme responsable**, s'il est connu et documenté.

- Lorsque **l'organisme responsable n'est pas documenté**, il faut attribuer le code **J18.1, pneumonie lobaire, organisme non spécifié**.
- Lorsque **l'organisme responsable est documenté**, un **code combiné** est attribué pour indiquer la pneumonie spécifique avec l'organisme responsable.

Exemples

- **J13**, pneumonie lobaire gauche à pneumocoque.
- **J15.211**, pneumonie multilobaire à *Staphylococcus aureus*

Les divers types de pneumonie lobaire présentent généralement des profils différents à l'imagerie médicale. La pneumonie lobaire doit être **codée sur la base d'une documentation** spécifique du prestataire de soins et non sur la base d'un résultat d'un examen d'imagerie médicale indiquant une pneumonie dans un lobe spécifique, une partie d'un lobe ou plusieurs lobes.

18.2.3 Pneumopathies interstitielles

Les sous-catégories **J84.1-J84.9** fournissent des codes pour plusieurs **types spécifiques de pneumopathies interstitielles**¹ :

- **J84.112**, fibrose pulmonaire idiopathique
- **J84.113**, pneumopathie interstitielle non spécifique idiopathique
- **J84.114**, pneumopathie interstitielle aiguë

1: Les **pneumopathies interstitielles** constituent un groupe de maladies cicatricielles du poumon d'étiologie inconnue dont la présentation, la physiopathologie et l'évolution clinique sont distinctes.

- **J84.115**, pneumopathie interstitielle à bronchiolite respiratoire
- **J84.116**, pneumonie organisée cryptogénique
- **J84.2**, pneumonie interstitielle lymphoïde
- **J84.89**, bronchiolite oblitérante pneumonie organisée

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 histologie pulmonaire anormale.

Exemples

- **J84.841**, hyperplasie des cellules neuroendocrines de l'enfance
- **J84.842**, glycogénose interstitielle pulmonaire
- **J84.843**, dysplasie des capillaires alvéolaires avec défaut d'alignement des veines
- **J84.848**, autres maladies pulmonaires interstitielles de l'enfant

Lorsqu'elle n'est **pas plus spécifiquement documentée**, la pneumonie interstitielle est codée avec le code **J84.9, maladie pulmonaire interstitielle, non spécifiée**.

La **pneumonie interstitielle lymphoïde (J84.2)** est une affection rare avec une infiltration lymphocytaire de l'interstitium alvéolaire et les espaces aériens alvéolaires. C'est la cause la plus fréquente de maladie pulmonaire après l'infection à pneumocystis chez les enfants séropositifs. Elle survient le plus souvent chez les enfants infectés par le VIH et chez les personnes de tout âge souffrant d'un trouble auto-immun.

18.2.4 Légionellose

La **légionellose (A48.1)** est un type de pneumonie qui est presque toujours causée par l'inhalation d'aérosols provenant d'une source d'eau contaminée par la bactérie *Legionella*. Cette maladie se manifeste généralement par des cas uniques et isolés, non associés à une épidémie reconnue. Le taux de mortalité de la légionellose a varié de 5 % à 30 % au cours de diverses épidémies.

18.2.5 Pneumonie à Gram négatif

La **pneumonie à Gram négatif non classée ailleurs** est codée :

- **J15.6, pneumonie due à d'autres bactéries aérobies à Gram négatif**
- **J15.8, pneumonie due à d'autres bactéries spécifiées**, lorsqu'elle est documentée comme anaérobie.
- **avec un code plus spécifique** fourni par l'index alphabétique, lorsque l'organisme a été identifié et documenté.

La **pneumonie à Gram positif², non spécifiée autrement**, est codée avec le code **J15.9, pneumonie bactérienne non spécifiée**.

2: La **pneumonie à Gram positif** est beaucoup plus facile à traiter, et nécessite la dépense de moins de ressources, que la pneumonie à Gram négatif. Les **organismes à Gram négatif** développent un type particulier de coloration lors des tests et sont considérés comme faisant partie d'un groupe d'organismes qui nécessitent une prise en charge attentive. Les **pneumonies à Gram négatif** touchent le plus souvent les personnes hospitalisées, les nourrissons, les personnes âgées, les alcooliques et les patients atteints de maladies chroniques, notamment de troubles du système immunitaire. Ces bactéries infectent rarement les poumons des adultes en bonne santé. Les symptômes de la pneumonie à Gram négatif sont similaires à ceux de la pneumonie à Gram positif. Cependant, les patients atteints de pneumonie à Gram négatif ont tendance à être plus malades, et leur état se détériore rapidement car la bactérie peut détruire rapidement les tissus pulmonaires. Environ 25 à 50 pourcent des patients atteints de pneumonie à Gram négatif meurent, malgré le traitement.

Notez que...

Le diagnostic d'une pneumonie à Gram négatif ou d'une autre pneumonie bactérienne ne peut être posé sur la seule base des résultats de laboratoire ou des résultats cliniques ; seul le prestataire de soins peut déterminer et documenter le diagnostic. Ces résultats peuvent toutefois aider le prestataire de soins à documenter le diagnostic ou servir de base à une demande de renseignements au prestataire de soins.

18.2.6 Aspergillose

La **pneumonie due à une aspergillose infectieuse** est codée avec le code **B44.9, aspergillose, non spécifiée**.

Le code **B44.81, aspergillose bronchopulmonaire allergique**, est attribué à l'**aspergillose bronchopulmonaire ou pulmonaire allergique**. Cette pneumonie éosinophilique est causée par une réaction allergique au champignon de l'aspergillose, que l'on trouve couramment sur les feuilles mortes, les excréments d'oiseaux, les tas de compost ou d'autres végétaux en décomposition.

18.2.7 Pneumonie par aspiration

Le codage de la **pneumonie par aspiration** se présente comme suit :

- La pneumonie due à l'**inhalation d'aliments ou de vomissements** est codée avec le code **J69.0**.
- La pneumonie due à l'**inhalation d'huiles et d'essences** est codée avec le code **J69.1**.
- La pneumonie due à l'**inhalation d'autres solides ou liquides** est codée avec le code **J69.8**.

La **pneumonie par aspiration** est une forme grave de pneumonie résultant de l'inhalation d'aliments, de liquides, d'huiles, de vomissements ou de micro-organismes provenant des voies respiratoires supérieures ou de la région oropharyngée.

La pneumonie due à l'**aspiration de micro-organismes** est codée en tant que pneumonie bactérienne ou virale en utilisant les codes de la catégorie **J15** ou **J12**.

Les patients transférés d'une maison de repos vers un hôpital de soins aigus en raison d'une pneumonie présentent souvent une pneumonie par aspiration due à des organismes aspirés, généralement des bactéries gram-négatives.

18.2.8 Pneumonie associée à un respirateur

La **pneumonie associée à l'utilisation d'un respirateur** est codée comme suit :

- La **pneumonie associée à l'utilisation d'un respirateur** est codé avec le code **J95.851, pneumonie associée à un respirateur**.
- Si l'**organisme responsable** est connu, un code pour l'identifier (**B95.-, B96.-, B97.-**) doit également être attribué.
- Un code additionnel des catégories **J12-J18** pour identifier le type de pneumonie, ne peut pas être attribué.

Exemple

Le codage d'une pneumonie associée au respirateur (PAR) due à *Staphylococcus aureus* :

- Les codes **J95.851, pneumonie associée à un respirateur et B95.61, infection à staphylocoque doré sensible à la méthicilline, cause de maladies classées ailleurs**, sont attribués.
- Le code **J95.851** ne peut être attribué que lorsque le prestataire de soins a **documenté** la PAR. En d'autres termes, **J95.851** ne peut pas être codé sur la seule base que le patient a une pneumonie et est sous ventilation mécanique. On ne peut coder **J95.851** que si le prestataire de soins a spécifiquement documenté que cette pneumonie est une PAR.

Comme pour toutes les complications procédurales ou post-procédurales, l'attribution du code est basée sur la **documentation par le prestataire de soins** de la relation entre l'affection et la procédure. Le prestataire de soins doit être consulté lorsque la documentation n'est pas claire.

Il est cliniquement possible pour un patient d'être **admis avec une forme de pneumonie et de développer une PAR au cours de l'admission**. Le diagnostic principal est la forme de pneumonie diagnostiqué au moment de l'admission (**J12-J18**), et le code **J95.851** est un diagnostic secondaire.

18.3 Grippe

Le codage de la **grippe** dans l'ICD-10-CM se fait de la manière suivante :

- La catégorie **J09, grippe due à certains virus grippaux identifiés** est utilisée pour coder la **grippe due à certains virus grippaux identifiés**.
- La sous-catégorie **J09.X**, est utilisée pour coder une **souche spécifique de grippe** (telle que la grippe A *novel*) qui comprend la grippe aviaire (oiseaux), la grippe A/H5N1, la grippe d'une autre origine animale (non aviaire, non porcine) et la grippe porcine.
- La catégorie **J10, grippe due à un autre virus grippal identifié**, est utilisée pour coder la **grippe saisonnière ordinaire A (non-novel), la grippe B et la grippe C**.
- La catégorie **J11** est utilisée pour la **grippe due à un virus grippal non identifié**.
- La **grippe associée à toute forme de pneumonie ou de broncho-pneumonie** est attribuée au codes pour la grippe avec pneumonie (**J09.X1, J10.00-J10.08, et J11.00-J11.08**). Pour les codes **J09.X1, J10.08, et J11.08**, il faut également coder l'autre type de pneumonie spécifié.
- La **grippe avec d'autres types de manifestations respiratoires** telles que l'infection des voies respiratoires supérieures, la laryngite, la pharyngite et l'épanchement pleural est attribuée aux codes **J09.X2, J10.1 et J11.1**.
- La grippe peut également **affecter autres systèmes de l'organisme** que le système respiratoire, comme le tractus gastro-intestinal (**J09.X3, J10.2 et J11.2**), et causer d'**autres manifestations** comme

l'encéphalopathie, la myocardite et l'otite moyenne (J09.X9, J10.81-J10.89 et J11.81-J11.89).

De la même manière que pour le codage de l'infection par le VIH, les codes des catégories J09 et J10 ne doivent être attribués **que pour les cas confirmés** de grippe aviaire ou d'une autre nouvelle grippe A, ou pour un autre virus grippal identifié. **Dans ce contexte, la confirmation n'exige pas la documentation d'un test de laboratoire positif; cependant, elle exige la documentation par le prestataire de soins de la grippe aviaire ou d'une autre nouvelle grippe A.**

Exception

Un code des catégories J09 ou J10 n'est pas attribué lorsque la documentation diagnostique indique que l'infection est *suspectée, possible, probable ou ?*. Cette directive est une **exception à la directive générale** qui impose d'attribuer un code pour un diagnostic qualifié de *suspectée* ou *possible* comme s'il était établi. Il convient plutôt d'attribuer un code de la catégorie J11, **grippe due à un virus grippal non identifié**.

18.4 COVID-19

Le 30 janvier 2020, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a déclaré la maladie *2019 novel coronavirus* (2019-nCoV) (COVID-19) comme une urgence de santé publique de portée internationale.

Voir le chapitre 13 de ce manuel pour une discussion sur le codage du COVID-19.

18.5 Troubles associés au vapotage

Le code U07.0, **trouble associé au vapotage**, a été introduit en réponse à l'apparition de **maladies respiratoires associées à l'utilisation de systèmes électroniques d'administration de nicotine**.

Le code U07.0 est attribué pour les lésions associées au *vaping* ou au *dabbing*.

Pour les patients présentant une ou plusieurs **affections associées au vapotage**, il faut attribuer le code U07.0, **trouble associé au vapotage**, comme diagnostic principal.

Pour les **lésions pulmonaires dues au vapotage**, il faut attribuer uniquement le code U07.0. Des codes additionnels doivent être attribués pour les **autres manifestations**, telles que l'insuffisance respiratoire aiguë (sous-catégorie J96.0-) ou la pneumopathie (code J68.0).

Les **signes et symptômes respiratoires** associés au vapotage, tels que la toux, l'essoufflement, etc. ne sont pas codés séparément, quand un diagnostic définitif a été établi. Cependant, tout symptôme gastro-intestinal, tel que la diarrhée et les douleurs abdominales doivent être codés séparément.

Les **dispositifs de cigarettes électroniques** ressemblent aux cigarettes traditionnelles et produisent un aérosol inhalable qui peut contenir de la nicotine, des huiles de tétrahydrocannabinol (TCH) et de cannabinoïdes (CBD), des arômes et d'autres produits chimiques.

Pour les patients dont l'usage, l'abus ou la dépendance à une substance est documentée, des codes additionnels identifiant la ou les substances consommées doivent être attribués.

18.6 Laryngite et trachéite

La catégorie **J04, laryngite et trachéite aiguës**, comporte des sous-catégories distinctes pour la **laryngite**, la **trachéite** et la **laryngotrachéite**.

La distinction entre la laryngite et la laryngotrachéite aiguës, avec ou sans obstruction, se fait au niveau du code.

Comme dans la **supraglottite**³ l'infection couvre toutes les structures supraglottiques, la documentation du terme *supraglottite* n'est pas assez spécifique, par conséquent le diagnostic de supraglottite peut représenter n'importe lequel des codes de la catégorie **J04**.

Les codes pour les affections affectant les structures supraglottiques sont les suivants :

- **J04.0**, laryngite aiguë
- **J04.1**, trachéite aiguë
- **J04.10**, trachéite aiguë sans obstruction
- **J04.11**, trachéite aiguë avec obstruction
- **J04.2**, laryngotrachéite aiguë
- **J04.3**, supraglottite, non spécifiée
- **J04.30**, supraglottite, non spécifiée, sans obstruction
- **J04.31**, supraglottite, non spécifiée, avec obstruction

Un code de la sous-catégorie **J04.3** est attribué lorsque le terme *supraglottite* est documenté et qu'un site spécifique d'infection n'est pas identifié. Un cinquième caractère est utilisé pour indiquer la présence ou l'absence d'obstruction.

La **laryngite aiguë obstructive, ou croup (J05.0)**, survient chez les jeunes enfants, généralement entre six mois et trois ans. Les manifestations sont une toux aiguë et une difficulté à respirer, dues à un spasme ou à un gonflement du larynx. Elle peut être causée par une infection aiguë (notamment par le virus de la grippe ou la bactérie de la diphtérie), une allergie, un néoplasme du larynx ou une obstruction par un objet avalé.

L'**épiglottite aiguë**⁴ est codée avec un code de la sous-catégorie **J05.1**, complété par un cinquième caractère pour indiquer la présence ou l'absence d'obstruction.

Les deux catégories **J04** et **J05** utilisent un **code additionnel (B95-B97)** pour identifier spécifiquement l'**agent infectieux**.

En outre, pour les deux catégories **J04** et **J05**, si la **grippe** est également présente, il faut également attribuer un code pour la grippe avec d'autres affections respiratoires (c'est-à-dire **J09.X2**, **J10.1** ou **J11.1**).

3: La **supraglottite** est une infection des structures supraglottiques qui touche la région des amygdales linguales, des replis aryépiglottiques, des fausses cordes vocales et de l'épiglotte. Il s'agit d'une infection mortelle aiguë des voies respiratoires supérieures, qui semble survenir principalement chez les enfants mais qui peut être rapidement fatale pour les individus de tous les groupes d'âge. Cette affection fatale semble résulter d'une épiglotte œdémateuse qui obstrue les voies respiratoires.

4: L'**épiglottite aiguë** est une infection bactérienne des voies respiratoires supérieures, sévère et à évolution rapide. Les symptômes comprennent un mal de gorge, un stridor croupissant et une inflammation de l'épiglotte, qui peut entraîner une obstruction respiratoire soudaine, voire la mort. L'infection est généralement causée par *Haemophilus influenzae*, type B, bien que des streptocoques puissent parfois en être les agents responsables.

18.7 Bronchopneumopathie chronique obstructive

L'ICD-10-CM classe la **bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)**⁵ dans la catégorie **J44, autres maladies pulmonaires obstructives chroniques**, comprenant les affections suivantes :

- Asthme avec maladie pulmonaire obstructive chronique.
- Bronchite chronique asthmatique (obstructive)
- Bronchite chronique avec obstruction des voies respiratoires
- Bronchite chronique avec emphysème
- Bronchite chronique emphysémateuse
- Asthme chronique obstructif
- Bronchite chronique obstructive
- Trachéobronchite chronique obstructive

La catégorie **J44** est encore subdivisée pour préciser :

- s'il s'agit d'une **infection aiguë des voies respiratoires inférieures (J44.0)**
- s'il s'agit d'une **exacerbation**⁶ de l'affection (**J44.1**).
- les cas **non compliqués (J44.9)**

Le cas échéant, un code de la catégorie **J45** est attribué pour préciser le **type d'asthme**.

Le code **J44.0, maladie pulmonaire obstructive chronique avec infection (aiguë) des voies respiratoires inférieures** :

- doit être suivi par un **code additionnel** pour identifier l'**infection**.
- est attribué pour une BPCO avec **bronchite ou pneumonie aiguës**, mais pas pour une BPCO avec grippe, car la grippe implique à la fois des infections des voies respiratoires supérieures et inférieures. Par exemple, une BPCO avec bronchite aiguë doit être codée en **J44.0**, plutôt qu'en **J44.1**.

Exemples

Des exemples de **termes documentés** classés à **J44.1, bronchopneumopathie chronique obstructive avec exacerbation (aiguë)**, sont *exacerbation, en exacerbation, décompensé, exacerbation aiguë, exacerbé ou non compensé*. Lorsque le diagnostic n'est documenté que comme étant une BPCO, il faut examiner le dossier patient pour déterminer si un diagnostic plus définitif est documenté.

Le code **J44.9, bronchopneumopathie chronique obstructive, non spécifiée**, est attribué uniquement lorsqu'un code plus spécifique ne peut être attribué.

En plus des codes de la catégorie J44, des codes additionnels peuvent également être attribués pour identifier :

- l'exposition à la fumée de tabac ambiante (**Z77.22**)
- les antécédents de dépendance au tabac (**Z87.891**)
- l'exposition professionnelle à la fumée de tabac ambiante (**Z57.31**)
- la dépendance au tabac (**F17.-**)
- le tabagisme (**Z72.0**).

5: La **bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)** est un terme général utilisé pour décrire une variété d'affections qui entraînent une obstruction des voies respiratoires.

6: Une **exacerbation aiguë** est une aggravation ou une décompensation d'une maladie chronique. Une exacerbation aiguë n'est pas équivalente à une infection superposée à une affection chronique, bien qu'une exacerbation puisse être déclenchée par une infection.

L'**emphysème sans bronchite chronique** est codé avec des codes de la catégorie **J43.-**, et que la **bronchite chronique non spécifiée autrement** est codé avec des codes de la catégorie **J42**.

18.7.1 Asthme

L'**asthme**⁷ est codé avec des codes de la catégorie **J45** :

- avec un **quatrième caractère** indiquant la **sévérité** (légère intermittente, légère persistante, modérée persistante, sévère persistante, autre et non spécifiée)
- avec un dernier caractère indiquant si l'affection est **non compliquée** ou si l'**état de mal asthmatique** ou l'**exacerbation** est présent.

Un **diagnostic de respiration sifflante seule** n'est pas codé comme asthme ; le code **R06.2** est attribué dans ce cas.

Le codage de l'**état de mal asthmatique**⁸ se fait comme suit :

- Le **caractère final 2** est attribué pour les deux types d'état de mal asthmatique. L'utilisation de ce caractère final indique généralement une **urgence médicale** pour le traitement d'un asthme aigu et sévère.
- Les termes utilisés pour documenter l'état de mal asthmatique sont les suivants :
 - Crise d'asthme réfractaire ou difficile à traiter
 - Asthme réfractaire
 - Respiration sifflante grave et difficile à traiter ou réfractaire
 - Obstruction des voies respiratoires non soulagée par les bronchodilatateurs
 - crise d'asthme grave et prolongée.
- Il ne faut jamais supposer que l'état de mal asthmatique est présent sans une **documentation spécifique du prestataire de soins**. Cependant, un asthme documenté comme *aigu, caractérisé par une respiration sifflante prolongée ou sévère*, ou un *asthme traité par l'administration de corticostéroïdes surrénaliens*, peut indiquer qu'un état de mal asthmatique est présent et que le prestataire de soins doit être consulté pour confirmer et documenter cet état.

Les **exacerbations de l'asthme** sont des épisodes aigus ou subaigus d'essoufflement, de toux, de respiration sifflante et d'oppression thoracique qui s'aggravent progressivement - ou une combinaison de ces symptômes. Le caractère final 1 est utilisé pour l'asthme documenté *exacerbé* ou *en exacerbation aiguë*. Un code d'asthme avec un caractère final 1, avec exacerbation aiguë, ne peut pas être codé ensemble avec un code d'asthme avec un caractère final 2, avec état de mal asthmatique.

Directives en rapport avec la documentation :

- Lorsqu'il y a documentation à la fois d'une exacerbation aiguë et d'un état de mal asthmatique, seul le code avec le caractère final 2 peut être attribué.
- L'asthme documenté comme obstructif ou diagnostiqué en conjonction avec une BPCO est classé dans la catégorie **J44**, autre maladie pulmonaire obstructive chronique.

7: L'**asthme** est une hypersensibilité bronchique caractérisée par un œdème des muqueuses, une constriction de la musculature bronchique et un œdème visqueux excessif. Les manifestations de l'asthme sont une respiration sifflante ou *wheezing*, une dyspnée disproportionnée à l'effort et une toux.

8: L'**état de mal asthmatique** est défini de manières différentes, mais, en général, il s'agit d'un patient qui continue à avoir une respiration extrêmement sifflante malgré le traitement conventionnel ou qui a souffert d'une crise d'asthme aiguë dans laquelle le degré d'obstruction n'est pas soulagé par les mesures thérapeutiques habituelles. L'**état de mal asthmatique précoce** représente les patients réfractaires au traitement ou qui ne répondent pas aux thérapies habituelles ; l'**état de mal asthmatique avancé** représente les patients qui présentent un développement complet d'une crise d'asthme pouvant entraîner une insuffisance respiratoire, avec des signes et des symptômes d'hypercapnie (excès de dioxyde de carbone dans le sang).

- Le **type d'asthme (J45.-)** peut être codé **uniquement lorsque le type spécifique d'asthme est documenté par le prestataire de soins.**
- Si la **documentation ne précise pas le type d'asthme**, le code **J45.909, asthme non spécifié, non compliqué**, ne peut pas être attribué. *Non spécifié* n'est pas un type d'asthme.

Un diagnostic de **bronchite asthmatique sans autre précision** est codé avec le code **J45.9-**.

Un diagnostic de **bronchite asthmatique exacerbée ou de bronchite asthmatique chronique acutisée**, est codé avec le code **J44.1**.

Un diagnostic de **bronchite asthmatique avec BPCO ou de bronchite asthmatique chronique** est codé avec le **J44.9**.

Exemples

- **J45.902**, bronchite asthmatique avec état de mal asthmatique.
- **J45.909**, asthme de l'enfant
- **J44.9 + J45.40**, asthme persistant modéré avec BPCO
- **J44.1 + J45.901**, bronchite asthmatique chronique avec exacerbation aiguë
- **J45.909 + F54**, asthme psychogène

18.7.2 Bronchospasme

Le **bronchospasme** fait partie intégrante de l'asthme ou de tout autre type d'obstruction chronique des voies respiratoires; par conséquent, aucun code additionnel n'est attribué pour indiquer sa présence lorsqu'un asthme ou un autre type d'obstruction chronique des voies respiratoires est diagnostiqué.

Le code **J98.01, bronchospasme aigu**, est attribué uniquement lorsque la cause sous-jacente n'a pas été identifiée.

18.8 Atélectasie

Le code **J98.11, atélectasie**⁹, ne doit **pas** être attribué sur la base d'un simple résultat radiographique; il ne doit être codé que lorsque le prestataire de soins le documente comme un état clinique répondant aux critères d'un diagnostic à coder.

18.9 Épanchement pleural

Le codage de l'**épanchement pleural**¹⁰ se fait comme suit :

- L'épanchement pleural fait presque toujours **partie intégrante de la maladie sous-jacente** et n'est généralement traité que par le traitement de cette affection.
 - Dans ces cas, il ne doit pas être codé.

9: L'**atélectasie** est une observation très fréquente sur les radiographies du thorax et autres examens radiologiques. Il s'agit d'un état où les alvéoles sont dégonflées. Elle peut être causée par une expiration normale ou par plusieurs affections médicales. L'atélectasie réduit la fonction ventilatoire. Le collapsus pulmonaire peut être un problème grave, mais une légère atélectasie a généralement peu d'effet sur l'état du patient ou sur le traitement dispensé. De légers brins d'atélectasie sont souvent notés sur les rapports radiographiques, mais cette constatation a généralement peu d'importance clinique et n'est généralement pas évaluée ou traitée plus avant.

10: L'**épanchement pleural** est une accumulation anormale de liquide dans les espaces pleuraux. Il se produit en association avec une maladie pulmonaire et certaines affections cardiaques, comme l'insuffisance cardiaque congestive, ou certaines maladies touchant d'autres organes.

- Cependant, il arrive que l'épanchement soit **traité séparément et fait l'objet des examens diagnostiques supplémentaires** telles qu'une radiographie en décubitus ou une thoracentèse diagnostique. L'épanchement peut être traité par thoracentèse thérapeutique (drainage par sonde thoracique).
 - Dans ces cas, il est approprié de **coder l'épanchement pleural**, comme un **diagnostic secondaire** lorsque l'affection nécessite une intervention thérapeutique ou un test diagnostique.
 - Un code pour l'affection sous-jacente est attribué, suivi du code **J91.8, épanchement pleural dans les affections classées ailleurs**.
- Un épanchement pleural noté uniquement sur un rapport radiographique n'est pas codé.
- L'épanchement pleural **dû à la tuberculose** est codé avec le code **A15.6, pleurésie tuberculeuse**, sauf s'il est dû à une tuberculose primaire progressive (**A15.7**).
- L'épanchement pleural **dû au lupus érythémateux disséminé** est codé avec le code **M32.13, atteinte pulmonaire dans le lupus érythémateux disséminé**.
- L'épanchement pleural **d'origine grippale** est codé comme une grippe avec manifestations respiratoires (**J09.X2, J10.1, ou J11.1**), ensemble avec le code **J91.8, épanchement pleural dans d'autres affections classées ailleurs**.
- L'**épanchement pleural malin**¹¹ est codé avec le code **J91.0**, le néoplasme sous-jacent étant attribué comme diagnostic principal.

11: Un **épanchement pleural malin** peut se produire en raison d'un drainage lymphatique pleural déficient dû à un néoplasme du médiastin (en particulier dans les lymphomes) et non en raison d'une invasion tumorale directe dans la plèvre.

18.10 Insuffisance respiratoire

L'**insuffisance respiratoire**¹² est classée comme suit :

- aiguë (**J96.0-**)
- chronique (**J96.1-**)
- aiguë et chronique combinées (**J96.2-**)
- non spécifiée (**J96.9-**)

Un **cinquième caractère** est utilisé pour préciser s'il y a **hypoxie ou hypercapnie**.

Un **diagnostic d'insuffisance respiratoire** est toujours codé sur base d'un **diagnostic documenté** par le prestataire de soins. Un examen attentif du dossier patient est nécessaire pour le codage et le séquençage des codes. Les circonstances de l'admission sont important pour déterminer le diagnostic principal.

Le code **J96.00, insuffisance respiratoire aiguë, non spécifiée, avec ou sans hypoxie ou hypercapnie**, ou le code **J96.20, insuffisance respiratoire aiguë et chronique, non spécifiée, avec ou sans hypoxie ou hypercapnie**, peut être attribué comme **diagnostic principal** lorsque l'insuffisance respiratoire est l'affection établie et documentée après étude comme étant principalement responsable de l'admission à l'hôpital, et que le choix est appuyé par l'index alphabétique et la liste systématique.

L'**insuffisance respiratoire** peut être codé en **diagnostic secondaire** si elle se développe après l'admission. Lorsque l'insuffisance respiratoire

12: L'**insuffisance respiratoire** est une maladie potentiellement mortelle qui est toujours due à une affection sous-jacente. Elle peut être le stade final d'un processus pathologique ou une combinaison de différents processus. L'insuffisance respiratoire peut résulter de maladies aiguës ou chroniques qui provoquent une obstruction des voies respiratoires, une infiltration parenchymateuse ou un œdème pulmonaire. Elle peut résulter 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 la paroi thoracique. Le diagnostic repose en grande partie sur les résultats de l'analyse des gaz du sang artériel, qui varient d'un individu à l'autre, en fonction de plusieurs facteurs.

fait suite à une intervention chirurgicale, le code **J95.821, insuffisance respiratoire aiguë post-procédurale**, ou le code **J95.822, insuffisance respiratoire aiguë et chronique post-procédurale**, est attribué.

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 dépendra de la situation individuelle du patient et de la raison de l'admission du patient à l'hôpital. Cette directive s'applique indépendamment du fait que l'autre affection aiguë soit une affection respiratoire ou non respiratoire. Il faut demander des renseignements au prestataire de soins si la documentation n'indique pas clairement laquelle des deux affections est à l'origine de l'admission.

La directive concernant **deux ou plusieurs diagnostics répondant également à la définition de diagnostic principal** (section II, C des *ICD-10-CM Official Guidelines for Coding and Reporting*) peut être appliquée dans les situations où l'insuffisance respiratoire et l'autre affection aiguë sont responsables à part égale de l'admission à l'hôpital.

Exemples

Un patient atteint de myasthénie chronique connaît une exacerbation aiguë et développe une insuffisance respiratoire aiguë. Le patient est admis en raison de l'insuffisance respiratoire.

- **J96.00**, insuffisance respiratoire aiguë, non spécifiée, avec hypoxie ou hypercapnie.
- **G70.01**, myasthénie grave avec exacerbation (aiguë).

Un patient atteint d'emphysème développe une insuffisance respiratoire aiguë. Le patient est admis via le service des urgences pour le traitement de l'insuffisance respiratoire.

- **J96.00**, insuffisance respiratoire aiguë, non spécifiée, avec hypoxie ou hypercapnie.
- **J43.9**, emphysème, non spécifié.

Un patient a été admis à l'hôpital pour insuffisance respiratoire aiguë et hypoxie. Le patient a été intubé, et le prestataire de soins documente que le patient est admis à l'hôpital pour le traitement de l'insuffisance respiratoire aiguë avec hypoxie. Le patient souffre également d'une insuffisance cardiaque congestive.

- **J96.01**, insuffisance respiratoire aiguë avec hypoxie
- **I50.9**, insuffisance cardiaque, non spécifiée

Certaines directives de codage spécifiques à des chapitres de l'ICD-10-CM (par exemple, obstétrique, empoisonnement, VIH, nouveau-né) fournissent des directives pour le séquençage des codes. Lors du codage d'une insuffisance respiratoire associée à une affection de l'un de ces chapitres, ces directives ont la priorité sur le code **J96.0-** ou **J96.2-**.

Exemple

Une patiente est admise à l'hôpital en post-partum à la suite du développement d'une embolie pulmonaire entraînant une insuffisance respiratoire aiguë.

- **O88.23**, thromboembolie au cours de la puerpéralité.
- **J96.00**, insuffisance respiratoire aiguë, non spécifiée, avec hypoxie ou hypercapnie.

Dans cet exemple, le code obstétrique est séquencé en premier parce qu'une directive spécifique au chapitre (Section I, C, 15, a, 1 des *ICD-10-CM Official Guidelines for Coding and Reporting*) fournit des directives de séquençage spécifiant que les codes du chapitre 15, *grossesse, accouchement et puerpéralité (O00-O9A)* ont la priorité sur les codes des autres chapitres.

Exemple

Un patient avec une overdose accidentelle de cocaïne est admis à l'hôpital pour une insuffisance respiratoire aiguë.

- **T40.5X1A**, empoisonnement par la cocaïne, accidentel, contact initial.
- **J96.00**, insuffisance respiratoire aiguë, non spécifiée, avec hypoxie ou hypercapnie.
- **F14.10**, abus de cocaïne, sans complication

Dans cet exemple, l'empoisonnement est codé en diagnostic principal parce qu'une directive spécifique au chapitre (Section I, C, 19, e, 5, b des *ICD-10-CM Official Guidelines for Coding and Reporting*) fournit des directives spécifiant que le code d'empoisonnement est séquencé en premier, suivi d'un code pour la manifestation. L'insuffisance respiratoire aiguë est une manifestation de l'empoisonnement.

Exemple

Un patient est admis pour insuffisance respiratoire aiguë due à *Pneumocystis carinii* en raison du SIDA.

- **B20**, maladie du virus de l'immunodéficience humaine [VIH].
- **J96.00**, insuffisance respiratoire aiguë, non spécifiée, avec hypoxie ou hypercapnie.
- **B59**, pneumocystose

Dans l'exemple 6, le VIH est codé en diagnostic principal parce qu'une directive spécifique au chapitre (Section I, C, 1, a, 2, a des *ICD-10-CM Official Guidelines for Coding and Reporting*) fournit des instructions spécifiant que si un patient est admis pour une affection associée au VIH (dans ce cas, l'infection à *Pneumocystis carinii*), le diagnostic principal doit être **B20**, suivi de codes additionnels de diagnostic pour toutes les affections associées au VIH déclarées.

Exemple

Un patient est admis à l'hôpital pour une sévère septicémie à *Staphylococcus aureus* et une insuffisance respiratoire aiguë.

- **A41.01**, sepsis dû au *Staphylococcus aureus* sensible à la méthicilline.
- **R65.20**, sepsis sévère sans choc septique.
- **J96.00**, insuffisance respiratoire aiguë, non spécifiée, avec hypoxie ou hypercapnie.

Dans le cas où les notes d'instruction de la liste systématique fournissent des indications sur le séquençage, celles-ci doivent être appliquées.

La septicémie est séquencée en premier dans ce cas parce qu'une note d'instruction de la sous-catégorie **R65.2-** indique de coder en premier l'infection sous-jacente. De plus, la sous-catégorie **R65.2-** comporte une note *use additional code* pour préciser le dysfonctionnement aigu d'un organe et énumère l'insuffisance respiratoire aiguë (**J96.0-**). Suivant cette instruction, l'insuffisance respiratoire est donnée comme diagnostic secondaire.

18.11 Syndrôme de détresse respiratoire aiguë

Le **syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA)**¹³ est codé avec le code **J80, syndrome de détresse respiratoire aiguë**.

18.12 Oedème pulmonaire aigu

L'**oedème pulmonaire aigu** est une pathologie caractérisée par une accumulation excessive et diffuse de liquide dans les tissus et les espaces alvéolaires du poumon. On le divise généralement en deux catégories qui reflètent l'origine de l'affection : **cardiogénique et non cardiogénique**.

18.12.1 Cardiogénique

L'**oedème pulmonaire aigu d'origine cardiaque** est une manifestation de l'insuffisance cardiaque qui :

- est **incluse** dans :
 - **I01.-**, cardiopathie rhumatismale, aiguë
 - **I09.81**, insuffisance cardiaque rhumatismale
 - **I11.-**, cardiopathie hypertensive
 - **I50.-**, Insuffisance cardiaque

En d'autres termes, aucun code additionnel n'est attribué pour l'oedème pulmonaire associé à ces affections.

- n'est **pas incluse** dans :
 - infarctus aigu du myocarde (**I21.01-I22.9**)
 - cardiopathie ischémique aiguë (**I24.0-I24.9**)
 - cardiopathie ischémique chronique (**I25.-**)

13: Le **syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA)** est une affection pulmonaire qui entraîne un faible taux d'oxygène dans le sang. Le SDRA peut mettre la vie en danger car des organes tels que les reins et le cerveau ont besoin d'un sang riche en oxygène pour fonctionner correctement. Le SDRA peut survenir dans les 24 à 48 heures suivant une blessure (traumatisme, brûlures, aspiration, transfusion sanguine massive, abus de drogues ou d'alcool) ou une maladie aiguë (pneumonie infectieuse, septicémie, pancréatite aiguë). Les patients atteints de SDRA présentent généralement un essoufflement et une tachypnée, et parfois une confusion. Les maladies de longue durée, comme le paludisme, peuvent également déclencher un SDRA, qui peut alors survenir quelque temps après l'apparition d'un cas particulièrement aigu de l'infection.

Lorsque l'œdème pulmonaire est présent en même temps qu'une affection ou une insuffisance cardiaque, on suppose que l'œdème pulmonaire est associé à une insuffisance ventriculaire gauche (I50.1), sauf si l'insuffisance cardiaque est documentée comme *congestive* ou *décompensée*, auquel cas un code plus spécifique pour l'insuffisance cardiaque congestive (I50.2-I50.9) est attribué.

18.12.2 Non cardiogénique

L'œdème pulmonaire aigu non cardiogénique se produit en l'absence d'insuffisance cardiaque ou d'une autre maladie cardiaque. Il est codé de différentes manières selon la cause.

- Lorsque la cause de l'œdème pulmonaire n'est pas documentée, le code J81.0, **œdème pulmonaire**, est attribué.
- Lorsque la cause de l'œdème pulmonaire est documentée, il est codé comme suit :
 - L'œdème pulmonaire post-radique (pneumonie post-radique) est une inflammation des poumons et un effet secondaire des irradiations. Il est codé avec le code J70.0, **manifestations pulmonaires aiguës dues aux irradiations**.
 - L'œdème pulmonaire dû à des produits chimiques, des fumées ou des vapeurs de gaz est codé avec le code J68.1.
 - L'œdème pulmonaire dû à l'aspiration d'eau lors d'une quasi-noyade est codé en T75.1-, **effets non spécifiés de la noyade et de la submersion non fatale**.
 - L'œdème pulmonaire dû à la haute altitude est codé en T70.29-, **autres effets de la haute altitude**.
 - L'œdème pulmonaire aigu en cas de surdosage de médicaments et de drogues est codé en tant qu'empoisonnement, le code J81.0 étant attribué comme code additionnel. Toute dépendance ou abus de drogues ou de médicaments documentés doit également être codée.

Des codes de cause externe de morbidité doivent être attribués à ces codes pour indiquer les circonstances externes en cause.

L'œdème pulmonaire chronique ou l'œdème pulmonaire non spécifié autrement qui n'est pas d'origine cardiaque est codé avec le code J81.1, **œdème pulmonaire chronique**, sauf indication contraire de l'index alphabétique ou de la liste systématique.

L'œdème pulmonaire causé par des surcharges congestives, telles que la fibrose pulmonaire (J84.10), la sténose congénitale des veines pulmonaires (Q26.8) ou l'embolie veineuse pulmonaire (I26.99), est non cardiogénique. Cette affection ne doit pas être confondue avec les œdèmes associés aux maladies cardiaques.

- Lorsque ces affections sont documentées comme *aiguës*, elles sont attribuées au code J81.0.
- Lorsque ces affections sont documentées comme chronique ou non spécifiée autrement, elles sont attribuées au code J81.1.

18.13 Procédures chirurgicales

Lors de l'attribution des codes ICD-10-PCS pour les procédures effectuées dans le système respiratoire, il est important de s'assurer que la **documentation** fournit des informations concernant le **site** où la procédure a été effectuée.

Les **valeurs de la partie du corps** comprennent le lobe spécifique du poumon (lorsqu'il est disponible) ou, au minimum, si le site est le poumon droit ou gauche, ou les poumons bilatéraux.

De nombreuses **interventions de base** ne fournissent **pas de valeurs de parties du corps non spécifiées** lorsque le côté gauche ou droit n'est pas indiqué pour les poumons, la plèvre ou le diaphragme. Parmi les exemples de ces interventions de base, on peut citer *Destruction, Drainage, Excision, Insertion et Extirpation*.

Il est également important de comprendre les **approches chirurgicales** afin de sélectionner les bons codes ICD-10-PCS.

- Les procédures **thorascopiques** impliquent la création de petites incisions dans la paroi thoracique et l'insertion d'un thoracoscope à travers l'incision. Les procédures thorascopiques sont codées selon la voie d'abord **endoscopique percutanée**.
- Les procédures **bronchoscopiques** impliquent le passage du bronchoscope par le nez (ou parfois la bouche), dans la gorge et dans les voies respiratoires. La voie d'abord pour les procédures bronchoscopiques est **endoscopique par orifice naturel ou artificiel** car la procédure implique d'entrer par une ouverture naturelle (nez ou bouche) puis d'utiliser un endoscope.
- Une **mini-thoracotomie** est une procédure mini-invasive qui ne nécessite qu'une petite incision. Cependant, il s'agit toujours d'une procédure ouverte et elle est codée comme une voie d'abord **ouverte**.

18.14 Biopsies de plèvre, de broche et de poumon

Une **biopsie endoscopique des bronches** consiste à passer un endoscope dans la lumière de la trachée et des bronches, où un peu de tissu est prélevé pour examen pathologique. Une **biopsie endoscopique du poumon** est réalisée en faisant passer l'endoscope par la bronche principale dans les petites bronches et les alvéoles pulmonaires.

- L'un ou l'autre type de biopsie **endoscopique** peut être réalisé séparément, ou les deux peuvent être réalisés au cours du même épisode, auquel cas les deux codes sont attribués. L'**intervention de base Excision** est attribuée pour l'excision de tissu, avec la voie d'abord par orifice naturel ou artificiel endoscopique.

Exemple

La biopsie excisionnelle endoscopique du lobe moyen droit du poumon est codée avec le code **0BBD8ZX, excision du lobe moyen**

droit du poumon, par voie endoscopique naturelle ou artificielle, diagnostique.

Un autre type de biopsie pulmonaire est la **biopsie thoracoscopique**. Dans cette procédure, de petites incisions sont pratiquées dans la paroi thoracique et un thoracoscope y est inséré pour prélever des échantillons en vue d'un examen pathologique. La voie d'abord de ce type de biopsie est dite *endoscopique percutanée* car elle nécessite de passer à travers la peau et d'insérer un instrument.

Exemple

L'excision cunéiforme thoracoscopique du poumon droit est codée avec le code **0BBK4ZX, excision du poumon droit, voie d'abord endoscopique percutanée, diagnostique.**

Une **biopsie bronchique par brossage** utilise le bronchoscope et une petite brosse à poils rigides pour retirer les cellules des voies respiratoires. Une biopsie par brossage correspond à la définition de **l'intervention de base Extraction**, qui consiste à arracher ou à enlever tout ou partie d'une partie du corps par l'usage de la force.

Exemple

La biopsie par brossage de la bronche du lobe supérieur droit est codée avec le code **0BD48ZX, extraction de la bronche du lobe supérieur droit, par orifice naturel ou artificiel endoscopique, diagnostique.**

Lorsque du **liquide** (par opposition à du tissu) est prélevé aux fins d'une biopsie, **l'intervention de base Drainage** est attribuée avec le **qualificatif Diagnostic**.

Exemple

Une biopsie à l'aiguille fine retirant du liquide de la plèvre droite est codée avec le code **0B9N3ZX, Drainage de la plèvre droite, voie d'abord percutanée, diagnostique.**

Le **lavage broncho-alvéolaire (LBA)**, également appelé *biopsie liquide*, est une procédure de diagnostic réalisée via un bronchoscope sous anesthésie locale. Elle consiste à laver le tissu alvéolaire du poumon et des voies aériennes périphériques pour obtenir un petit échantillon de tissu. Le LBA est codé avec **l'intervention de base Drainage** car il implique l'élimination de fluides. La **partie du corps (poumon)** saisit l'objectif de la procédure.

Exemple

Le lavage bronchoalvéolaire du lobe inférieur droit du poumon est codé avec le code **0B9F8ZX, Drainage du lobe inférieur droit du poumon, par orifice naturel ou artificiel endoscopique, diagnostique.**

Le LBA ne doit pas être confondu avec le **lavage du poumon entier**. Le lavage du poumon entier est une procédure thérapeutique réalisée pour la protéinose alvéolaire pulmonaire. La procédure est réalisée sous anesthésie générale et sous ventilation mécanique. Les poumons sont lavés en remplissant et vidant un poumon à la fois avec une solution saline. Le deuxième poumon est généralement lavé trois à sept jours après le premier poumon.

Exemple

Le lavage du poumon entier est codé en utilisant le code **3E1F88Z**, **Irrigation des voies respiratoires à l'aide d'une substance irriguante, par un orifice naturel ou artificiel endoscopique**. Un code pour la ventilation mécanique doit également être attribué.

18.15 Ablation de poumon et pleurodèse

L'ICD-10-PCS code les **procédures d'ablation** avec l'**intervention de base Destruction**, ce qui signifie éradication physique de tout ou partie d'une partie du corps par l'utilisation directe d'énergie, de force ou d'un agent destructeur. Les codes ICD-10-PCS pour l'ablation ne font pas de distinction entre les différentes sources d'énergie utilisées pour ablater une tumeur¹⁴.

Exemples

- **0B5G0ZZ**, ablation ouverte du lobe supérieur gauche du poumon
- **0B5L3ZZ**, ablation percutanée du poumon gauche
- **0B5J4ZZ**, ablation par thoracoscopie du lobe inférieur gauche du poumon

L'**ablation bronchoscopique** (ou ablation par thermoplastie bronchique) du muscle lisse des voies respiratoires du poumon est une procédure de traitement des patients asthmatiques dans laquelle un bronchoscope et un cathéter sont utilisés pour délivrer de l'énergie par radiofréquence dans les voies respiratoires afin de réduire la constriction du muscle lisse des voies respiratoires. Cette réduction diminue la zone qui se rétrécit en réponse à des stimuli externes tels que la poussière et d'autres allergènes.

Exemple

L'ablation par thermoplastie bronchique de la bronche principale droite est codée avec le code **0B538ZZ**, **destruction de la bronche principale droite, par orifice naturel ou artificiel endoscopique**.

14: L'**ablation d'une tumeur** est une alternative à l'enlèvement chirurgical de lésions pulmonaires. L'ablation peut être réalisée à l'aide de chaleur extrême, de produits chimiques réfrigérants (cryoablation), d'ultrasons focalisés, de micro-ondes ou de radiofréquences. Ces procédures sont généralement réalisées par des radiologues d'intervention qui utilisent un guidage par imagerie - comme la tomographie par ordinateur (CT), les ultrasons ou la fluoroscopie - et insèrent une sonde directement dans la lésion.

La **pleurodèse** est une procédure réalisée pour prévenir les pneumothorax récurrents ou les épanchements pleuraux récurrents en oblitérant artificiellement l'espace pleural. Il existe deux principaux types de pleurodèse : chirurgicale (mécanique) et chimique.

- La **pleurodèse mécanique**¹⁵ (chirurgicale) est codée avec l'**intervention de base Destruction** (par exemple, **0B5N0ZZ, destruction de la plèvre droite, voie d'abord ouverte**).
- La **pleurodèse chimique** peut utiliser des substances telles que la bléomycine, la povidone iodée, la tétracycline et la moutarde azotée, mais la substance la plus populaire est le talc¹⁶. L'**intervention de base Destruction** n'est pas appropriée pour cette procédure. Il faut attribuer le code **3E0L4GC, introduction d'une autre substance thérapeutique dans la cavité pleurale, voie d'abord percutanée endoscopique**, car la voie d'abord *endoscopiquepercutané* n'est pas disponible dans le tableau **3E0**.

Pour l'**inspection de la plèvre**, il faut attribuer le code **0BJQ4ZZ, Inspection de la plèvre, voie d'abord endoscopique percutanée**, pour saisir la composante endoscopique de l'intervention.

Exemples

- **0BBD4ZZ**, excision thoroscopique d'une lésion du lobe moyen droit
- **0BBC0ZZ**, résection segmentaire ouverte du lobe supérieur droit
- **0BTG0ZZ**, lobectomie ouverte du lobe supérieur gauche
- **0B9N30Z**, drainage percutané de la plèvre droite

18.16 Ventilation mécanique

L'ICD-10-PCS classe la **ventilation mécanique**¹⁷ dans la section *Extracorporeal or Systemic Assistance and Performance* (premier caractère 5).

- La **ventilation mécanique non invasive** à pour **procédure de base Assistance**, la prise en charge d'une partie d'une fonction physiologique par des moyens extracorporels.
 - Le **cinquième caractère** de cette section représente la durée de la ventilation :
 - **3** : moins de 24 heures consécutives
 - **4** : de 24 à 96 heures consécutives
 - **5** : ou plus de 96 heures consécutives
 - Le **septième caractère** de cette section représente le type de ventilation
 - **7** Pression positive continue des voies aériennes
 - **8** Pression positive intermittente des voies aériennes
 - **9** Pression négative continue des voies aériennes
 - **A** Débit/vitesse nasal élevé
 - **B** Pression négative intermittente sur les voies aériennes
 - **Z** Pas de qualificatif

15: La **pleurodèse mécanique ou chirurgicale** est réalisée par thoracotomie ou thoracoscopie. L'intervention consiste à abraser chirurgicalement la plèvre pariétale à l'aide d'un tampon rugueux, d'une gaze ou d'une brosse mécanique rotative.

16: La **pleurodèse par talcage** peut utiliser la chirurgie thoroscopique vidéo-assistée (CTVA), une procédure peu invasive qui peut être réalisée pour traiter les maladies du poumon, de la plèvre et du médiastin. Une petite caméra est introduite par plusieurs petites incisions dans la poitrine. La caméra transmet des images pour guider le chirurgien dans la réalisation de l'intervention. Lorsque la pleurodèse par talcage est réalisée par CTVA pour traiter un pneumothorax spontané récurrent, du talc est injecté dans la cavité pleurale pour provoquer des adhérences entre la plèvre et la paroi thoracique qui ferment l'espace et empêchent la récurrence du pneumothorax (l'effondrement du poumon dû à une fuite d'air).

17: La **ventilation mécanique** est un processus par lequel le propre effort du patient pour respirer est augmenté ou remplacé par l'utilisation d'un dispositif mécanique. La ventilation mécanique peut être décrite comme non invasive ou invasive. La **ventilation mécanique non invasive** est délivrée via une interface non invasive comme un masque facial, un masque nasal, un oreiller nasal, une pièce buccale ou un masque oronasal. La ventilation mécanique est considérée comme **invasive** lorsque l'assistance ventilatoire est fournie via une interface invasive, telle qu'une intubation endotrachéale ou une trachéotomie, et que le patient reçoit une ventilation mécanique de manière ininterrompue.

- La ventilation mécanique invasive a pour **intervention de base Performance** car ces procédures prennent complètement en charge la fonction physiologique de la respiration par des moyens extracorporels.
 - Le **cinquième caractère** de cette section représente la durée de la ventilation :
 - **3** : moins de 24 heures consécutives
 - **4** : de 24 à 96 heures consécutives
 - **5** : ou plus de 96 heures consécutives

Exemples

- **5A09357**, assistance à la ventilation respiratoire, moins de 24 heures consécutives, pression positive continue des voies aériennes
- **5A09457**, assistance à la ventilation respiratoire, 24 à 96 heures consécutives, pression positive continue des voies aériennes.
- **5A09458**, assistance à la ventilation respiratoire, 24-96 heures consécutives, pression positive intermittente.
- **5A09559**, assistance à la ventilation respiratoire, plus de 96 heures consécutives, pression négative continue des voies aériennes.
- **5A0955Z**, assistance à la ventilation respiratoire, plus de 96 heures consécutives.

L'**intubation endotrachéale** nécessite le placement non chirurgicale d'un tube trachéal, par voie orale ou nasale. Le code **0BH17EZ**, **insertion d'un tube endotrachéal dans la trachée, par un orifice naturel ou artificiel**, ou le code **0BH18EZ**, **insertion d'un tube endotrachéal dans la trachée, par un orifice naturel ou artificiel, endoscopique** est attribué. Une intubation ou une trachéotomie réalisée pendant le séjour doit être codé.

Exemples de ventilation non invasive

- **5A19054**, prise en charge complète de la fonction ventilatoire, non mécanique, ininterrompu
- **5A1935Z**, ventilation mécanique non invasive, moins de 24 heures consécutives
- **5A1945Z**, ventilation mécanique non invasive, 24-96 heures consécutives
- **5A1955Z**, ventilation mécanique non invasive, plus de 96 heures consécutives.

18.16.1 Durée de la ventilation mécanique

Le calcul de la **durée de la ventilation mécanique commence** par l'un de ces événements :

- Intubation endotrachéale, réalisée pendant le séjour, suivie de l'initiation de la ventilation mécanique.
- Le début de la ventilation mécanique par trachéotomie pendant le séjour.

- l'admission d'un patient précédemment intubé ou d'un patient avec une trachéotomie qui est sous ventilation mécanique.

Lorsqu'un patient est sous **ventilation mécanique pendant une longue période**, une **trachéostomie** peut être créée dans la trachée cervicale antérieure. Un **tube trachéal** est souvent insérée pour maintenir la trachéotomie ouverte et permettre son brachement au ventilateur mécanique.

- La durée de la ventilation mécanique ne commence qu'une fois que la ventilation mécanique est réellement entamée.
- Il est parfois nécessaire de **remplacer le tube endotrachéal** en raison d'un problème tel qu'une fuite; le **retrait avec remplacement immédiat** est considéré comme faisant partie de la durée, et le décompte des heures doit se poursuivre.
- Les patients sont parfois mis sous ventilation mécanique au moyen d'un **tube endotrachéal suivi ultérieurement d'une trachéotomie** par laquelle la ventilation se poursuit. La durée de la ventilation commence à partir du moment où l'intubation initiale a été initiée.

Une fois que l'état du patient s'est stabilisé et qu'il n'a **plus besoin d'une ventilation continue**, plusieurs **méthodes de sevrage ou *weaning*** existent pour permettre au patient de reprendre progressivement la respiration spontanée. Pendant le sevrage, le patient est surveillé pour détecter tout signe d'instabilité cardiopulmonaire. **La durée totale du sevrage est incluse dans la durée de la ventilation.** La durée se termine lorsque le patient est extubé et que la ventilation mécanique est arrêtée (après la période de sevrage). Certains patients ne nécessitent pas ce processus de sevrage.

Pour les patients **sevrés de la ventilation intermittente**, la durée totale du sevrage est incluse dans la durée de la ventilation. La durée se termine lorsque le patient est extubé et que la ventilation mécanique est arrêtée définitivement.

Si **le patient n'est sous ventilation mécanique que la nuit** et n'est pas en cours de sevrage, il faut compter la durée sur base du temps où le patient est effectivement mis sous ventilation. Pour l'utilisation la nuit, il faut attribuer le code **5A1935Z, ventilation respiratoire, moins de 24 heures consécutives**.

La **durée de la ventilation mécanique se termine** par l'un des événements suivants :

- Retrait de la sonde endotrachéale (extubation).
- Arrêt de la ventilation pour les patients avec trachéotomie après que la période de sevrage soit terminée.
- Sortie ou transfert de l'hôpital alors que le patient est toujours sous ventilation mécanique.

Il arrive que l'état d'un patient qui a été sous ventilation au début de son séjour à l'hôpital se détériore et qu'une **nouvelle période de ventilation mécanique** soit nécessaire. Dans ce cas, deux codes doivent être attribués pour représenter chaque épisode de ventilation mécanique continue.

La **ventilation mécanique utilisée pendant une intervention chirurgicale** n'est pas codée lorsqu'elle est considérée faisant partie intégrante de l'intervention.

- Cependant, dans le cas où le prestataire de soins documente que le patient a un problème spécifique et qu'il est **maintenu sous ventilation mécanique plus longtemps que prévu ou si le patient a besoin d'une ventilation mécanique pendant une période prolongée en postopératoire**, la ventilation doit être codée.
- Si la **ventilation mécanique postopératoire se poursuit pendant plus de deux jours**, ou si le prestataire de soins a **clairement documenté une période prolongée inattendue de ventilation mécanique**, la ventilation mécanique doit être codé séparément. La durée de la ventilation mécanique doivent être comptées à partir de l'intubation.

Lorsqu'un **patient dépendant de l'oxygène** est admis à l'hôpital alors qu'il est branché à son propre équipement de ventilation, il est approprié de coder la ventilation mécanique pendant que le patient est évalué et surveillé à l'hôpital. Le fait que l'équipement soit la propriété du patient n'a pas d'influence sur l'attribution du code. La durée de la ventilation mécanique est déterminée selon les directives énoncées ci-dessus.

18.16.2 Complications d'une trachéostomie

Les **complications d'une trachéostomie** sont classées dans la sous-catégorie J95.0 du chapitre 10, *maladies du système respiratoire (J00-J99)*, de l'ICD-10-CM.

- **L'infection d'une trachéostomie** est codé avec le code **J95.02**, avec un code supplémentaire pour identifier le type d'infection et/ou un code de la catégorie **B95-B97** pour identifier l'organisme. Si l'infection est spécifiée comme une **septicémie**, il faut attribuer un code sous **A40.-** ou **A41.-**.
- **L'hémorragie due à la trachéotomie** est codée avec le code **J95.01**.
- Les **complications liées au mauvais fonctionnement** de la trachéotomie sont codées avec le code **J95.03**.
- Une **fistule trachéo-oesophagienne** consécutive à la trachéotomie est codé avec le code **J95.04**.
- Une **complication non spécifiée** est codé avec le code **J95.00**.
- Les **autres complications** sont codées avec le code **J95.09**.

Aperçu

- Les **maladies du système gastro-intestinal** se trouvent au chapitre 11, *maladies du système digestif (K00-K95)*, de l'ICD-10-CM.
- Plusieurs types d'**hémorragies gastro-intestinales (GI)** peuvent être classés dans ce chapitre. Parfois, la documentation peut indiquer des hémorragies dans plusieurs sites.
- L'**oesophagite** est codés avec des codes du système digestif, mais les **varices oesophagiennes** sont codées comme une maladie du système circulatoire.
- Des **codes combinés** sont fournis pour les **ulcères** qui indiquent une hémorragie, une perforation ou les deux. La documentation du dossier patient peut spécifier le site des hémorragies.
- Une attention particulière doit être accordée aux **affections impliquant des diverticules**.
- Le codage des **affections du système biliaire** implique de déterminer la présence et le site d'un calcul.
- Certaines affections du système biliaire sont liées à l'**ablation de la vésicule biliaire**.
- Les codes pour les adhérences comprennent les **adhérences intestinales et péritonéales**. Cependant, les adhérences mineures ne sont pas codées.
- Les **hernies** sont classées par type et par site, et des **codes combinés** sont utilisés pour indiquer les problèmes associés.
- La **diarrhée** peut être associée à plusieurs affections. Il est important de vérifier soigneusement l'index alphabétique avant de coder.
- Les autres problèmes courants du système digestif classés dans ce chapitre comprennent l'**appendicite et la constipation**.
- Pour coder les **procédures de pontage gastrique**, il faut comprendre la partie du corps à partir de laquelle on effectue le pontage et la partie du corps vers laquelle on effectue le pontage.

19.1 Introduction	264
19.2 Hémorragie gastro-intestinale	264
19.3 Maladies de l'oesophage	265
19.4 Ulcères de l'estomac et de l'intestin grêle	267
19.5 Lésions de Dieulafoy	267
19.6 Complications d'orifices artificiels du système digestif	268
Complications de la colostomie et de l'entérostomie	268
Complications de la gastrostomie et de l'oesophagostomie	268
19.7 Diverticulose et diverticulite	269
Diverticules congénitaux versus acquis	269
19.8 Polypes du côlon	270
19.9 Procédures du système digestif	270
19.10 Maladies du système biliaire et du foie	272
Cholestérolse	272
Syndrome post-cholécystectomie	273
Encéphalopathie hépatique	273
Cholécystectomie	273
Ablation de lithiases biliaires	274
19.11 Adhérences	274
19.12 Hernies de la cavité abdominale	275
19.13 Appendicite	277
19.14 Diarrhée	277
19.15 Constipation	278
19.16 Chirurgie bariatrique	278

Objectifs

Les objectifs de ce chapitre sont :

- Classification d'une série d'affections qui affectent le tractus digestif.
- Différenciation des différents termes associés aux diverticules.
- Classification des maladies du système biliaire.
- Classification des affections courantes du système digestif telles que la diarrhée, la constipation et l'appendicite.
- Codage correct des chirurgies bariatriques et des éventuelles complications liées à ces procédures.

19.1 Introduction

Les maladies de dus système gastro-intestinal sont classées dans le chapitre 11, *maladies du système digestif (K00-K95)* de l'ICD-10-CM.

Les principes de codage présentés dans les chapitres précédents de ce manuel s'appliquent à l'ensemble du chapitre 11.

Une attention particulière doit être accordée à l'utilisation des **codes combinés** et aux nombreuses **notes d'exclusion** du chapitre 11.

19.2 Hémorragie gastro-intestinale

Les **hémorragies gastro-intestinales** (GI) se manifestent de plusieurs façons :

- L'**hématémèse** (vomissement de sang), indique une hémorragie aiguë de la partie supérieure du tractus GI.
- **Méléna** (présence de sang de couleur foncée dans les selles), indique une hémorragie de la partie supérieure ou inférieure de l'intestin grêle.
- **Perte de sang occulte** (présence de sang dans les selles qui ne peut être détectée qu'à l'examen de laboratoire), indique une hémorragie de la partie supérieure ou inférieure du tractus GI.
- **Hématochézie** (présence de sang de couleur vive dans les selles), qui indique une hémorragie de la partie inférieure du tractus GI.

Les **causes les plus fréquentes** d'une hémorragie gastro-intestinale sont les ulcères gastriques et intestinaux et la maladie diverticulaire de l'intestin. Une hémorragie diverticulaire s'arrête spontanément dans environ 80 % des cas, les 20 % restants connaissant un deuxième ou un troisième épisode hémorragique.

L'ICD-10-CM fournit des codes spécifiques pour les ulcères du tractus GI, la gastrite, l'angiodysplasie, la duodénite, la gastroduodénite, la maladie de Crohn, la colite ulcéreuse, la diverticulose et la diverticulite pour indiquer s'il y a une hémorragie ou une perte de sang associée.

Exemples

- **K29.01**, gastrite aiguë avec hémorragie
- **K57.13**, diverticulite de l'intestin grêle avec hémorragie
- **K31.811**, angiodysplasie du duodénum avec hémorragie

Comme indiqué dans la section I. A. 15 des *ICD-10-CM Official Guidelines for Coding and Reporting*, la classification présume une **relation de cause à effet** entre les deux affections liées par les termes *with* ou *in* dans l'index alphabétique ou la liste systématique.

- L'ICD-10-CM prévoit un tel lien pour les hémorragies associés à certaines affections gastro-intestinales telles que les ulcères, les gastrites, les duodénites, les oesophagites ulcéraives et les diverticuloses.

- Il faut attribuer un code combiné pour ces affections associées, sauf si le prestataire de soins documente une cause différente de l'hémorragie ou que les affections ne sont pas associées.
 - Lorsque des **codes combinés existent** pour des hémorragies dues à l'une des affections mentionnées ci-dessus, les codes **K92.0, hématomèse ; K92.1, méléna ;** ou **K92.2, hémorragie gastro-intestinale, non spécifiée**, ne peuvent pas être attribués.
 - Les codes **K92.0, K92.1, K92.2** ne sont acceptables que lorsque la classification ne présume pas d'un lien entre l'hémorragie et l'affection, ou lorsque la documentation du prestataire de soins indique clairement que l'hémorragie est due à une autre affection.

Les patients présentant des **antécédents récents d'hémorragie gastro-intestinale** sont parfois admis pour une endoscopie afin de déterminer le site de l'hémorragie, sans qu'ils présentent aucune hémorragie actuelle. Si le prestataire de soins documente un diagnostic clinique basé sur les antécédents, le codage de l'hémorragie, ou d'un code de **K92.0-K92.2** lorsque la cause du saignement n'a pu être déterminée, n'est pas exclue dans cette situation.

Les patients peuvent se présenter pour une **coloscopie en raison d'une hémorragie rectale**. Si des hémorroïdes internes et externes sont présentes sans documentation confirmant que le l'hémorragie rectale est due aux hémorroïdes, le prestataire de soins doit être consulté pour déterminer si oui ou non une association existe entre l'hémorragie et les hémorroïdes. Le cas échéant, la documentation doit être complétée.

- Lorsque les **hémorroïdes ne sont pas associées à l'hémorragie rectale**, le code **K62.5, hémorragie de l'anus et du rectum**, doit être attribué, suivi des codes pour les hémorroïdes sans mention de complication.
- Lorsque les **hémorroïdes sont associées à l'hémorragie rectale** il faut attribuer les codes **K64.8, autres hémorroïdes**, et **K64.4, cicatrices hémorroïdaires cutanées résiduelles**. 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** ; par conséquent, l'hémorragie est **incluse** dans le code portant sur les hémorroïdes et ne doit pas être codé séparément.

19.3 Maladies de l'oesophage

L'oesophagite est classée dans la catégorie **K20** :

- L'oesophagite **éosinophile** est codée avec le code **K20.0**
- Les **autres oesophagites** sont codées avec de codes la sous-catégorie **K20.8-**
- l'oesophagite **non spécifiée** est codée avec des codes de la sous-catégorie **K20.9-**.
- L'oesophagite avec reflux gastro-oesophagien est codée **K21.0-**.

L'oesophagite associées avec autres maladies de l'oesophage est classée dans la catégorie **K22** comme suit :

- L'oesophagite ulcérate sans saignement est classée en **K22.10, ulcère de l'oesophage sans saignement**.
- L'oesophagite ulcérate avec saignement est classée en **K22.11, ulcère de l'oesophage avec saignement**.
- Les autres affections oesophagiennes classées dans la catégorie **K22** sont :
 - La **dyskinésie** de l'oesophage et les **spasmes** de l'oesophage, tous deux classés dans la catégorie **K22.4**.
 - L'**oesophage de Barrett** (codes **K22.70** et **K22.71-**) est une affection précancéreuse dans laquelle les cellules normales de la paroi de l'oesophage sont remplacées par des cellules cylindriques.
 - L'hémorragie de l'oesophage, codé avec le code **K22.8, autres maladies spécifiées de l'oesophage, sauf** si l'hémorragie est due à des **varices oesophagiennes**. Les varices oesophagiennes ne sont pas classées comme une maladie du système digestif mais comme une maladie du système circulatoire.

Le **codage des varices oesophagiennes** se fait comme suit :

- **I85.00**, varices oesophagiennes sans hémorragie
- **I85.01**, varices oesophagiennes avec hémorragie
- Les **varices oesophagiennes associées à une maladie alcoolique du foie**, une cirrhose du foie, une schistosomiase, une maladie toxique du foie ou une hypertension portale, un double codage est nécessaire, avec l'affection sous-jacente codée en premier et un code additionnel pour les varices oesophagiennes (**I85.10** ou **I85.11**).

Exemples

- **K74.60 + I85.11**, varices oesophagiennes hémorragiques avec cirrhose du foie.
- **K76.6 + I85.11**, varices oesophagiennes hémorragiques dans l'hypertension portale.

Le traitement des varices oesophagiennes consiste principalement en la **ligature de la veine oesophagienne** (plutôt que de l'oesophage), avec l'**intervention de base Occlusion**, fermeture complète d'un orifice ou de la lumière d'une partie tubulaire du corps. Cette procédure peut être réalisée via une **voie d'abord ouverte, une voie d'abord percutanée, une voie d'abord endoscopique percutanée, une voie d'abord par voie naturelle ou artificielle, ou une voie d'abord endoscopique par orifice naturel ou artificiel**.

- **06L30ZZ**, occlusion de la veine oesophagienne, voie d'abord ouverte
- **06L33ZZ**, occlusion de la veine oesophagienne, voie d'abord percutanée
- **06L34ZZ**, occlusion de la veine oesophagienne, voie d'abord endoscopique percutanée.

Une procédure apparentée est le **cerclage (ou la ligature) endoscopique des varices oesophagiennes**. L'intervention consiste à placer des bandes de caoutchouc autour des varices oesophagiennes à l'aide d'un endoscope

flexible. Le code **06L38CZ**, **occlusion de la veine œsophagienne avec un dispositif extraluminal, par orifice naturel ou artificiel, endoscopique**, est attribué pour cette procédure.

Un autre traitement des varices œsophagiennes est **l'injection endoscopique d'un agent sclérosant ou sclérothérapie**, avec intervention de base *Introduction*.

Exemple

L'injection endoscopique d'un agent sclérosant dans une varice de l'œsophage inférieur est codée **3E0G8TZ**, **introduction d'un agent destructeur dans la partie supérieure du tractus GI, par orifice naturel ou artificiel, endoscopique**.

19.4 Ulcères de l'estomac et de l'intestin grêle

Des **codes combinés** sont fournis pour les ulcères gastriques, gastrojéjunaux et duodénaux qui indiquent s'il y a une **hémorragie** associée, une **perforation** associée ou les deux. Ces codes combinés distinguent également les ulcères **aigus** et **chroniques**.

Les ulcères de l'estomac et de l'intestin grêle sont **souvent documentés comme peptiques sans autre spécification du site**. Le dossier patient doit être examiné pour toute indication du site concerné.

Les codes de la catégorie **K27**, **ulcère peptique, site non spécifié**, ne peuvent pas être utilisés lorsqu'un code plus spécifique peut être attribué.

Exemples

- **K25.5**, ulcère gastrique chronique ou non spécifié avec perforation
- **K26.3**, ulcère duodéal aigu sans hémorragie ni perforation
- **K25.6**, ulcère gastrique chronique ou non spécifié avec hémorragie et perforation

19.5 Lésions de Dieulafoy

Les **lésions de Dieulafoy** sont une cause rare d'hémorragies GI majeures. Lorsque des hémorragies GI sont accompagnées par des lésions de Dieulafoy, un code séparé pour l'hémorragie n'est pas attribué car l'hémorragie fait partie intégrante de la maladie.

- Le code **K31.82** est attribué pour les lésions de Dieulafoy de l'estomac et du duodénum.
- Le code **K63.81** est attribué pour les lésions de Dieulafoy de l'intestin.
- Le code **K22.8** est attribué pour les lésions de Dieulafoy de l'œsophage.

Les lésions de Dieulafoy de l'œsophage provoquent généralement des hémorragies sévères. Des injections endoscopiques d'adrénaline peuvent être utilisées pour contrôler l'hémorragie.

- Une injection qui est effectuée au cours d'une procédure n'est pas codée séparément.
- Lorsque l'injection est la seule composante thérapeutique d'une procédure endoscopique, l'injection peut être codée séparément pour signaler que la procédure était plus qu'une endoscopie diagnostique.

Exemple

Lorsque de l'adrénaline est injectée pour contrôler une hémorragie au niveau du fundus gastrique pendant une oesophagogastroduodéoscopie, le code **3E0G8GC, introduction d'une autre substance thérapeutique dans la partie supérieure du tractus GI, par orifice naturel ou artificiel endoscopique.**

19.6 Complications d'orifices artificiels du système digestif

Les complications de la colostomie, de l'entérostomie, de la gastrostomie ou de l'oesophagostomie sont classées dans la catégorie **K94, complications des orifices artificiels du système digestif**, plutôt que dans les complications des soins chirurgicaux et médicaux (catégories **T80-T88**).

19.6.1 Complications de la colostomie et de l'entérostomie

Les complications de la colostomie et de l'entérostomie sont classées dans la sous-catégorie **K94.0, complications de la colostomie**. Des codes additionnels sont attribués pour spécifier le type d'infection, comme la cellulite de la paroi abdominale (**L03.311**) ou la septicémie (**A40.-, A41.-**), à condition que cette information est documentée dans le dossier patient.

Exemples

- **K94.01**, hémorragie de la colostomie
- **K94.03**, dysfonctionnement de la colostomie
- **K94.12 + L03.311**, cellulite de la paroi abdominale due à une complication de l'entérostomie

19.6.2 Complications de la gastrostomie et de l'oesophagostomie

Le code **K94.22** est attribué pour une infection de la gastrostomie ou de la gastrojéjunostomie. Des codes additionnels sont attribués pour préciser

le type d'infection, à condition que cette information est documentée dans le dossier patient.

Le code **K94.23** est attribué pour une **complication mécanique d'une gastrostomie** ou d'une gastrojéjunostomie, par exemple pour un tube bouché.

Le code **K94.32** est attribué pour une **infection de l'oesophagostomie**. Un code additionnel est attribué pour préciser l'infection, si elle est documentée.

Le code **K94.33** est attribué pour une **complication mécanique de l'oesophagostomie**.

19.7 Diverticulose et diverticulite

La présence de diverticules¹ fait partie intégrante d'un diagnostic de **diverticulite**. Par conséquent, seul le code de diverticulite est attribué, même si la diverticulite et la diverticulose² sont toutes deux documentées par le prestataire de soins.

1: Un **diverticule** est une petite poche ou un sac s'ouvrant à partir d'un organe tubulaire ou sacculaire, tel que l'oesophage, l'intestin ou la vessie urinaire.

2: La **diverticulose** indique la présence d'un ou plusieurs diverticules du site désigné; la **diverticulite** est l'inflammation des diverticules existants.

Exemples

- **K57.10**, diverticulose du duodénum
- **K57.12**, diverticulose et diverticulite du duodénum
- **K57.13**, diverticulite du jéjunum avec hémorragie
- **K57.20**, diverticulite du caecum avec abcès

L'ICD-10-CM considère que la **diverticulose, non spécifiée ailleurs**, est une affection de l'intestin.

19.7.1 Diverticules congénitaux versus acquis

Les **diverticules** peuvent être soit **acquis**, soit **congénitaux**.

- Pour certains sites, l'ICD-10-CM suppose que l'affection est congénitale, sauf indication contraire.
 - Les **diverticules de l'oesophage** sont présumés congénitaux, sauf indication contraire.
- Pour d'autres sites, la présomption est que les diverticules sont acquis.
 - Les **diverticules du côlon** sont présumés acquis, sauf s'ils sont spécifiés comme congénitaux

La figure 19.1 montre les entrées de l'index alphabétique pour les diverticules du côlon et de l'oesophage.

Les **diverticules acquis de l'oesophage** sont souvent documentée par le type de diverticule (pulsion ou traction) ou par la partie de l'oesophage concernée (pharyngo-oesophagienne, mésophagienne ou épiphrénique). Ces qualifications n'affectent pas l'attribution du code; toutes sont codées **K22.5, diverticule de l'oesophage, acquis**.

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

FIGURE 19.1 – Entrées dans l'index alphabétique pour les diverticules du côlon et de l'oesophage

Exemples

- **K22.5**, diverticules épiphréniques de l'oesophage
- **K22.5**, diverticules de l'oesophage par traction mésophagienne

19.8 Polypes du côlon

La catégorie **D12, néoplasme bénin du côlon, du rectum, de l'anus et du canal anal**, est attribuée en fonction de la localisation anatomique des polypes adénomateux (néoplasiques).

Le **polype dentelé sessile** est un type d'adénome qui est également connu sous le nom *sessile serrated adenoma*. De type d'adénome est codé avec un code de la catégorie **D12**.

Le code **D12.8, néoplasme bénin du rectum**, est attribué pour un **polype rectal hyperplasique³ avec des changements adénomateux focaux**. Il s'agit d'un polype mixte qui est traité cliniquement comme un adénome, nécessitant une surveillance et un suivi plus stricts.

Le code **K63.5, polype du côlon⁴**, est le code par défaut lorsque le polype n'est pas documenté par le prestataire de soins comme *adénomateux* ou *néoplasique*, même si le site spécifique est connu et indexé (par exemple, côlon sigmoïde ou transverse).

Le code **Z87.19, antécédents personnels d'autres maladies du système digestif**, est attribué pour des **antécédents personnels de polype hyperplasique du côlon** et pour des **antécédents de polype rectal**.

Un code de la sous-catégorie **Z86.01, antécédents personnels de néoplasme bénin**, est attribué pour des **antécédents d'adénome ou de polype néoplasique**.

Le code **Z86.010, antécédents personnels de polypes coliques**, est attribué pour les antécédents de **polypes coliques non spécifiés**.

19.9 Procédures du système digestif

Deux directives de l'ICD-10-PCS sont importantes pour le codage des procédures du système GI.

- La **première directive** concerne les valeurs générales de partie du corps *upper intestinal tract⁵* et *lower intestinal tract⁶* fournies pour les interventions de base *Change, Inspection, Removal, et Revision*.

3: Les **polypes hyperplasiques** sont le deuxième type le plus courant de polypes du côlon. Ils ont un faible potentiel de malignité et sont donc suivis selon un protocole de surveillance différent de celui des polypes adénomateux.

4: Les **polypes du côlon** sont des excroissances qui se forment sur la paroi du côlon. Le type de polype permet de prédire si l'excroissance se transformera en malignité. Les polypes adénomateux, ou **adénomes**, sont le type le plus courant de polypes et sont les plus susceptibles de devenir malins.

5: La **partie supérieure du tractus intestinal** comprend la portion du tractus GI allant de l'oesophage jusqu'au duodénum inclus.

6: La **partie inférieure du tractus GI** comprend la partie du tractus GI allant du jéjunum jusqu'au rectum et à l'anus inclus.

- Par exemple, dans l'intervention de base *Inspection* (Tableau 0DJ), l'inspection du jéjunum est codée en utilisant la partie du corps *lower intestinal tract*.
- La **deuxième directive** à noter (non limitée au système GI) est un rappel que l'anastomose d'une partie tubulaire du corps n'est pas codée séparément. Comme indiqué au chapitre 9, *ICD-10-PCS Interventions de base dans la section médico-chirurgicale*, de ce manuel, la directive stipule que les étapes procédurales nécessaires pour accéder le site opératoire et fermer le site opératoire ne sont pas codées séparément.
 - Par exemple, lorsqu'une résection du côlon sigmoïde est effectuée avec une anastomose du côlon descendant au rectum, l'anastomose n'est pas codée séparément.

La **chirurgie d'inversion de stomie** est également connue sous le nom de fermeture de stomie⁷ ou de retrait de stomie.

- La **fermeture d'une iléostomie** est codée en utilisant l'intervention de base *Excision*. L'**anastomose** des extrémités intestinales fait partie intégrante de la procédure et n'est pas codée séparément.
- La **fermeture d'une colostomie transverse en boucle**⁸ est codé en utilisant l'intervention de base *Excision*. Si les extrémités du côlon sont suturées ensemble sans excision du côlon, l'intervention de base est codée comme *Repair*.
- La **fermeture d'un Hartmann**⁹ (stomie terminale) est complexe et nécessite une approche plus invasive pour accéder à deux extrémités de l'intestin qui ne sont pas proches. *Reposition* est l'intervention de base pour une fermeture d'un Hartmann. Le repositionnement rend compte de l'objectif de l'intervention : déplacer une partie ou la totalité d'une partie du corps vers un emplacement normal ou un autre emplacement approprié.

7: Lors d'une **fermeture d'iléostomie**, une incision est pratiquée autour de la stomie, l'intestin est tiré hors de la cavité abdominale, les deux extrémités de l'intestin sont excisées et une anastomose est réalisée à l'aide de sutures ou d'agrafes.

8: Lors de l'**inversion d'une colostomie transverse ou une colostomie en boucle**, une incision est pratiquée autour de la stomie pour accéder à l'abdomen et au côlon distal. Les extrémités de l'intestin sont excisées et une anastomose de bout en bout est réalisée.

9: Lors d'une **fermeture d'un Hartmann** l'extrémité de la stomie et l'extrémité distale de l'intestin sont mobilisées pour se rejoindre et sont connectées. Après l'anastomose, l'intestin est remis dans son emplacement anatomique correct.

L'entrée de l'index sous *Takedown, Stoma* dirige vers *see Excision* ou *see Reposition*. Il existe différents types d'interventions avec différentes interventions de base pour le retrait de la stomie. Les codes de procédure ICD-10-PCS ne doivent pas être attribués uniquement en fonction de l'endroit où l'index dirige. Un examen plus approfondi de la documentation doit également être effectué pour déterminer ce qui a réellement été réalisé au cours de la procédure.

L'**aspiration à l'aiguille fine** introduit une aiguille dans le tissu. Une aspiration est appliquée pour faire une biopsie. L'index des procédures renvoie l'aspiration à l'aiguille fine à l'**intervention de base Drainage** lorsque **du liquide ou du gaz** est aspiré, et à l'**intervention de base Excision** lorsque **du tissu** est retiré. Lorsque la documentation ne précise pas si du liquide ou du tissu a été retiré, il faut coder l'intervention de base *Excision* avec la partie du corps appropriée.

Les **biopsies par brossage** pour obtenir des échantillons de cellules sont codées avec l'**intervention de base Extraction** de la partie du corps et avec le **qualificatif Diagnostic**.

Exemple

Une **biopsie par brossage de l'estomac effectuée par oesophagos-**

trooduodénoscopie est codée **0DD68ZX**, **Extraction de l'estomac, par orifice naturel ou artificiel endoscopique, diagnostique.**

19.10 Maladies du système biliaire et du foie

Les **cholécystites aiguës et chroniques sans lithiase associé** sont classées dans la catégorie **K81, cholécystite**, avec des caractères supplémentaires indiquant si la cholécystite est aiguë (**K81.0**), chronique (**K81.1**), à la fois aiguë et chronique (**K81.2**), ou non spécifiée (**K81.9**).

Des **codes combinés** sont attribués pour la **cholécystite, la cholélithiase et la cholédocholithiase** afin de permettre le codage de ces affections associées avec un seul code. Ces codes sont présentés en trois groupes :

- lithiase de la vésicule biliaire (**K80.0- à K80.2-**)
- lithiase des voies biliaires (**K80.3- à K80.5-**)
- lithiase de la vésicule biliaire et des voies biliaires (**K80.6- à K80.7-**).

Le **quatrième caractère** indique :

- S'il y a une cholécystite associée dans les sous-catégories **K80.0-**, **K80.1-**, **K80.2-**, **K80.4-**, **K80.6-**, et **K80.7-**.
- S'il y a une cholangite, plutôt qu'une cholécystite dans la sous-catégorie **K80.3**.
- qu'il n'y a ni cholangite ni cholécystite dans la sous-catégorie **K80.5**.

Les codes **K80.66** et **K80.67** sont des **codes combinés qui incluent des lithiases de la vésicule biliaire et du canal cholédoque avec une cholécystite aiguë et chronique**.

Le **cinquième caractère** des codes de la catégorie **K80, cholélithiase**, indiquent s'il y a une **obstruction associée**.

Les codes **K82.0, obstruction de la vésicule biliaire**, et **K83.1, obstruction du canal biliaire**, ne sont attribués que lorsqu'il y a une obstruction mais qu'aucune lithiase n'est présente.

19.10.1 Cholestérolose

La **cholestérolose** est une affection 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 biliaire fraise*. Ce diagnostic est généralement posé par le pathologiste sur la base de l'examen des tissus et constitue habituellement une découverte fortuite sans signification clinique.

La cholestérolose ne peut pas être codé lorsque d'autres pathologies de la vésicule biliaire sont présentes.

19.10.2 Syndrome post-cholécystectomie

Le **syndrome post-cholécystectomie (K91.5)** est une affection dans laquelle des symptômes suggérant une maladie des voies biliaires persistent ou se développent après une cholécystectomie sans qu'aucune cause ou anomalie ne soit démontrée lors du bilan.

Un code de complication postopératoire de la série **T80-T88** n'est pas attribué au code **K91.5**.

19.10.3 Encéphalopathie hépatique

Il faut être attentif lors du codage de l'encéphalopathie hépatique car cette affection n'est pas synonyme de coma hépatique.

L'**encéphalopathie hépatique** fait référence à la perte de la fonction cérébrale résultant de l'incapacité du foie à éliminer les toxines du sang. L'accumulation de toxines dans le cerveau peut progresser au point d'entraîner un coma hépatique. Il est de la responsabilité du prestataire de soins de **documenter** si le patient souffre ou non d'une encéphalopathie hépatique *avec coma*. Lors du codage de l'encéphalopathie hépatique, **la valeur par défaut est sans coma**.

L'entrée de l'**index alphabétique** de l'ICD-10-CM pour *Encephalopathy, hepatic* indique *see Failure, hepatic*. À l'entrée de l'index *Failure, hepatic*, il y a des sous-entrées pour les codes décrivant spécifiquement l'insuffisance hépatique avec ou sans coma.

L'attribution du **code approprié pour l'encéphalopathie hépatique dépend de la cause sous-jacente**, comme par exemple :

- due à des médicaments ou à une maladie hépatique toxique (**K71.10**)
- due à l'alcool (**K70.40**)
- post-procédurale (**K91.82**)
- due à une hépatite virale (**B15-B19**).

Le code **K72.90, insuffisance hépatique, non spécifiée sans coma**, doit être attribué si la seule documentation dans le dossier patient est *encéphalopathie hépatique*, sans autre spécification de la cause sous-jacente.

19.10.4 Cholécystectomie

Une **cholécystectomie** (excision de la vésicule biliaire) peut se présenter comme :

- **totale** : intervention de base *Resection*
- **partielle** : intervention de base *Excision*
- une procédure **ouverte** : voie d'abord ouverte
- une procédure **par une incision mineure** : voie d'abord percutanée
- une procédure **par une petite incision laparoscopique, moins invasive** : voie d'abord endoscopique percutanée
- une procédure par une **voie d'abord endoscopique transorifice** : par orifice naturel ou artificiel, endoscopique

Lors du **codage** d'une cholécystectomie, il faut consulter la **documentation opératoire** pour déterminer :

- si une exploration ou une incision des voies biliaires a également été effectuée pour l'ablation de lithiases ou pour un autre soulagement de l'obstruction.
- si un cholangiogramme peropératoire a été effectué.

19.10.5 Ablation de lithiases biliaires

Les **lithiases biliaires** sont ablatées de plusieurs façons. Une **cholécystectomie** élimine automatiquement toute lithiasse de la vésicule biliaire. Alternativement, une cholécystotomie peut être réalisée pour l'élimination des lithiases biliaires **sans enlever la vésicule biliaire**.

L'ICD-10-PCS code l'ablation de calculs biliaires avec l'**intervention de base *Extirpation*** avec des **valeurs uniques de partie du corps (caractère 4) pour les canaux biliaires**.

Les **lithiases du canal biliaire** peuvent être retirées par l'voie d'abord ouverte, par voie percutanée, par voie d'abord endoscopique percutanée, par orifice naturel ou artificiel, ou par orifice naturel ou artificiel endoscopique.

Le prestataire de soins peut choisir d'effectuer la **lithotripsie extracorporelle par ondes de choc (LEOC)**¹⁰ des lithiases comme une procédure autonome pour permettre l'expulsion spontanée des fragments, ou il peut effectuer des procédures supplémentaires pour retirer physiquement les fragments.

- L'ICD-10-PCS code la **lithotripsie sans retrait de fragments** avec l'intervention de base *Fragmentation*, la voie d'abord étant *External*.
 - La lithotripsie extracorporelle du canal hépatique gauche est codée avec le code **0FF6XZZ, fragmentation du canal hépatique gauche, voie d'abord externe**.
- Cependant, si la **lithotripsie implique l'élimination des fragments**, la procédure est codée dans avec l'**intervention de base *Extirpation***.

10: La **lithotripsie extracorporelle par ondes de choc (LEOC)** détruit les lithiases biliaires sans chirurgie invasive. Les avantages de la lithotripsie par rapport à la chirurgie conventionnelle pour l'élimination des lithiases comprennent une hospitalisation plus courte et l'évitement des complications potentielles associées à l'intervention chirurgicale.

Parmi les exemples de procédures réalisées avec l'ESWL figurent la **cholangiopancreatographie rétrograde endoscopique (CPRE)** et la **sphinctérotomie pancréatique endoscopique**.

19.11 Adhérences

Les **adhérences intestinales et péritonéales** sont codées avec

- **K56.50**, adhérences intestinales [bandes], sans spécification quant à l'obstruction partielle ou complète.
- **K56.51**, adhérences intestinales [bandes], avec obstruction partielle
- **K56.52**, adhérences intestinales [bandes], avec obstruction complète
- **K66.0**, adhérences péritonéales (post-procédure) (post-infection)
- **K56.6**, obstruction intestinale, autre et non spécifiée.

Ces codes ne comprennent pas les adhérences péritonéales pelviennes ; ces adhérences sont codées **N73.6, adhérences péritonéales pelviennes féminines (post-infectieuses)**.

En général, les **adhérences mineures** ne provoquent pas de symptômes et ne rendent pas plus difficile la réalisation d'une intervention chirurgicale. Lorsque les adhérences mineures sont facilement éliminées dans le cadre d'une autre procédure, le codage d'un diagnostic d'adhérences et d'une procédure de lyse est inapproprié.

Exemple

Des adhérences mineures autour de la vésicule biliaire peuvent être lysées lors d'une chirurgie de la vésicule biliaire ; le codage des adhérences et/ou de la lyse n'est pas approprié dans de telles situations.

Parfois, cependant, une **forte bande d'adhérences** peut causer une obstruction ou empêcher le chirurgien d'accéder à l'organe à enlever, et une lyse chirurgicale est nécessaire avant que l'opération puisse se poursuivre. Dans de tels cas, le codage des adhérences et de la lyse est approprié lorsque la **signification clinique** des adhérences et la **complexité de la lyse** des adhérences sont documentées par le prestataire de soins.

Notez que...

Les adhérences, et leur lyse, ne peuvent pas être codés sur la seule base de la mention des adhérences ou de la lyse dans un rapport opératoire. La **documentation de la signification clinique** par le chirurgien peut inclure, sans s'y limiter : *nombreuses adhérences nécessitant une longue lyse, adhérences étendues impliquant une lyse fastidieuse, lyse étendue*, et ainsi de suite. En cas de doute, c'est le prestataire de soins qui doit déterminer si les adhérences et la lyse sont suffisamment importantes pour mériter un codage et qui doit adapter la documentation le cas échéant.

Les **procédures de lyse des adhérences** sont codés en ICD-10-PCS avec l'**intervention de base Release** pour laquelle la valeur de la partie du corps codée est la **partie du corps qui est libérée** et non le tissu qui est manipulé ou coupé pour libérer la partie du corps.

Exemple

La lyse ouverte des adhérences de l'intestin grêle est codée avec la **partie du corps Small Intestine** et (**0DN80ZZ**).

19.12 Hernies de la cavité abdominale

Les **hernies** sont codées par type et par site, des **codes combinés** étant utilisés pour indiquer toute **gangrène ou obstruction** associée.

Une lecture minutieuse de la **documentation du dossier patient** et l'attention portée aux **notes d'instruction** sont des étapes importantes dans le codage de ces affections.

- Dans le cas des **hernies inguinales et fémorales**, les codes précisent en outre si la hernie est **unilatérale ou bilatérale** et si elle est spécifiée comme **récurrente** (c'est-à-dire si elle a été traitée lors d'une procédure précédente).
- Une **hernie incisionnelle** est codée comme une **hernie ventrale**.
- Les hernies **documentées** comme *incarcérées ou étranglées* sont codées comme **obstructives**.
- Une **hernie présentant à la fois une gangrène et une obstruction** est codée comme une **hernie avec gangrène**.

Exemples

- **K40.00**, hernie inguinale bilatérale avec obstruction (sans mention de gangrène)
- **K40.41**, hernie inguinale récurrente unilatérale avec gangrène
- **K41.11**, hernie fémorale gangreneuse, récurrente, bilatérale
- **K44.1**, hernie diaphragmatique avec gangrène
- **K42.0**, hernie ombilicale avec obstruction
- **K41.30**, hernie fémorale incarcerated

Les **cures de hernies** (herniorrhaphies) peuvent être effectuées avec un laparoscope inséré par une petite incision ou par une voie d'abord chirurgicale ouverte traditionnelle. Lors du codage des cures de hernies, un **code de cure bilatérale ne peut pas être utilisé** lorsque la hernie elle-même est **documentée comme unilatérale**. Une cure unilatérale peut être codée en cas d'une hernie bilatérale, mais, évidemment, il est impossible coder une cure bilatérale lorsqu'une seule hernie existe.

Il est important de comprendre comment une cure de hernie est effectuée car l'ICD-10-PCS code les **herniorrhaphies** de la façon suivante :

- en présentant **deux interventions de base**.
 - Les herniorraphies sont codées avec l'**intervention de base Repair**, sauf si la procédure est accomplie avec l'utilisation d'un matériau biologique ou synthétique tel qu'un filet ou un greffon, auquel cas l'**intervention de base Supplement** est utilisée.
- en présentant **deux systèmes anatomiques**
 - Les herniorraphies sont codées avec les **systèmes anatomiques anatomical region, lower extremities** ou *anatomical region, general* et la partie du corps appropriée où la hernie est située.
 - Par exemple, une cure de hernie inguinale bilatérale ouverte est codée avec **0YQA0ZZ** (*anatomical region, lower extremities*), tandis qu'une réparation ouverte d'une hernie ventrale est codée avec **0WQF0ZZ** (*anatomical region, general*).

Exemples

- **0YQ50ZZ**, cure de hernie inguinale droite ouverte.
- **0YU54JZ**, cure de hernie inguinale droite laparoscopique avec prothèse en filet

- **0YQA3ZZ**, cure de hernie inguinale bilatérale par voie percutanée

19.13 Appendicite

La catégorie **K35, appendicite aiguë** :

- utilise un **quatrième caractère** pour indiquer :
 - une **péritonite généralisée (K35.2)**
 - une **péritonite localisée (K35.3)**.
- utilise un **cinquième caractère** pour indiquer :
 - une perforation
 - un gangrène
 - un abcès

L'**appendicite aiguë non spécifiée** est codée en **K35.80**.

Il arrive qu'un **appendice se rompe au cours d'une appendicectomie**, ceci n'est pas codé comme une complication de la chirurgie.

La catégorie **K37, appendicite non spécifiée**, est une catégorie vague qui ne peut pas être utilisée dans les hôpitaux aigus. La plupart du temps, des informations supplémentaires sont disponibles dans la documentation du dossier patient et sinon, il faut consulter le prestataire de soins pour une documentation plus spécifique.

L'**ablation chirurgicale** de l'appendice est codée avec l'**intervention de base Resection**.

L'**appendicectomie de passage** désigne une intervention réalisée pour enlever l'appendice comme mesure **prophylactique** au cours d'une autre chirurgie abdominale. L'ICD-10-PCS ne fait **pas de distinction entre une appendicectomie de passage et une appendicectomie thérapeutique** pour traiter une pathologie de l'appendice.

19.14 Diarrhée

Une consultation attentive de l'**index alphabétique** avant de coder est nécessaire car la diarrhée peut être liée à une variété d'affections.

- Un code des catégories **A00-A09** est attribué à la **diarrhée infectieuse** lorsque l'organisme a été identifié.
- Le code symptôme **R19.7, diarrhée non spécifiée** est attribué pour les diarrhées pour lesquelles **aucun sous-terme approprié** ne peut être trouvé dans l'index alphabétique.

Le code **A09** est attribué pour une **diarrhée infectieuse non spécifiée autrement**, ou documentée uniquement comme une *diarrhée dysentérique, une diarrhée endémique ou une diarrhée épidémique*.

Voorbeelden

- **A04.71**, diarrhée due à Clostridium difficile, récurrente
- **R19.7**, diarrhée aiguë
- **A07.3**, diarrhée due à Coccidia

- **K52.9**, diarrhée chronique
- **R19.7**, diarrhée infantile
- **K59.1**, diarrhée fonctionnelle

19.15 Constipation

La **constipation à transit ralenti (K59.01)** résulte d'un ralentissement dans le transit des matières fécales dans le côlon, secondaire à un dysfonctionnement des muscles lisses. Ce type de constipation est traité soit par des laxatifs, soit par la chirurgie.

La **constipation terminale ou distale (K59.02)** résulte d'une difficulté à évacuer le rectum lors des tentatives de défécation. Ce type de constipation est traité par le biofeedback destiné à la relaxation.

Des **médicaments** peuvent altérer l'innervation du tractus GI et inhiber le transit intestinal. La constipation qui est un effet secondaire des médicaments est codée avec le code **K59.03, constipation induite par les médicaments**. Un **code additionnel de T36-T50** est attribué avec le cinquième ou sixième caractère 5 pour identifier l'**effet secondaire** du médicament.

Exemple

La constipation induite par un opioïde est codée **K59.03** suivi de **T40.2X5-**, **effet secondaire d'autres opioïdes**.

La **constipation idiopathique chronique** ou **constipation fonctionnelle (K59.04)** est une constipation en l'**absence d'anomalie physiologique**.

La **constipation non spécifiée** est codée avec le code **K59.00**.

19.16 Chirurgie bariatrique

Les **procédures malabsorptives**, telles que le pontage gastrique, sont les types d'**interventions bariatriques**¹¹ les plus courants.

Lors du **codage des procédures de pontage**, il est important de comprendre la partie du corps à **partir** de laquelle le pontage est effectué et la partie du corps **vers laquelle** le pontage est effectué.

- Le **quatrième caractère** du code ICD-10-PCS spécifie la partie du corps à **partir** de laquelle le pontage est effectué (par exemple, l'estomac).
- Le **septième caractère** spécifie la partie du corps **vers laquelle** le pontage est effectué (par exemple, le jéjunum).

Les **procédures restrictives**, telles que l'anneau gastrique, sont codées avec l'**intervention de base Restriction**.

Exemples

- **0DV64CZ**, procédure restrictive gastrique par laparoscopie.
- **0DW64CZ**, révision laparoscopique d'un anneau gastrique

11: La **chirurgie bariatrique** désigne les interventions réalisées chez des patients souffrant d'obésité morbide dans le but de perdre du poids. Plusieurs types d'interventions gastriques **malabsorptives** et **restrictives** destinées à la perte de poids peuvent être réalisées lorsque les autres méthodes ont échoué chez les patients gravement obèses.

Les **procédures malabsorptives** permettent de perdre du poids en retirant une partie de l'estomac ou en réséquant et en déviant les intestins grêles vers une petite poche gastrique, ce qui limite l'apport alimentaire et la quantité de calories et de nutriments absorbés par l'organisme.

Les **procédures restrictives**, telles que la pose d'un anneau gastrique ajustable et la gastroplastie verticale, limitent l'ingestion d'aliments en réduisant la taille de l'estomac au moyen d'un dispositif implanté, mais elles n'interfèrent pas avec le processus digestif normal.

- **0D160ZB**, pontage gastrique ouvert (de l'estomac à l'iléon)
- **0DB64Z3**, gastrectomie verticale (*sleeve*) par voie laparoscopique

La catégorie **K95, complications des interventions bariatriques**, a été créée pour identifier de manière unique les **complications des interventions bariatriques** :

- **K95.01**, infection due à la pose d'un anneau gastrique
- **K95.09**, autres complications de la pose d'un anneau gastrique
- **K95.81**, infection due à une autre procédure bariatrique
- **K95.89**, autres complications d'une autre procédure bariatrique

Dans le cas des infections, des codes additionnels sont utilisés pour spécifier le **type d'infection**, tel que cellulite de la paroi abdominale (**L03.311**) ou septicémie (**A40.-, A41.-**), et l'**organisme**, tel qu'un agent infectieux bactérien ou viral (**B95.-, B96.-**).

Aperçu

- La plupart des **maladies du système urogénital** sont classées dans le chapitre 14, maladie du système urogénital (N00-N99), de l'ICD-10-CM.
 - Les maladies urogénitales ne sont pas situées pas dans le chapitre 14 si elles sont classées par étiologie.
 - Les **maladies urogénitales classées par étiologie** comprennent les infections transmissibles, les maladies néoplasiques et les affections compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité.
- Le **terme infection des voies urinaires** est souvent utilisé par les prestataires de soins pour désigner des affections telles que **l'urétrite, la cystite ou la pyélonéphrite**.
- Il existe différents codes pour **l'incontinence urinaire** en fonction du type d'incontinence (par exemple, à l'effort, fonctionnelle). Lorsque la cause sous-jacente est connue, elle doit être codé en premier.
- La **maladie rénale chronique** se développe en conjonction avec d'autres affections. Les instructions pour le séquençage du code de maladie rénale en conjonction avec d'autres codes se trouvent dans la liste systématique.
- Une association est présumée lorsqu'un patient présente à la fois **une hypertension et une maladie rénale**. Les codes disposent d'un cinquième caractère pour le codage spécifique de cette affection.
- Les **codes de dialyse rénale** vont des codes d'admission aux codes pour l'insertion d'un cathéter sans exécution de la dialyse. Les codes de dialyse couvrent les complications telles que la démence due à la dialyse.
- Pour le codage des **affections de la prostate** un quatrième et un cinquième caractère. sont prévus. Les **néoplasmes de la prostate** ne sont pas inclus dans cette catégorie de codes.
- Le codage de la **prostatectomie, l'endométriase, le prolapsus génital, la dysplasie du col de l'utérus et de la vulve, et l'ablation de l'endomètre**, est également couvert par ce chapitre.
- Les **néoplasmes du sein** sont classés au chapitre 2, *néoplasmes (C00-D49)*, de l'ICD-10-CM. Cependant, toutes les affections et procédures concernant le sein ne sont pas liées à des néoplasmes.

20.1 Introduction	281
20.2 Infections du tractus urogénital . . .	281
20.3 Hématurie	282
20.4 Incontinence urinaire	283
20.5 Maladies rénales	284
Maladie rénale chronique et terminale	284
Défaillance rénale aiguë	285
Maladie rénale avec hypertension . .	286
Maladie rénale avec diabète sucré . .	288
20.6 Dialyse rénale	288
Dialyse péritonéale	289
Hémodialyse	289
20.7 Complications de cystostomie	293
20.8 Cystoscopie comme voie d'abord opératoire	293
20.9 Ablation de calculs urinaires	293
20.10 Maladies de la prostate et leur traitement	294
20.11 Endométriase	296
20.12 Prolapsus génital	296
20.13 Hyperplasie endométriale	297
20.14 Dysplasie du col, du vagin et de la vulve	297
20.15 Hystérectomie	298
20.16 Ablation de l'endomètre	299
20.17 Maladies du sein	299
20.18 Reconstruction mammaire	301

Objectifs

Les objectifs de ce chapitre sont :

- Distinguer les différentes affections souvent appelées infections urinaires.
- le codage d'une variété de maladies rénales et leurs traitements.
- Le codage des maladies rénales en relation avec l'hypertension et le diabète.
- Le codage des affections qui affectent les organes génitaux masculins et féminins.

20.1 Introduction

Le chapitre 14, *maladies du système urogénital (N00-N99)*, de l'ICD-10-CM classe **les maladies du système urogénital, à l'exception de celles qui sont classées par étiologie**, comme certaines infections facilement transmissibles, les maladies néoplasiques et les affections compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité.

Les **sous-termes dans l'index alphabétique** doivent être vérifiés avec soin, et une attention particulière doit être accordée aux **termes *uretère* et *urètre***, qui sont souvent confondus.

20.2 Infections du tractus urogénital

Les prestataires de soins utilisent souvent le terme *infection des voies urinaire ou infection urinaire (IU)* pour désigner des affections telles que l'urétrite¹, la cystite ou la pyélonéphrite.

Le **terme principal de l'affection spécifique** dans l'index alphabétique doit être recherché avant de consulter le terme principal *Infection*.

- Lorsqu'il existe un **sous-terme pour l'organisme**, l'affection est codée.
 - Par exemple, sous le **terme principal *Cystitis*** se trouvent des sous-termes pour l'infection diphtérique (A36.85) et l'infection à chlamydia (A56.01).
- Lorsqu'il n'existe **pas de sous-terme pour l'organisme**, l'affection est codée, suivi d'un code additionnel des catégories B95-B97 pour indiquer l'organisme.
 - Par exemple, il n'y a pas de sous-terme pour *Escherichia coli* sous le terme principal *Cystitis*; par conséquent, les codes **N30.90, cystite sans hématurie, non spécifiée** et **B96.20, escherichia coli [E. coli] non spécifié, cause de maladies classées ailleurs** sont codés pour la cystite due à *E. coli*.

1: L'**urétrite** et la **cystite** sont des infections des voies urinaires inférieures; la **pyélonéphrite** est une infection des voies urinaires supérieures.

Exemples

- **A59.03**, cystite due au trichomonas
- **N30.00 + B96.4**, cystite aiguë due à une infection à proteus
- **N11.9 + B96.20**, pyélonéphrite chronique due à *E. coli*

Les **infections des voies urinaires qui se développent après une procédure** ne peuvent pas être codées en tant qu'infections postopératoires sans autre justification.

- L'infection urinaire ne peut être codé comme complication post-procédure que si la procédure concerne les voies urinaires et si le prestataire de soins documente la relation entre l'infection et la procédure².
- En l'absence de documentation indiquant que l'infection est due à la procédure, le code **N39.0, infection des voies urinaires, site non spécifié**, doit être attribué.

Lorsque l'**infection urinaire est liée à la présence d'un implant, d'une greffe ou d'un dispositif** (tel qu'un cathéter à demeure ou un cathéter suprapubien), le code T83.5- ou T83.6- est attribué. Un code additionnel est codé pour identifier l'infection.

Si le prestataire de soins déclare que l'infection urinaire est due à un cathéter à demeure à demeure, il faut attribuer le code **T83.511-, infection et réaction inflammatoire dues au cathéter urinaire à demeure**, suivi du code N39.0.

2: Comme pour toutes les complications post-procédure, l'attribution d'un code est basée sur la documentation du prestataire de soins concernant la relation entre l'infection et la procédure.

20.3 Hématurie

L'ICD-10-CM fournit des codes distincts pour les types suivants d'**hématurie**³ :

- l'hématurie macroscopique (**R31.0**),
- l'hématurie microscopique essentielle bénigne (**R31.1**)
- l'hématurie microscopique asymptomatique (**R31.21**)
- les autres hématuries microscopiques (**R31.29**)
- l'hématurie non spécifiée (**R31.9**).

3: L'**hématurie** désigne la présence de sang dans les urines. L'hématurie **macroscopique** désigne une hématurie si abondante qu'elle est visible à l'œil nu. L'hématurie **microscopique** désigne le sang dans l'urine visible uniquement au microscope.

Notez que...

L'**hématurie fait partie intégrante de nombreuses affections génito-urinaires**. Par exemple, si le dossier patient documente une **hématurie due à un calcul rénal**, seul le code **N20.0, calcul rénal**, est attribué. Comme l'hématurie fait partie intégrante de cette affection, aucun code additionnel n'est attribué pour ce symptôme.

Une certaine quantité d'hématurie est attendue après une procédure sur les voies urinaires ou une prostatectomie. Ceci n'est pas considéré comme une complication postopératoire, et aucun code n'est attribué à moins que la perte de sang soit excessive ou persistante.

L'**hématurie microscopique** ne doit pas être confondue avec l'**hémoglobi-nurie**, qui est codée R82.3. L'**hémoglobi-nurie** est un résultat anormal et se réfère à la présence d'hémoglobine libre dans les urines lors d'un examen de laboratoire des urines. Elle n'est codée que lorsque le prestataire de soins a documenté sa signification clinique.

Les codes de la catégorie N30, *cystite*, fournissent des **codes combinés** avec un **cinquième caractère** identifiant si l'hématurie est présente ou non.

20.4 Incontinence urinaire

Lorsque la **cause sous-jacente** de l'incontinence est connue, le code pour cette affection doit être codé en premier.

- L'**incontinence à l'effort**⁴ est codée avec le code **N39.3, incontinence à l'effort (femme) (homme)**.
- L'**incontinence par impériosité**⁵ est codée avec le code **N39.41, incontinence par impériosité**.
- Lorsque l'**incontinence par impériosité et l'incontinence à l'effort sont toutes deux présentes**, l'affection est codée avec le code **N39.46, incontinence mixte (homme) (femme)**.
 - Le code N39.46 n'est pas utilisé lorsque l'incontinence à l'effort est accompagnée d'une énurésie nocturne, ou lorsque d'autres types d'incontinence sont présents en association. Il faut coder ces affections séparément.
- Les **autres types d'incontinence** sont classés dans la sous-catégorie **N39.4, autre incontinence urinaire spécifiée**.
- Le code **N32.81, vessie hyperactive**, doit également être attribué pour toute vessie hyperactive associée à des affections désignées par les codes N39.3 et N39.4.
- L'**incontinence urinaire due à une déficience cognitive, à un handicap physique sévère ou à l'immobilité** est codée sous **R39.81, incontinence urinaire fonctionnelle**.
- L'**incontinence urinaire d'origine non organique** est codée avec le code **F98.0, énurésie non due à une substance ou à un état physiologique connu**.

4: L'**incontinence à l'effort** se traduit par une perte involontaire d'urine lors d'un effort physique tel que la toux ou les éternuements. Bien qu'elle se produise aussi bien chez les hommes que chez les femmes, elle est plus fréquente chez ces dernières, généralement en raison des changements physiques provoqués par des grossesses précédentes. La chirurgie de la prostate est la première cause d'incontinence chez l'homme.

5: L'**incontinence par impériosité** est une envie soudaine et intense d'uriner suivie d'une perte involontaire d'urine. Elle est parfois appelée *vessie hyperactive* ou *vessie spastique*.

Le **traitement de l'incontinence** dépend, dans une large mesure, du type particulier d'incontinence présent.

- Pour une incontinence due à un déficit intrinsèque du sphincter, des **injections de collagène** sont parfois réalisées. Le code **3E0K3GC, introduction d'une autre substance thérapeutique dans le tractus urogénital, voie percutanée**, est attribué pour cette thérapie.
- Les autres traitements de l'incontinence sont de nature **chirurgicale**. Les codes dépendent de l'intervention effectuée. Généralement, ces procédures sont codées en utilisant l'**intervention de base Repair, Reposition ou Supplement**.

Exemples

- **0TSC0ZZ**, repositionnement du col de la vessie, voie d'abord ouverte
- **0TSD4ZZ**, repositionnement de l'urètre, voie d'abord endoscopique percutanée
- **0TUC7KZ**, ajout d'un tissu de substitution non autologue au col de la vessie, par orifice naturel ou artificiel
- **0TQDXZZ**, réparation de l'urètre, voie d'abord externe

20.5 Maladies rénales

Les **maladies rénales**⁶ sont classées en catégories N00 à N29 de l'ICD-10-CM.

L'**infection du rein non spécifiée autrement** est codé avec le code **N15.9, maladie rénale tubulo-interstitielle non spécifiée**.

Les **maladies rénales compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité** sont classées au chapitre 15, *grossesse, accouchement et puerpéralité (O00-O9A)*, de l'ICD-10-CM.

20.5.1 Maladie rénale chronique et terminale

Le séquençage des codes de la **maladie rénale chronique (MRC)**⁷ et ceux des affections sous-jacentes est basé sur les conventions de la liste systématique.

L'ICD-10-CM classe la MRC sur base de sa **sévérité**. Sur base du taux de filtration glomérulaire (GFR) (Voir figure 20.1), la MRC a été classée en **cinq stades**.

- Les codes de la catégorie N18, *maladie rénale chronique (MRC)*, ont été étendus avec un **quatrième caractère** pour mieux spécifier les différents **stades** de la maladie.
- La sous-catégorie N18.3 utilise un **cinquième caractère** pour identifier le **stade 3a**, le **stade 3b** et le **stade 3 non spécifié** de la MRC.

Stages of Chronic Kidney Disease		eGFR*
Stage 1	Kidney damage with normal kidney function	90 or higher
Stage 2	Kidney damage with mild loss of kidney function	89 to 60
Stage 3a	Mild to moderate loss of kidney function	59 to 45
Stage 3b	Moderate to severe loss of kidney function	44 to 30
Stage 4	Severe loss of kidney function	29 to 15
Stage 5	Kidney failure	Less than 15

* eGFR approximates % of normal kidney function. As kidney disease gets worse, eGFR goes down.

FIGURE 20.1 – GFR recommandé par l'Organisation Mondiale de la Santé

Les codes de sous-catégorie à quatre caractères sont les suivants :

- **N18.1**, maladie rénale chronique, stade 1
- **N18.2**, maladie rénale chronique, stade 2 (léger)
- **N18.3-**, maladie rénale chronique, stade 3 (modéré)
- **N18.4**, maladie rénale chronique, stade 4 (sévère)
- **N18.5**, maladie rénale chronique, stade 5
- **N18.6**, maladie rénale terminale
- **N18.9**, maladie rénale chronique, non spécifiée

6: La **glomérulonéphrite** est un type de néphrite dans lequel il existe une inflammation bilatérale en l'absence d'une infection.

Le **syndrome néphrotique** est un tableau clinique complexe caractérisé par un œdème, une albuminurie et une perméabilité accrue de la membrane basale des capillaires glomérulaires. Le syndrome peut résulter d'une cause inconnue ou d'une glomérulonéphrite ou de maladies telles que le diabète, le lupus érythémateux disséminé, l'hypertension et l'amyloïdose.

La **néphropathie** est un terme général qui indique la présence d'une maladie rénale.

7: La **maladie rénale chronique (MRC)** est considérée comme un terme plus actuel et plus précis que la *défaillance rénale chronique* ou l'*insuffisance rénale chronique*. La MRC se développe comme une complication d'autres maladies, telles que le diabète sucré, l'hypertension primaire, la glomérulonéphrite, la néphrose, la néphrite interstitielle, le lupus érythémateux systémique, l'uropathie obstructive et la polykystose rénale. Les patients vivent généralement de nombreuses années avec la MRC. Lorsque l'atteinte rénale devient si importante que la fonction rénale ne peut plus répondre aux besoins de l'organisme, une dialyse est généralement nécessaire.

Pour les patients atteints de la **maladie rénale terminale (MRT)**⁸, le code **Z99.2, dépendance à la dialyse rénale**, doit être attribué comme code additionnel pour signaler le statut de dialyse.

Notez que...

La situation d'un patient atteint de **maladie rénale chronique, stade 5, documentée comme nécessitant une dialyse chronique**, doit être codée avec les codes **N18.6** et **Z99.2**, au lieu de **N18.5**, comme l'indique la note *Excludes1* du code **N18.5**.

Si à la fois un **stade de MRC** et une **MRT** sont documentés pour le même patient, seul le code **N18.6** est attribué.

La défaillance rénale chronique, **non spécifiée autrement**, la maladie rénale chronique, non spécifiée autrement et l'insuffisance rénale chronique, non spécifiée autrement sont affectées au code **N18.9, maladie rénale chronique, non spécifiée**.

Une **transplantation rénale** peut être recommandée pour les patients souffrant d'une MRC sévère causée par une hypertension sévère et incontrôlée, des infections, un diabète sucré ou une glomérulonéphrite.

Les patients qui ont subi une transplantation rénale peuvent encore présenter une certaine forme de MRC car la transplantation rénale peut ne pas restaurer complètement la fonction rénale. **Il est cependant incorrect de supposer qu'une MRC légère ou modérée après une transplantation est un échec de la transplantation, à moins qu'elle ne soit documentée comme telle dans le dossier patient.** Si cette exigence de documentation est remplie, le code **Z94.0, statut de la transplantation rénale**, peut être attribué avec le code MRC approprié pour indiquer qu'un **patient atteint d'une MRC est en statut post-transplantation rénale**.

Si un échec de la transplantation ou un rejet du greffon, ou une autre **complication de la transplantation**, est documenté chez un patient atteint de MRC ou de MRT sévères, le code **T86.1-, complications de la transplantation rénale**, est attribué.

Si un patient présente une **MRC après une transplantation et que la documentation est non concluante** quant à un échec ou un rejet de la greffe, il est nécessaire de consulter le prestataire de soins et de modifier la documentation le cas échéant car la MRC ou la MRT ne constituent pas à elles seules une complication de la greffe.

20.5.2 Défaillance rénale aiguë

Les prestataires de soins utilisent parfois les termes *défaillance rénale* et *insuffisance rénale*⁹ de manière interchangeable, mais l'ICD-10-CM code ces affection avec des codes différents lorsque les affections sont aiguës.

- L'**insuffisance rénale aiguë et non spécifiée** est codée avec le code **N28.9, trouble du rein et de l'uretère, non spécifié**.
- La **défaillance rénale aiguë** est codée avec un code de la catégorie **N17**.

8: La **maladie rénale terminale** est un syndrome complexe caractérisé par un ensemble variable et inconsistant de modifications biochimiques et cliniques qui affectent la régulation de la balance hydrique, la balance acido-basique, la balance électrolytique, l'excrétion des déchets et plusieurs fonctions endocriniennes. Il s'agit d'une progression de la MRC et est défini par les cliniciens comme le moment où des séances régulières de dialyse ou une transplantation rénale sont nécessaires pour maintenir la vie.

9: La **défaillance rénale aiguë** est très différente de la maladie rénale chronique; ce n'est pas une phase de la même affection. La maladie rénale chronique est une incapacité à long terme des reins à fonctionner de manière adéquate; la défaillance rénale aiguë est l'arrêt soudain de la fonction rénale à la suite d'une atteinte sévère des reins normaux. Les agents toxiques, les chocs traumatiques ou chirurgicaux, la destruction des tissus due à une blessure ou à une intervention chirurgicale, ou une variété d'autres affections peuvent provoquer une insuffisance rénale aiguë.

L'**insuffisance rénale aiguë** est considérée comme un stade précoce de l'insuffisance rénale, mis en évidence par une diminution de la clairance de la créatinine ou une légère élévation de la créatinine sérique ou de l'azote uréique du sang (BUN). Des symptômes cliniques ou d'autres résultats de laboratoire anormaux peuvent être présents ou non, mais sont généralement minimales. Le traitement varie en fonction de la cause sous-jacente, mais une attention sérieuse est accordée à la prévention de la progression de l'affection vers l'insuffisance rénale.

- L'**insuffisance rénale due à une intervention** est codée avec le code **N99.89, autres complications et troubles post-procédure du système urogénital**.
- La **défaillance rénale non spécifiée** est codée avec le code **N19**.

Il est important de se laisser guider par la classification. Si le prestataire de soins utilise les deux termes dans le dossier patient, il faut lui demander de clarifier le diagnostic correct et d'adapter la documentation si nécessaire pour que le code approprié puisse être codé.

Le terme *lésion rénale aiguë* est utilisée par certains prestataires de soins pour documenter une défaillance rénale aiguë.

- Lorsque la **documentation fait référence à une lésion traumatique du rein**, un code de la sous-catégorie S37.0 est attribué.
- Lorsque la **documentation fait référence à un événement non traumatique**, il s'agit d'une défaillance rénale aiguë.
 - Les **lésions rénales aiguës non traumatiques** sont attribuées au code **N17.9, défaillance rénale aiguë, non spécifiée**.
 - La **valeur par défaut** pour les lésions rénales aiguës, non spécifiées quant à leur caractère traumatique ou non traumatique, est le code **N17.9**.

20.5.3 Maladie rénale avec hypertension

L'ICD-10-CM présume qu'il existe une **relation de cause à effet entre l'hypertension et des affections cardiaques et entre l'hypertension et des affections rénales**, quand ces affections sont liées par le terme *with* dans l'index alphabétique. Ces affections doivent être codées comme étant associées même en l'absence de documentation du prestataire de soins les reliant explicitement, sauf si la documentation indique clairement que les affections ne sont pas liées et/ou si le prestataire de soins a spécifiquement documenté une cause différente pour la maladie rénale ou cardiaque.

- Un **code combiné de la catégorie I12, maladie rénale chronique hypertensive**, doit être codé lorsque l'hypertension et une affection appartenant à la catégorie N18, *maladie rénale chronique (MRC)*, sont présentes.
- Un **code combiné de la catégorie I13, maladie cardiaque et rénale chronique hypertensive**, doit être codé en cas d'**hypertension avec à la fois une affection cardiaque et rénale**.

Le **quatrième ou cinquième caractère** indique le stade de la maladie rénale chronique comme suit :

- Catégorie I12
 - Le **quatrième caractère 0** : maladie rénale chronique stade 5 ou maladie rénale terminale.
 - Le **quatrième caractère 9** : maladie rénale chronique de stade 1 à 4 ou maladie rénale chronique non spécifiée
- Catégorie I13
 - Le **quatrième caractère 0** : avec insuffisance cardiaque et maladie rénale chronique, stade 1 à 4, ou maladie rénale chronique non spécifiée.

- Le **quatrième caractère 1** : maladie rénale chronique sans insuffisance cardiaque, le **cinquième caractère** indiquant le stade de la maladie rénale chronique comme suit :
 - Le **cinquième caractère 0** : maladie rénale chronique de stade 1 à 4, ou non spécifiée".
 - Le **cinquième caractère 1** : maladie rénale chronique de stade 5 ou maladie rénale terminale.
- Le **quatrième caractère 2** : avec insuffisance cardiaque et maladie rénale chronique, stade 5, ou maladie rénale terminale.

Les codes des catégories I12 et I13 nécessitent des **codes additionnels** pour identifier le stade de la maladie rénale chronique, comme le montre le tableau 20.1.

Code de la catégorie I12-I13	N18.1-N18.4 ou N18.9	N18.5 ou N18.6
I12.0		X
I12.9	X	
I13.0	X	
I13.10	X	
I13.11		X
I13.2		X

TABLE 20.1 – Codes de la catégorie I12 et I13 qui nécessitent des codes additionnels pour spécifier le stade de la maladie rénale chronique

La **défaillance rénale aiguë** n'est pas causée par l'hypertension et n'est pas incluse dans les codes de la maladie rénale hypertensive. Lorsque la **défaillance rénale aiguë** et l'**hypertension** sont toutes deux présentes, il faut attribuer un code de la catégorie N17, *défaillance rénale aiguë*, avec un code additionnel pour l'hypertension.

L'utilisation des codes des catégories I12 et I13 ne s'applique pas dans les situations suivantes :

- L'affection rénale est une **défaillance rénale aiguë**.
- L'**hypertension** est documentée comme **secondaire**.
- Il est explicitement documenté que la **maladie rénale n'est pas associée à l'hypertension**.

Exemples

- **I12.9 + N18.9**, maladie rénale hypertensive avec maladie rénale chronique.
- **I13.10 + N18.32**, maladie cardiaque et rénale hypertensive avec maladie rénale chronique, stade 3b
- **I13.2 + N18.5 + I50.9**, maladie cardiaque et rénale hypertensive avec maladie rénale chronique de stade 5 et insuffisance cardiaque congestive
- **N17.9 + I10**, défaillance rénale aiguë ; hypertension

20.5.4 Maladie rénale avec diabète sucré

Les **complications rénales diabétiques** sont codées en E08-E13 avec :

- .21 pour la **néphropathie diabétique**
- .22 pour la **maladie rénale chronique**
- .29 pour une **autre complication rénale**

Les maladies rénales résultent parfois à la fois de l'hypertension et du diabète sucré. Dans ce cas, on attribue :

- un code combiné de la catégorie I12 ou de la catégorie I13
- un code de la sous-catégorie E08-E13 avec .2-
- Un code de la catégorie N18 est attribué pour spécifier le stade de la maladie rénale chronique.

Exemples

- **E11.21**, néphrose diabétique
- **I12.9 + E10.22 + N18.4**, maladie rénale chronique stade 4 due à l'hypertension et au diabète sucré de type 1
- **E10.22**, maladie rénale chronique, non spécifiée, due à un diabète de type 1

20.6 Dialyse rénale

Le codage d'une **admission associée à la dialyse rénale**¹⁰ :

- Lorsqu'un patient est **admis pour une dialyse rénale**, le code de l'affection sous-jacente, nécessitant la dialyse, doit être codé en tant que raison d'admission.
- Périodiquement, il peut être nécessaire d'**apporter des soins au cathéter de dialyse rénale**, comme la toilette ou le nettoyage, ou le remplacement du cathéter. Ces admissions sont codées avec le code **Z49.01, contact pour la pose et l'ajustement d'un cathéter de dialyse extracorporelle**, ou avec le code **Z49.02, contact pour la pose et l'ajustement d'un cathéter de dialyse péritonéale**.
- D'autres admissions peuvent être liées à des **tests d'adéquation de la dialyse**, qui sont classés dans les codes **Z49.31, contact pour test d'adéquation de l'hémodialyse**, ou **Z49.32, contact pour test d'adéquation de la dialyse péritonéale**.

Si le patient est **admis en raison d'une autre pathologie** mais continue à recevoir un traitement de dialyse pendant son séjour à l'hôpital, le code **Z99.2, dépendance à la dialyse rénale**, peut être attribué comme code additionnel ; l'affection responsable de l'admission est désignée comme diagnostic principal.

Si l'on sait que **le patient ne se conforme pas à la dialyse rénale**, le code **Z91.15, non-conformité du patient à la dialyse rénale**, peut être attribué.

¹⁰: Lorsque les reins sont atteints et incapables de fonctionner normalement, une **dialyse rénale** peut être mise en place pour remplacer la fonction des reins. Il existe essentiellement deux types de dialyse rénale pour éliminer les déchets et l'excès d'eau du sang : la **dialyse péritonéale** et l'**hémodialyse**. Les patients souffrant d'**maladie rénale terminale** ont besoin d'un programme régulier de traitements de dialyse pour gérer les symptômes liés à la maladie rénale. En général, la dialyse est effectuée en tant que service ambulatoire.

20.6.1 Dialyse péritonéale

Le placement d'un cathéter péritonéal pour la dialyse est codé comme insertion d'un dispositif de perfusion.

Lorsque la procédure est réalisée par une voie percutanée, elle est codée avec le code **0WHG33Z, insertion d'un dispositif de perfusion dans la cavité péritonéale, voie percutanée.**

Dans certains cas, un cathéter de dialyse péritonéale¹¹ peut être placé avec la partie externe du cathéter laissée enfouie sous la peau en prévision d'une dialyse future. Cette technique permet le manchon externe de cicatriser dans un environnement stérile et réduit le risque de péritonite. Le cathéter enfoui permet également de préparer le patient à la dialyse péritonéale lorsqu'il existe un risque de détérioration rapide de la fonction rénale entraînant un besoin soudain de dialyse.

L'externalisation du cathéter pour la dialyse est codée avec l'**intervention de base Revision**¹². Bien que le dispositif n'ait pas été corrigé ou ne fonctionne pas mal, il est considéré comme déplacé et non fonctionnel jusqu'à ce qu'il soit externalisé. Le cathéter est repositionné afin d'être utilisé correctement dans la bonne position.

11: La **dialyse péritonéale** est réalisée en instillant un fluide préparé dans la cavité péritonéale et en éliminant les toxines urémiques avec le fluide préparé. Dans la dialyse péritonéale, un tube est inséré dans la cavité péritonéale.

12: **Revision** consiste à corriger, dans la mesure du possible, une partie d'un dispositif défectueux ou la position d'un dispositif déplacé.

Exemple

Le code **0JWT33Z, révision d'un dispositif de perfusion dans le tissu sous-cutané et le fascia du tronc, voie percutanée** est attribué pour l'extériorisation percutanée d'un cathéter de dialyse péritonéale qui a été placé dans une poche sous-cutanée plusieurs mois avant d'être nécessaire pour la dialyse. Le code **3E1M39Z, irrigation de la cavité péritonéale à l'aide de dialysat, voie d'abord percutanée**, est attribué pour la dialyse associée.

20.6.2 Hémodialyse

Dans l'**hémodialyse**, le sang est retiré de l'organisme et filtré par un dialyseur, ou rein artificiel, après quoi le sang filtré est renvoyé dans l'organisme.

Il existe **trois types d'accès** pour l'hémodialyse :

- le cathéter
- le greffon artério-veineux (AV)
- la fistule AV.

La dialyse associée est **codée** :

- **Section** : *Extracorporeal or Systemic Assistance and Performance Section*
- **Système anatomique** : *physiological systems*
- **Intervention de base** : *Performance*¹³

Un **cinquième caractère** est attribué :

- pour la **durée** :
 - moins de 6 heures par jour
 - 6-18 heures par jour

13: **Performance** est la prise en charge complète d'une fonction physiologique par des moyens extracorporels.

- plus de 18 heures par jour
- pour la **continuité** :
 - intermittente
 - prolongée
 - continue

L'**hémodialyse intermittente** est le type d'hémodialyse classiquement pratiqué pour la maladie rénale terminale. Elle consiste généralement en des séances de quatre heures effectuées trois fois par semaine. Ces séances d'hémodialyse intermittente sont codées avec le code **5A1D70Z, performance de filtration urinaire, intermittente, moins de 6 heures par jour**.

newpage La **thérapie de remplacement du rein (TRR)**¹⁴ représente deux autres formes d'hémodialyse :

- la **thérapie de remplacement de rein intermittente prolongée (PIRRT)**¹⁵
 - la PIRRT est également connue sous le nom de **dialyse prolongée à faible efficacité (SLED)**¹⁶ et de **dialyse quotidienne prolongée (EDD)**¹⁷.
 - Elle peut être pratiquée pendant 6 à 18 heures par jour avec des vitesses de pompe à sang et des débits de dialysat plus faibles pour aider à maintenir la stabilité hémodynamique.
- la **thérapie de remplacement de rein continue (CRRT)**¹⁸
 - La CRRT est également connue sous le nom de **hémofiltration veino-veineuse continue (CVVH)**.
 - La CRRT est une forme plus lente d'hémodialyse qui est administrée pendant 18 à 24 heures par jour.

Ces traitements peuvent être administrés aux patients gravement malades souffrant de défaillance rénale aiguë ou de lésions rénales aiguës en soins intensifs.

Hémodialyse par cathéter

Le codage de l'**hémodialyse par cathéter**¹⁹ se fait comme suit :

- Sur base du **type de cathéter** :
 - un **cathéter veineux** : codage de l'insertion d'un dispositif de perfusion, voie percutanée
 - un **cathéter tunnelisé** : codage du cathéter et du dispositif d'accès vasculaire tunnelisé
 - un **dispositif d'accès vasculaire totalement implantable** : codage du dispositif d'accès vasculaire totalement implantable et du cathéter
- La **partie du corps** pour l'insertion d'un dispositif d'accès vasculaire est basée sur la **position finale de l'embout du dispositif de perfusion**, et non sur le point où le cathéter est inséré.

Exemples

- Lorsqu'un cathéter de dialyse est inséré par micropuncture à travers la veine jugulaire interne droite dans la veine cave supérieure, le code **02HV33Z, insertion d'un dispositif de**

14: **RRT** ou *renal replacement therapy*

15: **PIRRT** ou *prolonged intermittent renal replacement therapy*

16: **SLED** ou *sustained low-efficiency dialysis*.

17: **EDD** ou *extended daily dialysis*

18: **CRRT** ou *continuous renal replacement therapy*

19: L'**hémodialyse par cathéter** est généralement utilisée pour un accès de courte durée, bien que dans certains cas, un cathéter puisse être utilisé pour un accès permanent. Le cathéter est inséré dans une grosse veine située soit dans le cou, soit dans la poitrine. Par rapport à l'accès artério-veineux, les cathéters ont une plus grande tendance à s'infecter, et le sang risque de ne pas être filtré aussi complètement.

perfusion dans la veine cave supérieure, voie percutanée est attribué.

- Un cathéter de dialyse tunnelisé est inséré à travers une petite incision au niveau du cou où l'extrémité du cathéter est avancée dans l'oreillette droite. L'extrémité opposée du cathéter traverse le tissu sous-cutané et sort du corps par une petite incision au niveau de la paroi thoracique. Pour un cathéter d'hémodialyse tunnelisé qui est placé dans l'oreillette droite, le code **02H633Z, insertion d'un dispositif de perfusion dans l'oreillette droite, voie percutanée** est attribué pour le cathéter veineux central, et le code **0JH63XZ, insertion d'un dispositif d'accès vasculaire tunnelisé dans le tissu sous-cutané et le fascia de la cage thoracique, voie percutanée**, est attribué pour le dispositif d'accès vasculaire.
- Lorsqu'un cathéter d'hémodialyse tunnelisé est échangé en plaçant un nouveau cathéter d'accès à travers le tunnel existant et dans l'oreillette droite en utilisant un guidage fluoroscopique, l'**intervention de base Change** est attribuée pour le positionnement du cathéter dans la même position exacte que le cathéter précédent.

Lorsqu'un **dispositif d'accès vasculaire totalement implantable**²⁰ est inséré via la veine sous-clavière droite avec l'embout dans la veine cave supérieure, et qu'une poche est créée dans le tissu sous-cutané du thorax pour contenir l'orifice, le code **02HV33Z, insertion d'un dispositif de perfusion dans la veine cave supérieure, voie percutanée**, est codé pour la mise en place du cathéter, et le code **0JH60WZ, insertion d'un dispositif d'accès vasculaire totalement implantable dans le tissu sous-cutané et le fascia du thorax, voie d'abord ouverte**, pour la mise en place de l'orifice sous-cutané.

Les patients sont parfois admis pour l'insertion d'un cathéter ou d'un dispositif d'accès vasculaire, mais aucune dialyse n'est effectuée pendant l'admission. Lorsque la **dialyse est effectuée au cours de la même admission**, un code de procédure pour la dialyse est attribué pour spécifier que la dialyse a été effectivement effectuée au cours de l'admission. Lorsque l'admission concerne la pose ou le réglage du cathéter de dialyse, le code **Z49.01** est attribué pour un cathéter extracorporel et le code **Z49.02** est attribué pour un cathéter péritonéal.

Exemples

- **N18.6 + Z99.2 + 0JH60WZ + 02H633Z** : Patient souffrant d'une maladie rénale terminale admis pour l'insertion d'un port-a-cath totalement implantable, dans une poche sous-cutanée du thorax, et l'embout du cathéter reposant dans l'oreillette droite.
- **Z49.01 + N18.6 + Z99.2 + 5A1D70Z** : Patient atteint d'une maladie rénale chronique, stade 5, en dialyse chronique, admis pour le nettoyage du cathéter d'hémodialyse, hémodialyse effectuée pendant cinq heures.

Change est défini comme le fait de retirer ou d'enlever un dispositif d'une partie du corps et de remettre un dispositif identique ou similaire dans ou sur la même partie du corps sans couper ou percer la peau ou une muqueuse. La voie d'abord est externe. Toutes les procédures de type *Change* sont codées en utilisant la voie d'abord *External*.

20: Un **dispositif d'accès vasculaire totalement implantable** peut être documenté *port implanté, port d'accès veineux ou port-a-cath*. Il se compose de deux parties : un **port d'injection** et un **cathéter**. Aucune partie du cathéter ne traverse la peau. Le port sous-cutané est placé dans une poche créée sur la paroi thoracique. On accède au port par voie percutanée à l'aide d'une aiguille. Le cathéter est inséré dans l'une des veines principales de la partie supérieure du thorax et passe à travers le tissu sous-cutané. L'embout du cathéter est avancée dans la veine cave supérieure ou l'oreillette.

Greffon artério-veineux

Lorsqu'un greffon tubulaire est utilisé pour relier l'artère et la veine, la connexion est appelée greffon artério-veineux. Une fois le greffon cicatrisé, l'hémodialyse est effectuée en ponctionnant le greffon lui-même pour donner accès aux vaisseaux sanguins. Une aiguille est insérée dans le côté artériel du greffon et une autre dans le côté veineux.

Lorsque l'on code la **création d'un greffon AV**, :

- l'intervention de base est *Bypass*,
- le sixième caractère identifie le type de greffon.

Exemple

Un greffon artério-veineux brachiocéphalique gauche est codé avec le code **03180JD**, pontage de l'artère brachiale gauche à la veine du bras supérieur avec substitut synthétique, voie d'abord ouverte.

Fistule artério-veineuse

Lorsque l'on code la **création d'une fistule artério-veineuse**²¹ :

- l'intervention de base est *Bypass*
- le quatrième caractère représente la partie du corps à partir de laquelle le pontage est réalisé
- le qualificatif spécifie la partie du corps vers laquelle le pontage est réalisé.

Dans le contexte de l'accès vasculaire pour l'hémodialyse, il s'agit généralement d'un **pontage de l'artère vers la veine** (système haute pression vers système basse pression).

Exemple

Une fistule artério-veineuse brachiocéphalique gauche, est codé avec le code **03180ZD**, pontage de l'artère brachiale gauche vers la veine du bras supérieur, voie d'abord ouverte.

Il faut normalement deux à trois mois pour qu'une fistule AV arrive à maturité. Une **fistule qui n'arrive pas à la maturité** ou qui ne se développe pas est considérée comme une **complication mécanique** et est codée avec un code sous T82.590-, *autre complication mécanique d'une fistule artério-veineuse chirurgicale*. Les causes primaires d'une fistule qui n'arrive pas à la maturité sont le rétrécissement d'une veine ou de multiples veines concurrentes. Le traitement peut consister à réaliser une artério-venostomie pour créer une nouvelle fistule AV. D'autres options de traitement peuvent être réalisées par des radiologues interventionnels, comme l'angioplastie par ballonnet, la révision de la fistule AV et/ou la fermeture des veines concurrentes, qui peuvent être réalisées à l'aide de différentes techniques.

Les **autres complications mécaniques** liées à la fistule AV sont la **rupture** (T82.510-), le **déplacement** (T82.520-) et la **fuite** (T82.530-).

21: Les **fistules artério-veineuses** sont indiquées lorsqu'un accès vasculaire permanent est nécessaire. Une artère est chirurgicalement reliée directement à une veine lors de la création d'une fistule AV. Au cours de la maturation de la fistule, la veine s'agrandit et se renforce jusqu'à devenir un point d'accès fiable, permettant des ponctions fréquentes pour l'hémodialyse. La fistule AV présente moins de complications et dure plus longtemps que les autres types d'accès pour l'hémodialyse.

Les **complications mécaniques du cathéter de dialyse vasculaire** sont codées avec des codes de la sous-catégorie T82.4.

20.7 Complications de cystostomie

Les **complications de la cystostomie** sont codées avec des codes sous N99.51-.

Le code **N99.511** est attribué pour une **infection de la cystostomie**. Un code additionnel est attribué pour préciser le type d'infection, tel qu'abcès de la paroi abdominale (**L02.211**) ou cellulite de la paroi abdominale (**L03.311**), avec un code additionnel pour identifier l'organisme.

Le **dysfonctionnement de la cystostomie** est codé **N99.512**.

Les **autres complications** de la cystostomie, telles que fistule, hernie ou prolapsus, sont codées avec le code **N99.518**.

Notez que...

La **complication mécanique d'une sonde urinaire** est classée dans T83.0- plutôt que dans N99.51-.

20.8 Cystoscopie comme voie d'abord opératoire

La **cystoscopie** est utilisée comme approche pour de nombreuses procédures réalisées pour diagnostiquer et traiter des affections des voies urinaires et n'est pas codée séparément lorsqu'elle est la voie d'abord de la procédurale.

L'ICD-10-PCS classe la **voie d'abord cystoscopique** comme *via natural or artificial opening endoscopic*.

Les procédures documentées comme *transurétrales* doivent être codées avec la voie d'abord *via natural or artificial opening*, tandis que celles documentées comme *urétéroscopiques transurétrales* sont codées avec la voie d'abord *via natural or artificial opening endoscopic*.

Lorsqu'une cystoscopie est effectuée pour **explorer visuellement et/ou manuellement la vessie** (sans effectuer une autre procédure), elle est codée avec l'intervention de base *Inspection*, notamment avec le code **0TJB8ZZ**, **inspection de la vessie, par orifice naturel ou artificiel endoscopique**.

20.9 Ablation de calculs urinaires

Les calculs urinaires sont relativement courants et passent souvent sans intervention chirurgicale. Plusieurs types de techniques chirurgicales sont utilisés lorsqu'une intervention est nécessaire. La **lithotripsie extracorporelle par ondes de choc du rein (LEOC)**²², de l'uretère et/ou de la vessie (intervention de base *Fragmentation*, voie d'abord externe) utilise des ondes de choc pour réduire les calculs en fragments qui peuvent plus

22: ESWL ou *extracorporeal shock wave lithotripsy*

facilement passer dans les voies urinaires et être excrétés sur une courte période.

Exemple

La LEOC de l'uretère droit est codé 0TF6XZZ, fragmentation dans l'uretère droit, voie d'abord externe.

Pour les calculs qui sont de mauvais candidats à l'ESWL, un traitement endoscopique est indiqué. L'urétéroscopie est le moyen le plus courant de visualiser un calcul des voies urinaires supérieures. En outre, des techniques percutanées (par exemple, l'endo-urologie percutanée) peuvent être utilisées.

La **lithotripsie par ultrasons** nécessite un endoscope rigide et est généralement réalisée par une voie d'abord rénale percutanée. Les lithotripteurs à ultrasons sont utilisés pour traiter les gros calculs vésicaux. Comme elle nécessite un instrument rigide relativement grand, son utilisation est limitée aux calculs de l'uretère inférieur ou de la vessie.

La **lithotripsie avec élimination des fragments** est codée avec l'**intervention de base Extirpation**²³. La fragmentation ne sera pas codée séparément car elle fait partie intégrante de l'extirpation.

23: *Extirpation* est l'élimination d'une matière solide, comme un calcul ou un autre sous-produit physiologique anormal d'une partie du corps, et comprend toute fragmentation antérieure de la matière solide avant son élimination.

Exemple

La fragmentation urétéroscopique d'un calcul de l'uretère gauche avec élimination des fragments est codée avec le code 0TC78ZZ, extirpation de matière de l'uretère gauche, voie d'abord endoscopique.

La **néphrostomie percutanée**²⁴ est codée l'**intervention de base Extirpation** et avec **voie d'abord percutanée ou endoscopique percutanée**.

Les calculs rénaux peuvent migrer dans le système urinaire, en passant par le rein et l'uretère vers la vessie. Lors du codage de l'extirpation d'un calcul, la **partie du corps** est basée sur l'**emplacement du calcul au début de la procédure**.

24: Lorsque les calculs rénaux sont assez gros, ou dans un endroit qui ne permet pas une lithotripsie efficace, les calculs peuvent être retirés par **néphrostomie percutanée**. L'intervention est réalisée par une petite incision dans le dos; un tunnel est créé directement dans le rein et un tube est inséré. Le calcul est retiré par le tube.

Exemple

Si un patient est réadmis pour l'extirpation d'un calcul de la vessie après une admission antérieure pour l'extirpation d'un calcul du rein, le calcul du rein est codé pour la première admission tandis que le calcul de la vessie est codé pour la deuxième admission.

20.10 Maladies de la prostate et leur traitement

Les maladies des organes génitaux masculins sont classées dans les catégories N40 à N53, les **affections de la prostate** sont classées dans les catégories N40 à N42.

Les **néoplasmes de la prostate** sont classés ailleurs, comme suit :

- **C61**, néoplasme malin de la prostate
- **D29.1**, néoplasme bénin de la prostate
- **D07.5**, néoplasme in situ de la prostate.

L'**hyperplasie de la prostate** est classée dans la catégorie N40, *hyperplasie bénigne de la prostate*, le quatrième caractère spécifiant la présence ou l'absence de symptômes de la partie inférieure du tractus urinaire.

Comme indiqué par la note *use additional code* sous le code **N40.1, hyperplasie bénigne de la prostate avec symptômes de la partie inférieure du tractus urinaire**, un code additionnel doit être attribué pour identifier les symptômes associés lorsqu'ils sont documentés, tels que la vidange incomplète de la vessie (**R39.14**), la nycturie (**R35. 1**), l'effort à la miction (**R39.16**), la fréquence urinaire (**R35.0**), l'hésitation urinaire (**R39.11**), l'incontinence urinaire (N39.4-), l'obstruction urinaire (**N13.8**), la rétention urinaire (**R33.8**), l'urgence urinaire (**R39.15**) ou la faiblesse du jet urinaire (**R39.12**).

La catégorie N41 classe les **maladies inflammatoires de la prostate** comme suit :

- **N41.0**, prostatite aiguë
- **N41.1**, prostatite chronique
- **N41.2**, abcès de la prostate
- **N41.3**, prostatocystite
- **N41.4**, prostatite granulomateuse
- **N41.8**, autres maladies inflammatoires de la prostate
- **N41.9**, maladie inflammatoire de la prostate, non spécifiée

La catégorie N42 classe les **autres troubles de la prostate** comme suit :

- **N42.0**, calculs de la prostate
- **N42.1**, congestion et hémorragie de la prostate
- **N42.3**, dysplasie de la prostate
- **N42.81**, syndrome de prostatodynie
- **N42.82**, syndrome de prostatose
- **N42.83**, kyste de la prostate
- **N42.89**, autres troubles spécifiés de la prostate
- **N42.9**, trouble de la prostate, non spécifié

Pour coder une **prostatectomie**, il est nécessaire de déterminer

- si la **prostate complète** a été enlevée (intervention de base *Resection*)
- si seulement une **partie de la prostate** a été enlevée (intervention de base *Excision*)
- la **voie d'abord chirurgicale** (ouverte, endoscopique percutanée, par orifice naturel ou artificiel, ou par orifice naturel ou artificiel endoscopique).

Exemple

- Prostatectomie transurétrale totale par cystoscope : **0VT08ZZ**, résection de la prostate, par orifice naturel ou artificiel endoscopique.
- Prostatectomie sous-pubienne : **0VT00ZZ**, résection de la prostate, par voie d'abord ouverte.

Lors d'une **prostatectomie radicale**, les vésicules séminales et les vaisseaux ampullaires sont excisés en même temps que la prostate. Cette procédure nécessite deux codes :

- un code pour la résection de la prostate
- un code séparé pour la résection des vaisseaux séminaux bilatéraux.

Une **prostatectomie réalisée ensemble avec une cystectomie radicale** implique l'ablation de la vessie, de la prostate et des vaisseaux séminaux. Elle nécessite donc trois codes :

- un code pour la résection de la prostate
- un code pour la résection de la vessie
- un code pour la résection des vaisseaux séminaux bilatéraux.

Différents types de **sources d'énergie** peuvent être utilisés pour la destruction du tissu prostatique, comme la thérapie par micro-ondes, la thérapie par radiofréquence, l'ablation et la cryothérapie. Tous ces différents types de sources d'énergie sont codés avec l'**intervention de base Destruction**.

20.11 Endométriose

Un code de la catégorie N80, *endométriose*, est attribué pour l'**endométriose**²⁵, avec un quatrième caractère indiquant le site dans lequel se trouve le tissu aberrant.

- N80.1, endométriose de l'ovaire
- N80.5, endométriose du côlon
- N80.2, endométriose des trompes de Fallope

25: L'**endométriose** est une affection dans laquelle un tissu aberrant qui ressemble presque parfaitement à la muqueuse de l'utérus se trouve dans divers autres sites de la cavité pelvienne.

20.12 Prolapsus génital

Le **prolapsus du vagin et/ou de l'utérus** est une affection relativement courante. Pour coder le prolapsus génital, il faut d'abord déterminer :

- si l'affection concerne la paroi vaginale, l'utérus ou les deux
- si le prolapsus est complet ou incomplet.

Exemples

- N81.2 Prolapsus utéro-vaginal incomplet (l'utérus descend dans l'introitus, et le col de l'utérus le dépasse légèrement).
- N81.3 Prolapsus utéro-vaginal complet (le col de l'utérus et l'utérus dépassent l'introitus et le vagin est inversé).

Le code N99.3 est attribué pour le **prolapsus de la voûte vaginale après une hystérectomie**; il n'est pas classé comme une complication chirurgicale. Cette affection peut être due à la technique chirurgicale ou au relâchement des structures de soutien après l'intervention.

L'**entéroccèle pelvienne ou vaginale**, une hernie de l'intestin à travers la muqueuse vaginale intacte, est codée N81.5, **entéroccèle vaginale**, qu'elle soit congénitale ou acquise.

Le **prolapsus de l'utérus chez une patiente en obstétrique** est classé au chapitre 15, *grossesse, accouchement et la puerpéralité* ((O00-O9A) de l'ICD-10-CM.

Exemples

- N81.4, prolapsus de l'utérus (sans atteinte de la paroi vaginale)
- N81.5, entérocele vaginale
- N81.85, prolapsus du moignon cervical
- O34.522, prolapsus de l'utérus gravide (deuxième trimestre)
- N81.11, cystocèle, ligne médiane
- N81.0, uréthrocèle
- N81.6, rectocèle

20.13 Hyperplasie endométriale

L'ICD-10-CM fournit les codes suivants pour l'**hyperplasie endométriale**²⁶ :

- N85.00, hyperplasie endométriale, non spécifiée
- N85.01, hyperplasie endométriale bénigne
- N85.02, néoplasie intra-épithéliale de l'endomètre [EIN].

26: L'**hyperplasie endométriale** désigne une prolifération excessive des cellules de la paroi interne de l'utérus. Elle est considérée comme un facteur de risque important de cancer de l'endomètre et nécessite une surveillance attentive.

20.14 Dysplasie du col, du vagin et de la vulve

La **néoplasie intraépithéliale cervicale (CIN)**²⁷, également appelée **dysplasie cervicale**, est la transformation potentiellement pré maligne et la croissance anormale (dysplasie) des cellules squameuses à la surface du col de l'utérus. Cette affection est classée en trois stades :

- La **CIN I** est codée avec le code **N87.0, dysplasie cervicale légère**.
- La **CIN II** est codée avec le code **N87.1, dysplasie cervicale modérée**.
- La **CIN III** ou dysplasie sévère du col de l'utérus, est un carcinome in situ du col de l'utérus, est codé avec un code sous D06.-, *carcinome in situ du col de l'utérus*.

27: CIN ou *cervical intraepithelial neoplasia*

La **néoplasie intra-épithéliale vaginale (VAIN)**²⁸ désigne des résultats histologiques pré malins dans le vagin caractérisés par des changements dysplasiques. Il s'agit d'une pathologie rare, généralement asymptomatique. Cette affection est classée en trois stades :

- La **VAIN I** est codé avec le code **N89.0, dysplasie vaginale légère**.
- La **VAIN II** est codé avec le code **N89.1, dysplasie vaginale modérée**.
- La **VAIN III** est codé avec le code **D07.2, carcinome in situ du vagin**.

28: VAIN ou *vaginal intraepithelial neoplasia*

La **néoplasie intra-épithéliale vulvaire (VIN)**²⁹ fait référence aux changements qui peuvent se produire dans la peau recouvrant la vulve. Dans certains cas, la VIN peut disparaître sans traitement. Cette affection est classée en trois stades :

- La **VIN I** ou dysplasie légère de la vulve, est codé avec le code **N90.0, dysplasie vulvaire légère.**
- La **VIN II** ou dysplasie modérée de la vulve, est codé avec le code **N90.1, dysplasie vulvaire modérée.**
- La **VIN III** ou dysplasie sévère de la vulve, est codé avec le code **D07.1, carcinome in situ de la vulve.**

Un diagnostic de **CIN III, VAIN III ou VIN III** ne peut être posé que sur la base d'un **examen pathologique des tissus**. Les codes R87.61-, *résultats cytologiques anormaux dans les spécimens du col de l'utérus*, ou R87.62-, *résultats cytologiques anormaux dans les spécimens du vagin*, sont attribués pour les résultats anormaux d'un examen cytologique cervical ou vaginal sans confirmation histologique. Pour des résultats similaires pour la vulve, le code **R87.69, résultats cytologiques anormaux dans les spécimens provenant d'autres organes génitaux**, est attribué.

20.15 Hystérectomie

Lors du codage d'une **hystérectomie**³⁰, il est important de préciser si le **col de l'utérus** est enlevé, car certains tableaux ICD-10-PCS du *Female Reproductive System* (par exemple, le tableau 0UT, *Resection*) contiennent des subdivisions anatomiques avec des valeurs distinctes pour *Uterus* et *Cervix*.

Dans une **hystérectomie supracervicale ou subtotale**, seule la partie supérieure de l'utérus est enlevée, le col de l'utérus restant intact. Cette procédure est codée avec l'**intervention de base Resection** et avec la partie du corps *Uterus*.

Exemple

Une **hystérectomie subtotale par laparoscopie** est codé avec le code **0UT94ZL, résection de l'utérus, supracervical, voie d'abord endoscopique percutanée.**

L'**hystérectomie totale** consiste à enlever l'ensemble de l'utérus et du col de l'utérus.

Exemple

Une **hystérectomie totale par laparoscopie** est codée avec le code **0UT94ZZ, résection de l'utérus, voie d'abord endoscopique percutanée.**

29: VIN ou *vulvar intraepithelial neoplasia*

30: Une **hystérectomie** pour enlever l'utérus peut être réalisée pour différentes pathologies, notamment les fibromes utérins symptomatiques, le prolapsus utérin, l'endométriose et les néoplasmes malins de l'utérus, du col de l'utérus ou des ovaires. Selon les indications de l'intervention, le chirurgien peut choisir d'enlever tout ou partie de l'utérus.

20.16 Ablation de l'endomètre

L'ablation de l'endomètre³¹ est codé avec l'intervention de base *Destruction*.

Exemple

0U5B8ZZ, destruction de l'endomètre, par orifice naturel ou artificiel, endoscopique, est attribué pour une ablation de l'endomètre par voie vaginale.

31: L'ablation de l'endomètre est une alternative à l'hystérectomie pour les femmes présentant des saignements dysfonctionnels qui ne répondent pas à l'hormonothérapie. Elle peut également être utilisée pour traiter les femmes atteintes de tumeurs fibromateuses ou de polypes endométriaux. Un scope équipé d'une bille roulante ou d'un fil en forme de U est inséré dans l'utérus. La muqueuse de l'utérus est ablatée par laser, par énergie électromagnétique à radiofréquence ou par électrocoagulation.

20.17 Maladies du sein

Les **néoplasmes du sein** sont classés au chapitre 2, *néoplasmes (C00-D49)*, de l'ICD-10-CM. Des termes tels que *tumeur, kyste et masse* ne font pas nécessairement référence à une maladie néoplasique. Lorsqu'une intervention chirurgicale est effectuée, le rapport de pathologie fournit des informations plus spécifiques pour aider à l'attribution des codes.

Exemples

- N60.11, maladie fibrokystique du sein droit
- D24.9, néoplasme bénin du sein féminin
- D23.5, néoplasme bénin de la peau du sein
- N62, gynécomastie
- C50.929, carcinome du sein masculin
- C50.919, carcinome du sein féminin
- N63.24, masse du quadrant inférieur interne du sein gauche

Les prestataires de soins documentent souvent la **localisation** d'une masse en termes liés aux positions sur une horloge. Les établissements peuvent choisir d'élaborer un tableau de correspondance qui traite de la corrélation entre les positions sur une horloge et les quadrants du sein et qui permet de sélectionner les codes en fonction de ce type de documentation. Ces directives d'établissement ne doivent pas entrer en conflit avec les *ICD-10-CM Official Guidelines for Coding and Reporting* et elles ne doivent pas remplacer la documentation du prestataire de soins.

L'ICD-10-PCS code les **procédures sur le sein** avec le **système anatomique *Skin and Breast***.

Les **biopsies du sein** sont codées avec l'intervention de base *Drainage* ou *Excision* selon que la biopsie implique respectivement l'élimination de liquide, comme dans le cas d'un kyste, ou de tissu, comme dans le cas d'une masse ou d'une bosse. Les biopsies sont codées dans l'ICD-10-PCS avec un septième caractère (qualificatif) X signifiant *Diagnostic*.

Lorsque la procédure est documentée comme une **biopsie excisionnelle**, il s'agit généralement de l'**excision de la lésion entière** plutôt que d'une simple biopsie, auquel cas elle est codée avec l'**intervention de base *Excision***. Le terme de *tumorectomie* décrit également une excision locale d'une lésion mammaire.

Lorsqu'une intervention chirurgicale sur le sein est réalisée pour un éventuel néoplasme, il est d'usage d'effectuer une **biopsie avant le début de l'intervention définitive**. Une biopsie congelée rapidement est examinée par un pathologiste pour déterminer s'il y a malignité. Le code pour la procédure définitive est codé en premier, suivi du code pour la biopsie.

Si une **procédure diagnostique** de *Excision, Extraction* ou *Drainage* (biopsie) est **suivie d'une procédure plus définitive**, telle qu'une *Destruction, Excision* ou *Resection* au même endroit, la biopsie et la procédure plus définitive sont toutes deux codées.

Exemple

Si une biopsie du sein est réalisée en premier lieu, suivie d'une mastectomie partielle au même endroit pendant le même épisode chirurgical, la biopsie et la mastectomie partielle sont toutes deux codées. La mastectomie partielle est considérée comme l'intervention principale parce qu'il s'agit de l'intervention réalisée pour le traitement définitif et le plus lié au diagnostic principal.

Avec les progrès de la thérapie du cancer, la **mastectomie radicale**³² n'est plus pratiquée aussi souvent que par le passé, car une **tumorectomie ou une mastectomie radicale modifiée** semble être aussi efficace dans la plupart des cas.

L'ICD-10-PCS exige des **codes séparés** pour tous les composants impliqués dans une mastectomie radicale.

32: La principale distinction entre une **mastectomie radicale** et une **mastectomie modifiée** est que tout ou partie du muscle grand pectoral et tout le muscle petit pectoral sont enlevés dans une mastectomie radicale, alors que le muscle grand pectoral est préservé dans une mastectomie radicale modifiée.

Exemples

Une mastectomie radicale gauche est codée avec les codes suivants :

- **0HTU0ZZ**, résection du sein gauche, voie d'abord ouverte
- **07T60ZZ**, résection du lymphatique axillaire gauche, voie d'abord ouverte
- **0KTJ0ZZ**, résection du muscle thoracique gauche, voie d'abord ouverte.

Une mastectomie radicale modifiée gauche est codée avec les codes suivants :

- **0HTU0ZZ**, résection du sein gauche, voie d'abord ouverte
- **07T60ZZ**, résection lymphatique axillaire gauche, voie d'abord ouverte.

La **mastectomie épargnant la peau** est une alternative à la mastectomie traditionnelle et préserve la peau extérieure du sein avec l'ablation du tissu mammaire sous-jacent, du mamelon et de l'aréole.

- Une mastectomie gauche épargnant la peau est codée avec le code **0HTU0ZZ, résection du sein gauche, voie d'abord ouverte**. Un code distinct n'est pas attribué pour la résection du mamelon.

L'insertion d'un **expandeur tissulaire**³³ est une autre procédure fréquemment effectuée en conjonction avec la chirurgie mammaire. L'ICD-10-PCS code ces procédures avec l'**intervention de base Insertion** et avec le

33: L'insertion d'un **expandeur tissulaire** permet une fermeture du site par lambeau, rendant inutile une greffe de peau pour la patiente. Une solution saline est généralement injectée dans l'expandeur mammaire à intervalles réguliers après l'insertion de celui-ci afin d'en augmenter progressivement la taille.

dispositif *Tissue Expander*. Par exemple, 0HHT0NZ, insertion d'un expandeur tissulaire dans le sein droit, voie d'abord ouverte.

20.18 Reconstruction mammaire

Lorsque la **reconstruction mammaire suit immédiatement la mastectomie**, la résection et le remplacement du sein sont tous deux codés. Ceci est soutenu par la directive B3.18 de l'ICD-10-PCS, qui stipule que si une excision ou une résection d'une partie du corps est suivie d'une procédure de remplacement, il faut coder les deux procédures pour identifier chaque objectif distinct, sauf lorsque l'excision ou la résection est considérée comme faisant partie intégrante et préparatoire de la procédure de remplacement.

Lorsqu'une patiente subit une mastectomie et que la **reconstruction mammaire³⁴ est retardée**, le code **Z42.1, admission pour reconstruction mammaire à la suite d'une mastectomie**, est attribué comme diagnostic principal pour chaque admission subséquente dans le contexte de la reconstruction mammaire secondaire. Par exemple, lorsque l'on sait qu'une patiente va subir une radiothérapie postopératoire, la reconstruction mammaire est généralement retardée.

Exemples

- 0HRT0JZ, remplacement du sein droit par un substitut synthétique, voie d'abord ouverte
- 0HRU075, remplacement du sein gauche par lambeau myocutané du latissimus dorsi, voie d'abord ouverte.
- 0HRV077, remplacement du sein bilatéral par un lambeau DIEP, voie d'abord ouverte
- 0KXH0ZZ, transfert de muscle du thorax droit, voie d'abord ouverte
- 0KXL0Z6, transfert de muscle de l'abdomen gauche, muscle grand droit de l'abdomen, voie d'abord ouverte
- 0HRV079, remplacement d'un sein bilatéral par lambeau GAP, voie d'abord ouverte
- 0HRW0JZ, remplacement du mamelon droit par un substitut synthétique, voie d'abord ouverte

34: La **chirurgie reconstructive du sein** est réalisée pour diverses raisons. Si le but de la reconstruction est d'augmenter la taille des seins pour améliorer l'apparence, on utilise généralement des implants prothétiques. Des prothèses sont également souvent implantées chez les patientes qui ont subi une mastectomie. La reconstruction mammaire peut être effectuée immédiatement après la mastectomie ou reportée à un moment ultérieur.

DIEP ou Deep Inferior Epigastric Perforator

TRAM ou muscle grand droit de l'abdomen ou Transverse Rectus Abdominis Myocutaneous

GAP ou Gluteus Artery Perforator

Lors du codage des procédures de reconstruction mammaire, le **terme principal Reconstruction dans l'index** des procédures de l'ICD-10-PCS ne fait référence qu'aux interventions de base *Repair, Replacement et Supplement*. L'intervention de base *Transfer*³⁵ est appropriée pour une reconstruction par lambeau de muscle transverse rectus abdominis (TRAM) lorsqu'une partie du muscle abdominal est déplacée vers le sein et que le muscle reste connecté à son apport vasculaire et nerveux d'origine.

Les **problèmes liés à la déformation et à la disproportion après une reconstruction mammaire** peuvent obliger les patientes à recourir à des soins médicaux supplémentaires. L'irrégularité du contour, l'excès de tissu dans le sein reconstruit ou la déformation du sein reconstruit sont

35: *Transfer* consiste à déplacer, sans l'enlever, tout ou partie d'une partie du corps vers un autre endroit pour reprendre la fonction de tout ou partie d'une partie du corps.

codés avec le code **N65.0, déformation du sein reconstruit**. L'asymétrie du sein, ou la disproportion entre le sein natif et le sein reconstruit, et la ptose du sein natif par rapport au sein reconstruit sont attribués au code **N65.1, disproportion du sein reconstruit**.

Il arrive que des **complications** se développent chez les patientes porteuses d'**implants mammaires**, rendant le retrait des implants souhaitable. Dans ce cas, le code du diagnostic principal dépend de la nature de la complication.

- Si la raison du retrait d'un implant est que **l'implant s'est rompu**, le diagnostic principal est le code T85.41x-, *défaillance (mécanique) de la prothèse mammaire et de l'implant*.
- Si la raison du retrait d'un implant est une **contracture capsulaire** de l'implant mammaire droit, le diagnostic principal est le code T85.44X-, *contracture capsulaire de l'implant mammaire*.
- Des codes relatifs à d'**autres problèmes d'implants mammaires** comprennent T85.42X-, *déplacement de la prothèse mammaire et de l'implant*, qui inclut la malposition de la prothèse mammaire et de l'implant, et T85.43X-, *fuite de la prothèse mammaire et de l'implant*.

L'**ablation d'un implant mammaire** est codé avec l'**intervention de base Removal** et le **dispositif Synthetic Substitute**. Par exemple, **0HPT0JZ, ablation d'un substitut synthétique du sein droit, voie d'abord ouverte**.

Les patientes demandent parfois le retrait d'un implant parce qu'elles craignent qu'une complication ne se produise à l'avenir, bien qu'il n'y ait aucun problème actuellement. Dans ce cas, il faut attribuer un code sous Z45.81-, *contact pour ajustement ou retrait d'un implant mammaire*.

Exemples

Une patiente présente une rupture d'implant mammaire du côté gauche et est admise pour un retrait ouvert de l'implant et l'insertion d'un nouvel implant.

- **Diagnostic principal :**
 - **T85.41XA**, défaillance (mécanique) d'une prothèse et d'un implant mammaire, contact initial.
- Procédures :
 - **0HPU0JZ**, retrait d'un substitut synthétique du sein gauche, voie d'abord ouverte
 - **0HRU0JZ**, remplacement du sein gauche par un substitut synthétique, voie d'abord ouverte

Une patiente qui a subi une mastectomie droite précédente avec un implant mammaire inséré au moment de la chirurgie souffre d'une capsulation douloureuse. Elle est admise pour le retrait et la réinsertion de l'implant.

- **Diagnostic principal :**
 - **T85.848A**, douleur due à d'autres dispositifs prothétiques internes, implants et greffes, non classés ailleurs, contact initial.

— **Procédures :**

- **0HPT0JZ**, retrait d'un substitut synthétique du sein droit, voie d'abord ouverte
- **0HRT0JZ**, remplacement du sein droit par un substitut synthétique, voie d'abord ouverte

Une patiente a subi une implantation mammaire bilatérale il y a trois ans et est maintenant admise pour un retrait électif de l'implant. Elle n'a pas eu de problèmes connexes mais s'est inquiétée suite à des reportages dans les journaux décrivant des maladies associées aux implants mammaires.

— **Diagnostic principal :**

- **Z45.811**, intervention pour ajustement ou retrait d'un implant mammaire droit
- **Z45.812**, intervention pour ajustement ou retrait d'un implant mammaire gauche.

— **Procédures :**

- **0HPT0JZ**, retrait d'un substitut synthétique du sein droit, voie d'abord ouverte
- **0HPU0JZ**, retrait d'un substitut synthétique du sein gauche, voie d'abord ouverte

Une **mammoplastie de réduction** est parfois pratiquée pour les patientes dont la forte poitrine interfère avec les activités quotidiennes normales ou provoque une gêne importante, ainsi que pour des raisons esthétiques.

- Lorsque la mammoplastie est effectuée pour **réduire le volume des seins, sans but cosmétique**, le code **N62, hypertrophie du sein**, est attribué comme diagnostic principal.
- Lorsque la mammoplastie a un **but esthétique**, le code **Z41.1, contact pour chirurgie esthétique**, est attribué comme diagnostic principal.

Aperçu

- Les **maladies de la peau et du tissu sous-cutané** se trouvent au chapitre 12, *maladies de la peau et du tissu sous-cutané (L00-L99)* de l'ICD-10-CM.
- Les **catégories L23-L25** classent les **dermatites** dues aux plantes, aux aliments, aux drogues et aux médicaments **en contact avec la peau**.
- La **catégorie L27** classe les **dermatites** dues à des médicaments à **usage interne**.
- Il faut déterminer si l'affection est un **effet secondaire** d'une administration correcte ou un **empoisonnement** dû à un mauvais usage du médicament.
 - Les codes des **catégories T36 à T65** sont utilisés pour classer les **causes**.
 - Les **ulcères chroniques** de la peau sont classés en utilisant le **cinquième caractère** pour préciser le site.
- Le **séquençage des codes pour la cellulite** dépend de la sévérité de la plaie et de l'objectif principal du traitement (pour la cellulite ou pour la plaie).
- Le **débridement** est classé comme excisionnel ou non excisionnel (brossage, irrigation, frottement ou lavage).

21.1 Introduction	304
21.2 Dermatite due aux médicaments	305
21.3 Erythème multiforme	306
21.4 Ulcères cutanés	307
21.5 Cellulite cutanée	310
21.6 Autre cellulite	311
21.7 Excision d'une lésion	312
21.8 Débridement	313
21.9 Greffes dermales régénératives	314

Objectifs

Les objectifs de ce chapitre sont :

- La classification des **dermatites** dues au contact, à la nourriture et à l'ingestion de médicaments (usage correct et incorrect).
- Le codage les **ulcères** de la peau.
- La classification des **cellulites** en fonction de leur localisation et de l'objectif principal du traitement.
- Le codage des **procédures** effectuées sur la peau, telles que les excisions, les débridements et les greffes.

21.1 Introduction

Le chapitre 12 de l'ICD-10-CM aborde des **affections de la peau et du tissu sous-cutané**.

Le chapitre est organisé autour des subdivisions suivantes :

- **L00-L08**, infections de la peau et du tissu sous-cutané.
- **L10-L14**, affections bulleuses
- **L20-L30**, dermatite et eczéma
- **L40-L45**, affections papulo-squameuses

- **L49-L54**, urticaire et érythème
- **L55-L59**, affections de la peau et du tissu sous-cutané liées aux irradiations
- **L60-L75**, troubles des appendices cutanés
- **L76**, complications peropératoires et post-procédurales de la peau et du tissu sous-cutané
- **L80-L99**, autres troubles de la peau et du tissu sous-cutané

Les **affections affectant les ongles, les glandes sudoripares, les cheveux et les follicules pileux** sont incluses dans ce chapitre.

Les **affections congénitales de la peau, des cheveux et des ongles** sont classées dans les catégories Q80-Q84.

Les **néoplasmes de la peau** sont classés dans le chapitre 2, *néoplasmes (C00-D49)*, de l'ICD-10-CM.

21.2 Dermatite due aux médicaments

L'ICD-10-CM utilise les termes *dermatite* et *eczéma* de manière synonyme et interchangeable dans la catégorie L20-L30.

Il existe plusieurs types de dermatite :

- la dermatite **atopique** (L20.-)
- la dermatite **séborrhéique** (L21.-)
- la dermatite **fessière du nourrisson** (L22)
- la dermatite **allergique de contact** (L23.-)
- la dermatite **irritative de contact** (L24.-)
- la dermatite **exfoliative** (L26).

La **catégorie L23** est utilisée pour classer les **dermatites allergiques de contact** dues aux métaux, aux adhésifs, aux cosmétiques, aux médicaments, aux colorants, aux produits chimiques, aux aliments et aux plantes en contact avec la peau.

La **catégorie L24** est attribuée aux **dermatites irritatives de contact** dues à des irritants, tels que les détergents, les huiles et les graisses, et les solvants, en contact avec la peau.

La **catégorie L25**, *dermatite de contact non spécifiée*, est utilisée lorsque la dermatite de contact¹ n'est **pas spécifiée comme une dermatite allergique ou irritative de contact**.

La **catégorie L27** concerne les **dermatites dues à l'ingestion de substances**.

Pour coder une **dermatite due à un médicament**, il faut d'abord déterminer si l'affection représente un effet secondaire associé à l'administration correcte d'un médicament ou un empoisonnement associé à l'usage incorrect du médicament.

- Lorsque la dermatite est due à un médicament **utilisé correctement** selon la prescription, elle est considérée comme un **effet secondaire**.
- Lorsque la dermatite est due à un **usage incorrect** du médicament, elle est classée comme une **intoxication** par des drogues, des médicaments et des substances biologiques.

1: La **dermatite de contact** est une éruption ou une irritation localisée de la peau causée par le contact avec des allergènes (dermatite allergique de contact) ou des irritants (dermatite irritative de contact).

Lors du **codage** d'une dermatite allergique de contact, d'une dermatite irritative de contact, d'une dermatite de contact non spécifiée ou d'une dermatite due à l'ingestion de substances, un code des catégories T36 à T65 doit être attribué pour indiquer la **manière dont l'empoisonnement ou l'effet secondaire s'est produit** (par exemple, accidentel, auto-infligé intentionnellement) et le **type de médicament** impliqué.

Le **séquençage des codes** des catégories T36 à T65 dépend des circonstances² :

- Lorsque l'affection est due à un **empoisonnement**, le code T36-T65 est attribué en premier.
- Lorsque l'affection est due à un **effet secondaire**, le code T36-T65 est attribué comme code additionnel.

Exemples

- **L27.0 + T36.0X5A**, contact initial pour une dermatite due à une réaction allergique à des comprimés de pénicilline, pris comme prescrit (effet secondaire)
- **T36.0x1A + L27.0**, contact initial pour une dermatite due à l'ingestion accidentelle de comprimés de pénicilline de la mère (empoisonnement)

Dans le premier exemple, qui indique un effet secondaire d'un médicament prescrit pris comme prévu, le code de la dermatite est séquençé en premier, suivi du code de l'effet secondaire de la pénicilline. Dans le deuxième exemple, le code **T36.0X1A, empoisonnement par la pénicilline, accidentel, contact initial**, est séquençé en premier, avec un code additionnel pour indiquer que l'effet de l'empoisonnement est une dermatite.

Le code **L27.1, éruption cutanée localisée due à l'ingestion de drogues et médicaments**, suivi du code **T45.1X5A, effet secondaire de médicaments antinéoplasiques et immunosuppresseurs, contact initial**, pour l'**érythrodysesthésie palmo-plantaire (EPP)**³ dû aux antibiotiques antinéoplasiques.

21.3 Erythème multiforme

Les **différents types d'érythème multiforme**⁴ sont classés comme suit :

- **L51.0**, érythème multiforme non bulleux
- **L51.1**, syndrome de Stevens-Johnson
- **L51.2**, nécrolyse épidermique toxique (Lyell)
- **L51.3**, syndrome de Stevens-Johnson et nécrolyse épidermique toxique (syndrome de chevauchement)
- **L51.8**, autres érythèmes multiforme
- **L51.9**, érythème multiforme, non spécifié

Si l'érythème multiforme est un **effet secondaire d'origine médicamenteuse**, il faut d'abord attribuer un code de la catégorie L51. Un code additionnel de la catégorie T36-T50 avec le cinquième ou sixième caractère 5 est attribué pour identifier le médicament responsable.

2: Une discussion plus détaillée de la distinction entre les effets secondaires et l'empoisonnement dû aux drogues et aux médicaments est fournie au chapitre 31, *empoisonnement, effets toxiques, effets secondaires et sous-dosage de médicaments*, de ce manuel.

3: L'**érythrodysesthésie palmo-plantaire (EPP)**, également appelée **syndrome main-pied**, est un exemple de dermatite spécifique qui survient comme effet secondaire aux médicaments antinéoplasiques ou biologiques utilisés pour le traitement du cancer. Après l'administration d'une chimiothérapie, de petites quantités de médicament peuvent s'échapper des capillaires et endommager les tissus de la paume des mains et de la plante des pieds. Cette fuite entraîne une rougeur, une sensibilité et une desquamation de la paume des mains et de la plante des pieds. La zone affectée ressemble à un coup de soleil et peut devenir sèche, pelée et engourdie. Cette affection touche les mains et les pieds en raison de la friction et de la chaleur accrues auxquelles les extrémités sont exposées dans le cadre d'une utilisation normale. Le traitement consiste à réduire ou à arrêter le traitement médicamenteux.

4: L'**érythème multiforme** est une maladie de la peau qui se traduit par des zones cutanées symétriques rouges et surélevées sur tout le corps, ressemblant souvent à des cibles car il s'agit de cercles sombres dont le centre est gris-violet. Dans certains cas, il existe des symptômes systémiques graves. L'érythème polymorphe peut survenir en réaction à des médicaments, des infections ou des maladies. La cause exacte est inconnue.

Les patients atteints d'érythème multiforme peuvent également présenter une variété d'**autres manifestations associées** qui doivent être **codées séparément**. Ces manifestations vont de l'arthropathie (M14.8-) à l'ulcère cornéen (H16.0-) en passant par la stomatite (K12.-) et plusieurs autres affections. En outre, un code de la catégorie L49 est attribué pour spécifier le pourcentage de **surface corporelle** touché par l'exfoliation cutanée.

21.4 Ulcères cutanés

La plupart des **ulcères chroniques de la peau** sont classés dans les catégories L89, *ulcère de pression*, et L97, *ulcère chronique du membre inférieur non lié à la pression, non classé ailleurs*, le code I96 étant attribué en premier en cas de **gangrène**. Un code de la catégorie L97 peut être utilisé comme diagnostic principal si aucune affection sous-jacente n'est documentée comme étant la cause de l'ulcère chronique du membre inférieur non lié à la pression.

Si l'une des **affections sous-jacentes** suivantes est documentée avec un ulcère d'un membre inférieur, il faut supposer une **relation de cause à effet** et coder l'affection sous-jacente en premier :

Codes	Affection sous-jacente
I70.23-, I70.24-, I70.33-, I70.34-, I70.43-, I70.44-, I70.53-, I70.54-, I70.63-, I70.64-, I70.73-, I70.74-	Athérosclérose des extrémités inférieures
I87.31-, I87.33-	Hypertension veineuse chronique
E08.621, E08.622, E09.621, E09.622, E10.621, E10.622, E11.621, E11.622, E13.621, E13.622	Ulcères diabétiques
I87.01-, I87.03-	Syndrome postphlébitique, Syndrome postthrombotique
I83.0-, I83.2-	Ulcère variqueux
I96	Toute gangrène associée

TABLE 21.1 – Affections sous-jacentes à coder en diagnostic principal si documentées ensemble avec un ulcère d'un membre inférieur

L'**ulcère chronique de la peau, non spécifié ailleurs**, est classé dans la sous-catégorie L98.4, *ulcère chronique de la peau non lié à la pression, non classé ailleurs*.

L'**artériosclérose des membres inférieurs** est codé comme suit :

- Lorsqu'elle est associée à une **ulcération**, un code des sous-catégories I70.2 à I70.7 avec les cinquièmes caractères 3 ou 4 est attribué, suivi par un code additionnel de la catégorie L97 pour indiquer la sévérité de l'ulcération.
- En cas de **gangrène**, on attribue le code I70.26- ou I70.36- avec un code additionnel de la catégorie L98.49- pour indiquer la sévérité de l'ulcère, le cas échéant.

Les codes de la catégorie L89, *ulcère de pression*, identifient le **site** de l'ulcère de pression ainsi que le **stade** de l'ulcère.

- Le **cinquième caractère** identifie le **site** spécifique de l'ulcère :
 - coude (L89.0-)
 - dos (L89.1-)
 - hanche (L89.2-)
 - fesse (L89.3-)
 - site contigu du dos, de la fesse et de la hanche (L89.4-)
 - cheville (L89.5-)
 - talon (L89.6-)
 - autre site (L89.8-)
 - site non spécifié (L89.9-).
- Le **sixième caractère** de la catégorie L89 indique la **sévérité** de l'ulcère en identifiant le **stade** de l'ulcère de pression :
 - stade indéterminable
 - stade 1
 - stade 2
 - stade 3
 - stade 4
 - lésions tissulaires profondes
 - stade non spécifié.

Notez que...

L'attribution du code pour le **stade** de l'escarre peut être basée sur la **documentation du personnel infirmier**; cependant, le **diagnostique** associé de l'ulcère de pression doit être codé sur la base de la **documentation du prestataire de soins**.

Un ulcère de pression avec un **stade non spécifié ou non documenté** (L89.- avec un sixième caractère 9) ne doit pas être confondu avec un ulcère de pression **documenté comme non stadifiable** (L89.- avec un sixième caractère 0). La stadification des ulcères de pression tient compte de la profondeur de la perte de tissu et de la profondeur du tissu exposé.

Le terme *non stadifiable* se réfère à des ulcères de perte de tout l'épaisseur (*full thickness*) de la peau avec destruction importante des tissus dont le stade ne peut pas être déterminé cliniquement (par exemple, l'ulcère est recouvert d'escarre ou de fibrine). Le stade réel d'un ulcère recouvert ne peut être déterminé avant que l'escarre ou la fibrine ne soit retirée de l'ulcère. Après nettoyage, il faut attribuer un code correspondant au **stade le plus élevé documenté**.

Le codage du stade doit donc être supporté par la **documentation clinique** et les termes trouvés dans l'**index alphabétique**. Le prestataire doit être consulté si le terme clinique ne peut être trouvé dans l'index ou s'il n'y a pas de documentation sur le stade.

Le prestataire de soins documente parfois les ulcères de pression en termes de *lésion par pression* ou **lésions des tissus profonds**. Cette terminologie décrit plus précisément les lésions de pression de la peau intacte et ulcérée de tous les stades. L'entrée de l'index alphabétique pour *Injury, pressure, injury* dirige l'utilisateur vers *see Ulcer, pressure, by site*. Les lésions tissulaires profondes peuvent être répertoriées sous le terme *Damage, deep tissue, pressure-induced, see also L89 with final character*

.6. La documentation du prestataire de soins doit être consultée pour déterminer si le terme *lésion* fait référence à une lésion traumatique (comme une contusion) ou à un ulcère de pression.

Exemples

- La lésion des tissus profonds de la hanche gauche est codé avec le code **L89.226, lésion tissulaire profonde de la hanche gauche induite par la pression.**
- Ulcère de pression de la hanche gauche, stade 3, est codé avec le code **L89.223, ulcère de pression de la hanche gauche, stade 3.**

Le code approprié de la catégorie L89, *ulcère de pression*, doit être codé pour un **ulcère de Kennedy**⁵.

Si un patient est admis avec un **ulcère de pression d'un certain stade évoluant vers un stade supérieur**, deux codes distincts doivent être codés :

- un code pour le **site** et le **stade** de l'ulcère à l'admission
- un code pour le **même site de l'ulcère** et son **stade le plus élevé** pendant l'admission.

Exemple

Une personne est admise avec un ulcère de pression de stade 2 du talon gauche qui évolue vers le stade 3 au cours l'admission. L'ulcère doit être codé avec le code **L89.622, escarre du talon gauche, stade 2**, et le code **L89.623, escarre du talon gauche, stade 3**.

Il faut prendre soin de distinguer les ulcères de pression documentées comme étant *cicatrisés* (pas de codage) et *en voie de cicatrisation* (codage du code approprié pour le stade documenté).

- Pour les ulcères présents à l'admission mais cicatrisés au moment de la sortie, il faut attribuer le code correspondant au site et au stade de l'ulcère de pression au moment de l'admission.
- Si la documentation ne fournit pas d'information sur le stade de l'ulcère de pression en voie de cicatrisation, il faut attribuer le code approprié pour stade non spécifié.

Exemples

- **L89.154**, ulcère de pression, région du sacrum, stade 4
- **I96 + L89.153**, ulcère de pression, région du sacrum, stade 3 avec gangrène
- **L97.909**, ulcère du membre inférieur, sauf ulcère de pression
- **L89.210**, ulcère de pression de la hanche droite, stade 3, avec gangrène
- **L89.149**, ulcère de pression du bas du dos gauche
- **L98.499**, ulcère chronique cutané, site non spécifié

Les **ulcères de stase** sont généralement dus à des veines variqueuses des membres inférieurs et sont codés avec des codes de la catégorie I83, *veines*

5: Un **ulcère de Kennedy** est un ulcère de pression qui survient en fin de vie et qui est liée à une défaillance multiorganique. Ce type d'ulcère ne répond généralement pas au traitement standard.

variqueuses des membres inférieurs, plutôt qu'avec des codes des catégories relatives aux affections cutanées.

Lorsque le prestataire de soins a **documenté le terme *ulcère de stase* mais a identifié une cause autre que les veines variqueuses**, il faut coder l'affection avec le code **I87.2, insuffisance veineuse (chronique) (périphérique)**. Une règle de base du codage est qu'une recherche plus approfondie doit être effectuée lorsque le titre du code suggéré par l'index alphabétique n'identifie manifestement pas correctement l'affection. Dans ce cas, même si l'index dirige vers un code impliquant des veines variqueuses, ce code ne doit pas être utilisé en l'absence de varicosités.

21.5 Cellulite cutanée

Le **codage de la cellulite⁶, secondaire à une lésion superficielle, à une brûlure ou à des engelures** nécessite **deux codes**, un pour la lésion et un pour la cellulite. La séquence des codes dépend des circonstances de l'admission.

- Lorsque la raison d'**admission concerne principalement le traitement d'une plaie ouverte**, le **code pour la plaie ouverte est attribué en premier**, suivi par un code additionnel pour la cellulite.
- Lorsque la raison d'**admission concerne principalement le traitement d'une cellulite**, plutôt que le traitement d'une plaie ou lorsque la plaie a été traitée auparavant, le **code pour la cellulite est attribué en premier**, suivi par un code additionnel pour la plaie ouverte.

6: La **cellulite** est une infection aiguë et diffuse de la peau et des tissus mous qui résulte généralement d'une perte d'intégrité de la peau, telle qu'une perforation, une lacération ou un ulcère. Parfois, la perte d'intégrité de la peau est si petite qu'elle ne peut être identifiée ni par le patient ni par le prestataire de soins. Cliniquement, la cellulite se manifeste généralement par l'apparition soudaine d'une rougeur, d'un gonflement, d'une douleur ou d'une chaleur dans la zone infectée. Il ne faut cependant pas supposer que la documentation d'une rougeur sur les bords d'une plaie ou d'un ulcère réfère à une cellulite. L'hyperémie normale associée à une plaie s'étend généralement sur une petite distance au-delà des bords de la plaie plutôt que de s'étendre au motif diffus qui caractérise la cellulite.

Exemples

Un patient est admis après une lacération du membre inférieur droit contractée lors d'une randonnée il y a deux jours. Au moment de l'admission, une cellulite commence à se développer. La plaie est nettoyée, un débridement non excisionnel est réalisé, et des antibiotiques sont administrés pour la cellulite.

- **Diagnostic principal :**
 - **S81.821A**, lacération avec corps étranger, membre inférieur droit, contact initial
- **Diagnostic secondaire :**
 - **L03.115**, cellulite du membre inférieur droit
- **Procédure :**
 - **0HDKXZZ**, extraction de la peau du membre inférieur droit, voie d'abord externe

Un patient souffre d'une lésion mineure par perforation d'un doigt de la main droite en retirant une agrafe au bureau. Cinq jours plus tard, il est admis à l'hôpital en raison d'une cellulite du doigt et est traité avec des antibiotiques par voie intraveineuse. La lésion elle-même ne nécessite pas de traitement, par conséquent, aucun code de lésion n'est attribué.

- **Diagnostic principal :**
- **L03.011**, cellulite du doigt droit

La **cellulite** et la **lymphangite** de la peau sont toutes deux incluses dans la catégorie L03. Cependant, des codes distincts sont disponibles pour la cellulite et la lymphangite. Un code additionnel doit être attribué pour indiquer l'**organisme responsable** (B95-B96), si cette information est disponible. L'organisme responsable est généralement le Streptococcus.

La cellulite peut également se présenter comme une **infection de plaie postopératoire** ou comme le résultat de la pénétration de la peau impliquée dans la thérapie intraveineuse.

Exemple

Un patient a subi une appendicectomie il y a six jours et est maintenant réadmis avec des signes de cellulite staphylococcique au niveau de l'incision superficielle.

- **Diagnostic principal :**
- **T81.41XA**, infection après une procédure, site chirurgical d'incision superficielle, contact initial.
- **Diagnostic secondaire :**
- **L03.311**, cellulite de la paroi abdominale
- **B95.8**, staphylocoque non précisé, cause de maladies classées dans d'autres chapitres

La cellulite se développe fréquemment comme une **complication des ulcères cutanés chroniques**, auquel cas elle est codée avec un code de la catégorie L89 ou L97 ou de la sous-catégorie L98.4. Ces codes n'incluent pas la cellulite associée, si bien que **deux codes** sont nécessaires pour décrire ces affections. La désignation du diagnostic principal dépend des circonstances de l'admission.

La **cellulite documentée comme gangreneuse** est codée avec le code **I96, gangrène, non classée ailleurs**. Lorsque la gangrène est présente avec un ulcère ou une lésion, la gangrène est codée en premier, le code de la lésion ou de l'ulcère étant attribué comme code additionnel. Cette pratique suit les **notes d'instruction de la liste systématique pour coder en premier toute gangrène associée**.

21.6 Autre cellulite

Bien que la cellulite se manifeste le plus souvent au niveau de la peau et du tissu sous-cutané, elle peut également se produire dans d'autres

zones. Dans ce cas, les codes d'autres chapitres de l'ICD-10-CM sont attribués comme il convient.

La **cellulite des organes génitaux externes de la femme** est classée comme une affection inflammatoire et le code **N76.4** lui est attribué.

La **cellulite pelvienne chez la femme** est classée comme une affection inflammatoire et codée avec un code de la catégorie N73.

Parfois, la **cellulite pelvienne survient à la suite d'un avortement, d'un accouchement ou d'une grossesse molaire ou extra-utérine**, auquel cas elle est classée au chapitre 15, *grossesse, accouchement et puerpéralité (O00-O9A)*, de l'ICD-10-CM.

La **cellulite pelvienne chez l'homme** est codée comme **K65.0, péritonite (aiguë) généralisée**.

21.7 Excision d'une lésion

Le **codage de l'ablation⁷ de lésions** se fait comme suit :

1. déterminer d'abord si l'intervention a été réalisée sur la **peau** (système anatomique *Skin and Breast*), ou sur le **tissu sous-cutané et le fascia** (système anatomique *Subcutaneous Tissue and Fascia*).
2. déterminer ensuite si l'**intervention de base** est une **Excision** ou une **Destruction⁸**.
3. Pour la plupart des excisions et destructions de la peau, la **voie d'abord** utilisée sera **externe**.

7: **Excision** ou découpage ou ablation, sans remplacement, d'une partie d'une partie du corps

8: **Destruction** ou éradication physique de tout ou partie d'une partie du corps par l'utilisation directe d'énergie, de force ou d'un agent destructeur.

Exemple

Une excision simple ne concernant que la peau du visage est codée avec l'intervention de base *Excision* et codée **0HB1XZZ, excision de la peau du visage, voie d'abord externe**.

L'ablation de lésions réalisée par cautérisation, cryochirurgie, fulguration ou faisceau laser est codée avec l'intervention de base *Destruction*.

Exemple

La fulguration d'un molluscum pendulum cutané de la paroi thoracique est codée **0H55XZZ, destruction de la peau thoracique, voie d'abord externe**.

Lorsque l'**ablation de la lésion dépasse la peau et implique les tissus sous-jacents et/ou adjacents** tels que le tissu sous-cutané et le fascia, la procédure est codée avec le système anatomique *Subcutaneous Tissue and Fascia*. La **documentation du chirurgien** doit être suivie attentivement lors de l'attribution de ces codes afin de déterminer si l'intervention de base est une *Excision* ou une *Destruction* et si la voie d'abord était ouverte (incision à travers la peau ou la muqueuse) ou percutanée (par ponction ou incision mineure à travers la peau ou la muqueuse).

Exemples

- L'excision d'un sarcome de Kaposi du tissu sous-cutané, cuisse droite, est codé avec l'intervention de base *Excision* et le code **0JBL0ZZ, excision du tissu sous-cutané et du fascia de la partie supérieure de la jambe droite, voie d'abord ouverte**.
- La fulguration ouverte d'une lésion bénigne du tissu sous-cutané du bras supérieur droit est codé avec l'intervention de base *Destruction* et le code **0J5D0ZZ, destruction du tissu sous-cutané et du fascia du bras supérieur droit, voie d'abord ouverte**.

21.8 Débridement

Le codage du débridement⁹ fait distinction entre le **débridement excisionnel**¹⁰ et le **débridement non-excisionnel**¹¹ :

- Le **débridement excisionnel** est codé avec l'intervention de base *Excision*¹².
 - La **documentation** du débridement excisionnel doit être spécifique quant au type de débridement. Si la documentation n'est pas claire ou s'il y a un doute sur la procédure, le prestataire de soins doit être consulté pour obtenir des éclaircissements.
- Le **débridement non excisionnel** est codé avec l'intervention de base *Extraction* sauf lorsque la procédure est effectuée en irriguant le tissu dévitalisé. Dans ce cas, le débridement est codé dans la section Administration, opération racine "Irrigation".

Le **débridement de zones autres que la peau** est codée avec l'intervention de base *Excision* (pour le débridement excisionnel) ou *Extraction* (pour le débridement non excisionnel) de la partie spécifique du corps.

Pour le **débridement non excisionnel d'une articulation**, il n'existe pas une partie du corps *Joint* avec l'intervention de base *Extraction*. Dans ce cas il faut coder l'intervention de base *Release*.

Lors du codage d'un **débridement concernant de multiples couches d'un même site**, on ne code que la couche la plus profonde du débridement.

Exemple

Le débridement excisionnel ouvert d'une plaie du coccyx incluant l'os est codé avec le code **0QBS0ZZ, excision du coccyx, voie d'abord ouverte**.

Le **débridement réalisé en conjonction avec une autre procédure** fait souvent, mais pas toujours, partie intégrante de la procédure et inclus dans le même code.

Lorsque un **débridement excisionnel et non excisionnel sont tous deux effectués sur le même site**, uniquement le code du débridement excisionnel est codé.

9: Le **débridement** de la peau et des tissus sous-cutanés est une procédure par laquelle les matières étrangères et les tissus dévitalisés ou contaminés sont retirés d'une lésion traumatique ou infectée jusqu'à ce que les tissus sains environnants soient exposés.

10: Le **débridement excisionnel** de la peau ou des tissus sous-cutanés est l'élimination chirurgicale ou le découpage de la nécrose ou d'escarre. Selon la disponibilité d'une salle d'opération ou l'étendue de la zone concernée, le débridement excisionnel peut être réalisé en salle d'opération, aux urgences ou au chevet du patient. Le débridement excisionnel peut être réalisé par un prestataire de soins et/ou un autre prestataire de soins de santé et implique un débridement par excision, par opposition à un **débridement mécanique** (brossage, récurage, lavage). L'utilisation d'un instrument tranchant n'indique pas toujours qu'un débridement excisionnel. Un retrait mineur de fragments détachés à l'aide de ciseaux ou l'utilisation d'un instrument tranchant pour gratter les tissus ne constituent pas un débridement par excision. Le débridement excisionnel implique l'utilisation d'un **scalpel** pour retirer les tissus dévitalisés.

11: Le **débridement non excisionnel** de la peau est le brossage, l'irrigation, le frottement ou le lavage non opératoire des tissus dévitalisés, de la nécrose, de l'escarre ou des matières étrangères. Le débridement non excisionnel peut être effectué par un prestataire de soins ou par un autre prestataire de soins. Des exemples de débridement non excisionnel comprennent la hydrochirurgie par Versajet et le débridement par ultrasons. Le Versajet se compose d'un générateur à ultra-haute pression avec une console et des accessoires jetables. Un vide naturel créé par le jet stream élimine les fragments de tissu. Ce technique permet aux prestataires de soins de débrider les plaies traumatiques, les plaies chroniques ou d'autres lésions des tissus mous et d'aspirer et d'éliminer les contaminants ou autres débris.

12: *Excision* est arracher ou enlever tout ou partie d'une partie du corps par l'usage de la force

21.9 Greffes dermales régénératives

Actuellement, plusieurs nouvelles technologies qui régénèrent ou remplacent de façon permanente les couches cutanées sont utilisées pour traiter les brûlures graves.

Les **procédures impliquant l'application de greffes** sont codées avec l'intervention de base *Replacement*¹³.

Les **procédures de remplacement de la peau** sont codées avec la voie d'abord *External* et l'intervention de base *Replacement*. L'intervention de base *Replacement* donne accès aux dispositifs suivants :

- de substituts synthétiques (sixième caractère J)
- de substituts de tissus autologues (sixième caractère 7)
- de substituts tissulaires non autologues (sixième caractère K).

Les **directives** suivantes doivent être suivies lors du **choix du dispositif pour les greffes** :

- Si le matériel utilisé est dérivé d'une base vivante ou biologique, il doit être codé comme *Nonautologous Tissue Substitute*. Sinon, il est codé comme synthétique.
- Si du matériel vivant ou biologique est combiné avec un matériel synthétique, la greffe doit être codée comme *Nonautologous Tissue Substitute*.
- Si deux produits distincts sont utilisés (synthétique et biologique), il faut les coder séparément.

Exemples de substituts synthétiques

- Peau artificielle, non spécifiée autrement.
- Création d'un néoderme
- Alloderme décellularisé
- Implants de matrice tégumentaire
- Implant prothétique du derme de la peau
- Régénération du derme de la peau

Le code T85.693-, *autre complication mécanique de la greffe de peau artificielle et de l'alloderme décellularisé*, est attribué en cas d'échec ou de rejet de ces substituts synthétiques.

Les codes **T86.820, rejet d'une greffe de peau (allogreffe)**, et **T86.821, échec d'une greffe de peau (allogreffe) (autogreffe)**, sont attribués pour une complication d'une autre greffe de peau.

Le code de statut **Z96.81, présence de peau artificielle**, est attribué pour indiquer que le patient a une greffe de peau artificielle.

13: *Replacement* ou mise en place ou pose d'un matériau biologique ou synthétique qui prend physiquement la place et/ou la fonction de tout ou partie d'une partie du corps.

Aperçu

- Les maladies du **système musculo-squelettique et du tissu conjonctif** sont couvertes par le chapitre 13, *maladies du système musculo-squelettique et du tissu conjonctif (M00-M99)*, de l'ICD-10-CM.
- La plupart des codes du chapitre 13 ont des désignations de **site** et de **latéralité** faisant référence à l'os, l'articulation ou le muscle concerné.
- Si plus d'un os, d'une articulation ou d'un muscle est impliqué et qu'il n'y a pas de code **sites multiples** fourni, des codes séparés doivent être utilisés pour indiquer les différents sites impliqués.
- Le codage de la **douleur du dos** dépend souvent de la distinction entre dégénérescence et déplacement et de la présence ou de l'absence de myélopathie ou de radiculopathie.
- L'**arthrite** peut survenir indépendamment ou être la manifestation d'une autre affection.
 - Lorsque l'arthrite est due à une autre affection, les **codes combinés** doivent être utilisés lorsqu'ils sont disponibles.
 - L'arthrite est **codé séparément** s'il s'agit d'une affection indépendante ou si elle est la manifestation d'une autre affection et qu'aucun code combiné n'est disponible.
- L'**ostéoarthrose** peut être classée en fonction de son caractère primaire ou secondaire.
- Les **fractures** sont spécifiées en tant que fractures de stress, fractures pathologiques ou fractures traumatiques.
 - Les fractures **spontanées** sont toujours considérées comme pathologiques.
 - Une fracture traumatique ne peut jamais être codée sur le même os qu'une fracture pathologique.
- Le codage des **prothèses articulaires** nécessite la connaissance de l'articulation concernée.
- Le codage des **révisions articulaires** nécessite des informations sur le retrait de tout composant de remplacement articulaire.
- Le codage de la **fusion vertébrale** nécessite de connaître la partie anatomique (colonne vertébrale) fusionnée, l'approche utilisée (antérieure, postérieure ou latérale transversale) et si deux vertèbres ou plus sont fusionnées.
- Le codage des **prothèses de disque vertébral** nécessite de connaître le type de prothèse et le segment traité.
- D'autres affections codées dans le chapitre 13 sont le **syndrome de plica** et la **fasciite**.

22.1 Introduction	316
Site et latéralité	316
Os versus articulation	316
Affections musculo-squelettiques aiguës traumatiques versus chroniques ou réci- dantes	316
22.2 Troubles du dos	317
22.3 Arthrite	319
22.4 Déangement	320
22.5 Ostéoporose	321
22.6 Pathological fractures	321
22.7 Fractures de stress	323
Fractures fémorales atypiques	323
Fractures périprothétiques	323
22.8 Directives concernant les parties du corps du système musculo-squelettique	324
22.9 Procédures articulaires	324
Remplacement d'articulation ou de pro- thèse	324
Révisions	326
Remplacement partiel d'une prothèse ou conversion d'une prothèse partielle en une prothèse totale	326
Resurfaçage	327
22.10 Arthrodèse vertébrale et reprise d'arthro- dèse	328
22.11 Vertébroplastie et cyphoplastie	331
22.12 Prothèse de disque vertébral	332
22.13 Décompression spinale	332
22.14 Préservation de la mobilité vertébrale	332
22.15 Syndrome de plica	333
22.16 Fasciite	333

Objectifs

Les objectifs de ce chapitre sont :

- Distinguer les différents types d'arthrite et indiquer la documentation importante pour le codage de l'arthrite.
- Expliquer la différence entre les fractures pathologiques et traumatiques.
- Le codage des prothèses et révisions articulaires.
- Le codage des troubles du dos et de la variété des procédures pour corriger les troubles de la colonne vertébrale.

22.1 Introduction

Le chapitre 13 de l'ICD-10-CM est régi par les directives générales de codage déjà abordées dans ce manuel.

La plupart des **arthropathies** sont codés avec des codes des catégories M00 à M25 de l'ICD-10-CM, et la plupart des **dorsopathies** avec des codes des catégories M40 à M54.

Arthropathie : trouble de l'articulation

Arthrite : inflammation de l'articulation

Dorsopathie : trouble du dos

Myélopathie : trouble de la moelle épinière

Radiculopathie : problème dans lequel un ou plusieurs nerfs sont atteints, entraînant une douleur (douleur radiculaire), une faiblesse, un engourdissement ou une difficulté à contrôler certains muscles.

22.1.1 Site et latéralité

La plupart des codes du chapitre 13 ont des désignations de **site** et de **latéralité**.

Le **site** fait référence à l'os, l'articulation ou le muscle concerné.

Pour certaines affections dans lesquelles plus d'un os, d'une articulation ou d'un muscle est habituellement impliqué (par exemple, l'ostéoartrrose), un code est disponible pour les **sites multiples**.

Si aucun code de type *sites multiples* n'est fourni et si plus d'un os, d'une articulation ou d'un muscle est concerné, des **codes distincts** doivent être utilisés pour indiquer les différents sites concernés.

22.1.2 Os versus articulation

Pour certaines affections, comme la nécrose avasculaire de l'os (M87) et l'ostéoporose (M80, M81), l'os peut être affecté à l'extrémité supérieure ou inférieure.

Bien que la partie de l'os affectée puisse se trouver à l'articulation, la désignation du site sera l'os et non l'articulation.

22.1.3 Affections musculo-squelettiques aiguës traumatiques versus chroniques ou récidivantes

De nombreuses affections musculo-squelettiques sont le résultat d'une lésion ou d'un traumatisme antérieur sur un site, ou sont des affections récurrentes.

Le chapitre 13 de l'ICD-10-CM contient des **affections des os, des articulations ou des muscles** qui sont le résultat d'un traumatisme cicatrisé ainsi que des affections récurrentes de ces sites.

L'ICD-10-CM classe les **traumatismes actuelles et aiguës** au chapitre 19, *lésions, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes (S00-T88)*, de l'ICD-10-CM.

Les **affections chroniques ou récurrentes** doivent généralement être codées avec un code du chapitre 13.

Si la **documentation du dossier patient** ne permet pas de déterminer le code le plus approprié pour décrire une affection, il faut consulter le médecin.

22.2 Troubles du dos

Le codage des **douleurs de dos** se fait comme suit :

- La douleur dorsale documentée en termes de *lumbago* ou de *dorsalgie basse*, sans autre spécification, est codée **M54.5, lombalgie basse**.
- Les **dorsalgies non autrement spécifiées** sont codées **M54.9, dorsalgie non spécifiée**.
- Les **dorsalgies psychogènes** sont codées avec les codes **M54.9** et **F45.41, trouble douloureux exclusivement lié à des facteurs psychologiques**.
- La **douleur dorsale associée à la hernie d'un disque intervertébral** est incluse dans le code de la hernie discale. Aucun code supplémentaire n'est attribué pour la douleur dorsale.

Les **troubles des disques intervertébraux** sont codés avec les codes des catégories M50, *troubles des disques cervicaux*, et M51, *troubles des disques intervertébraux thoraciques, thoracolombaires et lombosacrés*.

- La terminologie est importante dans le codage de ces affections. La **dégénérescence** du disque n'est pas la même condition que le **déplacement (hernie)** du disque, et chacune nécessite un code différent.
- Pour les troubles du disque cervical (catégorie M50), il faut utiliser le code correspondant au niveau atteint le plus élevé.

Exemple

Pour une **myélopathie de C3-C4 et C5-C6**, il faut attribuer le code M50.01, discopathie cervicale avec myélopathie, région cervicale haute, pour C3-C4, le niveau le plus élevé.

La **présence ou l'absence de myélopathie**¹ est une distinction importante à faire lors de l'attribution des codes pour certains troubles du dos.

- Les codes pour les troubles du dos tels que la **spondylose et l'hernie du disque intervertébral** différencient les affections avec et sans myélopathie.
- Les codes pour une **hernie discale sans myélopathie comprennent la paresthésie** mais pas la paralysie.

1: La **myélopathie** est un trouble fonctionnel et/ou une modification pathologique de la moelle épinière qui résulte souvent d'une compression.

- Les **termes de l'index sous les troubles du disque intervertébral avec myélopathie** sont classés dans les sous-catégories M50.0 et M51.0, avec un cinquième ou sixième caractère utilisé pour indiquer le site impliqué.

Exemples

- **M50.222**, hernie discale intervertébrale, région cervicale, C5-C6, sans myélopathie.
- **M51.06**, hernie discale intervertébrale, région lombaire, avec myélopathie
- **M51.24**, hernie discale intervertébrale, région thoracique, sans myélopathie.

Les catégories M50 et M51 comprennent également les sous-catégories M50.1 et M51.1 pour identifier la présence d'une **radiculopathie**², le cinquième ou sixième caractère indiquant le site concerné.

2: La **radiculopathie** désigne un problème de racine nerveuse entraînant une faiblesse, un engourdissement ou une difficulté à contrôler certains muscles.

La **sténose spinale** avec compression du canal spinal qui contient la moelle épinière et les racines nerveuses est attribuée à la sous-catégorie M48.0, *sténose spinale*.

- La **sténose spinale avec radiculopathie de la colonne cervicale** est codée avec les codes **M48.02, sténose spinale, région cervicale**, et **M54.12, radiculopathie, région cervicale**.
- La **myélopathie avec sténose spinale** est codée avec le code **G99.2, myélopathie dans les maladies classées ailleurs**.

Exemple

Une **sténose du canal spinal lombaire avec radiculopathie et myélopathie** est codée avec les codes suivants :

- **M48.061**, sténose rachidienne, région lombaire sans claudication neurogène
- **M54.16**, radiculopathie, région lombaire
- **G99.2**, myélopathie dans les maladies classées ailleurs.

La **chirurgie pour l'excision ou la destruction d'une hernie discale** est classée dans l'ICD10-PCS selon le type de chirurgie réalisée.

Exemples

- **0SB40ZZ**, excision ouverte d'une hernie discale intervertébrale lombosacrée.
- **0R5B3ZZ**, destruction d'un disque intervertébral thoracolombaire déplacé par chimionucléolyse, voie d'abord percutanée
- **0S523ZZ**, destruction percutanée du disque intervertébral lombaire
- **0RB10ZZ**, excision ouverte de l'articulation vertébrale cervicale

Directives de codage pour **laminectomie** :

- Une **laminectomie réalisée dans le but d'explorer le canal spinal** est codée avec le code **00JU0ZZ, inspection du canal spinal, voie d'abord ouverte**.
- Une laminectomie effectuée dans le but d'exciser le matériel d'une hernie discale représente l'approche ou la voie d'abord et n'est pas codée séparément. Au lieu de cela, l'intervention de base *Excision* est codée pour indiquer l'excision du disque.

Lorsqu'une **foraminotomie/laminectomie décompressive** est effectuée 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 chirurgie a un **but distinct** et doit être **codée séparément**. Les interventions de base appropriées sont *Excision* pour la discectomie et *Release* pour la foraminotomie/laminectomie décompressive.

22.3 Arthrite

L'**arthrite**³ peut survenir de façon indépendante, mais elle est aussi une manifestation courante de diverses autres affections.

Lorsque **l'arthrite est due à une autre affection**, des **codes combinés** doivent être utilisés lorsqu'ils sont disponibles, et les **directives de double codage** doivent être appliquées lorsque les codes combinés ne sont pas disponibles.

Exemples

- **M11.811**, arthrite de l'épaule droite due à des cristaux de phosphate dicalcique
- **E11.610**, arthrite de Charcot due à un diabète de type 2
- **C95.90 + M36.1**, arthrite due à une leucémie
- **D66 + M36.2**, arthrite hémophilique
- **A69.23**, arthrite associée à la maladie de Lyme

L'**ostéoarthrose**⁴ est codée avec des codes des catégories M15 à M19, sauf lorsque la colonne vertébrale est touchée, auquel cas un code de la catégorie M47, *spondylose*, est attribué.

- Les codes pour l'ostéoarthrose précisent le site, si l'affection est primaire, secondaire (par exemple, post-traumatique) ou généralisée.
- Lorsque le type d'arthrose n'est pas spécifié, l'arthrose primaire est le code par défaut.
- Lors du codage de l'arthrose, l'index alphabétique peut faire référence à un code non spécifié. Il est important d'examiner la liste systématique pour d'autres codes dans le domaine connexe afin de déterminer si un code plus spécifique peut être trouvé.
 - Par exemple, pour l'arthrose du genou gauche, il faut attribuer le code **M17.12, arthrose primaire**⁵ unilatérale, genou gauche, au lieu du code M17.9, arthrose du genou, non spécifiée.

3: L'**arthrite** est le terme commun pour une grande variété d'affections qui affectent principalement les articulations, les muscles et le tissu conjonctif. Les symptômes associés sont l'inflammation, le gonflement, la douleur, la raideur et les problèmes de mobilité.

4: L'**ostéoarthrose** est la forme d'arthrite la plus courante; elle est également appelée polyarthrite, arthrite dégénérative et arthrite hypertrophique. Il s'agit d'une maladie articulaire dégénérative, survenant généralement chez les personnes âgées, avec une dégénérescence chronique du cartilage articulaire et une hypertrophie de l'os. Elle se caractérise par des douleurs et des gonflements.

5: L'**arthrose primaire**, également appelée **arthrite dégénérative**, touche les articulations de la colonne vertébrale, du genou et de la hanche, ainsi que certaines petites articulations des mains et des pieds. L'arthrose primaire est la forme la plus courante d'arthrose; elle est généralement causée par l'usure normale liée à l'âge, ce qui entraîne des dommages au cartilage.

L'**arthrite secondaire** a une cause spécifique, comme une lésion traumatique, ou est un effet de l'obésité, de facteurs génétiques, de l'inactivité ou d'autres maladies. Elle est confinée aux articulations d'une région.

- Lorsque le **site de l'ostéoartrite n'est pas documenté**, il faut attribuer le code **M19.90, ostéoartrite non spécifiée, site non spécifié**.
- **L'arthrose qui touche plusieurs sites mais qui n'est pas spécifiée comme généralisée** est codée **M15.9, polyarthrite, non spécifiée**.

La **polyarthrite rhumatoïde** (catégories M05 et M06), autre type d'arthrite assez courant, est une maladie auto-immune qui affecte l'ensemble du corps.

L'**arthrite pyogénique** (M00.-) est due à une infection et est classée selon l'organisme responsable (Staphylocoque, Pneumocoque, Streptocoque ou autres bactéries), avec des caractères supplémentaires pour spécifier les articulations concernées. Un code additionnel pour l'organisme responsable doit être attribué pour l'arthrite staphylococcique (B95.61-B95.8), l'arthrite streptococcique (B95.0-B95.2, B95.4, B95.5), ou d'autres bactéries (B96).

Les **infections directes des articulations dans les maladies infectieuses et parasitaires** sont codées avec un code de la catégorie M01. La maladie sous-jacente, comme la lèpre, les mycoses ou la fièvre parathyroïdienne, doit être codée en premier.

L'**arthrite goutteuse**⁶ est classée dans la catégorie de la goutte idiopathique. La catégorie M10, *goutte*, est subdivisée comme suit :

- goutte idiopathique (M10.0-)
- goutte due au plomb (M10.1-)
- goutte médicamenteuse (M10.2-)
- goutte due à une insuffisance rénale (M10.3-)
- autre goutte secondaire (M10.4-)
- goutte non spécifiée est codée (M10.9).

6: L'**arthrite goutteuse** est une arthrite récurrente des articulations périphériques dans laquelle un excès d'acide urique dans le sang se dépose dans les articulations.

Lorsque la goutte est spécifiée comme étant **chronique**, elle est classée dans la catégorie M1A, *goutte chronique*, avec l'ajout d'un septième caractère pour spécifier avec ou sans **tophus** (dépôt d'acide urique cristallisé sous la peau).

22.4 Dérangement

Le **dérangement interne du genou** est classé dans la catégorie M23.

Le **dérangement d'autres articulations spécifiques** est classé dans la catégorie M24, avec des caractères additionnels indiquant le site.

La **luxation récidivante non traumatique du genou** est classée dans la catégorie M22.0-, *luxation récurrente de la rotule*.

La luxation ou la subluxation récurrente des articulations est classée dans la catégorie M24.4-, *luxation récidivante de l'articulation*.

Le **dérangement du genou dû à un traumatisme récent** est classé comme une luxation sous S83.104-, S83.105- ou S83.106-. Cependant, le dérangement du ménisque ou du cartilage du genou dû à un traumatisme récent est classé dans la sous-catégorie S83.2, *déchirure du ménisque, traumatisme récent*.

22.5 Ostéoporose

L'**ostéoporose**⁷ est classée dans les catégories M80 et M81 selon la **présence d'une fracture pathologique**.

L'ostéoporose étant une **affection systémique**, le site ne fait pas partie des codes de la catégorie M81, *ostéoporose sans fracture pathologique récente*.

Les codes de la catégorie M80, *ostéoporose avec fracture pathologique récente*, identifient l'ostéoporose et le site de la fracture pathologique.

7: L'**ostéoporose** est une affection systémique qui touche tous les os du système musculo-squelettique et entraîne un risque accru de fractures pathologiques. Dans l'ostéoporose, les os sont plus fins et plus faibles que la normale.

22.6 Pathological fractures

Les fractures **documentées comme spontanées** sont toujours des **fractures pathologiques**⁸.

Lorsque la fracture est **documentée comme une fracture par compression**, le dossier doit être revu pour déterminer si un traumatisme important a été subi.

- Une chute d'une hauteur, comme un plongeur, avec fracture de compression de la colonne vertébrale est codé comme un **traumatisme**.
- Une fracture de compression chez un patient plus âgé résultant d'un léger faux pas ou d'un autre traumatisme mineur est généralement considérée comme **pathologique**, en particulier lorsque le patient présente également une affection sous-jacente qui augmente le risque de telles fractures.

8: Les **fractures pathologiques** surviennent sur des os affaiblis par une maladie. Ces fractures sont généralement spontanées, mais elles surviennent parfois à la suite d'un léger traumatisme (comme une petite chute) qui n'aurait normalement pas entraîné de fracture sur un os normal et sain. Il existe de nombreuses causes sous-jacentes aux fractures pathologiques, notamment l'ostéoporose, les métastases osseuses, l'ostéomyélite, la maladie de Paget, l'atrophie de non-utilisation, l'hyperparathyroïdie et les troubles nutritionnels ou congénitaux.

Il faut demander des précisions au médecin si la documentation n'explique pas si une fracture de compression est pathologique ou traumatique. Le cas échéant, la documentation doit être complétée.

Toutes les **fractures pathologiques** sont classées dans les catégories/sous-catégories suivantes en fonction de la cause sous-jacente :

- **M80**, ostéoporose avec fracture pathologique récente
- **M84.4**, fracture pathologique, non classée ailleurs
- **M84.5**, fracture pathologique dans une maladie néoplasique (coder également la cause sous-jacente)
- **M84.6**, fracture pathologique dans une autre maladie (coder également l'affection sous-jacente)
- **M84.7**, fracture non traumatique, non classée ailleurs

Des **caractères supplémentaires** sont utilisés pour spécifier l'**os concerné**.

Un **septième caractère est requis** lors du codage des fractures pathologiques :

- **A : contact initial pour une fracture**
 - A est utilisé lorsque le patient est admis pour un traitement actif de la fracture pathologique. Les exemples de traitement actif sont l'intervention chirurgicale, l'admission aux urgences, l'évaluation et le traitement des traumatismes aigus. Bien que le patient puisse être vu par un autre médecin au cours du traitement d'une fracture pathologique, l'attribution du septième caractère est basée sur le fait que le patient suit un

traitement actif, et non sur le fait que le médecin voit le patient pour la première fois.

- **D : contact subséquent pour une fracture avec consolidation normale**
 - D est utilisé pour les admissions après que le patient a terminé le traitement actif et qu'il y a une consolidation normale.
- **G : contact subséquent pour une fracture avec consolidation retardée**
 - G est utilisé pour les admissions ultérieures destinées à traiter les problèmes associés à la consolidation, retardée
- **K : contact subséquent pour une fracture avec pseudarthrose**
 - K est utilisé pour les admissions ultérieures destinées à traiter les problèmes associés à la pseudarthrose
- **P : contact subséquent pour une fracture avec cal vicieux**
 - P est utilisé pour les admissions ultérieures destinées à traiter les problèmes associés au cal vicieux.
- **S : Séquelle**
 - S est utilisé pour les admission destinées au traitement des séquelles ou de l'effet résiduel après la fin de la phase aiguë de la fracture.

Les soins concernant les **complications du traitement chirurgical de fractures** pendant la phase de consolidation doivent être codés avec les codes de complication appropriés.

La **séquence des codes pour les fractures pathologiques** dépend des circonstances de l'admission. Une fracture pathologique est désignée comme diagnostic principal uniquement lorsque le patient est admis uniquement pour le traitement de la fracture pathologique. En général, le code de l'affection sous-jacente responsable de la fracture est codé en premier, suivi par un code supplémentaire pour la fracture.

Exemple

Codage d'une fracture pathologique due à un néoplasme :

- Si l'**admission est destinée au traitement de la fracture**, un code de la sous-catégorie M84.5, *fracture pathologique dans une maladie néoplasique*, doit être codé en premier, suivi du code du néoplasme.
- Si l'**admission est destinée au traitement du néoplasme** avec une fracture pathologique associée, le néoplasme doit être codé en premier, suivi d'un code de la sous-catégorie M84.5 pour la fracture pathologique.

Une fracture traumatique⁹ et une fracture pathologique du même os ne peuvent pas être codées ensemble. Un seul type de fracture ne peut être codé dans ce cas.

9: Voir le chapitre 29 de ce manuel pour une discussion sur le codage des fractures traumatiques.

Exemples

- **M80.061A + M89.761**, contact initial pour fracture aiguë du tibia droit et défauts osseux majeurs dus à une ostéoporose sénile.
- **M84.559D + C79.51+ Z85.43**, contact subséquent pour fracture pathologique cicatrisée de la hanche due à un carcinome osseux métastatique; cancer de l'ovaire il y a cinq ans

22.7 Fractures de stress

Les **fractures de stress**¹⁰ sont codées avec des codes de la sous-catégorie M84.3. Des codes supplémentaires de cause externe de morbidité sont utilisés pour identifier la cause de la fracture de stress (par exemple, le code **Y93.01, activité, marche, marche et randonnée**).

D'autres termes utilisés pour les fractures de stress sont *fracture de fatigue*, *fracture de marche* et *fracture en réaction au stress*.

22.7.1 Fractures fémorales atypiques

Les **fractures fémorales atypiques**¹¹ sont codées avec les codes de la sous-catégorie M84.75, *fracture fémorale atypique*.

Le terme entier *fracture fémorale atypique* doit être **documenté** pour attribuer un code de la sous-catégorie M84.75.

Un **septième caractère** est requis pour les fractures fémorales atypiques pour indiquer un contact initial, un contact subséquent ou des séquelles.

Lorsque la fracture est **due à l'utilisation à long terme de bisphosphonates** par le patient, le code **Z79.83, utilisation à long terme (actuelle) de bisphosphonates**, doit également être attribué.

22.7.2 Fractures périprothétiques

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 le résultat des mêmes affections que les autres fractures, notamment des traumatismes ou des pathologies.

Ces fractures peuvent se produire autour de n'importe quelle **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-)
- l'épaule (M97.31-, M97.32-)
- le coude (M97.41-, M97.42-)
- une autre articulation (M97.8-)
- une articulation non spécifiée (M97.9-)

10: Les **fractures de stress** diffèrent des fractures pathologiques en ce sens que les fractures de stress sont dues à l'application d'une force répétitive avant que l'os et ses tissus de soutien n'aient eu le temps d'absorber cette force, alors que les fractures pathologiques sont toujours dues à un état physiologique, tel que le cancer ou l'ostéoporose, qui entraîne une détérioration de l'os. En général, les fractures de stress ne se révèlent initialement pas à l'examen radiographique, et des jours ou des semaines peuvent s'écouler avant que la fracture ne soit visible sur une radiographie.

11: Les **fractures fémorales atypiques** sont une forme de fracture de stress qui est associée à l'ostéoporose. Ces fractures surviennent chez les patients recevant un traitement à long terme par bisphosphonate ou d'autres médicaments tels que les glucocorticoïdes. Les fractures fémorales atypiques se produisent dans la région subtrochantérienne de la hanche ou de la diaphyse fémorale. Elles peuvent être complètes et s'étendre sur les deux corticales, ou incomplètes, n'impliquant que la corticale latérale. En plus de leur localisation, les fractures fémorales atypiques présentent plusieurs autres caractéristiques distinctives :

1. elles peuvent avoir une orientation transversale ou oblique courte
2. le traumatisme associé à ces fractures est minime ou inexistant
3. il y a une absence de comminution
4. il y a un épaississement cortical généralisé ou localisé à la corticale latérale du site de fracture
5. il y a une réaction périostée de la corticale latérale
6. il y a un spike médial lorsque la fracture est complète.

22.8 Directives concernant les parties du corps du système musculo-squelettique

La plupart des directives relatives aux parties du corps de l'ICD-10-PCS sont traitées au chapitre 7 du présent manuel, introduction à l'ICD-10-PCS et aux conventions de l'ICD-10-PCS.

Cependant, il existe une **directive spécifique** décrivant les tendons, les ligaments, les bourses et les fascias près d'une articulation qui se rapporte plus étroitement à ce chapitre du manuel :

- Les procédures effectuées sur les **tendons, les ligaments, les bourses séreuses et les fascias qui soutiennent une articulation** sont codées avec la partie du corps du système anatomique respectif qui fait l'objet de la procédure.
- Les procédures effectuées sur les **structures articulaires** elles-mêmes sont codées avec la partie du corps des systèmes anatomiques articulaires.

Exemples

- La réparation du ligament croisé antérieur du genou est codée avec la partie du corps *Knee Bursa and Ligament* du système anatomique *Bursae and Ligaments*.
- L'arthroscopie du genou avec shaving du cartilage articulaire est codée avec la partie du corps *Knee Joint* du système anatomique *Lower Joints*.

22.9 Procédures articulaires

Cette section couvre les procédures articulaires suivantes :

- Remplacement d'articulation ou de prothèse
- Révisions
- Remplacement partiel d'une prothèse ou conversion d'une prothèse partielle en une prothèse totale
- Resurfaçage

22.9.1 Remplacement d'articulation ou de prothèse

Le **remplacement d'une articulation** est classé dans la section *Medical and Surgical* avec l'intervention de base *Replacement*.

La directive B3.18 de l'ICD-10-PCS indique que si une excision ou une résection d'une partie du corps est suivie d'une procédure de remplacement, il faut coder les deux procédures pour identifier chaque objectif distinct, sauf lorsque l'excision ou la résection est considérée comme faisant partie intégrante et préparatoire de la procédure de remplacement.

La **résection d'une articulation dans le cadre d'une procédure de remplacement** d'une articulation est considérée comme faisant partie

intégrante et préparatoire au remplacement de l'articulation. Par conséquent, la résection n'est pas codée séparément.

L'attribution du code pour la procédure de remplacement de l'articulation dépend de l'articulation concernée.

Lors du codage des **prothèses de la hanche**, le type de **surface portante** est identifié par le **sixième caractère** (qualificatif) :

- 0 Polyéthylène
- 1 Métal
- 2 Métal sur polyéthylène
- 3 Céramique
- 4 Céramique sur polyéthylène
- 6 Zirconium oxydé sur polyéthylène
- 7 Substitut de tissu autologue
- E Spacer articulé
- J Substitut synthétique
- K Substitut tissulaire non autologue

Lorsque les **informations relatives à la surface portante ne sont pas documentées** dans le dossier patient, il faut coder le dispositif avec le **sixième caractère J** (substitut synthétique) ou consulter le médecin et demander d'adapter la documentation.

Le **septième caractère** spécifie si la prothèse est **cimentée ou non cimentée**.

- Une prothèse articulaire cimentée fixe l'articulation à l'os avec du ciment époxy.
- Une prothèse articulaire non cimentée comporte un réseau de trous à sa surface qui permet à la croissance de l'os naturel du patient de maintenir le dispositif en place.
- Lorsqu'il n'est pas possible de déterminer si une prothèse cimentée ou non cimentée a été posée, il faut attribuer *Z No Qualifier*.

La **rotule** fait partie de l'articulation du genou dans le cadre d'une prothèse totale du genou. Lors d'un remplacement total du genou, la partie du corps est codé *Knee Joint, Right* ou *Knee Joint, Left* au tableau *OSR, Replacement, Lower Joints*. Cette partie du corps comprend les parties fémorale, tibiale et rotulienne de l'arthroplastie totale du genou.

Si le remplacement implique également la mise en place d'un **stimulateur de croissance osseuse**, il doit être codé séparément avec l'intervention de base *Insertion* et le dispositif *Bone-growth Stimulator*.

Exemples

- **0SRA03Z**, remplacement de l'articulation de la hanche droite, surface acétabulaire avec prothèse en céramique
- **0SRG0J9**, remplacement total de la cheville gauche avec prothèse synthétique, cimentée
- **0SRS01Z**, remplacement de la tête fémorale gauche (métal)
- **0SRA00A**, remplacement partiel (acétabulaire, polyéthylène) de la hanche droite, non cimenté
- **0RL0JZ**, remplacement total du coude droit (synthétique)

L'ICD-10-PCS ne fournit pas de codes pour indiquer un **remplacement bilatéral** d'une articulation ou d'une prothèse. Le code de procédure doit être attribué deux fois lorsque la même procédure est effectuée sur des articulations bilatérales, sauf si des codes individuels sont disponibles pour identifier les articulations gauche et droite ; dans ce cas, un code est attribué pour chaque articulation.

Il arrive parfois qu'une **prothèse doive être retirée en raison d'une infection**, et qu'une nouvelle prothèse soit placée après un mois ou deux, lorsque l'infection a complètement disparu.

- La première admission pour un tel problème est codée **T84.5-, infection et réaction inflammatoire due à une prothèse d'articulation interne**, suivi par un code additionnel pour identifier l'infection et un code de procédure pour l'ablation de la prothèse (par exemple, **0SP90JZ, ablation d'un substitut synthétique de l'articulation de la hanche droite, voie d'abord ouverte**). Le code **0SH908Z** est attribué si un spacer est inséré.
- Lors de l'admission suivante pour la pose d'une prothèse articulaire, le diagnostic principal est attribué à partir de la sous-catégorie **Z47.3** (par exemple, **Z47.32, soins de suite après explantation d'une prothèse de hanche**), suivi par un code de procédure pour la pose d'un nouveau dispositif.

22.9.2 Révisions

Chaque fois qu'une **prothèse articulaire est corrigée mais pas enlevée**, la procédure est codée comme une révision articulaire.

Bien que le terme *révision*¹² puisse être documenté par le chirurgien, la définition complète de l'intervention de base *Revision* doit être remplie avant qu'elle puisse être codée. Un exemple de chirurgie de révision est re-cimenter une articulation prothétique.

Les codes pour la révision des prothèses de hanche identifient les composants spécifiques de l'articulation révisés (par exemple, la surface acétabulaire, la surface fémorale).

12: *Revision* ou corriger, dans la mesure du possible, un dispositif qui fonctionne mal ou qui est mal placé sans enlever et mettre un tout nouveau dispositif à sa place.

22.9.3 Remplacement partiel d'une prothèse ou conversion d'une prothèse partielle en une prothèse totale

Lorsque des **composants d'une prothèse articulaire sont retirés et que de nouveaux composants sont insérés au cours de la même admission**, il faut coder à la fois le retrait des anciens composants et la mise en place des nouveaux composants avec les interventions de base *Removal* et *Replacement*.

Un code pour *Supplement* est attribué si un **nouveau liner** est placé. Le liner ne fonctionne pas comme une partie du corps remplacée. Il est placé pour renforcer physiquement l'articulation remplacée.

Si un **spacer articulaire (par exemple, du ciment) est retirée**, l'intervention de base *Removal* est codée. Par exemple **0SP908Z, retrait d'un spacer articulaire de la hanche droite, voie d'abord ouverte**.

Si un **composant d'une articulation a déjà été remplacé**, l'intervention est toujours considérée comme un remplacement, même si une partie du composant est remplacée pour la première fois.

Exemple

Un patient est admis pour la conversion d'une précédente hémiarthroplastie de la hanche droite en une arthroplastie totale de la hanche droite en métal sur polyéthylène, par voie d'abord ouverte.

- **0SP90JZ**, retrait du substitut synthétique de l'articulation de la hanche droite, par voie d'abord ouverte,
- **0SR902Z**, remplacement de l'articulation de la hanche droite par du métal sur polyéthylène, substitut synthétique, par voie d'abord ouverte.

Si un dispositif de remplacement de l'articulation qui fonctionne mal est corrigé, un code avec l'intervention de base *Revision* est attribué. Par exemple, **0SW90JZ, révision du substitut synthétique dans l'articulation de la hanche droite, voie d'abord ouverte.**

22.9.4 Resurfaçage

L'**arthroplastie de resurfaçage**¹³ est codée avec l'**intervention de base Supplement**¹⁴ parce que l'intervention répond à la définition. En outre, le **quatrième caractère (partie du corps)** identifie les composants articulaires spécifiques resurfacés (le resurfaçage total implique à la fois les composants acétabulaire et fémoral; le resurfaçage partiel implique la surface fémorale ou la surface acétabulaire uniquement).

Exemples

- **0SU90BZ**, resurfaçage total de la hanche droite, acétabulaire et fémorale
- **0SUR0BZ**, resurfaçage de la hanche droite, partiel, tête fémorale
- **0SUA0BZ**, resurfaçage partiel de la hanche droite, acétabulum

Un code de la sous-catégorie Z96.6, *présence d'implants articulaires orthopédiques*, est attribué comme code supplémentaire **lorsque la présence d'une prothèse articulaire est significative en termes de soins au patient.**

13: Le **resurfaçage** de la hanche consiste à l'abrasion des surfaces usées de la tête fémorale et de l'acétabulum tout en conservant le col du fémur et la majorité de la tête fémorale. L'intervention se termine par la mise en place de nouvelles surfaces portantes.

14: **Supplement** ou mise en place ou pose d'un matériau biologique ou synthétique qui renforce et/ou augmente physiquement la fonction d'une partie du corps.

22.10 Arthrodèse vertébrale et reprise d'arthrodèse

Traditionnellement, **trois approches** de base sont utilisées pour l'arthrodèse ou la reprise d'**arthrodèse vertébrale**¹⁵ : antérieure, postérieure et latérale transversale.

- L'approche **antérieure** classique nécessite une **incision dans le cou ou l'abdomen**, et l'arthrodèse est réalisée à partir de l'avant des vertèbres à travers l'anneau antérieur.
- L'approche **postérieure** nécessite une **incision dans le dos**, directement au-dessus des vertèbres.
- L'approche **transversale latérale**, nécessite une **incision sur le côté** du patient et les vertèbres sont approchées à travers le lamina.

Lors d'une **arthrodèse de la colonne antérieure**, le corps (corpus) des vertèbres adjacentes est fusionné (fusion intersomatique). La colonne antérieure peut être fusionnée en utilisant une technique antérieure, latérale ou postérieure.

Pour l'**arthrodèse de la colonne postérieure**, les structures postérieures des vertèbres adjacentes sont fusionnées (fusion du pédicule, de la lame, des facettes, de l'apophyse transverse ou de la "gouttière"). L'arthrodèse de la colonne postérieure peut être réalisée en utilisant une technique postérieure, postéro-latérale ou latérale transversale.

Les procédures d'arthrodèse et reprise d'arthrodèse vertébrales sont codées comme suit :

- L'**intervention de base Fusion**¹⁶ est utilisée.
- La **partie du corps** codée pour une (des) articulation(s) vertébrale(s) rendue(s) immobile(s) par une procédure d'arthrodèse vertébrale se fait selon le niveau de la colonne vertébrale, à savoir, cervical, thoracique, lombaire, lombosacré ou sacro-coccygien.
- Il existe des **valeurs de partie du corps distinctes** pour une seule articulation vertébrale et pour plusieurs articulations vertébrales à chaque niveau de la colonne vertébrale.
 - Par exemple, *Lumbar Vertebral Joint, Lumbar Vertebral Joints 2 or more* et *Lumbosacral Joint*.
- Si **plusieurs articulations vertébrales sont fusionnées**, un acte distinct est codé pour chaque articulation vertébrale qui utilise un dispositif et/ou un qualificatif différent.
 - Par exemple, l'arthrodèse ouverte de l'articulation vertébrale lombaire avec substitut synthétique, approche postérieure, colonne antérieure (0SG00JJ), et l'arthrodèse ouverte de l'articulation vertébrale lombaire avec substitut synthétique, approche postérieure, colonne postérieure (0SG00JJ), sont codées séparément parce que les procédures impliquent différentes parties de la colonne vertébrale (colonne antérieure contre colonne postérieure).
- L'insertion de dispositifs de fixation tels que tiges, plaques et vis n'est pas codé. L'insertion de ces types de dispositifs fait partie intégrante de l'intervention de base Fusion.

15: L'**arthrodèse vertébrale** est une procédure chirurgicale par laquelle deux ou plusieurs vertèbres sont fusionnées pour corriger des problèmes au niveau des vertèbres. Les vertèbres peuvent être fusionnées à l'aide d'une greffe osseuse, d'un substitut osseux développé génétiquement et de dispositifs de fusion intersomatique contenant un greffon osseux. L'objectif de la chirurgie d'arthrodèse vertébrale est de soulager la douleur après l'échec des traitements conservateurs. L'intervention est indiquée pour les lésions des vertèbres vertébrales telles que la protrusion et la dégénérescence du coussin entre les vertèbres, la courbure de la colonne vertébrale ou la faiblesse de la colonne vertébrale causée par des injections ou des néoplasmes.

L'absence de développement d'un os solide entre deux ou plusieurs niveaux de la colonne vertébrale après une fusion vertébrale est appelée **non-union** ou **pseudarthrose**. Les symptômes peuvent ne se manifester que plusieurs mois ou années après l'arthrodèse initiale. Les patients peuvent souvent fonctionner de manière relativement normale avec une pseudarthrose, à moins qu'ils ne développent des problèmes tels qu'une douleur vive et localisée et une sensibilité sur la fusion, une progression de la déformation ou de la maladie, ou un déplacement localisé dans la masse de fusion. Le traitement de la pseudarthrose symptomatique consiste en une **reprise d'arthrodèse**. Cette procédure implique l'élimination complète du tissu fibreux de la zone de fusion prévue et l'ajout d'une nouvelle greffe osseuse.

La structure de la **colonne vertébrale** est composée des colonnes antérieure et postérieure. La **colonne antérieure** est composée du ligament longitudinal antérieur, du corps vertébral, du disque intervertébral, de l'anneau fibreux et du ligament longitudinal postérieur. La **colonne postérieure** comprend les structures vertébrales qui sont postérieures au ligament longitudinal postérieur, telles que les pédicules, l'apophyse transverse, la lame, les facettes et l'apophyse épineuse.

16: **Fusion** ou assemblage de parties d'une partie articulaire du corps rendant la partie articulaire du corps immobile.

Parfois, des instruments appelés **dispositifs intervertébraux d'arthrodèse** sont utilisés pour stabiliser et fusionner les espaces de disques dégénérés et pour fournir un segment immédiatement stable pour la fusion et le soulagement des symptômes. Ces dispositifs sont également connus sous le nom de *cages de fusion*, *cages BAK*, *cage d'arthrodèse 'ray threaded'*, *cages synthétiques*, *spacers* ou *cheville osseuse*.

Lorsque des **combinaisons de dispositifs** sont utilisées sur la même articulation vertébrale, pour rendre l'articulation immobile, la valeur du dispositif pour la procédure est codée en utilisant les directives suivantes :

- Si un **dispositif intervertébral d'arthrodèse** est utilisé pour rendre l'articulation immobile (contenant un greffon osseux ou un substitut de greffon osseux), la procédure est codée avec le dispositif *interbody fusion device*.
- Si le **greffon osseux** est le seul dispositif utilisé pour rendre l'articulation immobile, l'intervention est codée avec le dispositif *nonautologous tissue substitute* ou *autologous tissue substitute*.
- Si une **combinaison de greffe osseuse autologue et non autologue** (avec ou sans extenseurs ou liants biologiques ou synthétiques) est utilisé pour rendre l'articulation immobile, l'intervention est codée avec le dispositif *autologous tissue substitute*.

Exemples

- L'arthrodèse vertébrale à l'aide d'un dispositif intervertébral d'arthrodèse de type cage contenant un greffon osseux morcelé, est codée avec le dispositif *interbody fusion device*.
- L'arthrodèse vertébrale à l'aide d'un intervertébral d'arthrodèse à cheville osseuse faite d'os de cadavre et emballée dans un mélange d'os local morcelé et de matrice osseuse déminéralisée, est codée avec le dispositif *interbody fusion device*.
- L'arthrodèse vertébrale utilisant à la fois un greffon osseux autologue et un greffon osseux de banque d'os est codée avec le dispositif *autologous tissue substitute*.

Le prélèvement d'un greffon osseux (par exemple, la crista iliaca) et son utilisation dans une autre partie du corps (par exemple, pour une arthrodèse vertébrale) simultanés est codé séparément (intervention de base *Excision*). Cependant, dans l'ICD-10-PCS, les tissus prélevés localement (par exemple, la moelle osseuse prélevée sur le fémur et utilisée comme autogreffe de cellules souches) ne sont pas codés séparément.

Si la **protéine morphogénétique osseuse (BMP)**, une protéine génétiquement modifiée, est insérée pour aider à créer un substitut de greffe osseuse, elle est codée via le dispositif dans le code procédure. Lorsqu'une voie d'abord ouverte est utilisée, le code **3E0U0GB, introduction de protéine morphogénétique osseuse recombinante dans les articulations, voie d'abord ouverte**, est codé.

Une **arthrodèse vertébrale à 360 degrés** est une arthrodèse des parties antérieures et postérieures de la colonne vertébrale. Une arthrodèse vertébrale à 360 degrés peut être réalisée par une seule incision (généralement par la voie d'abord transversale latérale) ou par deux incisions : une incision antérieure pour la fusion antérieure, suivie du retournement

physique du patient, puis d'une incision postérieure pour la fusion postérieure. **Deux codes sont requis.**

Exemple

Une arthrodèse vertébrale lombaire des parties postérieure et antérieure des vertèbres L3-L4 est effectuée par une voie d'abord ouverte postérieure à l'aide d'un greffon osseux autologue.

- **0SG0071**, arthrodèse vertébrale lombaire avec substitut tissulaire autologue, voie d'abord postérieure, colonne postérieure, voie d'abord ouverte
- **0SG00AJ**, arthrodèse vertébrale lombaire avec dispositif intervertébral d'arthrodèse, voie d'abord postérieure, colonne antérieure, voie d'abord ouverte.

Aperçu de **procédures d'arthrodèse vertébrale et de reprises d'arthrodèse** :

- **ALIF ou *anterior lumbar interbody fusion*** : une arthrodèse intervertébrale de la colonne antérieure par une incision antérieure, soit transpéritonéale, soit rétropéritonéale. Elle peut également être réalisée par laparoscopie.
- **AxiaLIF ou *axial lumbar interbody fusion*** : une arthrodèse percutanée de la colonne antérieure au niveau de L5-S1. L'AxiaLIF® 360° désigne la combinaison d'une procédure AxiaLIF® de la colonne antérieure effectuée en même temps qu'une arthrodèse de la colonne postérieure, qui peut inclure l'utilisation de vis pédiculaires ou de vis à facettes. L'AxiaLIF® 360° est décrit comme permettant une arthrodèse vertébrale percutanée à 360 degrés.
- **DLIF ou *direct lateral lumbar interbody fusion*** : 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 ne peut être réalisée qu'à L4-L5 ou à des niveaux supérieurs et nécessite une dissection du muscle psoas.
- **PLIF ou *posterior lumbar interbody fusion*** : une arthrodèse de la colonne antérieure par voie postérieure.
- **TLIF ou *transforaminal lumbar interbody fusion*** : une arthrodèse vertébrale latérale transverse par voie postérieure.
- **XLIF ou *extreme lateral interbody fusion*** : une arthrodèse moins invasive de la colonne antérieure. L'arthrodèse peut être réalisée soit par voie percutanée, soit par voie latérale utilisant un écarteur en forme de tube circulaire.

Procédure	Voie d'abord et colonne	7ième caractère
ALIF	voie antérieure, colonne antérieure	0
AxiaLIF	voie postérieure, colonne antérieure	J
DLIF	voie antérieure, colonne antérieure	0
PLIF	voie postérieure, colonne antérieure	J
TLIF	voie postérieure, colonne antérieure	J
XLIF	voie antérieure, colonne antérieure	0

TABLE 22.1 – 7ième caractère pour des arthrodèses courantes

22.11 Vertébroplastie et cyphoplastie

L'ICD-10-PCS code la **vertébroplastie**¹⁷ avec l'intervention de base *Supplement* et avec le dispositif *Synthetic Substitute*.

Exemple

La vertébroplastie lombaire percutanée est codée 0QU03JZ, Supplément de vertèbre lombaire avec substitut synthétique, voie d'abord percutanée.

La procédure **ARCUATE™ XP**¹⁸ est également codée avec l'intervention de base *Supplement*.

Le codage de l'**augmentation vertébrale percutanée**¹⁹ nécessite deux codes :

- avec l'intervention de base *Reposition*
- avec l'intervention de base *Supplement*

D'autres procédures similaires codées de la même manière comprennent l'**arcuplastie, la cyphoplastie, la skyphoplastie et la spineoplasty**.

Exemple

Une cyphoplastie percutanée de la colonne lombaire :

- **0QS03ZZ**, repositionnement de la vertèbre lombaire, voie d'abord percutanée
- **0QU03JZ**, supplément de vertèbre lombaire avec substitut synthétique, voie d'abord percutanée

Bien que ces procédures soient similaires à la **vertébroplastie**, il n'y a pas de ballon impliqué dans la vertébroplastie, et elle ne tente pas de restaurer la hauteur vertébrale pour réduire les fractures de tassement de la vertèbre. Par conséquent, seule l'intervention de base *Supplement* est codée pour la vertébroplastie.

Si une **biopsie vertébrale** est effectuée au cours d'une cyphoplastie de la vertèbre lombaire, trois codes sont requis :

- **0QS03ZZ**, repositionnement de la vertèbre lombaire, voie d'abord percutanée
- **0QU03JZ**, supplément de la vertèbre lombaire avec substitut synthétique, voie d'abord percutanée
- **0QB03ZX**, excision de la vertèbre lombaire, voie d'abord percutanée, diagnostic.

La biopsie ne fait pas partie intégrante de la cyphoplastie et doit être codée séparément.

17: La **vertébroplastie percutanée** est une technique utilisée pour traiter les fractures vertébrales par tassement. L'intervention consiste à insérer un matériau ressemblant à du ciment colle (polyméthylméthacrylate) dans le corps vertébral pour stabiliser et renforcer l'os collabé ou écrasé.

18: La procédure **ARCUATE™ XP** est une variante de vertébroplastie percutanée dans laquelle un ostéotome est utilisé pour découper des arcs dans l'os spongieux à l'intérieur du corps vertébral. Les arcs créés par l'ostéotome permettent la dispersion du ciment osseux lorsqu'il est ensuite injecté dans le corps vertébral. Aucun os ou moelle osseuse n'est retiré du corps vertébral, ni tassé à l'intérieur de celui-ci.

19: L'**augmentation vertébrale percutanée** est une procédure utilisant un ballon gonflable qui est dilaté pour rétablir la hauteur vertébrale lors de fractures de tassement. Après le retrait du ballonnet, la cavité est remplie de polyméthylméthacrylate, qui durcit pour stabiliser davantage l'os.

22.12 Prothèse de disque vertébral

L'insertion d'une **prothèses de disque vertébral**²⁰ est codé :

- avec l'intervention de base *Replacement*
- avec spécification du segment vertébral traité
 - cervical (**ORR30JZ**)
 - thoracique (**ORR90JZ**)
 - lombosacré (**OSR40JZ**).

La **réparation d'une prothèse de disque vertébral** est codée en utilisant l'intervention de base *Revision*.

L'ablation de la prothèse de disque vertébral avec insertion simultanée d'une nouvelle prothèse, est codée avec deux codes de procédure :

- avec intervention de base *Removal*
- avec intervention de base *Replacement*

Les codes de révision/remplacement précisent la partie de la colonne vertébrale traitée.

Cependant, l'ICD-10-PCS n'utilise pas de codes uniques pour différencier les prothèses de disque vertébral partielles et totales.

22.13 Décompression spinale

Les procédures courantes de décompression chirurgicale comprennent la **laminotomie, la laminectomie, la discectomie, la foraminotomie et la facetectomie médiane**.

Il faut veiller à bien comprendre l'**objectif de la procédure**.

Le terme principal *Laminectomy* dans l'index alphabétique de l'ICD-10-PCS renvoie à :

- *see Release, Central Nervous System and Cranial Nerve*
- *see Release, Peripheral Nervous System*
- *see Excision, Lower Bones*
- *see Excision, Upper Bones*.

Lorsqu'une chirurgie décompressive²¹ est réalisée pour **relâcher la pression et libérer une partie du corps** (telle que la racine nerveuse) de la contrainte, il faut coder un code avec l'intervention de base *Release*²², plutôt que l'intervention de base *Excision*. Une partie du tissu contraignant peut être enlevée, mais aucune partie du corps n'est enlevée.

22.14 Préservation de la mobilité vertébrale

Les interventions de base *Insertion, Revision* et *Replacement* sont utilisées pour l'insertion, la révision et le remplacement de dispositif(s) de **préservation de la mobilité de la colonne vertébrale**²³ **postérieure**.

- Ces codes incluent le(s) dispositif(s) de stabilisation dynamique et toute facetectomie synchrone (partielle, totale) réalisée au même niveau.

20: Les **prothèses de disque vertébral** sont des procédures d'arthroplastie mini-invasives qui peuvent être une alternative à la fusion vertébrale. Ces procédures sont réalisées pour remplacer le noyau du disque dégénéré et restaurer ou maintenir la fonction normale du disque en insérant des prothèses de disque artificielles. Les prothèses sont utilisées pour remplacer l'ensemble du disque intervertébral ou pour remplacer le noyau du disque.

21: Les patients souffrant de sténose vertébrale ou de discopathie dégénérative peuvent être traités par des mesures conservatrices, notamment la physiothérapie et la gestion de la douleur. Lorsque les soins conservateurs n'apportent aucun soulagement, la **décompression chirurgicale** peut être une alternative de traitement. La décompression chirurgicale consiste à retirer l'os et/ou le tissu qui exerce une pression sur la moelle épinière ou la ou les racines nerveuses.

22: *Release* ou libérer une partie du corps d'une contrainte physique anormale par une incision ou en utilisant la force.

23: En fonction de l'étendue de l'os et des tissus retirés lors d'une procédure de décompression vertébrale, l'instabilité du segment vertébral peut augmenter. La stabilisation du segment vertébral est principalement réalisée par une arthrodeuse vertébrale. Cependant, de nouvelles technologies de préservation du mouvement de la colonne ont été développées pour permettre la stabilisation de la colonne sans la restriction de la mobilité associée à l'arthrodeuse :

- Dispositifs de stabilisation entre le processus épineux (par exemple, systèmes X-Stop®, Wallis® et Coflex®)
- Dispositifs de stabilisation dynamique à vis pédiculaire (par exemple, Dynesys® et M-Brace™)
- Dispositifs de remplacement des facettes (par exemple, Total Facet Arthroplasty System®)

- Si une décompression chirurgicale (foraminotomie, laminectomie, laminotomie) est simultanément réalisée, elle est codée comme une procédure additionnelle.

Exemples

- **0RH63BZ**, insertion d'un dispositif de stabilisation vertébrale inter-épineux dans l'articulation vertébrale thoracique, voie d'abord percutanée.
- **0RW104Z**, révision d'un dispositif de fixation interne dans l'articulation vertébrale cervicale, voie d'abord ouverte
- **0SH30CZ**, insertion d'un dispositif de stabilisation vertébrale à pédicule dans l'articulation lombosacrée, voie d'abord ouverte
- **0RW634Z**, révision d'un dispositif de fixation interne dans l'articulation vertébrale thoracique, voie d'abord percutanée
- **0SR00JZ**, remplacement de l'articulation vertébrale lombaire, avec substitut synthétique, voie d'abord ouverte
- **0SW30JZ**, révision d'un substitut synthétique dans l'articulation lombo-sacrée, voie d'abord ouverte

22.15 Syndrome de plica

Le traitement habituel du **syndrome de plica**²⁴ tente de soulager les symptômes dans un délai de trois mois ; si cela ne suffit pas, une **chirurgie arthroscopique ou ouverte pour enlever la plica** peut être nécessaire :

- Le **syndrome de plica** est codé avec un code sous M67.5-, *syndrome de la plica*.
- Une **intervention chirurgicale** est codé avec intervention de base *Excision*

24: Le **syndrome de plica** se produit lorsque les bandes synoviales, présentes au début du développement foetal, ne se sont pas développées en une seule grande unité synoviale. Cette pathologie affecte presque toujours le genou, bien qu'elle puisse occasionnellement se retrouver dans d'autres zones. Les patients atteints de ce syndrome présentent souvent une douleur et un gonflement, une faiblesse et une sensation de blocage et de cliquetis du genou. L'objectif thérapeutique est de réduire l'inflammation de la synoviale et l'épaississement de la plica.

22.16 Fasciite

La **fasciite nécrosante**²⁵ est codé avec le code **M72.6**, avec un code additionnel pour l'organisme lorsque cette information est documentée.

25: La **fasciite nécrosante** est une infection fulgurante qui commence par une cellulite sévère ou étendue qui s'étend au fascia superficiel et profond, produisant une thrombose des vaisseaux sous-cutanés et une gangrène des tissus sous-jacents. Le streptocoque du groupe A est l'organisme le plus souvent responsable de cette affection, mais toute bactérie peut en être la cause.

Complications de la grossesse, de l'accouchement et de la puerpéralité

23

Aperçu

- Les **affections concernant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité** se trouvent au chapitre 15, *grossesse, accouchement et puerpéralité (O00-O9A)*, de l'ICD-10-CM.
 - Les codes du chapitre 15 ont la **priorité** sur les codes des autres chapitres.
 - Les codes du chapitre 15 ne sont jamais attribués à partir du dossier du nouveau-né.
- L'attribution du **caractère pour le trimestre** doit être basée sur la documentation du trimestre de l'admission actuelle.
- La **date de l'admission** doit être utilisée pour déterminer les semaines de gestation (catégorie **Z3A**) pour les admissions qui comprennent plus d'une semaine de gestation.
- Les **codes Z** sont utilisés pour coder le résultat de l'accouchement.
- Un **accouchement normal** dépend d'une variété de critères.
- Pour certain codes, la **liste systématique** doit être consultée pour l'attribution
 - du caractère spécifiant le trimestre
 - du septième caractère dans le contexte des gestations multiples.
- Lorsque l'**accouchement n'est pas considéré comme normal**, le code du diagnostic principal correspond à la principale circonstance ou complication de l'accouchement.
- Lors de l'attribution des codes du chapitre 15, il est important d'évaluer :
 - si une affection était **préexistante** avant la grossesse
 - si une affection s'est développée **pendant la grossesse**
 - si une affection s'est développée **à cause de la grossesse**
- Les **complications du post-partum** sont toutes les complications qui surviennent au cours des six semaines suivant l'accouchement.
- Il existe un **code pour les séquelles** à utiliser pour les complications qui surviennent après la période du post-partum. Ce code suit les codes de l'affection.
- Il existe des codes pour les **procédures qui facilitent l'accouchement**, telles que le déclenchement du travail, la rupture artificielle des membranes, la rotation de la tête fœtale, l'accouchement par forceps, l'extraction par ventouse, l'épisiotomie et la césarienne.
- La **gestion de la contraception** et la **gestion de la procréation** au cours de l'admission peuvent être codées par une série de codes Z. Ces codes peuvent être complétés par des codes additionnels en cas d'une affection sous-jacente présente.

23.1 Introduction	335
23.2 Caractère précisant le trimestre	336
23.3 Résultat de l'accouchement	339
23.4 Septième caractère indiquant le fœtus	339
23.5 Sélection du diagnostic principal	341
Admissions pour surveillance prénatale	341
Admission pour surveillance d'une grossesse à haut risque	341
Admissions sans accouchement	342
Admission pour accouchement normal	342
Admission avec autre type d'accouchement	344
Admission pour d'autres soins obstétricaux	345
23.6 Affections fœtales affectant la prise en charge de la grossesse	346
Grossesse multiple	347
Chirurgie in utero	347
23.7 Autres affections compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité	348
Hypertension	349
Diabète	351
Infection VIH	353
Usage d'alcool, de tabac et de drogues	353
23.8 Complications du travail et de l'accouchement	354
Dystocies	355
Stress fœtal	356
23.9 Complications du post-partum	356
23.10 Autres maladies maternelles	359
23.11 Séquelles de complications de la grossesse, de l'accouchement et de la puerpéralité	361
23.12 Procédures obstétricales	361
23.13 Procédures d'aide à l'accouchement	363
Accouchement par forceps ou ventouse	365
Épisiotomie	366
Incision de Dührssen	366
Déchirures périnéales	366
Surveillance fœtale	368
Accouchement par césarienne	369
23.14 Soins associés aux contraceptifs	369
23.15 Stérilisation	369
23.16 Soins associés à la procréation	371
23.17 Suspicion de maladies maternelles et fœtales, non confirmées	372

Objectifs

Les objectifs de ce chapitre sont :

- Le codage des complications de la grossesse en utilisant le quatrième et cinquième caractère approprié.
- L'indication des codes Z appropriés pour coder le résultat de l'accouchement.
- Le codage des soins obstétricaux autres que l'accouchement.
- L'explication de la différence entre les complications du post-partum et les séquelles de la grossesse, de l'accouchement et de la puerpéralité.
- La différenciation entre les procédures d'assistance à l'accouchement.
- Le codage de la gestion de la contraception et de la procréation.

23.1 Introduction

Les affections concernant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité¹ sont classées dans les catégories (O00-O9A) du chapitre 15 de l'ICD-10-CM.

Les affections des autres chapitres de l'ICD-10-CM sont généralement désignées au chapitre 15 lorsqu'elles sont liées ou aggravées par la grossesse, l'accouchement ou la puerpéralité.

Si le prestataire de soins documente que la grossesse est secondaire à la raison de l'admission, le code Z33.1, grossesse constatée fortuitement, est attribué à la place de tout code du chapitre 15. Il incombe au prestataire de soins de documenter si l'affection traitée a un impact sur la grossesse.

Les codes du chapitre 15 ont la priorité sur les codes des autres chapitres, mais les codes des autres chapitres peuvent être utilisés comme codes additionnels lorsque cela est nécessaire pour fournir plus de spécificité.

Les codes du chapitre 15 de l'ICD-10-CM ne concernent que la mère et ne sont attribués que sur base du dossier patient de la mère. Ils ne sont jamais attribués sur base du dossier du nouveau-né ; d'autres codes² sont prévus à cette fin.

Les codes des catégories O00-O08 sont attribués pour les interruptions de grossesse y compris les grossesses ectopiques, les grossesses molaires et les avortements. L'attribution des codes pour ces affections est discutée au chapitre 24, avortement et grossesse ectopique, de ce manuel.

Les codes des catégories O09 à O9A sont utilisés pour décrire la période obstétricale, qui commence à la conception et se termine six semaines (42 jours) après l'accouchement.

Il arrive qu'une grossesse se prolonge entraînant une durée supérieure à la durée normale de la grossesse. Les deux codes suivants sont utilisés dans ce cas :

- O48.0 Grossesse post terme (40 semaines complètes jusqu'à un nombre quelconque de jours de la semaine 42)
- O48.1 Grossesse prolongée (43 semaines de gestation ou plus)

1: Le processus du travail et d'accouchement comprend trois étapes.

- La première étape commence avec le début des contractions utérines régulières et se termine lorsque le col est complètement dilaté.
- La deuxième phase commence à partir de la dilatation complète du col et se poursuit jusqu'à l'expulsion complète du bébé.
- Le troisième stade commence à partir de l'expulsion complète du bébé et se poursuit jusqu'à l'expulsion du placenta et des membranes et la fin de la contraction de l'utérus.

La puerpéralité commence à la fin de la troisième phase du travail et se poursuit pendant six semaines.

2: Voir le chapitre 26, anomalies congénitales, de ce manuel.

Le chapitre 15 de l'ICD-10-CM est divisée comme suit :

- **O09**, surveillance d'une grossesse à haut risque
- **O10-O16**, œdème, protéinurie et troubles hypertensifs pendant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité.
- **O20-O29**, autres troubles maternels principalement liés à la grossesse
- **O30-O48**, soins maternels liés au fœtus et à la cavité amniotique et problèmes éventuels d'accouchement
- **O60-O77**, complications du travail et de l'accouchement
- **O80, O82**, admission pour accouchement
- **O85-O92**, complications principalement liées à la puerpéralité
- **O94-O9A**, autres affections obstétricales non classées ailleurs

23.2 Caractère précisant le trimestre

La majorité des codes du chapitre 15 de l'ICD-10-CM ont un **caractère final précisant le trimestre** de la grossesse. La liste systématique doit être examinée pour l'attribution du caractère final du trimestre, car les codes de l'index alphabétique ne comprennent pas le code complet. Les délais pour les trimestres sont indiqués au début du chapitre 15 et sont définis par une note d'instruction comme suit :

Pregnancy, childbirth and the puerperium (O00-O9A)

Note: CODES FROM THIS CHAPTER ARE FOR USE ONLY ON MATERNAL RECORDS, NEVER ON NEWBORN RECORDS

Codes from this chapter are for use for conditions related to or aggravated by the pregnancy, childbirth, or by the puerperium (maternal causes or obstetric causes)

Trimesters are counted from the first day of the last menstrual period. They are defined as follows:

1st trimester- less than 14 weeks 0 days

2nd trimester- 14 weeks 0 days to less than 28 weeks 0 days

3rd trimester- 28 weeks 0 days until delivery

FIGURE 23.1 – Note d'instruction au début du chapitre 15, grossesse, accouchement et puerpéralité (O00-O9A), de l'ICD-10-CM

- **Premier trimestre** - moins de 14 semaines et 0 jour
- **Deuxième trimestre** - de 14 semaines et 0 jour à moins de 28 semaines et 0 jour
- **Troisième trimestre** - de 28 semaines et 0 jour jusqu'à l'accouchement

Cette définition s'applique à l'attribution du trimestre pour les affections préexistantes ainsi que pour celles qui se développent pendant la grossesse ou qui sont dues à celle-ci.

L'attribution du caractère final pour le trimestre doit être basée sur la **documentation du prestataire de soins**³ concernant le trimestre (ou le nombre de semaines) de l'admission actuelle.

La documentation du prestataire de soins concernant le **nombre de semaines** peut être utilisée pour attribuer le caractère final approprié identifiant le trimestre.

Exemple

Si la documentation indique que la patiente a terminé 20 semaines de grossesse, le code approprié pour le deuxième trimestre peut être sélectionné. Le prestataire de soins n'a pas à documenter explicitement

3: Le prestataire est défini dans les ICD-10-CM Official Guidelines for Coding and Reporting comme médecin ou autre prestataire de soins qualifié légalement compétent pour diagnostiquer.

deuxième trimestre.

Le chapitre 15 contient des **codes qui ne spécifient pas le trimestre** :

- certaines affections se produisent **toujours dans un trimestre spécifique**
- le concept de trimestre de grossesse n'est **pas toujours pertinent**.

Exemple

La catégorie **O48**, *grossesse à terme dépassée*, ne comprend pas de trimestre car, par définition, cette catégorie doit être utilisée pour les grossesses de plus de 40 semaines complètes.

Certains codes ont **des caractères que pour certains trimestres** parce que l'affection ne se produit pas dans tous les trimestres, mais elle peut se produire dans plus d'un.

Exemple

La catégorie **O60**, *travail prématuré*, concerne le début spontané du travail avant 37 semaines complètes de gestation. Cette affection ne se produit pas pendant le premier trimestre. Par conséquent, il n'existent pas de codes pour le premier trimestre, qui est inférieur à 14 semaines.

Si une **affection compliquant la grossesse se développe avant l'admission actuelle ou représente une affection préexistante**, le caractère du trimestre correspondant au trimestre au moment de l'admission doit être attribué.

Exemple

Une patiente enceinte avec un diabète sucré de type 1 préexistant, à 16 semaines de gestation (deuxième trimestre) est admise pour un cerclage transvaginal urgent visant un raccourcissement du col de l'utérus.

- **O26.872**, raccourcissement du col de l'utérus, deuxième trimestre
- **O24.012**, diabète sucré de type 1 préexistant à la grossesse, deuxième trimestre
- un code de la catégorie **E10** pour toute manifestation diabétique
- **Z3A.16**, 16 semaines de gestation de grossesse
- **0UVC7ZZ**, restriction du col de l'utérus, par orifice naturel ou artificiel

Un cerclage est une suture utilisée pour restreindre l'ouverture du col de l'utérus et n'est pas considéré comme un dispositif dans l'ICD-10-PCS.

Il arrive parfois qu'un **séjour englobe plus d'un trimestre**, par exemple lorsqu'une patiente est admise à l'hôpital pour des **complications de la grossesse** pendant un trimestre et que son séjour se poursuit pendant le trimestre suivant. Dans de tels cas, la complication antepartum doit être codée sur la base du trimestre au cours duquel la complication s'est développée, et non du trimestre de la sortie.

Exemple

Une femme enceinte est admise à l'hôpital à 27 semaines de gestation pour une appendicite aiguë compliquant sa grossesse. Elle doit subir une appendicectomie laparoscopique d'urgence. Elle reste à l'hôpital pendant deux semaines après l'intervention, et on lui administre des antibiotiques par voie intraveineuse en raison de la fièvre postopératoire.

- **O99.612**, maladies du système digestif compliquant la grossesse, deuxième trimestre
- **K35.80**, appendicite aiguë non spécifiée
- **Z3A.27**, 27 semaines de gestation de grossesse

Exception

L'exception à la directive ci-dessus est lorsqu'un **accouchement a lieu pendant une admission en cours**. Lorsque l'accouchement a lieu au pendant une l'admission en cours et qu'il existe une option *en cours d'accouchement* pour la complication obstétrique, le code *en cours d'accouchement* doit être attribué.

Exemple

Une patiente est admise au cours du troisième trimestre pour malnutrition et reste à l'hôpital jusqu'à son accouchement.

- **O25.2, malnutrition pendant l'accouchement**, doit être attribué plutôt que le code **O25.13, malnutrition pendant la grossesse, troisième trimestre**, pour la malnutrition
- Si le **type spécifique de malnutrition est documenté**, un code additionnel de la catégorie **E40-E46** est attribué
- Un code approprié de la catégorie **Z3A** doit également être attribué.

Bien que chaque catégorie qui comprend des codes pour le trimestre ait un code pour le *trimestre non spécifié*, **le code pour le trimestre non spécifié ne doit être utilisé que dans de rares circonstances**, par exemple lorsque la documentation du dossier est insuffisante pour déterminer le trimestre et qu'il n'est pas possible d'obtenir des précisions.

Les codes de la catégorie **Z3A, semaines de gestation**, ne peuvent être utilisés **que dans le dossier maternel** pour fournir des informations supplémentaires sur la grossesse. Les codes de la catégorie **Z3A** font référence aux **semaines de gestation complètes**.

Exemple

Par exemple, pour une patiente admise à 42 1/7 semaines de gestation pour un déclenchement du travail et ayant accouché à 42 2/7 semaines, le code **Z3A.42, 42 semaines de gestation**, est attribué, car il s'agit du code pour tout nombre de jours de la semaine 42 jusqu'à 43 semaines.

La date de l'admission doit être utilisée pour déterminer les semaines de gestation pour les admissions de patients hospitalisés qui englobent plus d'une semaine de gestation.

La grossesse est considérée comme étant à **terme** lorsque la gestation atteint 37 semaines complètes mais est inférieure à 42.

Les codes de la catégorie **Z3A** ne doivent pas être attribués :

- pour les grossesses dont l'issue est abortive (catégories **O00-O08**)
- pour les interruptions volontaires de grossesse (**Z33.2**)
- pour les affections du post-partum

23.3 Résultat de l'accouchement

Comme les codes du chapitre 15 n'indiquent pas le **résultat de l'accouchement**, un code de la catégorie **Z37** est attribué comme code additionnel pour fournir cette information chaque fois que le patient accouche à l'hôpital.

Pour **retrouver le code** pour le résultat de l'accouchement, il faut se référer au terme principal *Outcome of delivery* dans l'index alphabétique.

Le **quatrième caractère** indique à la fois si le résultat est unique ou multiple et si l'enfant est né vivant ou mort-né.

Pour les naissances multiples avec plus que des jumeaux, des **caractères supplémentaires** indiquent le nombre de bébés (par exemple, triplés, quadruplés) et s'ils sont tous nés vivants, partiellement vivants ou tous mort-nés.

Ces codes ne sont utilisés que dans le dossier de la mère, et non dans celui du nouveau-né, et ne sont attribués que pour l'admission au cours de laquelle l'accouchement a eu lieu.

Aucun code de la catégorie **Z37** n'est attribué lorsque l'**accouchement a lieu en dehors de l'hôpital** avant l'admission.

Exemples

- **O80 + Z37.0 + Z3A.40**, grossesse à terme de 40 semaines, accouchement spontané, présentation céphalique; enfant de sexe masculin né vivant.
- **O30.003 + O36.4XX2 + Z3A.39 + Z37.3**, grossesse à terme de 39 semaines avec accouchement spontané; grossesse gémellaire, le jumeau A étant né vivant et le jumeau B mort-né.

23.4 Septième caractère indiquant le fœtus

Les sous-catégories/codes suivants nécessitent un **septième caractère** pour identifier le fœtus pour lequel le code de complication s'applique :

- **O31.00-O31.8X9** Complications spécifiques à une grossesse multiple

- **O32.0-O32.9** Soins maternels pour présentation anormale connue ou présumée du fœtus
- **O33.3** Soins maternels pour disproportion due à un rétrécissement du détroit inférieur
- **O33.4** Soins maternels pour disproportion fœto-pelvienne d'origine mixte, maternelle et fœtale
- **O33.5** Soins maternels pour disproportion due à un fœtus anormalement gros
- **O33.6** Soins maternels pour disproportion due à un fœtus hydrocéphale
- **O33.7** Soins maternels pour disproportion due à d'autres anomalies du fœtus
- **O35.0-O35.9** Soins maternels pour anomalie et lésion fœtales, connues ou présumées
- **O36.011-O36.93** Soins maternels pour autres problèmes fœtaux
- O40.1-O40.9 Polyhydramnios
- **O41.00-O41.93** Autres anomalies du liquide amniotique et des membranes
- **O60.10-O60.14** Travail prématuré avec accouchement prématuré
- **O60.20-O60.23** Travail prématuré avec accouchement à terme
- **O64.0-O64.9** Dystocie due à une position et une présentation anormales du fœtus
- **O69.0-O69.9** Travail et accouchement compliqués d'anomalies du cordon ombilical

Le septième caractère

- **1-9** sont destinés aux cas de grossesses multiples pour identifier le fœtus auquel le code s'applique.
- **0**, non applicable ou non spécifié, est utilisé pour les situations suivantes :
 - Gestations simples.
 - Lorsque la documentation du dossier est insuffisante pour déterminer le fœtus concerné et qu'il n'est pas possible d'obtenir des précisions.
 - Lorsqu'il n'est pas possible de déterminer cliniquement quel fœtus est affecté.

La **liste systématique** doit être consultée pour l'attribution du septième caractère correct pour les grossesses multiples, car **les septièmes caractères ne sont pas inclus dans l'index alphabétique**.

Certains prestataires de soins préfèrent désigner chaque fœtus dans les cas de grossesse multiple par des **caractères alphabétiques**, comme fœtus A, fœtus B, etc., plutôt que par des chiffres (fœtus 1, fœtus 2, etc.). Dans ces cas, le fœtus A doit être assimilé au fœtus 1, le fœtus B au fœtus 2, et ainsi de suite. On ne s'attend pas à ce que le même numéro de fœtus ou le même caractère alphabétique soit systématiquement reporté d'une admission à l'autre. L'identification du fœtus, que ce soit par un numéro ou un caractère alphabétique, est basée sur la documentation du fournisseur.

Si une **affection affecte tous les fœtus** (par exemple, travail prématuré, grossesse à terme, etc.), il faut attribuer un code distinct pour chaque fœtus.

Exemple

Une femme a accouché de jumeaux prématurés au troisième trimestre à 34 semaines de gestation.

- Le code **O60.14X1, travail prématuré du troisième trimestre avec accouchement prématuré du troisième trimestre, fœtus 1**, et le code **O60.14X2, travail prématuré du troisième trimestre avec accouchement prématuré du troisième trimestre, fœtus 2**, pour indiquer chaque fœtus affecté.
- Un code de la catégorie **O30, Gestation multiple**, est attribué pour fournir des informations supplémentaires telles que le nombre de fœtus (par exemple, grossesse triple), le nombre de sacs amniotiques et le nombre de placentas.

Le **risque de complications augmente au cas d'une grossesse multiples**, et le plan de traitement sera différent, selon le nombre de placentas et de sacs amniotiques.

23.5 Sélection du diagnostic principal

La **sélection du diagnostic principal** pour les admissions pour des accouchements normaux et autres soins obstétriques est basée sur les directives suivantes.

23.5.1 Admissions pour surveillance prénatale

Pour les admissions pour **surveillance prénatale en l'absence de complications**, un code de la catégorie **Z34, contact pour surveillance de grossesse normale**, doit être attribué en diagnostic principal.

23.5.2 Admission pour surveillance d'une grossesse à haut risque

L'ICD-10-CM fournit des codes pour la **surveillance des types suivants de grossesses à risque** :

- **O09.00-O09.03** Grossesse avec antécédents d'infertilité
- **O09.10-O09.13** Grossesse avec antécédents de grossesse ectopique
- **O09.A0-O09.A3** Grossesse avec antécédents de grossesse molaire
- **O09.211-O09.299** Grossesse avec autres mauvais antécédents reproductifs ou obstétriques
- **O09.30-O09.33** Grossesse avec soins prénatals insuffisants
- **O09.40-O09.43** Grossesse avec grande multiparité
- **O09.511-O09.529** Femmes âgées (grossesse pour les femmes âgées de 35 ans ou plus à la date prévue de l'accouchement) primigestes et multigraves
- **O09.611-O09.629** Jeune (grossesse pour une femme âgée de moins de 16 ans à la date prévue de l'accouchement) primigeste

et multigravide

- **O09.70-O09.73** Grossesse à haut risque due à des problèmes sociaux
- **O09.811-O09.899** Autres grossesses à risque, y compris les grossesses résultant d'une technique de reproduction assistée (**O09.81-**) et les grossesses avec antécédents d'intervention in utero lors d'une grossesse précédente (**O09.82-**).

Les codes de la catégorie **O09** sont destinés à être utilisés **uniquement pendant la période prénatale**.

Pour les **complications survenues au cours de l'épisode de travail ou d'accouchement** résultant d'une grossesse à risque, les **codes de complication** appropriés du chapitre 15 sont attribués.

S'il n'y a **pas de complications pendant l'épisode de travail ou d'accouchement**, le code **O80, contact pour un accouchement à terme sans complication**, est attribué.

23.5.3 Admissions sans accouchement

Pour les admissions sans accouchement, le **diagnostic principal doit correspondre à la principale complication de la grossesse qui a nécessité l'admission**. Si plusieurs complications sont traitées ou surveillées, n'importe lequel des codes de complication peut être séquencé en premier.

23.5.4 Admission pour accouchement normal

Le code **O80, rencontre pour un accouchement à terme sans complication**,

- Ce code est utilisé uniquement lorsque **l'accouchement est entièrement normal et qu'un seul enfant est né**.
- Ce code ne peut pas être attribué en cas de **complications**
 - Il ne doit pas y avoir de **complications post-partum**.
 - Toute **complication antepartum** survenue pendant la grossesse doit avoir été résolue avant l'accouchement.
 - Ce code ne peut pas être utilisé si un autre code du chapitre 15 est nécessaire pour coder une **complication actuelle** de la période prénatale, de l'accouchement ou périnatale.
- Il s'agit **toujours du diagnostic principal**.
 - Les codes d'autres chapitres peuvent être utilisés comme codes additionnels uniquement lorsque le prestataire de soins a documenté que les conditions ne sont pas liées à la grossesse et ne la compliquent en aucune façon.

Tous les critères suivants doivent être remplis pour que le code **O80** soit attribué correctement :

- L'accouchement est entièrement normal (nécessitant une assistance minimale ou nulle, avec ou sans épisiotomie).
- Il n'y a pas de manipulation du fœtus (par exemple, version par rotation) ou d'instrumentation (forceps).
- L'accouchement est spontané, céphalique et vaginal.

- La présentation à l'accouchement 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.
- Absence de complications.
 - Toute complication antepartum survenue pendant la grossesse doit avoir été résolue avant l'accouchement.
 - Aucune anomalie du travail ou de l'accouchement ne doit s'être produite.
 - Aucune complication post-partum ne doit être présente.
- Seules les procédures suivantes peuvent être effectuées :
 - épisiotomie sans forceps
 - épisiorrhaphie
 - amniotomie (rupture artificielle des membranes)
 - accouchement assisté manuellement sans forceps
 - administration d'analgésiques et/ou d'anesthésiques
 - surveillance fœtale
 - déclenchement du travail (en l'absence d'indications médicales)
 - stérilisation.
- Le résultat de l'accouchement doit être une naissance vivante unique, **Z37.0**.

Exemple

Une patiente ayant eu un accouchement tout à fait normal à 38 semaines de gestation subit une hémorragie post-partum plusieurs heures après l'accouchement.

- **O72.1**, autres hémorragies immédiates du post-partum
- **Z3A.38**, 38 semaines de gestation
- **Z37.0**, naissance unique, né vivant

Bien que l'accouchement lui-même ait été normal, des complications étaient présentes pendant l'admission, par conséquent, le code **O80** ne peut pas être utilisé.

Exemple

L'histoire prénatale d'une patiente qui a eu un accouchement tout à fait normal à 40 semaines de gestation d'un enfant vivant indique qu'elle a eu une infection des voies urinaires à trois mois de gestation. Cette infection a été traitée par des antibiotiques. L'infection n'a pas réapparu pendant la grossesse et la patiente n'avait pas d'infection au moment de l'accouchement.

- **O80**, rencontre pour un accouchement à terme sans complication
- **Z3A.40**, 40 semaines de gestation
- **Z37.0**, naissance unique, né vivant

23.5.5 Admission avec autre type d'accouchement

Lorsqu'une **patiente en obstétrique est admise et accouche pendant cette admission**, l'affection qui a motivé l'admission doit être codé en diagnostic principal. Si plusieurs conditions ont motivé l'admission, celle qui est la plus associée à l'accouchement doit être codée en diagnostic principal. Un code pour toute complication de l'accouchement doit être attribué comme code additionnel.

En cas d'**accouchement par césarienne**, si le patient a été admis pour une **affection qui a entraîné la réalisation d'une césarienne**, cette affection doit être codée en diagnostic principal. Si le motif de l'admission n'est pas associé à l'affection ayant entraîné la césarienne, l'affection associée au motif de l'admission doit être codée en diagnostic principal.

Exemple

Une patiente qui a déjà eu un accouchement par césarienne basse est admise pour un deuxième accouchement par césarienne à 39 semaines de gestation. Elle a également un diabète sucré de type 1 préexistant. L'accouchement par césarienne se déroule sans complication.

- Diagnostic principal
 - **O34.211**, soins maternels pour cicatrice transversale basse d'une césarienne antérieure
- Diagnostic secondaire
 - **O24.02**, diabète sucré de type 1 préexistant, lors de l'accouchement
 - **E10.9**, Diabète sucré de type 1 sans complications
 - **Z37.0**, Naissance unique vivante
 - **Z3A.39**, 39 semaines de gestation.

Exemple

Une patiente à 40 semaines de gestation est admise à l'hôpital en travail obstrué en raison d'une présentation par le siège. La version n'aboutit pas et la patiente accouche par césarienne plusieurs heures plus tard.

- Diagnostic principal
 - **O64.1XX0**, dystocie due à la présentation du siège, pas applicable ou non spécifié
- Diagnostic secondaire
 - **Z37.0**, naissance unique, né vivant
 - **Z3A.40**, 40 semaines de gestation

Il n'est pas nécessaire d'attribuer le code **O32.1XX0, soins maternels pour une présentation du siège, pas applicable ou non spécifié**, en tant que code additionnel, conformément aux directives fournies avec la note *Excludes1* de la catégorie **O32**. Le code **O64.1XX0** identifie déjà la présentation du siège.

Exemple

Une patiente est admise pour le traitement d'une pré-éclampsie et une progression lente de l'accouchement compliquent l'accouchement vaginal spontané.

- La prééclampsie est séquencée comme le diagnostic principal, plutôt que la progression lente de l'accouchement.

Il arrive qu'une **césarienne soit effectuée sans indication médicale**; par conséquent, aucune affection médicale n'est à l'origine de l'accouchement par césarienne.

Exemple

Une patiente subit une césarienne basse par crainte d'un accouchement vaginal.

- Le code **O82, contact pour accouchement par césarienne sans indication**, est attribué en diagnostic principal.

Le code **O75.82** est attribué pour décrire un **accouchement par césarienne planifié lorsque le début du travail survient après 37, mais avant 39, semaines complètes de gestation**. Ce code permet de recueillir des données pour les indicateurs de qualité pour les césariennes électives pratiquées entre 37 et 39 semaines.

23.5.6 Admission pour d'autres soins obstétricaux

Lorsque l'admission concerne **des soins obstétricaux autres que l'accouchement**, le diagnostic principal doit correspondre à la complication qui a nécessité l'admission.

- Si **plus d'une complication obstétricale** est présente, toutes étant traitées ou surveillées, n'importe lequel des codes de complication peut être codé en premier.
- Si **aucune complication obstétricale** n'est présente, les directives suivantes régissent la sélection du diagnostic principal :
 - Si la raison de l'admission n'est pas associée à une pathologie obstétricale mais que la patiente est enceinte, le code **Z33.1, grossesse constatée fortuitement**, est attribué comme code additionnel. Ce code n'est jamais codé en diagnostic principal et il ne peut pas être utilisé lorsque des codes du chapitre 15 sont attribués.
 - Lorsqu'une patiente accouche avant l'admission et est ensuite admise pour des soins post-partum sans complications, le code **Z39.0, contact pour soins et examen de la mère immédiatement après l'accouchement**, est attribué comme diagnostic principal. Lorsqu'une complication post-partum est présente, le code correspondant à cette affection est désigné comme diagnostic principal, et le code **Z39.0** n'est pas attribué.
 - Par exemple, une femme a accouché avant l'admission à l'hôpital (p.ex. accouchement à domicile). A l'admission, on constate qu'elle a subi une lacération périnéale du

premier degré. Le code **O70.0, lacération du premier degré pendant l'accouchement**, est attribué plutôt que le code **Z39.0**.

- Le code **Z39.1, contact pour les soins et l'examen d'une mère allaitante**, est attribué pour une admission liée à l'allaitement (par exemple, supervision, conseil). Toutefois, si la patiente est admise après l'accouchement à cause d'un problème associé à la lactation, il faut attribuer un code de la catégorie **O92, autres troubles du sein et troubles de la lactation associés à la grossesse et à la période puerpérale**.
- Il arrive qu'une patiente enceinte consulte un pédiatre pendant l'admission pour un problème non associé à la grossesse. Le code **Z76.81, consultation pédiatrique pré-natale par de futurs parents**, peut être attribué pour ce contact.

23.6 Affections fœtales affectant la prise en charge de la grossesse

Les codes des catégories **O35, soins maternels pour anomalie et lésion fœtales, connues ou présumées**, et **O36, soins maternels pour autres problèmes fœtaux**, ne sont attribués que lorsque **l'état du fœtus est effectivement responsable de la modification des soins de la mère**. Un tel effet peut être documenté par des examens diagnostiques supplémentaires portant sur le problème fœtal, une observation supplémentaire, des soins spéciaux ou l'interruption de la grossesse.

- L'existence du problème fœtal en soi ne justifie pas l'attribution d'un code de ces catégories; l'attribution d'un code n'est appropriée que lorsque le problème affecte la gestion des soins de la mère.
- Les codes des catégories **O35** et **O36** sont utilisés lorsque l'affection du fœtus est la raison de l'admission ou d'autres soins obstétriques dispensés à la mère, ou de l'interruption de la grossesse.

Exemple

Lorsque la mère reçoit des soins en raison d'une anomalie de la fréquence ou du rythme cardiaque du fœtus, un ou des codes de la sous-catégorie **O36.83-, soins maternels pour anomalies de la fréquence ou du rythme cardiaque du fœtus**, sont attribués. Les codes de cette série précisent le trimestre et le fœtus affecté dans le cas d'une grossesse à gestation multiple. Attribuer un code distinct pour chaque fœtus qui présente une anomalie de la fréquence ou du rythme cardiaque.

Lorsque la **diminution des mouvements du fœtus** entraîne la décision d'effectuer une césarienne ou de provoquer un déclenchement précoce du travail chez la mère, un code de la sous-catégorie **O36.81-, diminution des mouvements du fœtus**, est attribué. Par contre, si aucun changement n'est apporté aux soins de la mère, un code de la sous-catégorie **O36.81-** n'est pas attribué parce que la diminution des mouvements du fœtus n'est pas considérée comme ayant affecté de façon significative la prise en charge de la mère.

Il peut parfois être difficile de **déterminer la viabilité ou la non-viabilité du fœtus** en début de grossesse. Le code **O36.80-**, **grossesse avec viabilité foetale non concluante**, est attribué pour une admission visant à déterminer la viabilité du fœtus.

23.6.1 Grossesse multiple

La catégorie **O30**, **grossesse multiple**, est utilisée pour identifier la gestation multiple :

- jumeaux (**O30.001-O30.099**)
- triplés (**O30.101-O30.199**)
- quadruplés (**O30.201-O30.299**)
- autres grossesses multiples spécifiées (**O30.801-O30.899**)
- non spécifié (**O30.90-O30.93**).

Le **risque de complications augmente avec les grossesses multiples**, et le plan de traitement sera différent en fonction du nombre de placentas et de sacs amniotiques.

Le **cinquième caractère** de la catégorie **O30** indique le nombre de placentas et de sacs amniotiques, tandis que le **sixième caractère** indique le trimestre.

23.6.2 Chirurgie in utero

La **chirurgie effectuée sur un fœtus in utero** (alors que le fœtus est encore dans l'utérus) est considérée comme une admission en obstétrique. Les codes du chapitre 16 de l'ICD-10-CM, *certaines affections originant dans la période périnatale (P00-P96)*, ne doivent pas être utilisés pour le codage du dossier de la mère. Un code de diagnostic de la catégorie **O35**, **soins maternels pour anomalie et lésion foetales, connues ou présumées**, doit être attribué pour les affections du fœtus ensemble avec le code ICD-10-PCS approprié pour la procédure effectuée.

Le code **O35.7xx-**, **soins maternels pour une lésion (présumée) du fœtus par d'autres procédures médicales**, est utilisé pour coder la surveillance d'une grossesse affectée par une intervention in utero pendant la grossesse en cours.

Si le **nouveau-né connaît des problèmes ou des complications à cause d'une intervention in utero**, le code **P96.5**, **complication chez le nouveau-né due à une procédure intra-utérine (foetale)**, sur le dossier du nouveau-né.

Un code de la sous-catégorie **O09.82-**, **surveillance de la grossesse avec antécédents d'intervention in utero lors d'une grossesse précédente**, peut être utilisé en complément du code **O35.7-** si la patiente a également des **antécédents d'intervention in utero** lors d'une grossesse précédente.

L'ICD-10-PCS classe les **interventions chirurgicales in utero** dans la **section Obstetrics, système corporel Pregnancy, procédure de base Repair, partie du corps Products of conception**.

Exemple

Par exemple, la réparation chirurgicale in utero d'une hernie du diaphragme pour une hernie diaphragmatique congénitale est codée sous le code 10Q00ZK, Réparation du système respiratoire dans les produits de la conception, voie d'abord ouverte. Le diaphragme est classé dans le système organique *Respiratory System* de la section *Medical and Surgical*.

23.7 Autres affections compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité

Certaines affections compliquent inévitablement les soins obstétricaux ou sont elles-mêmes aggravées par la grossesse.

Certaines catégories du chapitre 15 de l'ICD-10-CM font la distinction entre les **affections de la mère qui existaient avant la grossesse (pré-existantes)** et **celles qui sont le résultat direct de la grossesse**. Par conséquent, lors de l'attribution des codes du chapitre 15, il est important d'évaluer si une affection était préexistante avant la grossesse ou si elle s'est développée pendant ou à cause de la grossesse afin d'attribuer le bon code.

Exemple

Par exemple, l'hypertension compliquant la grossesse, l'accouchement et la période puerpérale est classée dans la catégorie

- **O10, hypertension préexistante compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité**, lorsqu'elle est préexistante.
- **O13, hypertension gestationnelle [induite par grossesse] sans protéinurie significative**, lorsqu'elle est gestationnelle (induite par la grossesse)
- **O16, hypertension maternelle non spécifiée**, lorsqu'il s'agit d'une hypertension maternelle non spécifiée.

Les catégories qui ne font pas de distinction entre les conditions préexistantes et celles liées à la grossesse **peuvent être utilisées pour les deux**.

Il est acceptable d'utiliser des **codes spécifiques pour la puerpéralité ensemble avec des codes pour les complications de la grossesse et de l'accouchement** si une affection survient en post-partum lors de l'admission pendant laquelle une patiente accouche.

Certaines affections, notamment **l'oedème, la protéinurie et les troubles hypertensifs** lors de la grossesse, de l'accouchement et de la période puerpérale, sont codées avec des codes des catégories **O10-O16**.

D'autres troubles maternels, tels que l'hémorragie, l'hyperemesis gravidarum, les complications veineuses, les infections génito-urinaires, le diabète sucré, la malnutrition et les troubles hépatiques, sont codées avec des codes des catégories **O20-O29** lorsqu'ils compliquent l'expérience obstétricale.

Certaines maladies infectieuses telles que l'infection par le VIH, les hépatites virales, les maladies virales (comme l'infection par le virus Zika), la tuberculose et les maladies vénériennes sont classées dans la catégorie **O98, maladies infectieuses et parasitaires de la mère classées ailleurs mais compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité**.

Certains codes pour ces complications sont très spécifiques, et d'autres sont plutôt larges. Lorsqu'un code du chapitre 15 décrit adéquatement l'affection, seul ce code est attribué. Un code supplémentaire doit être attribué pour apporter la spécificité nécessaire.

Exemple

Par exemple, une patiente qui a des antécédents d'herpès génital et qui prend un médicament antiviral est admise à l'hôpital pour accoucher. Au moment de l'accouchement, elle ne présente aucun symptôme ni aucune poussée. Néanmoins, l'infection herpétique pendant la grossesse présente un risque pour le fœtus et doit être codée comme une complication de la grossesse.

- Diagnostic primaire
 - **O98.32, autres infections à mode de transmission essentiellement sexuel compliquant l'accouchement**
- Diagnostic secondaire
 - **A60.09, d'autres formes d'infection de l'appareil génito-urinaire par le virus de l'herpès, non spécifiées**
 - **Z79.899, autre traitement (actuel) médicamenteux à long terme**
 - codes Z pour le résultat de l'accouchement et les semaines de gestation

Exemple

- Les codes de la sous-catégorie **O22.3-, phlébothrombose profonde au cours de la grossesse**, nécessitent un **code additionnel** pour préciser si la thrombophlébite profonde est aiguë ou chronique, et pour préciser le site.
- D'autre part, le code pour varices des veines du membre inférieur au cours de la grossesse (**O22.0-**) ou au cours de la puerpéralité (**O87.4**) fournit une information complète, et l'attribution d'un code additionnel est redondante.
- **O23.12 + Z3A.15** Une patiente enceinte de 15 semaines de gestation souffre d'une cystite chronique et a eu des épisodes récurrents de cystite aiguë pendant sa grossesse, avec un épisode aigu au moment de l'admission.
- **O26.611 + K76.2 + Z3A.10** Nécrose du foie, compliquant la grossesse, 10 semaines de gestation

23.7.1 Hypertension

L'**hypertension** pendant la grossesse est toujours considérée comme un facteur de **complication** de la grossesse, de l'accouchement ou de la

puerpéralité.

Pour un codage correct, il est important de déterminer si l'hypertension est une affection **préexistante ou gestationnelle**.

L'**hypertension préexistante** est classée dans la catégorie O10, hypertension préexistante compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité, comme suit :

- O10.01-O10.03, hypertension essentielle
- O10.111-O10.13, cardiopathie hypertensive
- O10.211-O10.23, maladie rénale chronique hypertensive
- O10.311-O10.33, maladie cardiaque et rénale chronique hypertensive
- O10.411-O10.43, hypertension secondaire
- O10.911-O10.93, non spécifié

Lorsque l'on attribue l'un des codes O10 qui inclut une cardiopathie hypertensive ou une maladie rénale chronique hypertensive, il est nécessaire d'ajouter un code additionnel de la catégorie d'hypertension appropriée pour préciser :

- le type de cardiopathie hypertensive (catégorie I11)
- d'insuffisance cardiaque (catégorie I50)
- maladie rénale chronique (catégorie I12)
- cardiopathie hypertensive et maladie rénale chronique (catégorie I13).
- **hypertension secondaire (catégorie I15)**

Les patientes qui ne présentent pas d'hypertension préexistante peuvent développer une **hypertension transitoire ou induite par la grossesse**. Cette affection consiste essentiellement en une élévation de la pression artérielle et disparaît relativement rapidement une fois la grossesse terminée. Cette affection est codée dans la catégorie O13, **hypertension gestationnelle [induite par grossesse] sans protéinurie significative**.

L'hypertension pendant la grossesse conduit parfois à un état pathologique décrit comme une **éclampsie ou une pré-éclampsie**⁴.

Lorsque la **pré-éclampsie se superpose à une hypertension préexistante**, on attribue un code de la catégorie O11, **hypertension préexistante avec prééclampsie**, et un code supplémentaire de la catégorie O10 pour identifier le type d'hypertension.

Lorsque la **pré-éclampsie survient sans hypertension préexistante**, elle est classée dans la catégorie O14, **pré-éclampsie**.

Lorsqu'une patiente est **admise avec une pré-éclampsie légère qui évolue vers une prééclampsie sévère au cours du séjour**, seul un code de la sous-catégorie O14.1, **pré-éclampsie sévère** est attribué. Le stade le plus sévère est codé lorsque le patient présente une détérioration ou une aggravation de la pré-éclampsie.

L'**éclampsie**, qu'elle soit due à une hypertension préexistante, à une hypertension gestationnelle ou à une hypertension matérielle non spécifiée, est classée dans la catégorie O15, **éclampsie**.

4: La **pré-éclampsie** est une affection marquée par une pression artérielle élevée accompagnée d'un taux élevé de protéines dans l'urine. Les femmes atteintes de pré-éclampsie présentent souvent un gonflement des pieds, des jambes et des mains. L'**éclampsie** est la phase finale et la plus sévère de la prééclampsie et survient lorsque la pré-éclampsie n'est pas traitée. L'éclampsie entraîne généralement des crises et provoque le coma, voire la mort de la mère et du bébé. Elle peut survenir avant, pendant ou après l'accouchement. La pré-éclampsie peut également survenir pendant la période post-partum, bien que cela soit rare.

L'hypertension gestationnelle associée à une albuminurie (présence d'albumine dans les urines), à un œdème (accumulation anormale de liquide dans les tissus corporels), ou aux deux, est généralement considérée comme une prééclampsie ou une éclampsie. **Cependant, les codes d'éclampsie ou de pré-éclampsie ne sont jamais attribués uniquement sur la base d'une pression artérielle élevée, d'un taux d'albumine anormal ou de la présence d'œdèmes.** Le prestataire de soins doit préciser qu'il s'agit d'une éclampsie ou d'une pré-éclampsie avant que l'un de ces codes puisse être attribué.

Lorsque l'œdème gestationnel, la protéinurie gestationnelle, ou l'œdème gestationnel et la protéinurie gestationnelle sont présents sans hypertension, ces conditions sont classées dans la catégorie **O12, œdème et protéinurie gestationnels [induits par la grossesse] sans hypertension.**

23.7.2 Diabète

Le **diabète sucré** est une **complication importante** de la grossesse.

Le codage chez les **femmes enceintes qui sont diabétiques** se fait comme suit :

- un code de la catégorie **O24, diabète sucré au cours de la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité**, est attribué en premier
- un (des) code(s) de diabète appropriés (**E08-E13**) est (sont) attribué(s) additionnellement.

Comme pour l'hypertension, la catégorie **O24** distingue le diabète sucré préexistant (y compris le type 1, le type 2, autre ou non spécifié), le diabète gestationnel et le diabète non spécifié comme suit :

- **O24.011-O24.03**, diabète sucré de type 1 préexistant
- **O24.111-O24.13**, diabète sucré de type 2 préexistant
- **O24.311-O24.319**, diabète sucré préexistant non spécifié
- **O24.410-O24.439**, diabète sucré gestationnel
- **O24.811-O24.83**, autre diabète sucré préexistant
- **O24.911-O24.93**, diabète sucré non spécifié

Le **diabète gestationnel** (induit par la grossesse)

- peut survenir au cours des deuxième et troisième trimestres de la grossesse chez des femmes qui n'étaient pas diabétiques avant la grossesse.
- peut entraîner des complications pendant la grossesse, similaires à celles d'un diabète sucré préexistant.
- augmente le risque de développer un diabète sucré après l'accouchement.

Les codes pour le diabète gestationnel se trouvent dans la sous-catégorie **O24.4, diabète sucré gestationnel.**

- Aucun autre code de la catégorie **O24, diabète sucré de la grossesse, de l'accouchement et de la période puerpérale**, ne doit être codé conjointement avec un code de la sous-catégorie **O24.4.**

- Les codes de la sous-catégorie **O24.4** classent le diabète gestationnel comme suit :
 - le diabète contrôlé par le régime alimentaire
 - le diabète contrôlé par des médicaments
 - le diabète contrôlé par l'**insuline**
 - Si une patiente atteinte de diabète gestationnel est traitée à la fois par un régime alimentaire et par l'insuline, seul le code *contrôlé par l'insuline* est codé.
 - le diabète contrôlé par des **médicaments hypoglycémiants** oraux.
 - Si une patiente atteinte de diabète gestationnel est traitée à la fois par un régime alimentaire et par des hypoglycémiants oraux, seul le code *contrôlé par des hypoglycémiants oraux* est codé.
 - Si une patiente atteinte de diabète gestationnel est contrôlée par des médicaments, il faut attribuer le code approprié de diabète contrôlé par des médicaments (**O24.414**, **O24.415**, **O24.424**, **O24.425**, **O24.434** ou **O24.435**) au lieu de **Z79.4** ou **Z79.84**.

Le code **Z79.4, utilisation à long terme (actuelle) de l'insuline**, doit être attribué comme code additionnel si un diabète sucré préexistant ou non spécifié est traité par l'insuline. Le code **Z79.4** ne doit pas être attribué si l'insuline est utilisée temporairement pour contrôler la glycémie chez un patient souffrant d'un diabète de type 2 préexistant.

Le code **Z79.84, utilisation à long terme (actuelle) de médicaments hypoglycémiants oraux**, doit être attribué si le diabète sucré préexistant ou non spécifié est traité par des médicaments hypoglycémiants oraux. Cependant, ni le code **Z79.4** ni le code **Z79.84** ne doivent être attribués avec les codes de la sous-catégorie **O24.4, diabète gestationnel**.

Le code **Z86.32, antécédents personnels de diabète gestationnel**, est attribué pour indiquer qu'une patiente a des antécédents de diabète gestationnel lors d'une grossesse antérieure.

Une patiente enceinte peut avoir une **tolérance au glucose anormale** et ne pas être diagnostiquée comme ayant un diabète gestationnel. Dans ce cas, un code de la sous-catégorie **O99.81, glucose anormale compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité**, doit être attribué à la place.

Exemples

- **O24.113 + E11.620 + Z79.4 + Z3A.29**, diabète sucré de type 2 préexistant, avec dermatite diabétique, contrôlé par l'insuline, grossesse intra-utérine, 29 semaines de gestation
- **O24.012 + E10.11 + Z3A.26**, diabète sucré de type 1 préexistant, acidocétose et coma ; grossesse intra-utérine, 26 semaines de gestation.
- **O24.414 + Z3A.30**, femme enceinte de 30 semaines avec un diabète gestationnel ; la glycémie révèle que son diabète est bien contrôlé par le régime alimentaire et l'insuline.

23.7.3 Infection VIH

Les patients admis en raison d'une maladie associée au VIH pendant la grossesse, l'accouchement ou la puerpéralité doivent être attribué un diagnostic principal de la sous-catégorie **O98.7-, maladie d'immunodéficience humaine [VIH] compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité**, suivi du ou des codes de la ou des maladies associées au VIH.

Les patients ayant un statut d'infection asymptomatique au VIH admis pendant la grossesse, l'accouchement ou la puerpéralité doivent être attribué les codes **O98.7-** et **Z21, statut d'infection asymptomatique au virus de l'immunodéficience humaine [VIH]**.

Exemples

- **O98.711 + B20 + Z3A.00**, femme enceinte au premier trimestre avec SIDA
- **O98.713 + Z21 + Z3A.30**, femme enceinte de 30 semaines avec statut VIH asymptomatique compliqué

23.7.4 Usage d'alcool, de tabac et de drogues

Pour toute grossesse ou période post-partum pendant laquelle la mère consomme de l'alcool⁵, des codes de la sous-catégorie **O99.31-, usage d'alcool compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité**, doivent être attribués. Un code additionnel de la catégorie **F10, troubles liés à l'alcool**, doit également être attribué pour identifier les manifestations de l'usage d'alcool.

Les codes de la sous-catégorie **O99.33-, trouble lié à l'usage du tabac compliquant la grossesse, l'accouchement et la la puerpéralité**, doivent être attribués pour tout cas de grossesse dans lequel la mère utilise un produit du tabac⁶, quel qu'il soit, pendant la grossesse ou le post-partum. Un code additionnel de la catégorie **F17, dépendance à la nicotine**, doit également être attribué pour identifier le type de dépendance à la nicotine.

Les codes de la sous-catégorie **O99.32-, Usage de drogues compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité**, doivent être attribués pour tout cas de grossesse lorsque la mère consomme des drogues⁷ pendant la grossesse ou le post-partum. Un ou plusieurs codes secondaires des catégories **F11, F12, F13, F14, F15, F16, F18, F19** doivent également être attribués pour identifier les manifestations de l'usage de drogues.

5: L'usage d'alcool pendant la grossesse peut provoquer une fausse couche, une mortinai-sance et une série de troubles permanents connus sous le nom de troubles causés par l'alcoolisation fœtale. L'alcool consommé pendant la grossesse augmente le risque de malformations congénitales liées à l'alcool, y compris les déficiences de croissance, les anomalies faciales, les déficiences du système nerveux central, les troubles du comportement et les déficiences du développement intellectuel. Il n'existe pas de quantité connue d'alcool à consommer sans danger pendant la grossesse.

6: Le tabagisme complique également la grossesse. Les femmes qui fument avant et pendant la grossesse risquent de subir plusieurs effets indésirables, comme la rupture prématurée des membranes, le décollement du placenta et le placenta praevia pendant la grossesse. Les bébés nés de femmes qui fument pendant la grossesse ont également un risque plus élevé de naissance prématurée et de faible poids à la naissance et sont de 1,4 à 3,0 fois plus susceptibles de mourir du syndrome de mort subite du nourrisson.

7: L'usage de drogues pendant la grossesse peut avoir un impact direct sur le fœtus, notamment en augmentant les risques de malformations congénitales, de prématurité, d'insuffisance pondérale et de mortinatalité.

23.8 Complications du travail et de l'accouchement

Les **complications du travail et de l'accouchement** sont classées dans les catégories **O60-O77**. Ce bloc de codes contient certains des codes les plus importants pour les situations où le code **O80, contact pour accouchement à terme sans complication**, ne peut pas être utilisé.

- La catégorie **O60, travail prématuré**, est définie dans l'ICD-10-CM comme *début (spontané) de l'accouchement avant 37 semaines entières de gestation*. Cette catégorie comprend des codes pour les cas avec accouchement ainsi que sans accouchement. Les codes de la catégorie **O60** ne doivent pas être utilisés avec les codes de la sous-catégorie **O47.0-** pour un faux travail ou une menace d'accouchement prématuré.
- La catégorie **O61** est utilisée pour coder l'**échec du déclenchement du travail**. Le quatrième caractère distingue les méthodes de déclenchement du travail :
 - méthodes médicales : par exemple, l'ocytocine par voie intraveineuse pour stimuler les contractions
 - méthodes instrumentales : par exemple, par induction mécanique ou chirurgicale, comme le ballon de la sonde de Foley transcervicale ou des lamineaires
 - autres méthodes
 - méthodes non spécifiées.
- La catégorie **O62** est utilisée pour coder les **anomalies de la contraction utérine et de la dilatation du col**. Le quatrième caractère précise :
 - les contractions primaires inadéquates (**O62.0**)
 - l'inertie utérine secondaire (**O62.1**)
 - les autres inerties utérines (**O62.2**)
 - le travail trop rapide (**O62.3**)
 - les contractions utérines hypertoniques, incoordonnées et prolongées (**O62.4**)
 - les autres anomalies des forces en jeu au cours du travail (**O62.8**)
 - les anomalies des forces en jeu au cours du travail (**O62.9**).
- La catégorie **O63** est utilisée pour coder le **travail prolongé**, le quatrième caractère spécifiant les stades :
 - travail prolongé, première période, dilatation (**O63.0**)
 - travail prolongé, deuxième période, expulsion (**O63.1**)
 - l'accouchement retardé d'un deuxième jumeau, d'un triplé, etc. (**O63.2**)
 - le stade non spécifié (**O63.9**).
- La catégorie **O67** est utilisée pour coder les **hémorragies intrapartum, non classées ailleurs**. Une note *Excludes1* précise que l'hémorragie antepartum, le placenta praevia et le décollement prématuré du placenta [abruptio placentae] sont classés ailleurs.

23.8.1 Dystocies

L'ICD-10-CM fournit les catégories **O64**, **O65** en **O66** pour coder la dystocie⁸ due à différentes étiologies, comme suit :

- La catégorie **O64, dystocie due à une position et une présentation anormales du fœtus**, est utilisée pour décrire les situations dans lesquelles une dystocie se présente en raison de la position et de la présentation du fœtus⁹ La catégorie **O64** fournit un quatrième caractère pour préciser les différentes présentations fœtales à l'origine de la dystocie :
 - Dystocie due à une rotation incomplète de la tête du foetus (**O64.0**)
 - Dystocie due à une présentation du siège (**O64.1**)
 - Dystocie due à une présentation de la face (**O64.2**)
 - Dystocie due à une présentation du front (**O64.3**)
 - Dystocie due à une présentation de l'épaule (**O64.4**)
 - Dystocie due à une présentation complexe (**O64.5**)
 - Dystocie due à d'autres positions et présentations anormales (**O64.08**)
 - Dystocie due à une position et une présentation anormales, non spécifié (**O64.09**)
- La catégorie **O65, dystocie due à une anomalie pelvienne de la mère**, est utilisée pour signaler une dystocie causée par une anomalie du bassin de la mère :
 - Dystocie due à une déformation pelvienne (**O65.0**)
 - Dystocie due à un bassin généralement rétréci (**O65.1**)
 - Dystocie due à un rétrécissement du détroit supérieur (**O65.2**)
 - Dystocie due à un rétrécissement du détroit inférieur et de la cavité moyenne (**O65.3**)
 - Dystocie due à une disproportion foeto-pelvienne, non spécifiée (**O65.4**)
 - Dystocie due à une anomalie des organes pelviens de la mère (**O65.05**)
 - Dystocie due à d'autres anomalies pelviennes de la mère (**O65.8**)
 - Dystocie due à une anomalie pelvienne de la mère, non spécifiée (**O65.9**)
- La catégorie **O66, autres dystocies**, est utilisée pour classer d'autres types de dystocies
 - Dystocie des épaules (lorsque l'épaule du bébé se coince derrière l'os pubien de la mère) (**O66.0**)
 - Dystocie gémellaire (l'un des jumeaux empêche la progression de l'autre) (**O66.1**)
 - Dystocie due à un foetus anormalement gros (**O66.2**)
 - Dystocie due à d'autres anomalies foetales (y compris la dystocie due à différentes étiologies) (**O66.3**)
 - Échec de l'épreuve de travail (**O66.4**)
 - Échec de l'application d'une ventouse et d'un forceps (**O66.5**)
 - fœtus multiples (**O66.6**)
 - Autres dystocies spécifiées (**O66.8**) avec un code additionnel pour identifier la cause de l'obstruction
 - Dystocie, non spécifiée (**O66.9**).

8: La dystocie se produit lorsque le passage du fœtus dans le bassin est mécaniquement obstrué. La cause la plus fréquente de la dystocie est la disproportion entre la tête du fœtus et le bassin de la mère. Parfois, cependant, la dystocie est secondaire à une mauvaise présentation, une mauvaise position ou des anomalies fœtales.

9: La présentation ou la position du fœtus fait référence à la partie du fœtus qui se trouve le plus près du vrai bassin ou qui y est entrée au moment de l'accouchement.

- Les **présentations céphaliques** sont celles du vertex, du front, de la face et du menton.
- Les **présentations par le siège** comprennent le siège complet, le siège décompleté, le siège semi-complet ou semi décompleté et le siège podalique.
- les **présentation par l'épaule** sont rares et nécessitent un accouchement par césarienne ou un retournement avant l'accouchement par voie vaginale.
- La **présentation complexe** implique l'entrée de plus d'une partie dans le vrai bassin, le plus souvent une main à côté de la tête.

23.8.2 Stress fœtal

L'ICD-10-CM fournit différents codes relatifs aux problèmes fœtaux compliquant le travail et l'accouchement :

- **O68, travail et accouchement compliqués par une anomalie de l'équilibre acidobasique du fœtus.** Ce code est utilisé pour décrire une acidémie fœtale, une acidose fœtale, une alcalose fœtale ou une acidémie métabolique fœtale lorsque ces affections compliquent le travail et l'accouchement.
- **O69.-, travail et accouchement compliqués par des complications du cordon ombilical.** Cette catégorie comprend :
 - les complications dues à un prolapsus du cordon
 - une circulaire du cordon, avec compression
 - une autre forme d'enchevêtrement du cordon
 - une brièveté du cordon
 - une insertion vélamenteuse du cordon
 - des lésions vasculaires du cordon
 - autres anomalies du cordon ombilical.
- **O76, anomalie de la fréquence et du rythme cardiaques fœtaux compliquant le travail et l'accouchement.** Ce code inclut les problèmes fœtaux tels que bradycardie, décélération de la fréquence cardiaque, irrégularité de la fréquence cardiaque, tachycardie et fréquence ou rythme cardiaque fœtal non rassurant.
- **O77.-, autre stress fœtal compliquant le travail et l'accouchement.** Cette catégorie comprend les codes pour :
 - la présence de méconium dans le liquide amniotique (**O77.0**)
 - le stress fœtal¹⁰ dû à l'administration de médicaments (**O77.1**)
 - d'autres signes de stress fœtal (tels que des signes électrocardiographiques ou ultrasoniques) (**O77.8**)
 - le stress fœtal non spécifié (**O77.9**)

Attention

Il est important de se rappeler que ces codes ne doivent être attribués que lorsque les affections ci-dessus affectent la prise en charge de la mère.

10: Le **stress fœtal** est une complication peu fréquente du travail qui se manifeste par des signes chez la femme enceinte suggérant que le fœtus ne va peut-être pas bien. Il se produit généralement lorsque le fœtus n'a pas reçu suffisamment d'oxygène. Le stress fœtal peut survenir lorsque la grossesse dure trop longtemps (post-maturité) ou lorsque des complications de la grossesse ou du travail surviennent.

23.9 Complications du post-partum

Les **complications du post-partum**¹¹ sont classées dans les catégories **O85-O92**.

Il existe **plusieurs types** de complications du post-partum.

L'**infection puerpérale**¹² est codée avec des codes de la catégorie **O86**.

- endométrite à la suite de l'accouchement (**O86.12**)
- infection de la plaie chirurgicale obstétricale (**O86.00-O86.03, O86.09**)
- le sepsis consécutif à une intervention obstétricale (**O86.04**)
- la cervicite (**O86.11**)
- la vaginite (**O86.13**)
- autres infections du tractus génital (**O86.19**)

11: Une **complication du post-partum** est définie comme toute complication survenant au cours de la période post-partum. La période post-partum, appelée cliniquement la *puerpéralité*, commence immédiatement après l'accouchement et comprend les six semaines suivantes.

12: L'**infection puerpérale** est une infection bactérienne survenant après l'accouchement. On estime que 2 à 4 pourcent des mères qui accouchent par voie vaginale peuvent souffrir d'une forme d'infection puerpérale. En cas d'accouchement par césarienne, ce chiffre est cinq à dix fois plus élevé. Le tractus génital est souvent le site de l'infection.

- infection du tractus urinaire, non spécifiée (**O86.20**)
- infection du rein (**O86.21**)
- infection de la vessie (**O86.22**)
- autre infection des voies urinaires (**O86.29**)
- pyrexie d'origine inconnue (**O86.4**)
- thrombophlébite septique puerpérale (**O86.81**)
- autres infections puerpérales spécifiées (**O86.89**).

Un **code additionnel** doit être codé pour identifier l'**organisme causal** des codes de la catégorie **O86**.

Le **sepsis puerpéral** fait référence à une infection post-partum impliquant le tractus génital. Celui-ci est codé avec le code **O85, sepsis puerpéral** :

- ce code nécessite un code additionnel pour identifier l'**organisme causal**. Par exemple, pour une infection bactérienne, un code des catégories **B95-B97** doit être attribué.
- Les codes de la catégorie **A40, sepsis streptococcique**, ou **A41, autre sepsis**, ne doivent pas être utilisés pour le codage du sepsis puerpéral.
- Si le sepsis est **documenté** comme étant un *sepsis sévère*, un code de la sous-catégorie **R65.2, sepsis sévère**, doit être attribué comme code additionnel, ainsi que le code approprié pour tout dysfonctionnement aigu d'organe associé.

Un **sepsis consécutif à une intervention obstétricale**, telle qu'une césarienne, est codé avec les codes suivants :

- un code parmi **O86.00-O86.03, infection d'une plaie obstétricale chirurgicale** qui identifie le **site de l'infection** (par exemple, site d'incision profond), s'il est connu est codé en premier.
- un code pour le sepsis consécutif à une intervention obstétricale (**O86.04**)
- un code pour identifier l'**agent infectieux**, tel que le *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM)
- un code de la sous-catégorie **R65.2** lorsque le **sepsis est sévère**
- un code pour tout **dysfonctionnement aigu d'un organe**

Exemple

Une patiente qui a accouché d'un seul bébé en bonne santé à 40 semaines développe une endométrite deux jours après une césarienne alors qu'elle est encore à l'hôpital.

- **O86.12, endométrite après l'accouchement** est attribué. Cette affection est considérée comme une complication de l'accouchement et non comme une complication de la grossesse. Il existe une entrée d'index pour *endometritis, puerperal, postpartum, childbirth*.
- Des codes additionnels sont attribués pour identifier la raison de la césarienne, le résultat de l'accouchement et les semaines de gestation de la grossesse.

Exemple

Une patiente est admise trois semaines après l'accouchement et traitée pour une pyélonéphrite aiguë due à une infection par *Escherichia coli*.

- **O86.21, infection du rein après l'accouchement**, est codé en diagnostic principal.
- **B96.20, Escherichia coli non spécifié [E. coli] comme cause de maladies classées ailleurs**, est codé en diagnostic secondaire pour spécifier l'infection.

Exemple

Une patiente qui a accouché par césarienne segmentaire basse six jours auparavant est réadmise en raison d'une sévère septicémie avec insuffisance rénale aiguë due à une infection par SARM de la plaie de la césarienne.

- **O86.02, infection d'une plaie chirurgicale obstétricale, site incisionnel profond** est attribué pour l'infection de la plaie post-chirurgicale.
- Pour le sepsis à SARM avec insuffisance rénale aiguë les codes suivants sont attribués :
 - **B95.62**, *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline comme cause de maladies classées ailleurs
 - **O86.04**, sepsis suite à une intervention obstétricale
 - **R65.20**, sepsis sévère sans choc septique
 - **N17.9**, insuffisance rénale aiguë, non spécifiée

L'**atonie ou l'inertie utérine**¹³ est codé comme suit :

- **O62.2, autre inertie utérine**, est le code par défaut pour l'inertie utérine sans hémorragie qui n'est pas autrement spécifiée ou lorsqu'il est documenté que l'inertie utérine est survenue pendant le travail.
- **O72.1, autre hémorragie immédiate du post-partum**, est attribué pour l'inertie utérine du post-partum avec hémorragie lorsqu'elle se produit immédiatement après l'accouchement du bébé et du placenta.
- **O75.89, autres complications spécifiées du travail et de l'accouchement**, est attribué pour l'inertie utérine du post-partum sans hémorragie.

13: L'**atonie ou l'inertie utérine** est une affection qui peut compliquer l'accouchement et se réfère à l'incapacité du muscle utérin à se contracter de manière adéquate après l'accouchement. L'inertie utérine peut se produire avec ou sans hémorragie.

Exemple

Une patiente développe une hémorragie post-partum due à une inertie utérine immédiatement après un accouchement spontané par voie vaginale de jumeaux à 38 semaines de gestation. La suture B-Lynch est une suture utilisée pour comprimer l'utérus sans compromettre les vaisseaux principaux en cas d'hémorragie post-partum et est effectuée pour contrôler l'hémorragie.

- **O72.1, autre hémorragie immédiat du post-partum**, est attribué pour une inertie utérine du post-partum avec hémorragie.

- **O30.003, grossesse gémellaire, nombre de placenta et nombre de sacs amniotiques non spécifiés, troisième trimestre**
- **Z3A.38, 38 semaines de gestation**
- **Z37.2, jumeaux, tous deux nés vivants**
- **0UQ97ZZ, réparation de l'utérus, par orifice naturel ou artificiel**, est attribué pour la suture de B-Lynch.

Exemple

Une patiente nullipare a eu un accouchement vaginal normal à 40 semaines de gestation. Après le décollement placentaire, une inertie utérine a été constatée, et la patiente a commencé à faire des hémorragies. L'inertie ne répondait pas au massage bimanuel, à l'administration intraveineuse et intramusculaire d'oxytocine. Le prestataire de soins a évacué un caillot de 50 ml du segment inférieur de l'utérus avec arrêt de l'hémorragie.

- **0UC97ZZ, extirpation de matière de l'utérus, par un orifice naturel ou artificiel**, pour l'évacuation du caillot. La **procédure de base Extirpation** est définie comme le fait de retirer ou de couper une matière solide d'une partie du corps.

La **myocardiopathie associée à la grossesse** est également appelée **myocardiopathie péripartum** car elle peut être diagnostiquée au troisième trimestre de la grossesse mais peut continuer à progresser des mois après l'accouchement. Le code **O90.3, myocardiopathie du péripartum**¹⁴, ne doit être utilisé que lorsque la myocardiopathie se développe à la suite d'une grossesse chez des femmes qui ne présentaient pas de maladie cardiaque préexistante.

14: La **période péripartum** est définie comme allant du dernier mois de la grossesse à cinq mois après l'accouchement.

Exemple

Une patiente est admise en raison d'une myocardiopathie péripartum avec une fraction d'éjection de 21 pourcent et une défaillance cardiaque, environ deux à trois mois post-partum.

- **O90.3, myocardiopathie du péripartum**, est codé en diagnostic principal.

Notez que...

Pour de codage des cardiopathies préexistantes compliquant la grossesse et la puerpéralité, les codes de la sous-catégorie **O99.4, maladies du système circulatoire compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité**, doivent être utilisés à la place du code de la myocardiopathie associée à la grossesse.

23.10 Autres maladies maternelles

L'ICD-10-CM prévoit la catégorie **O99** pour coder les **autres maladies maternelles** classifiées ailleurs mais compliquant la grossesse, l'accou-

chement et la puerpéralité. Cette catégorie comprend les affections qui

- compliquent la grossesse
- sont aggravées par la grossesse
- constituent la raison principale des soins obstétricaux.

Codage

- **O99.0-**, anémie
- **O99.1-**, autres maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire.
- **O99.2-**, maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques
- **O99.3-**, troubles mentaux et maladies du système nerveux
- **O99.4-**, maladies du système circulatoire
- **O99.5-**, maladies du système respiratoire
- **O99.6-**, maladies du système digestif
- **O99.7-**, maladies de la peau et du tissu sous-cutané
- **O99.8-**, autres maladies et affections spécifiées

Un **code additionnel** est doit être attribué pour identifier l'**affection spécifique**.

Exemple

Une patiente est admise cinq semaines après l'accouchement pour une cholécystite aiguë et une cholélithiase.

- **O99.63, maladies du système digestif compliquant la puerpéralité**
- **K80.00, Lithiase biliaire avec cholécystite aiguë sans obstruction**

Exemple

Une patiente est admise après 4 semaines de post-partum suite à une dépression post-partum.

- **O99.345, autres troubles mentaux compliquant la puerpéralité**
- **F53.0, dépression du post-partum**

Les **néoplasmes malins** compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité sont codés avec des codes dans la sous-catégorie **O9A.1**, avec un ou plusieurs codes additionnels pour identifier le néoplasme spécifique. Cette sous-catégorie concerne les affections classées dans les catégories **C00-C96**.

Les **soins maternels pour une tumeur bénigne du corps utérin** sont codés avec des codes sous **O34.1-**, tandis que les **soins maternels pour une tumeur bénigne du col de l'utérus** sont codés avec des codes sous **O34.4-**.

Le codage des **traumatismes, des empoisonnements, de l'abus physique, de l'abus sexuel et de l'abus psychologiques** compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité est abordé au chapitre 29 de ce manuel.

23.11 Séquelles de complications de la grossesse, de l'accouchement et de la puerpéralité

Le code **O94, séquelles de complications de la grossesse, de l'accouchement et de la puerpéralité**, est attribué lorsqu'une complication initiale de la grossesse, de l'accouchement et de la puerpéralité mène à une séquelle¹⁵ qui nécessite des soins ou un traitement à une date ultérieure.

15: Les séquelles comprennent les affections spécifiées comme telles, ou comme effets tardifs, qui peuvent survenir à tout moment après la période du post-partum.

Notez que...

Comme tous les codes séquelles, le code **O94** est séquencé après le code décrivant l'affection résiduelle.

Exemple

Une patiente est admise pour la réparation d'un prolapsus post-partum du périnée secondaire à une lacération traumatique subie lors de l'accouchement deux ans auparavant.

- **N81.89, autre prolapsus génital féminin**, est attribué en premier.
- **O94, séquelles de complications de la grossesse, de l'accouchement et de la puerpéralité**, est attribué comme code additionnel.

Exemple

Une patiente est admise avec de la fatigue et une intolérance au froid. Ses antécédents indiquent qu'elle a subi une sévère hémorragie lors de l'accouchement d'un nouveau-né normal sept mois auparavant. On a diagnostiqué chez elle le syndrome de Sheehan et on l'a traitée avec des hormones de substitution.

- **E23.0, hypopituitarisme**, est attribué en premier pour le syndrome de Sheehan.
- **O94, séquelles de complications de la grossesse, de l'accouchement et de la puerpéralité**, est attribué comme code additionnel.

23.12 Procédures obstétricales

Lors du codage des **procédures obstétricales** en utilisant l'ICD-10-PCS, il est important de distinguer si la procédure est **effectuée sur le fœtus ou sur la femme enceinte**.

- Les **procédures effectuées sur le fœtus** (produits de la conception) sont classés dans la section *Obstetrics*.
- Les **procédures effectuées sur la femme enceinte**, sur des parties du corps autres que les produits de la conception, sont codés avec la procédure de base appropriée dans la section *Medical and Surgical*.

Exemples

- L'amniocentèse est codée avec la partie du corps *Products of Conception* de la section *Obstetrics*.
- La réparation d'une lacération urétrale obstétrique est codée avec la partie du corps *Urethra* dans la section *Medical and Surgical*.

La section *Obstetrics* de l'ICD-10-PCS suit les mêmes conventions que la section *Medical and Surgical*, les **sept caractères conservant la même signification**.

- caractère 1 : *Section*, section
- caractère 2 : *Body System*, système anatomique
- caractère 3 : *Root Operation*, procédure de base
- caractère 4 : *Body Part*, partie du corps
- caractère 5 : *Approach*, voie d'abord
- caractère 6 : *Device*, dispositif ou appareil
- caractère 7 : *Qualifier*, qualificatif

Le système anatomique (caractère 2) de la section *Obstetrics* est toujours *Pregnancy*.

Il n'y a que **trois valeurs utilisées pour la partie du corps** dans cette section :

- *Products of Conception*
- *Products of Conception, Retained*
- *Products of Conception, Ectopic*

Il existe **12 procédures** de base dans la section *Obstetrics*, dont 10 se trouvent également dans la section *Medical and Surgical*.

- Les **deux procédures de base propres à la section *Obstetrics*** sont :
 - *Abortion* : Interruption artificielle d'une grossesse
 - *Delivery* : Aide à l'évacuation des produits de la conception via les voies génitales (cette opération racine ne s'applique qu'à l'accouchement vaginal assisté manuellement).
- Les **dix procédures de base en commun avec la section *Medical and Surgical*** sont :
 - *Change* : Retirer ou enlever un dispositif d'une partie du corps et remettre un dispositif identique ou similaire dans ou sur la même partie du corps sans inciser ou perforer la peau ou une muqueuse.
 - *Drainage* : Evacuer ou faire sortir des fluides et/ou des gaz d'une partie du corps
 - *Extraction* : Extraction ou stripping de tout ou partie d'une partie du corps par l'usage de force.
 - *Insertion* : Mise en place d'un appareil non biologique qui surveille, assiste, exécute ou prévient une fonction physiologique mais ne prend pas physiquement la place d'une partie du corps.
 - *Inspection* : Exploration visuelle et/ou manuelle d'une partie du corps
 - *Removal* : Enlever ou retirer un dispositif d'une partie du corps, d'une région ou d'un orifice.

- *Repair* : Rétablir, dans la mesure du possible, la structure anatomique et la fonction normales d'une partie du corps.
- *Reposition* : Déplacer à son emplacement normal, ou à un autre emplacement approprié, tout ou partie d'une partie du corps.
- *Resection* : Découpage ou ablation, sans remplacement, de la totalité d'une partie du corps.
- *Transplantation* : Mise en place de tout ou partie d'une partie du corps vivant prélevée sur un autre individu ou animal pour remplacer physiquement tout ou partie d'une partie similaire du corps.

Les **accouchements par césarienne** sont codés dans la section *Obstetrics* avec la procédure de base *Extraction* plutôt que la procédure de base *Delivery*.

La procédure de base *Extraction* est également utilisée pour les **accouchements vaginaux nécessitant une assistance par forceps, ventouse ou version interne**.

Occasionnellement, **l'assistance par ventouse est utilisée pour les accouchements par césarienne**. Cependant, l'utilisation de la ventouse n'est pas codée séparément. Seul le code ICD-10-PCS pour l'accouchement par césarienne est attribué.

Les procédures effectuées à la suite d'un accouchement ou d'un avortement visant **le curetage de l'endomètre ou l'évacuation des produits de conception retenus** sont tous codés dans la section *Obstetrics* avec la procédure de base *Extraction* et avec la partie du corps *Products of Conception, Retained*.

Les **dilatations et curetages diagnostiques ou thérapeutiques effectués pendant des périodes autres que la période post-partum ou post-avortement** sont tous codés dans la section *Medical and Surgical* avec la procédure de base *Extraction* et la partie du corps *Endometrium*.

23.13 Procédures d'aide à l'accouchement

L'accouchement peut être assisté de plusieurs façons¹⁶.

- L'accouchement vaginal **assisté manuellement** est codé avec le code **10E0XZZ**.
- Le travail peut être déclenché par **rupture artificielle des membranes** qui est classé dans la section *Obstetrics*, système anatomique *Pregnancy*, procédure de base *Drainage*, partie du corps *Products of Conception* et qualificatif *Amniotic Fluid, Therapeutic (10907ZC)* ou par un **autre déclenchement chirurgical**, comme la dilatation du col de l'utérus (**0U7C7ZZ**).
- **Dinoprostone** (sous forme de gel de prostaglandine à insérer) peut être inséré pour **ramollir et faire mûrir le col de l'utérus avant le déclenchement du travail**. Pour la maturation du col de l'utérus avec dinoprostone, le code **3E0P7VZ, introduction d'une hormone dans le système reproducteur féminin, par orifice naturel ou artificiel**, est attribué.
- La **rupture artificielle des membranes (10907ZC)** peut également être effectuée **après le début du travail**.

16: L'**amnio-infusion** est généralement effectuée pendant le travail par une approche transcervicale après rupture des membranes. Un cathéter de pression intra-utérin est utilisé pour perfuser une solution Ringer lactate ou une solution saline dans la cavité amniotique. Le liquide peut également être perfusé par une aiguille par voie transabdominale. L'amnio-infusion est réalisée comme traitement prophylactique de l'oligohydramnios, pour réduire les décélérations du rythme cardiaque fœtal dues à la compression du cordon pendant le travail, ou comme traitement de la rupture prématurée des membranes.

- L'**oxytocine** peut être utilisée soit pour provoquer les contractions, soit pour renforcer le travail actif en augmentant la force et la fréquence des contractions. Lorsque l'oxytocine est administré pour renforcer le travail actif, il n'est pas codé séparément. Si l'oxytocine est administré par voie intraveineuse pour déclencher le travail, le code **3E033VJ**, **introduction d'une autre hormone via une veine périphérique, approche percutanée**, est attribué.
- L'**amnio-infusion** (section *Administration*, procédure de base *Introduction*).
- Si une **version** est effectuée, cette procédure est codée avec la section *Obstetrics*, procédure de base *Reposition*, code **10S07ZZ**, **repositionnement des produits de la conception, par orifice naturel ou artificiel**.
- Pour un accouchement à l'aide du **forceps ou une ventouse**, un code décrivant l'accouchement par forceps ou ventouse (**10D07Z**[3,4,5,6]) est attribué plutôt que le code **10E0XZZ**.

Exemple

Une patiente est admise à 40 semaines de gestation pour le déclenchement du travail. La pitocine (oxytocine) est administrée par voie intraveineuse dans la veine périphérique, et la rupture artificielle des membranes est réalisée. La patiente a un accouchement vaginal spontané normal sans complication.

- **O80**, contact pour un accouchement à terme sans complication
- **Z37.0**, naissance unique, enfant vivant
- **Z3A.40**, 40 semaines de gestation
- **10E0XZZ**, accouchement des produits de la conception, approche externe, pour le codage de l'accouchement normale et spontané
- **10907ZC**, drainage du liquide amniotique, thérapeutique, des produits de la conception, par ouverture naturelle ou artificielle, pour le codage de la rupture artificielle des membranes
- **3E033VJ**, introduction d'une autre hormone dans une veine périphérique, approche percutanée, pour le déclenchement du travail

L'amnio-infusion de solution saline est codée comme suit :

Section		3 Administration ▼	
Body System		E Physiological Systems and Anatomical Regions ▼	
Operation		0 Introduction ▼ Putting in or on a therapeutic, diagnostic, nutritional, physiological, or prophylactic substance except blood or blood products	
Code Description 3E0E77Z Introduction of Electrolytic and Water Balance Substance into Products of Conception, Via Natural or Artificial Opening			
Body System / Region	Clear	Approach	Clear
<input type="radio"/> 0 Skin and Mucous Membranes <input type="radio"/> 1 Subcutaneous Tissue <input type="radio"/> 2 Muscle <input type="radio"/> 3 Peripheral Vein <input type="radio"/> 4 Central Vein <input type="radio"/> 5 Peripheral Artery <input type="radio"/> 6 Central Artery <input type="radio"/> 7 Coronary Artery <input type="radio"/> 8 Heart <input type="radio"/> 9 Nose <input type="radio"/> A Bone Marrow <input type="radio"/> B Ear <input type="radio"/> C Eye <input type="radio"/> D Mouth and Pharynx <input checked="" type="radio"/> E Products of Conception <input type="radio"/> F Respiratory Tract <input type="radio"/> G Upper GI <input type="radio"/> H Lower GI <input type="radio"/> J Biliary and Pancreatic Tract <input type="radio"/> K Genitourinary Tract <input type="radio"/> L Pleural Cavity <input type="radio"/> M Peritoneal Cavity <input type="radio"/> N Male Reproductive <input type="radio"/> P Female Reproductive <input type="radio"/> Q Cranial Cavity and Brain <input type="radio"/> R Spinal Canal <input type="radio"/> S Epidural Space <input type="radio"/> T Peripheral Nerves and Plexi <input type="radio"/> U Joints <input type="radio"/> V Bones <input type="radio"/> W Lymphatics <input type="radio"/> X Cranial Nerves <input type="radio"/> Y Pericardial Cavity	<input type="radio"/> 0 Open <input type="radio"/> 3 Percutaneous <input type="radio"/> 4 Percutaneous Endoscopic <input checked="" type="radio"/> 7 Via Natural or Artificial Opening <input type="radio"/> 8 Via Natural or Artificial Opening Endoscopic <input type="radio"/> X External	<input type="radio"/> 0 Antineoplastic <input type="radio"/> 1 Thrombolytic <input type="radio"/> 2 Anti-infective <input type="radio"/> 3 Anti-inflammatory <input type="radio"/> 4 Serum, Toxoid and Vaccine <input type="radio"/> 5 Adhesion Barrier <input type="radio"/> 6 Nutritional Substance <input checked="" type="radio"/> 7 Electrolytic and Water Balance Substance <input type="radio"/> A Stem Cells, Embryonic <input type="radio"/> B Anesthetic Agent <input type="radio"/> E Stem Cells, Somatic <input type="radio"/> F Intracirculatory Anesthetic <input type="radio"/> G Other Therapeutic Substance <input type="radio"/> H Radioactive Substance <input type="radio"/> K Other Diagnostic Substance <input type="radio"/> L Sperm <input type="radio"/> M Pigment <input type="radio"/> N Analgesics, Hypnotics, Sedatives <input type="radio"/> P Platelet Inhibitor <input type="radio"/> Q Fertilized Ovum <input type="radio"/> R Antiarrhythmic <input type="radio"/> S Gas <input type="radio"/> T Destructive Agent <input type="radio"/> U Pancreatic Islet Cells <input type="radio"/> V Hormone <input type="radio"/> W Immunotherapeutic <input type="radio"/> X Vasopressor	<input type="radio"/> 0 Influenza Vaccine <input type="radio"/> 1 Nonautologous <input type="radio"/> 2 High-dose Interleukin-2 <input type="radio"/> 3 Low-dose Interleukin-2 <input type="radio"/> 4 Liquid Brachytherapy Radioisotope <input type="radio"/> 5 Other Antineoplastic <input type="radio"/> 6 Recombinant Human-activated Protein C <input type="radio"/> 7 Other Thrombolytic <input type="radio"/> 8 Oxazolidinones <input type="radio"/> 9 Other Anti-infective <input type="radio"/> A Anti-Infective Envelope <input type="radio"/> B Recombinant Bone Morphogenetic Protein <input type="radio"/> C Other Substance <input type="radio"/> D Nitric Oxide <input type="radio"/> F Other Gas <input type="radio"/> G Insulin <input type="radio"/> H Human B-type Natriuretic Peptide <input type="radio"/> J Other Hormone <input type="radio"/> K Immunostimulator <input type="radio"/> L Immunosuppressive <input type="radio"/> M Monoclonal Antibody <input type="radio"/> N Blood Brain Barrier Disruption <input type="radio"/> P Clofarabine <input type="radio"/> Q Glucarpidase <input type="radio"/> Y Hyperthermic <input checked="" type="radio"/> Z No Qualifier

FIGURE 23.2 – Codage de l'amnioinfusion avec solution saline

23.13.1 Accouchement par forceps ou ventouse

Les **forceps**, la **ventouse**, ou la **version interne et combinée** peuvent également aider à l'accouchement. Ces procédures sont codées dans la section *Obstetrics*, avec la procédure de base *Extraction*.

Des codes sont fournis pour les accouchements par **forceps bas**, **médians** ou **hauts**.

- Un **accouchement par forceps bas** (valeur 3 du qualificatif), les forceps sont appliqués à la tête fœtale visible après qu'elle a pénétré dans le plancher pelvien.
- Un **accouchement par forceps médians** (valeur 4 du qualificatif), les forceps sont appliqués à la tête fœtale pendant son entrée dans le plancher pelvien.
- Un **accouchement par forceps hauts** (valeur 5 du qualificatif), les forceps sont appliqués à la tête avant qu'elle ne pénètre le bord du bassin.

Les présentations par le siège peuvent nécessiter une **extraction partielle** ou **totale par le siège**, avec ou sans application de forceps sur la tête qui suit.

L'**extraction par ventouse** (valeur 6 du qualificatif) consiste à appliquer un dispositif de traction, plutôt que des forceps, sur la tête du fœtus pour l'extraire.

Lorsqu'une **ventouse** est utilisé pour permettre au fœtus de descendre, et que **des forceps** sont utilisés pour extraire le bébé, seul le code **10D07Z3, extraction des produits de la conception, forceps bas, par orifice naturel ou artificiel**, est attribué. Comme la même procédure de base a été effectuée sur la même partie du corps, la procédure ne répond pas à la définition d'interventions multiples.

23.13.2 Épisiotomie

Le code **0W8NXZZ, division du périnée féminin, approche externe**, est attribué pour une épisiotomie¹⁷ de routine.

La réparation (**épisiorrhaphie**) n'est pas codée séparément car elle fait partie intégrante de l'intervention.

Lorsqu'une **épisiotomie est effectuée en association avec un accouchement par forceps**, deux codes sont attribués : un code pour l'accouchement et le code **0W8NXZZ** pour l'épisiotomie.

17: Une **épisiotomie** est une incision chirurgicale du périnée pratiquée juste avant l'accouchement pour élargir l'ouverture vaginale et faciliter l'accouchement.

23.13.3 Incision de Dührssen

Parfois, pendant l'accouchement, une **incision de Dührssen** est pratiquée pour faciliter la sortie de la tête du bébé. Le but de cette procédure est d'élargir l'ouverture d'un col incomplètement dilaté.

Le codage d'une **incision de Dührssen** est similaire au codage d'une épisiotomie :

- Un code pour la **procédure de dilatation du col de l'utérus (0U7C7ZZ)** est attribué.
- La **réparation de l'incision** fait partie intégrante de la procédure totale et n'est donc pas codée séparément.

23.13.4 Déchirures périnéales

Les **déchirures périnéales** sont classées selon leur degré premier, deuxième, troisième ou quatrième degré dans la catégorie **O70, déchirure périnéale pendant l'accouchement**. Les notes d'inclusion pour ces codes de diagnostic indiquent ce qui est impliqué dans chaque degré.

- Les **déchirures du premier degré (O70.0)** impliquent des lésions à la fourchette et à la muqueuse vaginale, et les muscles sous-jacents sont exposés mais non déchirés.
- Les **déchirures du deuxième degré (O70.1)** impliquent des lésions aux parois vaginales postérieures et aux muscles périnéaux, mais le sphincter anal est intact.
- Les **déchirures du troisième degré (O70.2)** s'étendent jusqu'au sphincter anal, mais la muqueuse rectale est intacte.
 - **Type IIIa**, moins de 50% de l'épaisseur du sphincter anal externe déchiré
 - **Type IIIb**, plus de 50% de l'épaisseur du sphincter anal externe déchiré

— **Type IIIc**, le sphincter anal externe et le sphincter anal interne sont déchirés.

— Les **déchirures du quatrième degré (O70.3)** concernent la muqueuse rectale et anale.

Le code **O70.4** décrit une **déchirure du sphincter anal compliquant l'accouchement qui n'est pas associée à une lacération périnéale du troisième degré**.

Le code **O70.9, déchirure périnéale pendant l'accouchement, non spécifiée**, est codé lorsqu'il n'existe aucune de documentation sur le degré de la lacération périnéale.

Lorsque **plus d'un degré est documenté**, seul le code correspondant au **degré le plus élevé** est attribué.

La **réparation d'une déchirure périnéale obstétricale** est codée en fonction du **degré de la déchirure** et du **tissu suturé**. Un code pour chaque déchirure est codé lorsqu'elle est documentée par degré (du premier au quatrième). La partie du corps est sélectionnée en fonction du site anatomique le plus profond¹⁸ de la déchirure obstétricale réparée.

Exemple

La réparation d'une déchirure du deuxième degré nécessite la réparation du muscle périnéal, de la muqueuse vaginale et de la peau ; elle est donc codée à la partie du corps *Perineum Muscle*. Comme une déchirure périnéale du deuxième degré équivaut à une lésion musculaire, la documentation de la réparation d'une lacération périnéale du deuxième degré est suffisante pour coder la chirurgie comme une réparation du muscle périnéal.

- **0HQ9XZZ**, Réparation de la peau du périnée, voie d'abord externe, pour la réparation d'une lacération périnéale du premier degré
- **0KQM0ZZ**, Réparation du muscle périnéal, voie d'abord ouverte, pour la réparation d'une lacération périnéale du deuxième degré
- **0DQR0ZZ**, Réparation du sphincter anal, voie d'abord ouverte, pour la réparation d'une lacération périnéale du troisième degré
- **0DQP0ZZ**, Réparation du rectum, voie d'abord ouverte, pour la réparation d'une déchirure du quatrième degré

18: Les *ICD-10-PCS Official Coding Guidelines* indiquent ce qui suit au sujet du chevauchement des couches corporelles (B3.5) : *Si les procédures de base Excision, Repair ou Inspection sont effectuées sur des couches superposées du système musculo-squelettique, la partie du corps spécifiant la couche la plus profonde est codée.*

La catégorie **O71, autres traumatismes obstétricaux**, est utilisée pour coder les **autres traumatismes obstétricaux, y compris les traumatismes causés par un instrument** :

- déchirure de l'utérus (spontanée) avant le début du travail (**O71.0-**) ou pendant le travail (**O71.1**)
- inversion post-partum de l'utérus (**O71.2**)
- déchirure obstétricale du col de l'utérus (**O71.3**)
- déchirure obstétricale haute du vagin seule (**O71.4**)
- autres lésions obstétricales des organes pelviens (**O71.5**)
- lésions obstétricales des articulations et des ligaments pelviens (**O71.6**)
- hématome obstétrical du bassin (**O71.7**)
- autres traumatismes obstétricaux (**O71.8-**)

— traumatisme obstétrical non spécifié (O71.9)

Le code **O71.82, autre traumatisme spécifié du périnée et de la vulve**, est attribué pour coder une déchirure péri-urétrale¹⁹. Le code **0UQMXZZ, réparation de la vulve, voie d'abord externe**, est attribué pour la réparation d'une déchirure péri-urétrale obstétricale.

Une épisiotomie qui s'étend spontanément pour devenir une lacération ou une déchirure périnéale est codé avec des codes ICD-10-PCS pour l'épisiotomie, l'accouchement assisté et la réparation de la lacération. Tous ces codes sont nécessaires pour décrire complètement cette situation.

Exemple

Une patiente a subi un accouchement normal par voie vaginale à 40 semaines de gestation. Elle a subi un accouchement assisté et une épisiotomie, qui mène à une déchirure périnéale du troisième degré. La déchirure a été rsuturée.

— diagnostic principal

— **O70.20**, déchirure périnéale du troisième degré pendant l'accouchement, non spécifié

— diagnostics secondaires

- **Z3A.40**, 40 semaines de gestation
- **Z37.0**, naissance unique, enfant vivant
- **0W8NXZZ**, division du périnée féminin, voie d'abord externe, pour le codage de l'épisiotomie
- **10E0XZZ**, accouchement des produits de la conception, voie d'abord externe, pour le codage de l'accouchement assisté
- **0DQR0ZZ**, Réparation du sphincter anal, voie d'abord ouverte, pour le codage de la réparation de la lacération du troisième degré.

23.13.5 Surveillance fœtale

La surveillance continue de la fréquence cardiaque fœtale est couramment effectuée pendant le travail. Les senseurs peuvent être placés en externe ou en interne.

La surveillance fœtale externe²⁰ est codé avec le code **4A1HXCZ, surveillance des produits de la conception, rythme cardiaque, voie d'abord externe**.

La surveillance interne (transvaginale)²¹ est codé avec le code **4A1H7CZ, surveillance des produits de la conception, rythme cardiaque, par orifice naturel ou artificiel**.

La surveillance de l'oxygène fœtal²² est codé avec le code **10H073Z, insertion d'une électrode de surveillance dans les produits de la conception, par un orifice naturel ou artificiel**.

La surveillance de la pression intra-utérine²³ est codé avec le code **10H07YZ, insertion d'un autre dispositif dans les produits de la conception, par un orifice naturel ou artificiel**.

19: Les déchirures périurétrales sont des déchirures qui se produisent pendant l'accouchement et qui touchent la vulve et les tissus entourant l'ouverture vaginale ou la couche la plus externe du vagin. Ni le muscle ni l'urètre ne sont impliqués dans la blessure.

20: Dans le cas de la surveillance fœtale externe, les senseurs sont placés sur l'abdomen et reliés à un dispositif qui enregistre le rythme cardiaque du fœtus ainsi que les contractions utérines.

21: La surveillance interne (transvaginale) consiste à insérer une électrode par le vagin et à la fixer sur le cuir chevelu du fœtus, ainsi qu'un tube pour surveiller les contractions. L'électrode et le tube sont reliés à un dispositif qui enregistre en continu la fréquence cardiaque du fœtus.

22: La surveillance de l'oxygène fœtal fournit au prestataire de soins une mesure directe de l'état d'oxygénation du fœtus en présence d'un rythme cardiaque fœtal irrégulier. Le moniteur d'oxygène fœtal intrapartum utilise un senseur à usage unique et jetable qui est inséré par le canal de naissance lorsqu'une des membranes amniotiques s'est rompue et que le col de l'utérus est dilaté de plus de 2 centimètres. La saturation en oxygène est affichée sur un écran sous forme de pourcentage.

23: Un autre type de surveillance peut être effectué en utilisant un dispositif de surveillance de la pression intra-utérine, qui est un manomètre plutôt qu'une électrode de surveillance. Un cathéter de pression est inséré dans l'utérus pendant le travail pour évaluer les contractions. Le dispositif fournit des mesures exactes des contractions, contrairement aux moniteurs externes.

23.13.6 Accouchement par césarienne

Les **césariennes**²⁴ sont classées avec la procédure de base *Extraction*, la partie du corps *Products of Conception* et la voie d'abord ouverte.

Une **césarienne classique**, qui retire le fœtus par une incision dans la partie supérieure de l'utérus en utilisant une approche abdominale péritonéale, est codé avec le code **10D00Z0, extraction des produits de la conception, haute, voie d'abord ouverte**.

Une **césarienne segmentaire basse** est effectuée par une incision dans la partie inférieure de l'utérus, avec incision de la cavité pelvienne ou de la péritonéale abdominale, et est codé le code **10D00Z1, extraction des produits de la conception, basse, voie d'abord ouverte**.

Il existe également une **césarienne extrapéritonéale (10D00Z1)**.

24: La **césarienne** est un accouchement opératoire qui est effectué lorsque, pour une raison quelconque, l'accouchement spontané est impossible ou semble déconseillé.

23.14 Soins associés aux contraceptifs

Un code de la catégorie **Z30, contact pour la prise en charge d'une contraception**, est codé en diagnostic principal pour les admissions visant la gestion de la contraception.

Les codes de cette catégorie couvrent :

- l'initiation de mesures contraceptives orales (**Z30.011**)
- la mise en place d'un anneau vaginal contraceptif hormonal (**Z30.015**)
- la mise en place d'un patch transdermique contraceptif hormonal (**Z30.016**)
- conseil en planification familiale naturelle pour éviter une grossesse (**Z30.02**)
- insertion d'un dispositif contraceptif intra-utérin (**Z30.430**)
- retrait du dispositif contraceptif intra-utérin (**Z30.432**)
- retrait et réinsertion d'un dispositif contraceptif intra-utérin (**Z30.433**)
- stérilisation (**Z30.2**)
- surveillance des contraceptifs injectables (**Z30.42**)
- surveillance d'un anneau vaginal contraceptif hormonal (**Z30.44**)
- surveillance d'un patch transdermique contraceptif hormonal (**Z30.45**)
- surveillance d'un contraceptif sous-dermique implantable (**Z30.46**).

Des **codes de procédure** doivent également être attribués, le cas échéant.

23.15 Stérilisation

Lorsqu'un patient est admis pour une **stérilisation contraceptive**, le code **Z30.2, contact pour stérilisation**, est codé en diagnostic principal.

- S'il existe des **affections médicales ou psychologiques sous-jacentes** qui ont conduit à la décision de subir une stérilisation, des codes pour ces affections doivent être attribués comme **diagnostics secondaires**.

- Comme la stérilisation peut être effectuée comme une **procédure élective sans aucune raison médicale ou psychologique prédisposante**, le code **Z30.2** peut être codé comme un code de diagnostic solo.

Lorsqu'une **procédure de stérilisation élective est effectuée au cours d'une admission dans laquelle un accouchement a eu lieu**, le code **Z30.2** est codé en diagnostic secondaire, avec un code du chapitre 15, *grossesse, accouchement et puerpéralité (O00-O9A)* de l'ICD-10-CM codé en diagnostic principal.

Notez que...

Le code **Z30.2** est attribué pour les **patients féminins et masculins** pour lesquels une procédure de stérilisation contraceptive est effectuée.

Les **procédures de stérilisation pour les femmes** sont parfois désignées sous le terme générique de *ligature des trompes*. L'ICD-10-PCS classe les procédures de stérilisation pour les femmes dans la section *Medical and Surgical* avec le système anatomique *Female Reproductive System* et avec les procédures de base *Excision, Occlusion ou Destruction* en fonction de la technique utilisée.

Exemple

- Une salpingectomie partielle au cours de laquelle une partie des trompes de Fallope est coupée et ligaturée avec des sutures : **procédure de base Excision**
- La méthode contraceptive des clips ou anneaux externes, au cours desquels les trompes de Fallope sont clippées (par exemple, clip Filshie, clip Wolf) ou occluses avec un anneau externe (par exemple, anneau Falope, anneau Yoon) : **procédure de base Occlusion**
- Electrocautérisation, au cours de laquelle une petite partie de chaque trompe de Fallope est cautérisée : **procédure de base Destruction**.

Les **procédures de stérilisation pour les hommes** sont classées dans la section *Medical and Surgical* avec le système anatomique *Male Reproductive System* et les procédures de base *Destruction ou Excision*.

Le code **Z30.2** n'est pas attribué lorsque la **stérilisation résulte d'un autre traitement** ou lorsqu'une procédure de **stérilisation est effectuée dans le cadre du traitement d'une autre affection**. Dans de tels cas, l'affection, les complications ou comorbidités éventuelles, et les procédures effectuées sont codées.

Exemple

Lorsqu'une hystérectomie est pratiquée en raison d'une lésion de l'utérus pendant l'accouchement, seuls les diagnostics et les procédures obstétriques sont codés, même si la procédure entraîne la stérilité.

Le code **Z30.2** n'est utilisé que pour une **stérilisation effectuée spécifiquement à des fins de contraception** ; l'attribuer lorsqu'une stérilisation est secondaire à un autre traitement est inapproprié.

Exemples

- **Z30.2 + F32.9 + Z64.1 + 0UL74ZZ** Une patiente présentant une multiparité (cinq enfants) et une dépression réactive est admise pour une stérilisation électorive ; une ligature et une division endoscopiques bilatérales (procédure de base *Occlusion*) des trompes de Fallope sont effectuées pour la stérilisation.
- **O32.1XX0 + Z30.2 + Z37.0 + Z3A.38 + 10D07Z6 + 0UL74CZ** Grossesse à terme, accouchement d'un enfant vivant ; présentation par le siège ; 38 semaines de gestation ; accouchement par extraction partielle par le siège ; ligature endoscopique bilatérale des trompes avec dispositif extraluminal pour la stérilisation.

Les procédures de stérilisation sont censées être **permanentes**. Cependant, il peut y avoir des situations dans lesquelles un patient peut souhaiter une inversion de la procédure de stérilisation. L'admission pour une **tuboplastie ou une vasoplastie pour inverser une procédure de stérilisation** antérieure est codée à **Z31.0, contact pour l'inversion d'une stérilisation antérieure**.

23.16 Soins associés à la procréation

Un code de la catégorie **Z31, contact pour gestion de la procréation**, est attribué lorsqu'une patiente qui a des difficultés à devenir enceinte est admise pour être aidée à corriger ce problème. Le code **Z31.61** est codé en diagnostic principal pour une admission en vue d'une consultation et de conseils en matière de procréation utilisant la planification familiale naturelle²⁵.

Le **traitement de néoplasmes malins ou d'autres affections graves**²⁶ peut affecter la capacité à concevoir.

- Le code **Z31.62, contact pour conseil en vue de la préservation de la fertilité**, est attribué pour les admissions en vue d'obtenir des conseils et des avis sur les options²⁷ disponibles pour concevoir un enfant ou maintenir une grossesse avant le début du traitement du cancer ou l'ablation chirurgicale des gonades.
- Le code **Z31.84**, est attribué pour une admission visant une procédure de préservation de la fertilité.
- Les codes **Z31.62** et **Z31.84** ne se limitent pas aux personnes demandant conseil avant un traitement contre le cancer ou une ablation des gonades. Ils doivent également être attribués pour les patients subissant tout traitement (pas seulement le traitement du cancer) susceptible d'affecter la fertilité.

Le code **Z31.83, contact pour un cycle de procédure de fertilité de reproduction assistée**, est attribué pour les patients subissant une **fécondation in vitro**. Un code additionnel doit être attribué pour identifier le type d'infertilité. Le code **Z31.83** n'est pas utilisé pour les admissions pour des tests diagnostiques avant de commencer la fécondation in vitro.

25: Il existe cinq méthodes de planification familiale naturelle :

1. La méthode de la température basale du corps
2. Méthode de l'ovulation/de la glaire cervicale
3. Méthode symptothermique
4. Méthode du calendrier
5. L'aménorrhée lactationnelle

26: Les médicaments antinéoplasiques (par exemple, les agents alkylants) et la radiothérapie de la région pelvienne peuvent altérer les fonctions ovarienne et testiculaire, entraînant une infertilité. Selon la dose administrée et la durée du traitement, les spermatozoïdes et les ovules sains peuvent être détruits en même temps que les cellules cancéreuses.

27: La discussion peut porter sur l'opportunité de concevoir un enfant avant le traitement du cancer, la mise en banque de sperme, d'ovules, de tissu ovarien ou d'embryons, et/ou modification d'une procédure afin de préserver l'utérus.

Le code **Z31.7, contact pour la prise en charge et le conseil en matière de procréation pour une gestatrice**, est attribué pour les admissions impliquant la prise en charge et le conseil en matière de procréation d'une patiente qui est une **gestatrice**²⁸. Si une gestatrice est admise pour des soins et que la grossesse est secondaire à la rencontre, le code **Z33.3, état de grossesse, gestatrice**, doit être codé.

Lorsque la **fécondation in vitro a réussi**, un code de la sous-catégorie **O09.81-, surveillance d'une grossesse résultant d'une technologie de reproduction assistée**, est attribué pour les admissions ultérieures impliquant une surveillance prénatale et/ou des soins prénatals.

Les **test de fertilité** tels que la **numération des spermatozoïdes ou l'insufflation des trompes de Fallope** sont codés avec le code **Z31.41, contact pour test de fertilité**. Pour les admissions pour numération des spermatozoïdes suite à une inversion de la stérilisation, le code **Z31.42, soins de suite après conversion de stérilisation**, doit être codé au lieu de **Z31.41**.

L'ICD-10-CM fournit les codes suivants pour coder les admissions pour **les tests et le conseil concernant les maladies génétiques** :

- **Z31.430** contact avec une femme pour examen du statut porteur de maladie génétique en vue de la procréation.
- **Z31.438** contact pour d'autres tests génétiques d'une femme en relation avec la gestion de la procréation.
- **Z31.440** contact avec un homme pour examen du statut porteur de maladie génétique en vue de la procréation.
- **Z31.441** contact pour examen de partenaire masculin de patiente avec avortements récidivants.
- **Z31.448** contact pour autres tests génétiques chez l'homme en relation avec la gestion de la procréation.
- **Z31.5** contact pour conseil génétique.

Si l'admission est destinée à un **dépistage génétique non associé à la gestion de la procréation**, un code de la sous-catégorie **Z13.7, contact pour examen de dépistage d'anomalies génétiques et chromosomiques**, est attribué plutôt que **Z31.4-**.

23.17 Suspicion de maladies maternelles et foetales, non confirmées

Les codes de la sous-catégorie **Z03.7, contact pour suspicion de maladies maternelles et foetales, non confirmées**, doivent être codés dans des circonstances très limitées lorsqu'une admission visant une affection maternelle ou foetale suspectée qui est exclue pendant cette admission (par exemple, une affection maternelle ou foetale peut être suspectée à cause d'un résultat de test anormal).

- Ces codes ne doivent pas être codés lorsque l'affection est confirmée. Dans ce cas, c'est l'affection confirmée qui doit être codée.
- Ces codes ne doivent pas être codés en cas de présence d'une maladie ou de signes ou symptômes liés à l'affection ou au problème suspecté. Dans ces cas, les codes appropriés pour le diagnostic et les signes et symptômes doivent être codés à la place.

28: Une **gestatrice** donne naissance à un enfant pour une personne qui n'est pas en mesure d'avoir des enfants naturellement. Une gestatrice est différente d'une mère porteuse. La **mère porteuse** fournit l'ovule et donne naissance à l'enfant, tandis que la gestatrice utilise un ovule fécondé provenant d'une autre femme, généralement la future mère.

- Ces codes ne doivent pas être codés pour les admissions visant un dépistage prénatal de la mère. Pour les admissions relatives à des pathologies fœtales suspectées qui ne sont pas concluantes à la suite de tests et d'évaluations, le code approprié de la catégorie **O35**, **O36**, **O40**, ou **O41** doit être attribué.
- Les codes de la sous-catégorie **Z03.7** peuvent être codés avec d'autres codes, mais **seulement** si les affections spécifiées par les autres codes ne sont pas associées à l'affection suspecté qui est évaluée.

Les codes de la sous-catégorie **Z03.7** décrivent les problèmes fœtaux/-maternels suspects non confirmés, comme suit :

- **Z03.71** contact pour suspicion de problème de cavité et de membrane amniotique non confirmé
- **Z03.72** contact pour suspicion de problème placentaire non confirmé
- **Z03.73** contact pour suspicion d'anomalie fœtale non confirmée
- **Z03.74** contact pour suspicion de problème de croissance fœtale non confirmé
- **Z03.75** contact pour suspicion de raccourcissement de col utérin non confirmé

Aperçu

- Les codes pour la **grossesse résultant en un avortement** se trouvent dans les catégories **O00-O08** du chapitre 15 de l'ICD-10-CM.
- L'axe principal de codage de l'avortement est le **type d'avortement (spontané, induit ou en échec)**.
- Les **codes de la catégorie Z3A** (semaines de gestation) ne doivent pas être attribués pour les grossesses résultant en un avortement (catégories **O00-O08**) ni pour les affections du post-partum car la catégorie **Z3A** ne s'applique pas à ces affections.
- Les sous-catégories précisent en outre si l'avortement est **complet, incomplet ou non spécifié** et si une **complication** est présente.
- Une admission visant un **avortement électif sans complication** est codée **Z33.2**.
- Si la **tentative d'interruption de grossesse aboutit à la naissance d'un enfant vivant**, le code **Z33.2, contact pour interruption volontaire de grossesse**, est utilisé avec un code de la catégorie **Z37, résultat de l'accouchement**.
- Les **grossesses molaires et autres produits anormaux de la conception** sont codés dans les catégories **O01, môle hydatiforme** et **O02, autres produits anormaux de la conception**.
- Les codes pour les **grossesses ectopiques** ont
 - un **quatrième caractère** pour indiquer la **localisation**
 - un **cinquième caractère** pour identifier **avec ou sans grossesse intra-utérine (O00.0-O00.9)**.

24.1 Introduction	375
24.2 Types d'avortement	375
24.3 Avortements spontanés complets versus incomplets	375
24.4 Complications associées avec avortement	376
24.5 Affection maternelle comme raison de l'avortement	378
24.6 Avortement involontaire	379
24.7 Avortement résultant en un enfant vivant	379
24.8 Grossesse multiple avec perte de foetus	380
24.9 Poursuite de la grossesse après réduction foetale élective	380
24.10 Procédures d'interruption de grossesse	382
24.11 Grossesses ectopiques et molaires	383
Grossesse tubaire	384
Complications de grossesses ectopiques et molaires	385
24.12 Grossesse non-évolutive	386

Objectifs

Les objectifs de ce chapitre sont :

- Codage des résultats de l'avortement par type d'avortement.
- Sélection du code approprié pour indiquer si l'avortement est complet, incomplet ou non spécifié.
- Codage des complications de l'avortement.
- Comprendre comment coder les différents types et occurrences d'avortements.
- Codage des produits anormaux de la conception (tels que les grossesses molaires et ectopiques).

24.1 Introduction

Les **directives de l'ICD-10-CM pour le codage des avortements**¹ peuvent différer d'autres directives ou dispositions légales.

La **grossesse se terminant dans un avortement** est classée dans les catégories (**O00.0-O00.9**).

Il est important de faire la distinction entre une **admission dans le but de pratiquer un avortement volontaire** et une **admission pour traiter un avortement spontané ou une complication d'un avortement**. Les admissions dans le but de pratiquer un avortement volontaire sont codés avec le code **Z33.2, contact pour interruption volontaire de grossesse**.

Si une **procédure** d'interruption de grossesse est effectuée, le code de procédure est également requis.

1: L'expulsion ou l'extraction de tout ou partie du placenta ou de l'amnios avec une gestation estimée à moins de 20 semaines complètes de gestation est considérée comme un **avortement**. Le terme *avortement* fait référence à une mort fœtale.

24.2 Types d'avortement

L'axe principal de codage de l'avortement est le **type d'avortement**.

Le **résultat de l'avortement** est classé par type dans l'ICD-10-CM comme suit :

- **Avortement spontané** (catégorie **O03**) : Un avortement sans aucune instrumentation ou intervention chimique.
- **Complications après une interruption de grossesse (induite)** (catégorie **O04**) : Complications après une interruption thérapeutique ou volontaire de grossesse (des termes tels que *avortement volontaire, avortement induit, avortement artificiel et interruption de grossesse* sont utilisés lorsque ce type d'avortement est pratiqué).
- **Échec d'une tentative d'avortement** (catégorie **O07**) : Une induction d'interruption de grossesse n'a pas réussi à évacuer ou expulser le fœtus et la patiente est toujours enceinte. Ceci inclut l'avortement volontaire incomplet.

24.3 Avortements spontanés complets versus incomplets

Les codes des sous-catégories **O03.0 à O03.4** indiquent que l'avortement est **incomplet**², tandis que les codes des sous-catégories **O03.5 à O03.9** indiquent que l'avortement est **complet ou non spécifié**.

Lorsque la **documentation** du prestataire de soins ne précise pas si l'avortement spontané est complet ou incomplet, l'ICD-10-CM le classe dans la catégorie **complet ou non spécifié**.

Le fait qu'une **dilatation et un curetage** (D & C) de suivi soient effectués n'est pas une preuve en soi qu'un avortement est incomplet; il incombe au prestataire de soins de déterminer si un avortement est incomplet.

2: L'**avortement incomplet** fait référence à la rétention des produits de la conception, qu'il s'agisse d'un avortement spontané ou d'une interruption volontaire de grossesse.

24.4 Complications associées avec avortement

Les codes des catégories **O03**, **O04** et **O07** indiquent

- la **présence ou non d’une complication**
- le **type général de complication**, comme une infection génitale ou pelvienne, une hémorragie retardée ou excessive, une embolie ou d’autres complications, notamment un choc, une insuffisance rénale, des complications veineuses, un arrêt cardiaque, un sepsis ou une infection des voies urinaires.

Pour les **contacts subséquents où il y a des produits de conception retenus** à la suite d’un avortement spontané ou d’une interruption volontaire de grossesse sans complication, il faut attribuer le code **O03.4, avortement spontané incomplet sans complication**, ou le code **O07.4, échec d’une tentative d’interruption de grossesse sans complication**. Cette directive s’applique même si la patiente est sortie de l’hôpital avec un diagnostic d’avortement complet.

Si la patiente présente une **complication spécifique associée à l’avortement spontané ou à l’interruption volontaire de grossesse** en plus des produits de conception retenus, il faut attribuer le code de complication approprié (par exemple, **O03.-**, **O04.-** et **O07.-**) au lieu du code **O03.4** ou **O07.4**.

Dans la liste systématique de l’ICD-10-CM, chapitre 15, *grossesse, accouchement et puerpéralité (O00-O9A)*, il y a une **note d’instruction** qui indique : *Use additional code from category Z3A, Weeks of gestation, to identify the specific week of the pregnancy, if known.* (Utilisez un code additionnel de la catégorie **Z3A, semaines de gestation**, pour identifier la semaine spécifique de la grossesse, si elle est connue.) Cette note s’applique à tous les codes du chapitre. Cependant, les semaines de gestation peuvent ne pas être documentées ou ne pas être pertinentes dans les cas de grossesses non viables. Les *ICD-10-CM Official Guidelines for Coding and Reporting* ont été révisées pour indiquer que les codes de la catégorie **Z3A** ne doivent pas être attribués pour les grossesses résultant en avortement (catégories **O00-O08**), les interruptions volontaires de grossesse (**Z33.2**), ni pour les affections du post-partum, car la catégorie **Z3A** ne s’applique pas à ces affections. **En attente de la révision de la note contradictoire de la liste systématique, ce manuel suivra les ICD-10-CM Official Guidelines for Coding and Reporting concernant la catégorie Z3A.**

Pour le **sepsis associé à l’avortement**, des codes additionnels peuvent être attribués pour identifier l’**organisme infectieux**, et un code de **R65.2-** pour identifier le **sepsis sévère**, le cas échéant.

Exemple

Une patiente est admise pour un avortement spontané incomplet, et un D & C est effectué pour retirer les produits de conception retenus. Il y a des indications d'infection pelvienne. La patiente sort de l'hôpital le quatrième jour, l'infection ayant disparu.

- **O03.0**, infection du tractus génital et du bassin à la suite d'un avortement spontané incomplet.

Exemple

Une semaine après sa sortie de l'hôpital après une interruption de grossesse, une patiente est réadmise car elle a développé une endométrite.

- **O04.5**, infection du tractus génital et du bassin à la suite d'une interruption (induite) de la grossesse
- code additionnel pour l'endométrite

Exemple

Une patiente est admise en insuffisance rénale une semaine après sa sortie de l'hôpital suite à un avortement spontané complet.

- **O03.82**, défaillance rénale à la suite d'un avortement spontané complet ou non spécifié

Exemple

Une patiente qui a subi un avortement volontaire une semaine auparavant est admise en raison de saignements qui ont continués après l'avortement. Un D & C est effectué, et le rapport de pathologie montre des produits de conception retenus.

- **O04.6**, hémorragie retardée ou excessive à la suite d'une interruption (induite) de la grossesse

Exemple

Cinq jours après sa sortie de l'hôpital pour avortement spontané, une patiente est admise avec un diagnostic d'infection due à la rétention de tissu foetal. La rétention de tissu foetal indique que l'avortement n'a pas été complet.

- **O03.0**, infection du tractus génital et du bassin à la suite d'un avortement spontané incomplet.

Ce code est attribué même si la patiente a été hospitalisée pour l'avortement auparavant.

24.5 Affection maternelle comme raison de l'avortement

Les codes des catégories **O20-O29**, **O30-O48** et **O60-O77** peuvent être attribués comme code additionnel pour indiquer une affection maternelle qui a mené à la décision de procéder à un avortement volontaire. Cependant, la grossesse peut être interrompue sur une base purement volontaire, auquel cas il n'est pas nécessaire d'attribuer un code pour indiquer la raison de l'avortement.

Exemple

Une patiente qui a 12 semaines complètes de gestation est admise pour un avortement volontaire, car sa sévère maladie cardiaque indique qu'un avortement pourrait être conseillé pour prévenir les complications cardiaques.

- **Z33.2**, contact pour interruption volontaire de grossesse
- **O99.411**, maladies du système circulatoire compliquant la grossesse, premier trimestre
- code additionnel pour identifier la maladie cardiaque particulière

Exemple

Une patiente qui a eu la rubéole à six semaines de gestation est admise pour un avortement en raison de la possibilité d'une anomalie fœtale.

- **Z33.2**, contact pour interruption volontaire de grossesse
- **O35.3XX0**, soins maternels pour lésions fœtales (présumées) résultant d'une maladie virale de la mère

Exemple

Une patiente enceinte de 26 semaines est admise pour une interruption volontaire de grossesse en raison d'anomalies fœtales.

- **Z33.2**, contact pour interruption volontaire de grossesse
- **O35.9XX0**, soins maternels pour anomalie et lésion fœtale (présumées), non spécifiés

Exemple

Une patiente enceinte du premier trimestre est admise pour un placenta praevia. Après avoir évalué les différentes possibilités de traitement, son conclut qu'un avortement est nécessaire. La patiente y consent et l'avortement est pratiqué.

- **O44.01**, placenta praevia complet NOS ou sans hémorragie, premier trimestre
- code pour l'avortement

24.6 Avortement involontaire

Lorsqu'un avortement involontaire se produit à la suite d'une intervention chirurgicale, d'un traumatisme ou d'une autre affection non associée à la grossesse

- Les codes obstétriques (O00-O9A) sont attribués en premier.
- Des codes d'autres chapitres peuvent être attribués en même temps que les codes obstétriques pour préciser davantage l'affection.
- Un code de la catégorie O03, avortement spontané, est attribué pour indiquer qu'un avortement a eu lieu.

Exemple

Une femme a été admise à l'hôpital à 12 semaines de gestation pour une cholécystite aiguë. Le chirurgien a effectué une cholécystectomie par laparoscopie. Pendant le séjour, la patiente a subi un avortement spontané involontaire.

- O99.611, maladies du système digestif compliquant la grossesse, premier trimestre
- O03.9, avortement spontané complet ou non spécifié sans complication
- K81.0, cholécystite aiguë
- 0FT44ZZ, résection de la vésicule biliaire, voie d'abord endoscopique percutanée

Exemple

Une appendicectomie ouverte a été réalisée en raison d'une appendicite aiguë avec péritonite généralisée. Le deuxième jour postopératoire, la patiente a subi un avortement involontaire (complet) à 12 semaines de gestation.

- O99.611, maladies du système digestif compliquant la grossesse, premier trimestre
- K35.20, appendicite aiguë avec péritonite généralisée, sans abcès
- O03.9, avortement spontané complet ou non spécifié sans complication
- 0DTJ0ZZ Résection de l'appendice, voie d'abord ouverte

24.7 Avortement résultant en un enfant vivant

Il arrive parfois qu'une tentative d'interruption de grossesse aboutisse à la naissance d'un enfant vivant³.

Dans cette situation, le code Z33.2, contact pour interruption volontaire de grossesse, et un code de la catégorie Z37, résultat de l'accouchement, sont attribués. La procédure utilisée dans la tentative d'interruption de la grossesse doit également être codée.

3: Un fœtus qui a un quelconque battement de cœur, une respiration ou un mouvement musculaire involontaire après son expulsion est considéré comme une naissance vivante, quelle que soit la durée de sa survie.

Exemple

Une patiente accouche d'un enfant né vivant avec une immaturité extrême suite à une tentative d'avortement par insertion de laminaire.

- **Z33.2**, contact pour interruption volontaire de grossesse
- **Z37.0**, naissance unique, enfant vivant
- code de procédure pour l'insertion de laminaire

24.8 Grossesse multiple avec perte de fœtus

Occasionnellement, une patiente avec une **grossesse multiple** est admise pour ce qui semble être un avortement spontané au cours duquel **un ou plusieurs fœtus sont expulsés** mais **un ou plusieurs fœtus vivants restent in utero**.

Dans de tels cas, aucun code de la catégorie **O00-O08** n'est attribué ; à la place, un code de la sous-catégorie **O31.1, poursuite de la grossesse après avortement spontané d'un fœtus ou plus**, ou de la sous-catégorie **O31.2, poursuite de la grossesse après décès intra-utérin d'un fœtus ou plus**, est attribué.

24.9 Poursuite de la grossesse après réduction foetale éléctive

Le code de sous-catégorie **O31.3**, identifie la **poursuite de la grossesse après une réduction foetale éléctive pendant la grossesse**.

- Ces grossesses sont considérées comme étant à **haut risque**, et il est nécessaire de les identifier, même si la grossesse est réduite à un seul fœtus.
- Lorsque la femme accouche d'un seul nouveau-né, ces codes permettent de documenter que ce cas était à **l'origine une gestation multiple** qui a subi une réduction foetale.
- Les **sous-catégories** pour la gestation multiple après réduction foetale sont les suivantes :
 - **O31.30**, poursuite de la grossesse après réduction foetale éléctive d'un fœtus ou plus, trimestre non spécifié.
 - **O31.31**, poursuite de la grossesse après réduction foetale éléctive d'un fœtus ou plus, premier trimestre.
 - **O31.32**, poursuite de la grossesse après réduction foetale éléctive d'un fœtus ou plus, deuxième trimestre
 - **O31.33**, poursuite de la grossesse après réduction foetale éléctive d'un fœtus ou plus, troisième trimestre.

La sous-catégorie **O31.3** fait référence à la **réduction foetale**, alors que les sous-catégories **O31.1** et **O31.2**, décrites dans la section précédente, concernent **l'avortement spontané** ou la **perte foetale involontaire**.

Les codes de la catégorie **O31** nécessitent un **septième caractère**.

- Le **septième caractère 0** est pour les gestations simples et les gestations multiples où le fœtus (par exemple, fœtus 1 ou fœtus A) n'est pas spécifié.
- Le **septième caractère 1-9** sont destinés aux cas de gestations multiples pour identifier le fœtus pour lequel le code s'applique.
- Si plus d'un fœtus est affecté par une affection, un **code distinct avec le septième caractère approprié** est attribué pour identifier chaque fœtus.

Exemple

Si le fœtus 2 et le fœtus 4 sont affectés par le fœtus papyracé, les codes **O31.00X2** et **O31.00X4** sont tous deux attribués. Le code approprié de la catégorie **O30**, **gestation multiple**, doit également être attribué lors de l'attribution d'un code de la catégorie **O31** dont le septième caractère est compris entre 1 et 9.

Exemple

Une patiente à sa 24e semaine de grossesse présente une gestation gémellaire monochoriale (monoamniotique) compliquée par une communication vasculaire inter-jumeaux. Elle subit une réduction élective d'un fœtus en raison de la communication vasculaire inter-jumeaux. Un des fœtus avait développé un polyhydramnios.

- **O31.32X1**, poursuite de la grossesse après une réduction élective d'un ou plusieurs foetus, deuxième trimestre, foetus 1
- **O35.8XX1**, soins maternels pour une autre anomalie et une lésion (présumée) du foetus, foetus 1
- **O40.2XX1**, polyhydramnios, deuxième trimestre, foetus 1
- **O30.012**, grossesse gémellaire, monochorionique/monoamniotique, deuxième trimestre
- **Z3A.24**, 24 semaines de gestation

Exemple

Une patiente présentant une grossesse gémellaire initiale avait déjà subi une réduction fœtale d'un fœtus en raison d'anomalies chromosomiques suspectes. La patiente, qui en est maintenant à sa 38e semaine, est admise et accouche d'un enfant unique normal et vivant.

- **O31.33X2**, poursuite de la grossesse après réduction fœtale élective d'un ou plusieurs foetus, troisième trimestre
- **Z37.0**, Naissance unique, enfant vivant
- **Z3A.38**, 38 semaines de gestation
- **O30.003**, Grossesse gémellaire, non spécifiée, troisième trimestre

24.10 Procédures d'interruption de grossesse

L'ICD-10-PCS classe les procédures effectuées sur les produits de la conception dans la section *Obstetrics*.

Les **procédures d'avortement** sont codées dans la section *Obstetrics*, avec la procédure de base *Abortion*⁴.

La procédure de base *Abortion* est subdivisée comme suit :

- un **dispositif supplémentaire**, tel que le vacuum, une laminaire⁵ ou un abortif⁶, est utilisé
 - **voie d'abord** : 7 *Via Natural or Artificial Opening*
 - **qualificatif** : 6 *Vacuum*, W *Laminaria*, X *Abortifacient*, Z *No Qualifier*
- des moyens mécaniques sont utilisés, les produits de la conception sont physiquement retirés à l'aide d'instruments
 - **voie d'abord** : 0 *Open*, 3 *Percutaneous*, 4 *Percutaneous Endoscopic*, 8 *Via Natural or Artificial Opening Endoscopic*
 - **qualificatif** : Z *No Qualifier*

4: *Abortion* est définie comme interruption artificielle d'une grossesse

5: Une **laminaire** est un produit médical utilisé pour dilater le col de l'utérus et le déclenchement artificiel du travail dans les avortements

6: Un **abortif** est une substance qui provoque un avortement

Section	1	Obstetrics	
Body System	0	Pregnancy	
Operation	A	Abortion: Artificially terminating a pregnancy	
Body Part (Character 4)	Approach (Character 5)	Device (Character 6)	Qualifier (Character 7)
0 Products of Conception	0 Open 3 Percutaneous 4 Percutaneous Endoscopic 8 Via Natural or Artificial Opening Endoscopic	Z No Device	Z No Qualifier
0 Products of Conception	7 Via Natural or Artificial Opening	Z No Device	6 Vacuum W Laminaria X Abortifacient Z No Qualifier

FIGURE 24.1 – Tableau ICD-10-PCS des procédures d'avortement

Exemples

- **10A07ZZ** Avortement provoqué par dilatation et curetage
- **10A07ZW** Insertion transvaginale de lamineaires
- **10A07ZX** Avortement par insertion d'un suppositoire de prosta-
glandine

Les interventions effectuées à la suite d'un avortement pour le **curetage de l'endomètre ou l'évacuation des produits de la conception retenus** sont toutes codées dans la section *Obstetrics* avec la procédure de base *Extraction* et avec la partie du corps *Products of Conception, Retained*.

Exemple

La dilatation et le curetage pour un avortement spontané incomplet
 — **10D17ZZ**, extraction des produits de la conception retenus, par orifice naturel ou artificiel.

24.11 Grossesses ectopiques et molaires

Les **grossesses ectopiques et molaires** et les autres **produits anormaux de la conception** sont codés avec des codes des catégories suivantes, complétés par un code additionnel de la catégorie **O08** en cas de complication :

- **O00** Grossesse ectopique
- **O01** Mole hydatiforme
- **O02** Autre produit anormal de la conception

Les **grossesses molaires**⁷ sont codées par le code **O02.0, oeuf clair et môle non hydatiforme**.

La **môle hydatiforme** est un type particulier de grossesse molaire et est classée séparément (**O01.-**).

Le code **O02.81** est codé en cas d'un **taux anormal de l'hormone chorionique gonadotrope**⁸ (hCG) en début de grossesse.

La **grossesse biochimique**⁹ est incluse dans le code **O02.81**.

L'utilisation des technologies d'assistance a entraîné une augmentation des **grossesses multiples dans lesquelles une grossesse intra-utérine peut coexister avec une grossesse ectopique**. Une grossesse ectopique (**O00.0-; O00.1-; O00.2-; O00.8-; en O00.9-**) se produit lorsqu'un ovule fécondé est implanté et se développe n'importe où en dehors de l'utérus.

- Le **quatrième caractère** indique la **localisation extra-utérine** de la grossesse ectopique
- Le **cinquième caractère** indique **avec ou sans grossesse intra-utérine**.
- Le **sixième caractère** des sous-catégories **O00.1, grossesse tubaire**, et **O00.2, grossesse ovarienne**, indique la **latéralité** (droite, gauche ou non spécifiée).

Les codes sont les suivants :

- **O00.00** Grossesse abdominale sans grossesse intra-utérine
- **O00.01** Grossesse abdominale avec grossesse intra-utérine
- **O00.101** Grossesse tubaire droite sans grossesse intra-utérine
- **O00.102** Grossesse tubaire gauche sans grossesse intra-utérine
- **O00.109** Grossesse tubaire non spécifiée sans grossesse intra-utérine
- **O00.111** Grossesse tubaire droite avec grossesse intra-utérine
- **O00.112** Grossesse tubaire gauche avec grossesse intra-utérine
- **O00.119** Grossesse tubaire non spécifiée avec grossesse intra-utérine
- **O00.201** Grossesse ovarienne droite sans grossesse intra-utérine
- **O00.202** Grossesse ovarienne gauche sans grossesse intra-utérine
- **O00.209** Grossesse ovarienne non spécifiée sans grossesse intra-utérine

7: Une **grossesse molaire** se produit lorsqu'un oeuf clair dans l'utérus se développe en une môle ou une tumeur bénigne. Un **oeuf clair** se produit généralement au cours du premier trimestre lorsqu'un ovule fécondé se fixe à la paroi utérine mais que l'embryon ne se développe pas. Les cellules se développent pour former un sac gestationnel vide mais pas l'embryon lui-même. Un taux élevé d'anomalies chromosomiques peut provoquer un oeuf clair.

8: Une **diminution du temps de doublement de l'hormone chorionique gonadotrope** peut indiquer une **fausse couche ou une grossesse ectopique**. La **hormone chorionique gonadotrope** (hCG) est une hormone produite par l'organisme pendant la grossesse. Un test sanguin hCG mesure le taux d'hCG détectable dans le sang. Le test peut être qualitatif ou quantitatif. Au début de la grossesse, le taux de hCG doit doubler tous les deux ou trois jours environ. Bien que le taux de hCG dans le sang et les tests de grossesse soient positifs, le sac gestationnel ne sera pas visible à l'échographie. Une grossesse ectopique doit être exclue lorsque l'échographie ne met pas en évidence une grossesse intra-utérine; si elle est exclue, la fausse couche est confirmée.

9: Une **grossesse biochimique** est la forme la plus précoce de fausse couche. Le terme *biochimique* fait référence à une situation dans laquelle la grossesse est trop précoce pour être confirmée autrement que par des moyens biochimiques. Dans le cas d'une grossesse biochimique, l'ovule fécondé ne s'implante pas correctement dans l'utérus, ce qui entraîne une fausse couche précoce.

- **O00.211** Grossesse ovarienne droite avec grossesse intra-utérine
- **O00.212** Grossesse ovarienne gauche avec grossesse intra-utérine
- **O00.219** Grossesse ovarienne non spécifiée avec grossesse intra-utérine
- **O00.80** Autre grossesse ectopique sans grossesse intra-utérine
- **O00.81** Autre grossesse ectopique avec grossesse intra-utérine
- **O00.90** Grossesse ectopique non spécifiée sans grossesse intra-utérine
- **O00.91** Grossesse ectopique non spécifiée avec grossesse intra-utérine

Les patientes ayant des antécédents de grossesse ectopique ou molaire ont un risque accru de présenter la même complication lors d'une autre grossesse.

- **O09.1-** est codé pour la surveillance d'une grossesse pour laquelle des antécédents de grossesse ectopique existent
- **O09.A-** est codé pour la surveillance d'une grossesse pour laquelle des antécédents de grossesse molaire existent.

Attention

Comme mentionné ci-dessus, les *ICD-10-CM Official Guidelines for Coding and Reporting* ont été révisées pour indiquer que les codes de la catégorie **Z3A** ne doivent pas être attribués pour les grossesses résultant en avortement (catégories **O00-O08**), les interruptions volontaires de grossesse (**Z33.2**), ni pour les affections du post-partum, car la catégorie **Z3A** ne s'applique pas à ces affections. **En attente de la révision de la note contradictoire de la liste systématique, ce manuel suivra les ICD-10-CM Official Guidelines for Coding and Reporting concernant la catégorie Z3A.**

24.11.1 Grossesse tubaire

La **grossesse tubaire** est le type le plus courant de grossesse ectopique.

Les **procédures** chirurgicales permettant l'**ablation d'une grossesse ectopique tubaire** comprennent

- ablation au moyen d'une **incision dans la trompe de Fallope**
 - la **salpingotomie**
 - la **salpingostomie**
 - procédure de base : *Extraction*
- ablation au moyen d'une **excision complète ou partielle de la trompe de Fallope**
 - la **salpingectomie**
 - procédure de base : *Resection*

L'ablation d'une grossesse extra-utérine est codé dans la section *Obstetrics*, système anatomique *Pregnancy* et partie du corps *Products of Conception*, *Ectopic*.

Exemples

- Résection laparoscopique d'une grossesse tubaire
 - **O00.1**, grossesse tubaire
 - **10T24ZZ**, resection de produits de conceptions ectopiques, voie d'abord percutanée endoscopique
- Grossesse tubaire pour laquelle une salpingectomie avec excision d'une partie de la trompe de Fallope droite est effectuée par laparotomie
 - **O00.1**, grossesse tubaire
 - **10T20ZZ**, resection de produits de conceptions ectopiques, voie d'abord ouverte
 - **0UB50ZZ**, excision de la trompe de Fallope droite, voie d'abord ouverte
- Laparotomie avec résection d'une grossesse abdominale
 - **O00.0-**, grossesse abdominale
 - **10T20ZZ**, resection de produits de conceptions ectopiques, voie d'abord ouverte
- Résection laparoscopique de grossesse cornuale
 - **O00.80**, autre grossesse ectopique sans grossesse intra-utérine
 - **10T24ZZ**, resection de produits de conceptions ectopiques, voie d'abord percutanée endoscopique

24.11.2 Complications de grossesses ectopiques et molaires

Contrairement aux complications des avortements, les **complications des grossesses ectopiques et molaires** sont classées dans la catégorie **O08**, qu'elles surviennent au cours de l'admission initiale ou au cours d'une admission ultérieure.

- Lorsque la complication survient **au cours d'une admission visant à traiter la grossesse ectopique ou molaire**, un code de la série **O00**, **O01** ou **O02** est codé en premier, suivi d'un code de la catégorie **O08**.
- Lorsque la patiente est **réadmise** pour une complication suite au traitement d'une grossesse ectopique ou molaire, un code de la catégorie **O08** est codé en diagnostic principal avec un code additionnel spécifiant la complication.

Exemples

- **O00.101 + O08.0** Péritonite pelvienne suite à une grossesse tubaire ectopique droite (cette admission)
- **O08.1** Hémorragie suite à la rupture d'une grossesse tubaire extra-utérine enlevée lors de l'admission précédente.

24.12 Grossesse non-évolutive

La **grossesse non-évolutive** ou *missed abortion*¹⁰ est codé avec le code **O02.1, missed abortion**.

Exemple

Une patiente à la 19^e semaine de gestation est admise parce qu'elle ne ressent plus aucun mouvement fœtal. Le prestataire de soins n'entend pas de bruits de cœur fœtal, alors qu'ils étaient présents il y a un mois. À l'examen, l'utérus est dur et peut-être plus petit que lors du dernier examen.

- **O02.1**, missed abortion

10: Le terme *missed abortion* fait référence à la mort du fœtus qui survient avant la fin des 20 semaines de gestation, le fœtus mort étant retenu pendant un certain temps dans l'utérus. Cette affection peut être indiquée par un arrêt de la croissance, un durcissement de l'utérus ou une diminution réelle de la taille de l'utérus. L'absence de bruits cardiaques fœtaux, alors qu'ils étaient présents auparavant, indique également la rétention d'un fœtus mort in utero. Le fœtus retenu peut être expulsé spontanément, ou une intervention chirurgicale ou chimique peut être nécessaire.

Exemple

Une patiente est admise à 19 semaines de gestation pour un déclenchement du travail en raison d'un décès fœtal in utero. La patiente présente une rétention placentaire avec hémorragie entraînant une anémie aiguë due à une perte de sang.

- **O02.1**, missed abortion
- **O04.6**, hémorragie retardée ou excessive à la suite d'une interruption (induite) de la grossesse
- **D62**, anémie post-hémorragique aiguë

L'anémie aiguë post-hémorragique résulte de l'hémorragie et n'est pas une complication de la grossesse.

Lorsque la période de gestation est supérieure à 20 semaines, la rétention d'un fœtus mort est considérée comme une mort intra-utérine (**O36.4**).

Le code **O02.1** n'est pas attribué en cas d'oeuf clair, de môle non hydatiforme ou de môle hydatiforme. Dans ces cas, le code **O02.0, oeuf clair et môle non hydatiforme**, ou un code de la catégorie **O01, môle hydatiforme**, est codé.

Exemple

Une patiente est diagnostiquée d'oeuf clair et subit une dilatation et un curetage sous vide (D & C).

- **O02.0**, oeuf clair et môle non hydatiforme
- **10D07Z6**, extraction sous vide des produits de la conception, par orifice naturel ou artificiel

Aperçu

- Les **anomalies congénitales** sont classées au chapitre 17, *malformations, déformations et anomalies chromosomiques congénitales (Q00-Q99)* de l'ICD-10-CM.
- Les **affections congénitales et acquises**
 - sont souvent distinguées par une **note entre parenthèses dans le terme principal ou le sous-terme** d'une affection dans l'index alphabétique.
 - sont fournis avec des **codes distincts** dans quelques cas spécifiques.
- Les anomalies congénitales sont **d'abord classées en fonction du système anatomique** concerné.
- Les anomalies congénitales
 - sont présentes à la naissance
 - peuvent n'être découvertes que plus tard dans la vie
- L'âge du patient ne joue **aucun** rôle dans l'attribution des codes du chapitre 17. Ils peuvent être utilisés **à tout âge**.
- Dans le cas des nouveau-nés, les **affections congénitales qui peuvent avoir des implications futures** sont codées même si elles ne sont pas traitées pendant l'admission actuelle.
- Les affections dues à des facteurs mécaniques pendant la gestation sont codées dans les catégories **Q65-Q79, malformations et déformations congénitales du système musculo-squelettique**.
- Les affections dues à un **traumatisme obstétrical** sont considérées comme **périnatales** et ne font **pas** partie des classifications congénitales.

25.1 Introduction	388
25.2 Localisation des termes dans l'Index Alphabétique	388
25.3 Relation entre âge et codes	390
25.4 Nouveau-né avec affections congénitales	390
25.5 Malformations congénitales versus périnatales	391
25.6 Hydrocéphalie et spina bifida	391
25.7 Malformations congénitales des gros vaisseaux	392
Malformations congénitales de l'aorte	392
Malformations congénitales de l'artère pulmonaire	393
25.8 Neurofibromatose	393
25.9 Maladies kystiques du rein	394
25.10 Malformations congénitales des organes génitaux	394
25.11 Omphalocèle et gastroschisis	396

Objectifs

Les objectifs de ce chapitre sont :

- Distinction entre les affections congénitales et acquises dans l'index alphabétique.
- Coder une anomalie congénitale même si la classification ne prévoit pas de code spécifique pour celle-ci.
- Expliquer la relation entre l'âge du patient et les codes des anomalies congénitales.
- Expliquer la différence entre les malformations congénitales et périnatales.

25.1 Introduction

Les **anomalies congénitales** sont classées dans les catégories (Q00-Q99) du chapitre 17, *malformations, déformations et anomalies chromosomiques congénitales*, de l'ICD-10-CM.

Les anomalies congénitales sont des affections anormales qui sont **présentes à la naissance, même si elles ne sont découvertes que plus tard**. Les codes du chapitre 17 peuvent donc être utilisés tout au long de la vie du patient.

De nombreuses anomalies congénitales peuvent **actuellement être traitées** grâce aux progrès de la médecine, de sorte que les patients n'ont plus aucune affection résiduelle.

- Si une **anomalie congénitale a été corrigée**, un code d'antécédents personnelles doit être utilisé pour coder l'antécédent de l'anomalie. Les codes de la sous-catégorie **Z87.7, antécédents personnels de malformations congénitales (corrigées)**, sont attribués pour les antécédents d'anomalies congénitales qui ont été corrigées chirurgicalement.
- Si la **malformation congénitale a été partiellement corrigée ou traitée mais nécessite encore un traitement médical**, il faut attribuer un code pour la malformation congénitale, plutôt qu'un code d'antécédents personnels.

25.2 Localisation des termes dans l'Index Alphabétique

La **distinction entre les affections acquises et congénitales** est souvent indiquée dans l'index alphabétique par un **modificateur non essentiel** associé au terme principal ou à un sous-terme. Lorsque les termes *Acquired* ou *Congenital* apparaissent entre parenthèses avec le terme principal, le terme alternatif peut généralement être trouvé comme sous-terme.

Notez que...

Certaines affections sont **congénitales par définition** et n'ont pas de forme acquise ; d'autres sont **acquises par définition**. Pour de nombreuses affections, **aucune distinction** n'est faite. Lorsqu'une affection n'est pas documentée comme étant soit acquise, soit congénitale, l'ICD-10-CM présume souvent qu'il s'agit de l'une ou l'autre.

Dans l'image ci-dessus, l'Index alphabétique présume que la déformation du sein sans autre qualification est classée comme acquise, alors que la déformation des bronches est classée comme congénitale si elle n'est pas spécifiée autrement.

La **liste systématique** peut offrir des indications supplémentaires au moyen d'une **note d'exclusion**.

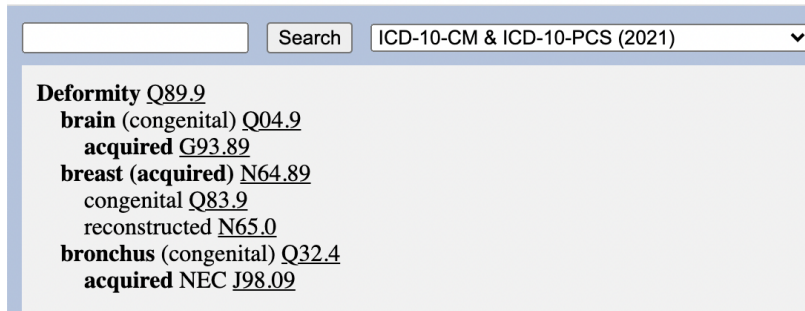


FIGURE 25.1 – Extrait de l'Index Alphabétique

Exemple

L'entrée sous la catégorie **K57, maladie diverticulaire de l'intestin**, renvoie l'utilisateur pour le diverticule congénital de l'intestin vers le codé **Q43.8, autres malformations congénitales spécifiées de l'intestin**.

Pour le code **Q43.8**, la note d'inclusion indique que le diverticule congénital du côlon est classé ici de manière appropriée.

Les anomalies congénitales sont classées d'abord en fonction du **système anatomique concerné**. De nombreuses anomalies congénitales ont des codes spécifiques dans l'ICD-10-CM; d'autres se trouvent sous des termes généraux tels que *anomaly* et *deformity* plutôt que sous le nom de l'affection spécifique.

Exemples

- **Q45.8** autres malformations congénitales spécifiées de l'appareil digestif
- **Q22.5** maladie d'Ebstein
- **Q40.1** hernie hiatale congénitale
- **Q82.5** naevus congénital non néoplasique
- **Q03.9** Hydrocéphalie congénitale, non spécifiée

Comme environ 4 000 anomalies congénitales ont été identifiées, il est impossible pour la classification de fournir un code spécifique pour chacune d'entre elles.

- Lorsque le type d'anomalie est documenté dans le dossier du patient mais que la classification ne fournit aucun code spécifique, le **code d'une autre anomalie spécifiée de ce type et de ce site** doit être attribué.
- Souvent, seul le **code pour une anomalie non spécifiée de ce type général ou de ce site** peut être attribué.
- Lorsqu'un code spécifique n'est pas disponible, des codes additionnels pour les **manifestations de l'anomalie** doivent être attribués dans la mesure du possible.
- Des codes secondaires additionnels provenant d'autres chapitres pour spécifier les **affections associées à l'anomalie**.

Exemple

On diagnostique chez un nourrisson de 10 mois un syndrome cardiofaciocutané (CFC). Le syndrome CFC est une affection génétique associée à la mutation de quatre gènes connus : BRAF (7q34), MAP2K1 (15q22.1-q22.33), MAP2K2 (19p13.3) et KRAS (12p12.1)

- **Q87.89**, autres syndromes de malformation congénitale spécifiés, non classés ailleurs, pour coder le syndrome CFC.
- Des codes additionnels sont attribués pour toute manifestation de l'affection, conformément aux instructions de la directive sur les anomalies congénitales.

25.3 Relation entre âge et codes

Les codes du chapitre 17 peuvent être codés pour un **patient de tout âge**.

Un grand nombre d'anomalies congénitales, bien que présentes à la naissance, ne se manifestent que plus tard dans la vie. De plus, beaucoup ne peuvent être corrigées et persistent tout au long de la vie, et ces affections peuvent être codées pour un patient adulte. **L'âge du patient n'est pas le facteur déterminant dans l'attribution de ces codes.**

Exemple

Un patient, âgé de 30 ans, atteint du syndrome de Marfan a été admis pour un remplacement de valve cardiaque et la réparation d'un anévrisme aortique abdominal.

- **Q87.410**, syndrome de Marfan avec une dilatation aortique
- **Q87.418**, syndrome de Marfan avec d'autres manifestations cardiovasculaires
- Le codage du syndrome de Marfan est indépendant de l'âge du patient car il s'agit d'un trouble héréditaire du tissu conjonctif qui se transmet sur un mode autosomique dominant.

Exemple

Un patient, âgé de 25 ans, a été admis pour une chirurgie du cerveau, qui a révélé un kyste colloïdal du troisième ventricule droit.

- **Q04.6**, kystes cérébraux congénitaux, est attribué car un kyste colloïdal du troisième ventricule est toujours congénital et l'âge du patient n'influence pas l'attribution du code.

25.4 Nouveau-né avec affections congénitales

Lorsqu'un **diagnostic d'affection congénitale est posé pendant l'admission au cours de laquelle un nourrisson est né**, le code approprié du chapitre 17 de l'ICD-10-CM doit être attribué comme code additionnel, le code approprié de la catégorie **Z38, enfants nés vivants, selon le lieu de**

naissance et le type d'accouchement, étant codé en diagnostic principal.¹

1: Voir le chapitre 26 de ce manuel.

Exemples

- **Z38.00 + Q36.9** : naissance à terme, enfant male unique, accouchement par voie vaginale ; fente labiale incomplète du côté droit
- **Z38.00 + Q54.9** : naissance à terme, enfant male unique, accouchement par voie vaginale ; hypospadias

Exception

Ce qui suit est une exception aux directives de codage des autres affections : **Les affections congénitales susceptibles d'avoir des répercussions futures sur les soins de santé sont codées pour les nouveau-nés, même si elles ne font pas l'objet d'une évaluation ou d'un traitement supplémentaire pendant l'admission en cours.** Par conséquent, il est approprié d'attribuer des codes d'anomalies congénitales (**Q00-Q99**) chaque fois qu'une affection congénitale est diagnostiquée par le prestataire de soins.

25.5 Malformations congénitales versus périnatales

Certaines anomalies morphologiques musculo-squelettiques résultant d'un facteur mécanique pendant la gestation, comme une malposition ou une pression intra-utérine, sont classées comme **affections congénitales** dans les catégories **Q65-Q79, malformations congénitales du système musculo-squelettique**.

Les affections dues à des **traumatismes obstétricaux** sont classées comme **affections périnatales** dans les catégories **P10-P15, traumatismes obstétricaux**, du chapitre 16, *certaines affections ayant leur origine dans la période périnatale (P00-P96)*, de l'ICD-10-CM, un code additionnel étant attribué pour identifier l'affection spécifique où nécessaire.

Exemples

- **Q65.1** Luxation congénitale de la hanche, bilatérale
- **Q68.2** Anomalie morphologique congénitale du genou
- **P13.4** Fracture de la clavicule due à un traumatisme obstétrical

25.6 Hydrocéphalie et spina bifida

L'ICD-10-CM fournit des codes séparés pour :

- Hydrocéphalie congénitale (**Q03.-**)
- Spina bifida avec hydrocéphalie (**Q05.-**)
- Hydrocéphalie acquise secondaire à pression normale (**G91.0**)

- Hydrocéphalie obstructive (non communicante) (G91.1)
- Hydrocéphalie idiopathique à pression normale (G91.2)

Un code de la catégorie **Q03, hydrocéphalie congénitale**², est utilisé pour coder cette anomalie congénitale. L'ICD-10-CM fournit un quatrième caractère pour spécifier davantage

- Malformations de l'aqueduc de Sylvius (Q03.0)
- Atrésie des fentes de Luschka et du foramen de Magendie (Q03.1)
- Autres hydrocéphalies congénitales (Q03.8)
- Hydrocéphalie congénitale, non spécifiée (Q03.9)

Si le dossier du patient **ne documente pas si l'hydrocéphalie est congénitale ou acquise**, la classification par défaut est **acquise**, et le code **G91.9, hydrocéphalie non spécifiée**, est codé.

Le **spina bifida**³ est codé en fonction de la partie (cervicale, thoracique, lombaire, sacrée) de la colonne vertébrale affectée :

- **Q05.0-Q05.4** pour le spina bifida **avec hydrocéphalie**
- **Q05.5-Q05.8** pour le spina bifida **sans hydrocéphalie**

Si le dossier du patient **documente le spina bifida sans autre spécification**, le code **Q05.9, spina bifida, non spécifié**, est codé.

Toute paraplégie ou paraparésie associée au spina bifida est codée avec un code additionnel (G82.2-).

2: L'**hydrocéphalie congénitale** est définie comme une accumulation excessive de liquide céphalo-rachidien dans le cerveau, présente à la naissance. L'excès de liquide entraîne une augmentation de la pression intracrânienne et éventuellement des lésions cérébrales.

3: Le **spina bifida** est une anomalie congénitale impliquant une fermeture incomplète du tube neural embryonnaire, entraînant une anomalie de la moelle épinière. De nombreux individus atteints de spina bifida présentent une anomalie associée du cervelet, appelée malformation de Chiari II. Chez les personnes atteintes, la partie arrière du cerveau est déplacée du crâne vers la partie supérieure du cou. L'hydrocéphalie se développe chez environ 90 pourcent des personnes atteintes de myéломéningocèle/spina bifida car le déplacement du cervelet obstrue l'écoulement du liquide céphalo-rachidien.

25.7 Malformations congénitales des gros vaisseaux

Les **malformations congénitales des grandes artères** (catégorie **Q25**) comprennent les malformations congénitales de l'aorte, de l'artère pulmonaire et des autres grandes artères.

25.7.1 Malformations congénitales de l'aorte

Les codes ICD-10-CM pour les **malformations congénitales de l'aorte**⁴ comprennent :

- la coarctation de l'aorte (Q25.1)
- interruption de l'arc aortique (Q25.21)
- autre atrésie de l'aorte (Q25.29).

La plupart de ces anomalies sont découvertes **à la naissance**, mais elles peuvent aussi être identifiées **plus tard dans la vie**.

Les **autres malformations congénitales de l'aorte** sont classées dans la sous-catégorie **Q25.4** comme suit :

- malformation congénitale de l'aorte, non spécifiée (Q25.40)
- absence et aplasie de l'aorte (Q25.41)
- hypoplasie de l'aorte (Q25.42)
- anévrisme congénital de l'aorte (Q25.43)
- dilatation congénitale de l'aorte (Q25.44)
- double arc aortique (Q25.45)
- arc aortique tortueux (Q25.46)
- arc aortique droit (Q25.47)

4: Les **malformations congénitales de l'aorte** sont très fréquentes. L'aorte est divisée en segments en fonction de son parcours anatomique. Elle part du ventricule gauche sous la forme de l'aorte ascendante, qui se déplace vers le haut à partir de la valve aortique et effectue ensuite un virage en épingle à cheveux appelé arc aortique. La **coarctation de l'aorte** est un rétrécissement discret de l'aorte, qui concerne généralement une localisation thoracique distale de l'artère sous-clavière gauche mais proximale du canal artériel persistant. La forme la plus extrême de coarctation est un arc aortique interrompue, qui peut également être appelée *atrésie de l'arc aortique*. Dans l'**atrésie de l'aorte**, il n'y a pas d'ouverture du ventricule gauche dans l'aorte. En raison de l'absence de structure cardiaque, le sang ne peut pas passer du ventricule gauche au corps, et la seule source de circulation sanguine est le canal artériel. L'**atrésie aortique** congénitale et l'**hypoplasie de l'aorte** sont généralement associées à un cœur gauche hypoplasique et concernent l'orifice valvulaire aortique et l'aorte ascendante. Les **autres malformations aortiques** comprennent l'anévrisme congénital, la dilatation congénitale, la persistance de l'arc aortique droit, la persistance du double arc aortique fœtal et les anomalies de l'origine de l'artère sous-clavière gauche ou droite.

- origine anormale de l'artère sous-clavière (Q25.48)
- autres malformations congénitales de l'aorte (Q25.49).

25.7.2 Malformations congénitales de l'artère pulmonaire

L'**atrésie de l'artère pulmonaire** (Q25.5) est la formation incomplète de la valve pulmonaire (située entre le ventricule droit et l'artère pulmonaire), qui obstrue la circulation du sang à travers les feuillets et dans les poumons. Chez le nouveau-né, le sang désoxygéné peut passer par le canal artériel persistant dans l'artère pulmonaire et atteindre les poumons. Cependant, lorsque le canal artériel se ferme peu après la naissance, le bébé devient de plus en plus cyanosé et a des difficultés à respirer en raison de la valve pulmonaire défectueuse.

La **coarctation de l'artère pulmonaire** (Q25.71) désigne le rétrécissement ou la sténose de l'artère pulmonaire. Le rétrécissement de l'artère pulmonaire principale ou de ses branches rend difficile le passage du sang déficient en oxygène du ventricule droit vers les poumons pour obtenir l'oxygène nécessaire à l'organisme. Le cœur est surmené lorsqu'il doit pomper plus fort pour amener le sang dans les poumons. Un degré modéré ou sévère de sténose de l'artère pulmonaire peut entraîner une hypertension pulmonaire au repos ou à l'effort. La sténose de l'artère pulmonaire est généralement associée à des anomalies cardiovasculaires congénitales telles que la sténose de la valve pulmonaire et la tétralogie de Fallot.

Une **malformation artério-veineuse (MAV) pulmonaire**, appelée anévrisme artério-veineux pulmonaire ou fistule artério-veineuse pulmonaire (Q25.72), est une communication anormale entre l'artère pulmonaire et la veine pulmonaire. La connexion anormalement directe entre des artères à haute pression et des veines à basse pression peut être détectée à l'aide d'un stéthoscope sous la forme d'un sifflement rythmique causé par un débit sanguin trop rapide dans les artères et les veines. Si les MAV pulmonaires sont le plus souvent congénitales, elles peuvent être acquises à la suite d'affections telles qu'une cirrhose hépatique, une sténose mitrale, un traumatisme ou un carcinome thyroïdien métastatique.

25.8 Neurofibromatose

La **neurofibromatose** (sous-catégorie Q85.0) désigne un groupe de maladies génétiques autosomiques dominantes qui provoquent des tumeurs le long des nerfs.

Les **schwannomes** (Q85.03) peuvent se produire le long de n'importe quel nerf du corps, y compris les nerfs spinaux, crâniens et périphériques, à l'exception du nerf vestibulaire. Lorsque les tumeurs se développent, elles compriment les nerfs et provoquent des douleurs, des engourdissements, des picotements, des faiblesses et d'autres symptômes neurologiques.

25.9 Maladies kystiques du rein

Il existe des différences majeures dans les caractéristiques cliniques, la pathophysiologie et le pronostic des différents types de **néphropathie kystique congénitale**. Ce fait renforce l'importance d'être **aussi précis que possible** sur le type lors de l'attribution d'un code.

Les symptômes et les problèmes de la **polykystose rénale, type infantile (Q61.19)** évoluent lentement au fur et à mesure que les kystes se développent au fil des ans; cette maladie est relativement courante.

Le **kyste médullaire du rein (Q61.5)** est une maladie héréditaire dans laquelle des kystes au centre de chaque rein entraînent une perte progressive de la capacité de fonctionnement des reins; à un stade avancé de la maladie, des symptômes de maladie rénale chronique peuvent apparaître.

Lorsque la documentation n'indique pas si un kyste rénal est congénital ou acquis, l'ICD-10-CM présume que le kyste est **acquis**.

25.10 Malformations congénitales des organes génitaux

Le développement de l'appareil reproducteur féminin est un processus complexe qui implique une série d'événements, notamment la différenciation, la migration, la fusion et la canalisation cellulaires. Toute défaillance d'une partie du processus entraîne des anomalies congénitales.

Les **anomalies du canal de Müller** désignent toutes les anomalies congénitales de l'utérus, du col de l'utérus et du vagin :

- **Q50** Malformations congénitales des ovaires, des trompes de Fallope et des ligaments larges
- **Q51** Malformations congénitales de l'utérus et du col de l'utérus
- **Q52** Autres malformations congénitales des organes génitaux de la femme

Le **vagin cloisonné** (sous-catégorie **Q52.12**) se produit lorsque l'appareil génital féminin ne se développe pas correctement, créant une paroi de tissus séparant l'intérieur du vagin.

Lorsque des défauts de fusion latérale se produisent pendant l'organogenèse de l'appareil reproducteur, une **duplication complète de l'appareil reproducteur** peut se produire, entraînant un **utérus didelphe** avec une cloison vaginale longitudinale qui crée deux vagins.

Une autre présentation comprend une **orientation oblique de la cloison vaginale longitudinale** qui entraîne l'obstruction de l'un des vagins, tandis que l'autre vagin est accessible. La cloison vaginale longitudinale obstructive peut être droite ou gauche, ou peut également être microperforée.

Les codes de la sous-catégorie Q52.12 classent les cloisons vaginales longitudinales obstructives et non obstructives comme suit :

- septum longitudinal du vagin, non obstructif (**Q52.120**)
- septum longitudinal du vagin, non obstructif, côté droit (**Q52.121**)

- septum longitudinal du vagin, non obstructif, côté gauche (Q52.122)
- septum longitudinal du vagin, micro-perforé, côté droit (Q52.123)
- septum longitudinal du vagin, micro-perforé, côté gauche (Q52.124)
- septum longitudinal du vagin, autre et non spécifié (Q52.129)

Les codes de la sous-catégorie Q51.2 classent les **autres déduplications de l'utérus**. Les codes suivants identifient spécifiquement ces malformations congénitales :

- duplication complète de l'utérus (Q51.21)
- duplication partielle de l'utérus (Q51.22)
- duplication de l'utérus, autre et non spécifiée (Q51.28).

Les **malformations congénitales des organes génitaux masculins** sont classées dans les catégories Q53, Q54 et Q55. Ces catégories comprennent des affections telles que les testicules non descendus⁵ et ectopiques, l'hypospadias et d'autres malformations congénitales des organes génitaux masculins.

L'ICD-10-CM classe les testicules non descendus et ectopiques dans la catégorie Q53.

- Q53.0-, Ectopie testiculaire
- 53.1- en Q53.2- Cryptorchidie
 - Le **cinquième caractère** indique la **localisation** du testicule non descendu (abdominale, périnéale ectopique, scrotale haute, inguinale, ou non précisée).

L'**hypospadias** est une anomalie congénitale assez fréquente reportant le méat urinaire en arrière, à la face ventrale du pénis, plutôt qu'à l'extrémité, du pénis. L'ICD-10-CM classe l'hypospadias dans la catégorie Q54, **hypospadias**, avec un quatrième caractère supplémentaire pour spécifier :

- Hypospadias balanique (Q54.0)
- Hypospadias pénien (Q54.1)
- Hypospadias pénoscrotal (Q54.2)
- Hypospadias périnéal (Q54.3)
- Chordée congénitale (déformation de la verge incurvée vers sa face ventrale, causée par du tissu fibreux ventral le long du corps spongieux) (Q54.4)
- Autres hypospadias (Q54.8)
- Hypospadias, non spécifié (Q54.9).

Les **procédures de réparation de l'hypospadias** sont classées avec la procédure de base *Reposition*, partie du corps *Urethra*.

Outre les malformations génitales féminines et masculines susmentionnées, l'ICD-10-CM prévoit la catégorie Q56, **non-différenciation sexuelle et pseudo-hermaphrodisme**, qui fait la distinction entre

- Hermaphrodisme, non classé ailleurs (Q56.0)
- Pseudo-hermaphrodisme masculin (Q56.1)
- Pseudo-hermaphrodisme féminin (Q56.2)
- Pseudo-hermaphrodisme, non spécifié (Q56.3)
- Sexe indéterminé, non spécifié (Q56.4).

5: La **cryptorchidie** fait référence à une descente incomplète des testicules ; cette affection peut être unilatérale ou bilatérale. Le terme englobe les testicules palpables, non palpables et ectopiques. La position du testicule peut être abdominale, inguinale, préscrotale ou glissante.

25.11 Omphalocèle et gastroschisis

Le code **Q79.2, exomphale**, est attribué pour une **omphalocèle congénitale**⁶.

Le code **Q79.3, gastroschisis**, est attribué pour le **gastroschisis congénital**⁷.

6: Une **omphalocèle** est une anomalie distincte de la paroi ventrale. Malformation congénitale caractérisée à la naissance par une hernie des viscères abdominaux à travers un large orifice ombilical, recouverte d'une poche amniotique.. Une omphalocèle est souvent associée à d'autres anomalies structurelles et chromosomiques.

7: Le **gastroschisis** est une anomalie impliquant un défaut de la paroi ventrale du corps à droite de l'insertion du cordon ombilical. Cette anomalie est due au fait que la paroi abdominale en développement ne se ferme pas complètement, ce qui permet aux intestins de sortir à partir du défaut. Les intestins exposés ne sont pas couverts par un sac membraneux.

Aperçu

- Les **affections périnatales** autres que les anomalies congénitales sont classées au chapitre 16, **certaines affections provenant de la période périnatale (P00-P96)**, de l'ICD-10-CM.
- Ces affections peuvent être trouvées sous le **terme principal Birth** ou comme un sous-terme sous le terme principal de l'affection.
- Les affections périnatales sont codées en **diagnostic principal** sauf pour le séjour de naissance lui-même où le code **Z38** code est attribué en diagnostic principal.
- Les codes relatifs aux affections périnatales peuvent être codés **tout au long de la vie** du patient. Il n'y a pas de limitations liées à l'âge.
- Les affections sont codées si elles répondent à la **définition** des affections à coder ou si elles ont une implication pour les soins futurs du nouveau-né.
- **L'immaturité et la prématurité** du nouveau-né sont classées en fonction du poids de naissance. Les codes pour ces affections ne sont jamais attribués sans la documentation de celles-ci par le prestataire de soins.
- La **post-maturité** est classée selon la durée de la gestation.
- Les affections périnatales du chapitre 16 couvrent la détresse foetale, les anomalies métaboliques, les troubles dûs à l'aspiration, et plus encore.
- Les codes des catégories **P00-P04** ne sont attribués que lorsqu'une **affection maternelle est la cause d'une morbidité confirmée ou d'une mortalité potentielle chez le nouveau-né**.
- Un code de la catégorie **Z05** est attribué lorsqu'un nourrisson en bonne santé est évalué pour une **affection suspectée qui n'est pas trouvée**.
- Les infections **spécifiques à la période périnatale** sont considérées comme congénitales.
- Les infections qui surviennent **après la naissance mais au cours de la période périnatale** peuvent être classées ou non au chapitre 16.
- Les **codes Z** sont utilisés pour la **vaccination systématique** des nouveau-nés et la **surveillance médicale**.

26.1 Introduction	398
26.2 Localisation de codes dans l'Index Alphabétique	398
26.3 Directives générales pour affections périnatales	398
26.4 Lien entre âge et codes	399
26.5 Classification des naissances	399
26.6 Autres diagnostics du nouveau-né	400
26.7 Prématurité, faible poids de naissance et postmaturité	401
26.8 Détresse foetale et asphyxie	403
26.9 Infarctus cérébral néonatal	404
26.10 Aspiration foetale et néonatale	404
26.11 Maladies hémolytiques du nouveau-né	405
26.12 Entérocolite nécrosante	405
26.13 Leucomalacie cérébrale néonatale	405
26.14 Troubles de la fonction gastrique et problèmes alimentaires.	406
26.15 Mise en observation et examen médical de nouveaux-nés et nourrissons	406
26.16 Infections survenues pendant la période périnatale	408
26.17 Affections maternelles affectant le foetus ou le nouveau-né	410
26.18 Intervention chirurgicale sur la mère et le foetus	411
26.19 Troubles endocriniens et métaboliques spécifiques au foetus et au nouveau-né	412
26.20 Colique infantile	412
26.21 Événement menaçant apparemment la vie	413
26.22 Vaccination systématique des nouveaux-nés	413
26.23 Surveillance de la santé du nourrisson ou de l'enfant	413

Objectifs

Les objectifs de ce chapitre sont :

- Localiser les codes et suivre les directives générales concernant les affections périnatales.
- Utiliser les codes Z pour coder la naissance, et les coder ensemble avec d'autres codes pour les affections périnatales.

- Codage des situations impliquant l'imaturité, la prématurité et la post-maturité du nouveau-né.
- Codage de l'évaluation et de l'observation des nouveau-nés et des nourrissons.
- Déterminer quel chapitre utiliser pour coder une infection du nouveau-né ou du nourrisson.
- Savoir comment et quand attribuer des codes pour l'affection maternelle chez le nouveau-né.

26.1 Introduction

À l'exception des anomalies congénitales, les **affections qui trouvent leur origine dans la période périnatale**¹ sont classées au chapitre 16, *certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale (P00-P96)* de l'ICD-10-CM.

1: La **période périnatale** est définie comme allant d'avant la naissance jusqu'aux 28 premiers jours après la naissance. La période périnatale se termine le 29^e jour de vie car l'Organisation mondiale de la santé considère le jour de la naissance comme le *jour zéro* pour les comparaisons internationales.

26.2 Localisation de codes dans l'Index Alphabétique

Les codes des affections périnatales sont repérés dans l'**Index Alphabétique** en se référant au **terme principal *Birth*** ou au **terme principal de l'affection**, puis à des sous-termes tels que *newborn, neonatal, fetal, infants, et infantile*.

Si l'index alphabétique ne fournit **pas de code spécifique pour une affection périnatale**, le code **P96.89, autres affections spécifiques ayant leur origine dans la période périnatale** est codé, suivi du code d'un autre chapitre qui spécifie l'affection.

26.3 Directives générales pour affections périnatales

Les codes du chapitre 16 ne sont jamais utilisés pour le codage des affections de la mère. De même, les codes du chapitre 15, *grossesse, accouchement et puerpéralité (O00-O9A)*, ne doivent jamais être utilisés pour coder les affections du nouveau-né.

En général, les codes du chapitre 16 sont codés en **diagnostic principal**, sauf pour le séjour de naissance lui-même où le code **Z38** code est codé en diagnostic principal. Les codes d'autres chapitres sont attribués comme diagnostics secondaires pour fournir des détails supplémentaires.

Les directives périnatales pour les **diagnostics secondaires** sont les mêmes que les directives générales de codage pour les diagnostics secondaires (voir le chapitre 3 de ce manuel).

Toutes les affections qui ont été documentées par le prestataire de soins comme ayant des **implications pour les besoins futurs en soins de santé**, doivent être codées.

Uniquement les **diagnostics définitifs** documentés par le prestataire de soins peuvent être codés. Si un diagnostic définitif n'a pas été établi, des codes pour les signes et les symptômes doivent être attribués.

Parfois, un nouveau-né peut présenter une **affection qui peut être soit due au processus de naissance, soit due aux facteurs d'environnement**. Si la documentation ne précise pas de quelle affection il s'agit, le code sélectionné par défaut doit être celui *dû au processus de naissance*, et un code du chapitre 16 doit être codé. Lorsque l'affection est due à des facteurs d'environnement, il ne faut pas coder un code de chapitre 16.

26.4 Lien entre âge et codes

La plupart des affections qui surviennent pendant la période périnatale sont de nature **transitoire**. Cependant, certaines affections qui trouvent leur origine pendant la période périnatale **persistent**, et certaines ne **se manifestent que plus tard dans la vie**. Ces affections sont classées au chapitre 16, quel que soit l'âge du patient, et peuvent être codées tout au long de la vie du patient si l'affection est toujours présente.

Exemple

Une femme de 53 ans est admise pour le traitement d'un carcinome vaginal dû à une exposition intra-utérine au DES (diéthylstilbestrol) prescrit et pris par sa mère pendant la grossesse.

- **C52**, néoplasme malin du vagin
- **P04.18**, nouveau-né affecté par d'autres médicaments absorbés par la mère

L'exposition intra-utérine reste un élément important de la pathologie de la patiente, même si le problème ne s'est présenté que plus tard dans sa vie.

Un homme de 18 ans a été admis pour un bilan parce qu'il avait commencé à avoir des problèmes respiratoires. Un diagnostic de dysplasie broncho-pulmonaire a été posé.

- **P27.1**, dysplasie broncho-pulmonaire survenant pendant la période périnatale

La dysplasie bronchopulmonaire est une affection congénitale, même si elle ne devient un problème que plus tard dans la vie du patient.

26.5 Classification des naissances

Un code de la catégorie **Z38** est codé en **diagnostic principal** pour tout nouveau-né. Le premier axe de codage est de savoir si la naissance est **unique, gémellaire ou multiple**. Les codes précisent ensuite si la naissance a eu lieu **à l'hôpital, hors de l'hôpital, ou sans précision** quant au lieu de naissance. Si la naissance a eu lieu à l'hôpital, un caractère supplémentaire indique le **type d'accouchement** (vaginal ou par césarienne).

Le dossier patient devrait fournir suffisamment de **documentation** sur le type d'accouchement pour permettre la sélection du code.

Un code de cette catégorie n'est codé **que pour le nouveau-né** et n'est attribué **que pour l'admission au cours de laquelle la naissance a eu lieu**. Si un nouveau-né sort de l'hôpital et est réadmis ou transféré dans un autre établissement, le code correspondant à l'affection responsable du transfert ou de la réadmission est codé en diagnostic principal.

Exemple

Un enfant unique est né vivant, accouché par voie vaginale à l'hôpital, avec un diagnostic associé d'hémorragie subdurale due à un traumatisme obstétrical.

- **Z38.00**, enfant unique né vivant, accouché par voie vaginale
- **P10.0**, hémorragie subdurale due à un traumatisme obstétrical

Si le nourrisson sort de l'hôpital et est réadmis ou transféré dans un autre établissement pour le traitement de l'hémorragie, le diagnostic principal pour cette admission est **P10.0**; aucun code de la catégorie **Z38** n'est attribué.

Si l'admission d'un nourrisson né hors de l'hôpital est postposée et que le nouveau-né est admis plus tard en raison d'une complication, le code de la **complication est codé en diagnostic principal**; attribué code de la catégorie **Z38** n'est attribué.

26.6 Autres diagnostics du nouveau-né

Un code de la catégorie **Z38** indique uniquement qu'une naissance a eu lieu. Des codes additionnels sont attribués pour toutes les **affections cliniquement significatives** constatées lors de l'examen du nouveau-né. Une affection du nouveau-né est cliniquement significative lorsqu'elle a des implications sur les soins de santé futurs du nouveau-né. Les affections insignifiantes ou transitoires qui disparaissent en général sans traitement ne sont pas codées.

Les dossiers patients des nouveau-nés mentionnent parfois des affections telles que de légères éruptions cutanées, une déformation du crâne et une jaunisse légère. Comme ces affections disparaissent généralement sans traitement, elles ne sont pas codées.

Exemple

Le prestataire de soins documente les diagnostics de syndactylie et d'hydrocèle dans le dossier patient du nouveau-né. Même si aucun traitement n'est administré et qu'aucune évaluation supplémentaire n'est effectuée pendant le séjour du nourrisson à l'hôpital, ces deux affections nécessiteront un traitement à un moment donné dans le futur, et elles sont donc à coder.

Exemple

Le prestataire de soins documente dans le dossier patient du nouveau-né que celui-ci présente une légère jaunisse. Aucune autre évaluation n'est effectuée, et la jaunisse disparaît quelques jours plus tard. Aucun code pour la jaunisse n'est attribué.

Exemple

Le pédiatre documente dans le dossier patient du nouveau-né que le souffle cardiaque du bébé est bénin et très probablement dû à un canal artériel perméable/foramen ovale perméable. Il demande une consultation cardiaque et une échocardiographie pour évaluer le canal artériel perméable/foramen ovale perméable.

- **Q21.1**, communication interauriculaire
- **Q25.0**, perméabilité du canal artériel

Ces affections font l'objet d'une évaluation plus poussée ; elles doivent donc être codées.

Exemple

Le pédiatre documente un possible souffle d'éjection systolique et recommande un examen plus approfondi après la sortie de l'hôpital.

- **P29.89**, autres affections cardio-vasculaires survenant pendant la période périnatale

À ce stade, la cause sous-jacente du souffle n'a pas été identifiée.

26.7 Prématurité, faible poids de naissance et postmaturité

Les **nouveau-nés nés avant terme** sont définis comme *immatures* ou *prématurés* à la fois par le poids de naissance et l'âge gestationnel et sont classés dans la catégorie **P07** comme suit :

- **Poids extrêmement faible à la naissance (P07.0-)** : 500-999 grammes.
- **Poids faible à la naissance (P07.1-)** : 1.000-2.499 grammes.
- **Immaturité extrême (P07.2-)** : moins de 28 semaines complètes (moins de 196 jours complets) de gestation.
- **Prématuré ou né avant terme (P07.3-)** implique 28 semaines complètes (196 jours complets) ou plus, mais moins de 37 semaines complètes (259 jours complets) de gestation.

Lorsque le **poids de naissance et l'âge gestationnel du nouveau-né sont tous deux documentés**, ils doivent être codés, le poids de naissance (**P07.0-**, **P07.1-**) étant codé devant l'âge gestationnel (**P07.2-**, **P07.3-**).

Les prestataires de soins utilisent différents critères pour déterminer la **prématurité**. Un code de prématurité ne doit être attribué que **si un diagnostic de prématurité est documenté**.

Exemple

Il arrive que **l'obstétricien documente l'âge gestationnel dans le dossier de la mère et que le pédiatre documente un âge gestationnel différent dans le dossier du nouveau-né**. La divergence peut refléter le fait que différents prestataires de soins (par exemple, l'obstétricien et le pédiatre) peuvent utiliser des critères différents pour déterminer les semaines de gestation de la mère et l'âge gestationnel du nouveau-né. Dans ce cas, le code pour l'âge gestationnel du nouveau-né **se base sur la documentation du prestataire de soins du nouveau-né** (i.e. le pédiatre).

Même lorsqu'un nouveau-né n'est pas prématuré, il peut être approprié d'attribuer un code de la catégorie **P05, troubles liés au retard de croissance et malnutrition du fœtus**. Le code attribué **n'implique pas la prématurité mais indique que le nouveau-né est plus petit que prévu pour la durée de la gestation**.

Pour indiquer le **poids de naissance**, un cinquième caractère est attribué aux codes

- pour les nouveau-nés de **faible poids** de naissance (**P07.0-**, **P07.1-**)
- pour les nouveau-nés **légers** pour l'âge gestationnel (**P05.0-**)
- pour les nouveau-nés **petits** pour l'âge gestationnel (**P05.1-**).

Attention

Il convient de noter que le poids exprimé par le cinquième caractère doit être cohérent avec le code à quatre caractères auquel il est appliqué. Bien que la plupart des naissances prématurées (enfant vivant à moins de 37 semaines complètes de gestation) soient associées à un faible poids de naissance, au moins 10 pourcent des nouveau-nés à leur 37^e semaine de gestation pèsent plus de 2.500 grammes.

- Le code **P05.09, nouveau-né léger pour l'âge gestationnel, 2.500 grammes et plus**, est attribué à un nouveau-né léger pour l'âge gestationnel mais pesant plus de 2.500 grammes.
- Le code **P05.19, nouveau-né petit pour l'âge gestationnel, autre**, doit être attribué pour un nouveau-né qui est petit pour l'âge gestationnel mais qui pèse 2.500 grammes ou plus.

Lorsque le diagnostic de **prématurité** a été établi par le prestataire de soins, l'attribution des codes des catégories **P05, troubles liés au retard de croissance et malnutrition du fœtus**, et **P07, anomalies liées à une brièveté de la gestation et un poids insuffisant à la naissance, non classés ailleurs**, est basée sur la documentation du poids de naissance et l'âge gestationnel estimé **au moment de la naissance**.

Exemple

Un nouveau-né né à l'hôpital A à 34 semaines de gestation et transféré à l'hôpital B après 14 jours pour une évaluation plus poussée d'une anomalie congénitale pourrait encore se voir attribué un code de prématurité à l'hôpital B comme diagnostic secondaire. Le cinquième caractère de ces codes est toujours basé sur le **poids de naissance**,

et non sur le poids du nouveau-né au moment du transfert ou de la réadmission.

Exemple

Un enfant de 12 mois né prématurément est vu pour une bronchiolite aiguë due au virus respiratoire syncytial (VRS). Le prestataire de soins documente *bronchiolite aiguë due au VRS, nouveau-né prématuré de 26 semaines* dans le dossier patient.

- **J21.0**, bronchiolite aiguë due au virus respiratoire syncytial
- **P07.25**, immaturité extrême du nouveau-né, âge gestationnel de 26 semaines complètes

Comme indiqué précédemment, les codes du chapitre 16 peuvent être utilisés quel que soit l'âge du patient si l'affection trouve son origine dans la période périnatale et se poursuit tout au long de la vie du patient. De plus, les codes de la catégorie **P07, anomalies liées à une brièveté de la gestation et un poids insuffisant à la naissance, non classés ailleurs**, peuvent être attribués pour un enfant ou un adulte si le prestataire de soins indique que la prématurité et l'âge gestationnel du patient sont des facteurs déterminant l'état de santé actuel du patient.

La catégorie **P08** classifie les anomalies liées à une gestation prolongée² et un poids élevé à la naissance. Les codes **P08.21, Nouveau-né à terme**, et **P08.22, Gestation prolongée du nouveau-né**, ne peuvent être attribués que sur la base de l'âge gestationnel du nouveau-né tel que documenté dans le dossier du nouveau-né. Il n'est pas nécessaire qu'une affection ou un trouble spécifique soit associé à la période de gestation prolongée pour que ces codes soient attribués.

26.8 Détresse foetale et asphyxie

L'ICD-10-CM fournit différents codes pour la **détresse foetale**³, en fonction de l'affection spécifique, comme suit :

- **P19.0**, acidémie métabolique d'un nouveau-né constatée pour la première fois avant le début du travail
- **P19.1**, acidémie métabolique d'un nouveau-né constatée pour la première fois au cours du travail
- **P19.2**, acidémie métabolique constatée à la naissance
- **P19.9**, acidémie métabolique, non spécifiée
- **P84**, autres problèmes chez le nouveau-né
 - La catégorie **P84** comprend les affections suivantes chez le nouveau-né sans autre précision : acidémie, acidose, anoxie, asphyxie⁴, hypercapnie, hypoxémie, hypoxie et acidose métabolique et respiratoire mixte.

Les codes de l'**encéphalopathie hypoxique ischémique**⁵ distinguent :

- encéphalopathie hypoxique ischémique légère (**P91.61**)
- encéphalopathie hypoxique ischémique modérée (**P91.62**)
- encéphalopathie hypoxique ischémique sévère (**P91.63**)
- non spécifiés (**P91.60**).

2: La **grossesse post-terme** est définie comme une période gestationnelle de plus de 40 semaines complètes à 42 semaines complètes. La **gestation prolongée ou la postmaturité** est définie comme une période gestationnelle de plus de 42 semaines complètes.

3: La **détresse foetale** peut être définie comme des signes qui indiquent une réponse critique au stress. Elle implique des anomalies métaboliques telles que l'hypoxie et l'acidose qui affectent les fonctions des organes vitaux au point de provoquer des lésions temporaires ou permanentes, voire la mort.

4: L'**asphyxie** fait référence à une diminution du niveau d'oxygène fourni au corps ou à un organe avec une accumulation de dioxyde de carbone. L'**asphyxie à la naissance** se produit lorsqu'un nouveau-né ne reçoit pas suffisamment d'oxygène avant, pendant ou juste après la naissance, et peut entraîner une diminution de la fréquence cardiaque, du débit sanguin et de la pression artérielle, ce qui provoque des lésions cellulaires et organiques. Lorsque la durée de l'asphyxie est brève, le nouveau-né peut se rétablir sans subir de dommages durables. Si la durée est plus longue, elle peut entraîner des lésions réversibles et, lorsqu'elle se prolonge, des lésions irréversibles.

5: L'**encéphalopathie hypoxique ischémique** ou l'**encéphalopathie anoxo-ischémique** du nouveau-né est une affection potentiellement mortelle qui résulte généralement de lésions des cellules du cerveau et de la moelle épinière secondaires à un manque d'oxygène pendant le processus de naissance. L'encéphalopathie hypoxique ischémique témoigne d'une lésion cérébrale aiguë ou subaiguë due à l'asphyxie. C'est la cause la plus fréquente de maladie neurologique pendant la période néonatale et elle est associée à une mortalité et une morbidité importantes. Les nourrissons atteints de la forme légère de l'encéphalopathie hypoxique ischémique sont hyperalertes et réagissent de manière excessive au moindre stimulus. Ce stade dure généralement 24 heures ou moins. Les nourrissons peuvent récupérer avec une fonction neurologique normale. L'encéphalopathie hypoxique ischémique modérée est associée à une léthargie, des crises cliniques, une suppression des réflexes tendineux, une bradycardie et une respiration périodique. Ce stade peut durer de 2 à 14 jours. Un bon pronostic neurologique est observé chez les nourrissons qui peuvent récupérer dans les cinq jours. L'encéphalopathie hypoxique ischémique sévère se caractérise par une stupeur allant jusqu'au coma, des réflexes primitifs ou inexistantes, une fréquence cardiaque variable et l'apnée. La moitié des nourrissons atteints d'une encéphalopathie hypoxique ischémique sévère meurent. Quatre-vingt pour cent de ceux qui survivent présentent une déficience intellectuelle, une épilepsie, une paralysie cérébrale et des difficultés d'apprentissage. Seuls 10 pour cent survivent sans aucun handicap neurologique.

Le code **P91.811, encéphalopathie néonatale dans les maladies classées ailleurs**, est attribué pour une **encéphalopathie néonatale**⁶ qui est **causée par une affection autre que l'encéphalopathie hypoxique ischémique**.

Lors de l'attribution du code **P91.811**, il faut coder **d'abord la cause sous-jacente**, si elle est connue. Si l'encéphalopathie néonatale est causée par une lésion cérébrale ischémique hypoxique, le code approprié de la sous-catégorie **P91.6, encéphalopathie ischémique hypoxique**, doit être attribué plutôt que le code **P91.811**. Le code **P91.819** doit être attribué pour une encéphalopathie néonatale non spécifiée.

Les codes de détresse foetale ou d'anomalie de la fréquence et du rythme cardiaques ne sont codés chez le nouveau-né que lorsque l'affection est spécifiquement **documenté** par le prestataire de soins. Ces codes ne sont jamais attribués sur la base d'autres informations contenues dans le dossier du nouveau-né.

6: L'**encéphalopathie néonatale** est un syndrome cliniquement défini de dysfonctionnement neurologique chez le nouveau-né, qui se manifeste par une difficulté à initier et à maintenir la respiration, une dépression du tonus et des réflexes, un niveau de conscience anormal et des convulsions. Un nouveau-né peut répondre aux critères diagnostiques de l'encéphalopathie hypoxique ischémique mais peut également présenter une affection sous-jacente non associée à l'encéphalopathie hypoxique ischémique.

26.9 Infarctus cérébral néonatal

L'**infarctus cérébral néonatal** (ou accident vasculaire cérébral) est une affection cérébrovasculaire qui survient entre la 20^e semaine de vie foetale et le 28^e jour postnatal. Il s'agit d'une désorganisation grave ou d'une perturbation complète de la matière grise du cerveau en développement, causée par des troubles emboliques, thrombotiques ou ischémiques.

Les codes ICD-10-CM pour l'**infarctus cérébral néonatal** sont attribués en fonction du côté affecté, comme suit :

- **P91.821**, Infarctus cérébral néonatal, côté droit
- **P91.822**, Infarctus cérébral néonatal, côté gauche
- **P91.823**, Infarctus cérébral néonatal, bilatéral
- **P91.829**, Infarctus cérébral néonatal, côté non spécifié

26.10 Aspiration foetale et néonatale

La catégorie **P24, sspiration néonatale**, décrit l'aspiration méconiale et les autres types d'aspiration foetale dans les sous-catégories/codes suivants :

- **P24.0-**, aspiration néonatale de méconium
- **P24.1-**, aspiration néonatale de liquide amniotique (clair) et de mucus
- **P24.2-**, aspiration néonatale de sang
- **P24.3-**, aspiration néonatale de lait et d'aliments régurgités
- **P24.8-**, autre aspiration néonatale
- **P24.9**, aspiration néonatale, non spécifiée

Les sous-catégories **P24.0- à P24.8-** fournissent un **tot en met** supplémentaire pour identifier la **présence ou l'absence de symptômes respiratoires**. Le cas échéant, un code supplémentaire, **I27.2**, doit être attribué pour identifier toute hypertension pulmonaire secondaire.

Le **syndrome d'aspiration massive** est synonyme d'aspiration fœtale massive. Bien que le **syndrome d'aspiration méconiale**⁷ et l'aspiration massive de méconium soient des affections quelque peu différentes, ils ont une présentation clinique et une évolution similaires, et sont codés avec le code **P24.01, aspiration méconiale avec symptômes respiratoires**.

Le code **P96.83** est attribué pour la **coloration du liquide amniotique par le méconium**.

L'**iléus méconial** et le **syndrome du bouchon méconial**⁸ sont codés avec le code **P76.0, syndrome du bouchon méconial**, sauf s'il est documenté qu'il s'agit d'un **iléus méconial dans le cadre de la mucoviscidose**, qui est codé avec le code **E84.11**.

Le code **P03.82** est attribué pour le **passage du méconium (sans aspiration)** pendant l'accouchement.

7: L'**aspiration de méconium** chez les nouveau-nés se produit lorsque le fœtus halète alors qu'il est encore dans le canal de naissance et inhale des liquides amniotiques, vaginaux ou oropharyngés contenant du méconium. L'aspiration de méconium s'accompagne parfois de tachypnée, de respiration sifflante et d'apnée; ces troubles peuvent se résorber sur une courte période ou prendre une tournure plus prolongée. Dans les formes les plus légères de cette affection, la dyspnée survient peu après la naissance, dure deux ou trois jours et est suivie d'une récupération rapide. Le traitement comprend l'aspiration bronchoscopique du méconium, l'administration d'oxygène, le contrôle de l'humidité et l'administration d'antibiotiques prophylactiques.

8: Le **syndrome du bouchon méconial** est un trouble transitoire du côlon du nouveau-né avec retard du passage du méconium et dilatation intestinale.

26.11 Maladies hémolytiques du nouveau-né

Les nouveau-nés **Rh-positifs** nés de mères **Rh-négatives** développent souvent une maladie hémolytique due à une incompatibilité de groupe sanguin entre le fœtus et la mère. Ces affections sont classées dans la catégorie **P55, maladie hémolytique du nouveau-né**.

Notez que...

Une indication d'incompatibilité sur un test de routine du sang du cordon n'est pas concluante. Un code de la catégorie **P55** ne peut pas être attribué sur la base de cette seule constatation; la documentation d'un diagnostic d'iso-immunisation ou de maladie hémolytique par prestataire de soins est requise.

9: L'**entérocolite nécrosante** est une affection gastro-intestinale sévère qui implique une lésion de l'intestin, une perturbation de la muqueuse intestinale associée à l'alimentation entérique, des agents pathogènes infectieux et une réponse immunitaire immature. C'est une cause majeure de morbidité et de mortalité chez les prématurés. Bien que l'entérocolite nécrosante touche généralement les prématurés dont le poids de naissance est inférieur à 1.500 grammes, il peut également survenir chez des nouveaux-nés présentant de faibles facteurs de risque. L'étiologie exacte de l'entérocolite nécrosante est inconnue, mais on pense que l'intestin du prématuré est affaibli par un manque d'oxygène et de flux sanguin. Le nouveau-né a alors un risque accru de développer une entérocolite nécrosante en raison de ses difficultés à faire circuler le sang et l'oxygène, à digérer et à combattre les infections. Lorsque l'on commence à nourrir l'enfant et que les aliments pénètrent dans la zone affaiblie du tractus intestinal, les bactéries présentes dans les aliments peuvent endommager les tissus intestinaux. Ces tissus peuvent développer une nécrose et une perforation, entraînant une infection abdominale aiguë.

26.12 Entérocolite nécrosante

L'ICD-10-CM classe l'**entérocolite nécrosante**⁹ selon les stades suivants :

- **P77.1**, entérocolite nécrosante du nouveau-né, stade 1
- **P77.2**, entérocolite nécrosante du nouveau-né, stade 2
- **P77.3**, entérocolite nécrosante du nouveau-né, stade 3
- **P77.9**, Entérocolite nécrosante du nouveau-né, stade non spécifié

26.13 Leucomalacie cérébrale néonatale

La **leucomalacie cérébrale néonatale**¹⁰ est codée avec le code **P91.2**. Un code additionnel est codé lorsqu'une **hémorragie intraventriculaire (P52.0, P52.1, P52.21, P52.22, P52.3)** est associée à la leucomalacie cérébrale néonatale.

10: La leucomalacie périventriculaire, également appelée **leucomalacie cérébrale néonatale**, désigne la nécrose de la substance blanche adjacente aux ventricules latéraux avec formation d'un kyste. Elle constitue un facteur de risque majeur d'infirmité motrice cérébrale et d'autres troubles neurologiques. Le risque de leucomalacie est plus élevé chez les nouveau-nés ayant un poids de naissance très faible. Bien que la cause de cette affection soit encore obscure, des études récentes l'ont associée à un retard de croissance intra-utérin, à des infections intra-utérines et à des grossesses impliquant des jumeaux monozygotes. Cette affection est fréquemment associée à une hémorragie intraventriculaire sévère, mais la leucomalacie n'est pas nécessairement la cause du problème.

26.14 Troubles de la fonction gastrique et problèmes alimentaires.

Des vomissements persistants chez un nouveau-né peuvent être le signe d'une affection très grave. L'ICD-10-CM classe séparément les vomissements, les vomissements bilieux, le retard de croissance et les autres problèmes alimentaires chez les nouveau-nés.

Les codes suivants sont utilisés pour les nouveau-nés jusqu'au 28e jour de vie :

- problèmes d'alimentation non spécifiés (P92.9)
- des vomissements bilieux (P92.01)
- autres vomissements (P92.09)
- des régurgitations et des ruminations (P92.1)
- une alimentation lente (P92.2)
- une sous-alimentation (P92.3)
- une suralimentation (P92.4)
- Alimentation au sein difficile chez le nouveau-né (P92.5)
- un retard de croissance (P92.6)
- autres problèmes d'alimentation (P92.8).

Exemple

Un bébé de 10 jours est admis à cause de problèmes alimentaires et subit une évaluation du poids au cours du séjour.

- Z00.111, examen de santé du nourrisson de 8 à 28 jours
- P92.9, problèmes alimentaires chez le nouveau-né, non spécifiés

Les codes de la classification principale sont utilisés pour les nourrissons et les enfants de plus de 28 jours.

26.15 Mise en observation et examen médical de nouveaux-nés et nourrissons

Les codes de la catégorie Z05, **contact pour mise en observation et examen médical d'un nouveau-né pour suspicion de maladies et des affections exclues**, sont attribués lorsqu'un enfant de la période périnatale est examiné pour suspicion d'une maladie qui s'avère ne pas être présente lorsque l'examen est terminée.

Un code de la catégorie Z05 n'est pas attribué lorsqu'un **diagnostic définitif est établi** ou lorsque le patient présente des **signes ou des symptômes d'un problème suspect qui n'est pas exclu**. Il faut plutôt attribuer un code pour l'affection diagnostiquée ou les codes appropriés pour les signes et les symptômes.

Pendant le séjour de la naissance, un code de la catégorie Z38 est attribué en premier.

Un code de la catégorie Z05 peut également être codé en diagnostic principal pour une réadmission ou une contact ultérieure pendant la

période périnatale de 28 jours lorsqu'un code de la catégorie **Z38** ne s'applique plus.

Exemple

Un nouveau-né accouché par voie vaginale et dont la mère est toxicomane est admis parce qu'il peut avoir été affecté par une exposition aux drogues in utero. Des dépistages de drogues sont effectués sur le nouveau-né, et celui-ci est temporairement admis au soins intensifs pour une observation plus étroite des symptômes de sevrage potentiels. Aucun symptôme de sevrage ne se présente et les dépistages de drogues sont négatifs.

- **Z38.00**, enfant unique né vivant, accouché par voie vaginale
- **Z05.8**, mise en observation et examen médical d'un nouveau-né pour une autre affection suspecte spécifiée et exclue

Exemple

Un nouveau-né est réadmis deux jours après sa sortie en raison d'une légère cyanose et de la possibilité d'un problème respiratoire périnatal. Un bilan complet ne révèle aucun problème, y compris aucune cyanose observable, et le patient sort de l'hôpital sans qu'aucun diagnostic n'ait été établi.

- **Z05.3**, mise en observation et examen médical d'un nouveau-né pour suspicion d'un problème respiratoire exclu

Exemple

Un nouveau-né est réadmis deux jours après sa sortie en raison d'une cyanose et de la possibilité d'un problème respiratoire périnatal. Le nouveau-né est diagnostiqué comme ayant un syndrome de détresse respiratoire.

- **P22.0**, syndrome de détresse respiratoire du nouveau-né
- aucun code de la catégorie **Z05** n'est attribué.

Exemple

La mère d'un nouveau-né a été testée positive au streptocoque du groupe B à l'accouchement. Après évaluation clinique et bilan, l'infection à streptocoque du groupe B chez le nouveau-né est exclue.

- **Z05.1**, mise en observation et examen médical du nouveau-né pour suspicion d'une affection infectieuse exclue

Exemple

La mère d'un nouveau-né a été testée positive au streptocoque du groupe B à l'accouchement. Après l'examen médical et le bilan cliniques, le prestataire de soins documente : *Nouveau-né affecté par le streptocoque du groupe B de la mère ; impossible d'exclure complètement une*

infection active par le streptocoque du groupe B, et le nourrisson est traité pour le streptocoque du groupe B.

- **P00.89**, nouveau-né affecté par d'autres affections maternelles
- **B95.1**, streptocoque du groupe B, comme cause de maladies classées ailleurs.

Contrairement à l'exemple précédent, le prestataire de soins n'a pas complètement exclu une infection active à streptocoque du groupe B. **Un diagnostic incertain documenté au moment de la sortie est codé comme si l'affection existait.**

Normalement, aucun code additionnel n'est attribué lorsque les codes de la catégorie **Z05** sont codés en diagnostic principal. **Toutefois, des codes additionnels peuvent être attribués pour une affection périnatale ou congénitale qui nécessite une thérapie ou une surveillance continue pendant le séjour.** Les codes relatifs aux affections congénitales qui ne font pas l'objet d'une évaluation ou d'un traitement thérapeutique supplémentaire ne sont pas codés lorsqu'un nouveau-né est admis en observation.

Il est inapproprié d'attribuer des codes dans la sous-catégorie **Z03.7, contact pour suspicion d'affections maternelles et foetales exclues**, pour le nouveau-né. Cette sous-catégorie de codes n'est **codée que chez la mère.**

26.16 Infections survenues pendant la période périnatale

De nombreuses **infections spécifiques à la période périnatale** sont considérées comme congénitales et peuvent être classées dans le chapitre 16 de l'ICD-10-CM lorsqu'elles sont **acquises avant la naissance** via le cordon ombilical (par exemple, la rubéole) **ou pendant la naissance** (par exemple, l'herpès simplex).

Les codes sont localisés dans l'**Index Alphabétique** en se référant au terme principal de l'infection puis en identifiant les sous-termes, tels que *neonatal, newborn, congenital, perinatal, ou maternal*, affectant le fœtus ou le nouveau-né.

Cependant, certaines infections périnatales (par exemple, la syphilis congénitale) apparaissent dans le chapitre 1, *certaines maladies infectieuses et parasitaires (A00-B99)*, de l'ICD-10-CM.

Les **infections qui surviennent après la naissance mais qui apparaissent pendant la période périnatale de 28 jours** peuvent être classées ou non dans le chapitre 16.

Lorsqu'**aucun des sous-termes mentionnés ci-dessus** ne figure dans la l'Index Alphabétique, le code d'infection habituel est attribué.

Si une **infection n'apparaît pas pendant une semaine ou plus après la naissance**, le dossier doit être examiné pour voir s'il y a une indication que l'infection pourrait être due à une **exposition** à l'infection plutôt que d'être congénitale. Il faut consulter le prestataire de soins lorsque le

dossier patient n'est pas tout à fait clair et modifier la documentation le cas échéant.

Si le nouveau-né présente un **sepsis**, il faut attribuer un code de la catégorie **P36, septicémie bactérienne du nouveau-né**.

- Si le code **P36 inclut l'organisme causal**, il ne faut pas attribuer un code additionnel de la catégorie **B95, streptocoques, staphylocoques, entérocoques comme cause de maladies classées ailleurs**, ou de la catégorie **B96, autres agents bactériens comme cause de maladies classées ailleurs**.
- Si le code **P36 n'inclut pas l'organisme causal**, il faut attribuer un code additionnel de la catégorie **B95** ou **B96, autres agents bactériens comme cause de maladies classées ailleurs**.
- Si approprié, il faut attribuer des codes additionnels pour identifier la **sévérité du sepsis (R65.2-)** et **toute dysfonction d'organes aiguë associée**, comme l'insuffisance respiratoire aiguë (**P28.5**).

Comme mentionné au chapitre 13 de ce manuel, les **tests ELISA ou Western blot** des nouveau-nés dont la mère est séropositive sont souvent positifs. Ce résultat indique généralement le statut d'anticorps de la mère plutôt que celui du nouveau-né. Le code **R75, Résultat non concluant du test de recherche du VIH**, est attribué au dossier du nouveau-né parce que les anticorps du VIH peuvent traverser le placenta pour atteindre le nouveau-né et peuvent persister jusqu'à 18 mois, produisant un résultat faussement positif chez le nouveau-né. Ces anticorps peuvent disparaître, ce qui signifie qu'il n'y a jamais eu de véritable infection par le VIH.

Si un nouveau-né présente un **résultat positif au test COVID-19** lors de l'admission de la naissance, il faut d'abord coder le code approprié de la catégorie **Z38, nouveaux-nés, nés vivants selon le lieu de naissance et le type d'accouchement**, en diagnostic principal. Les codes additionnels pour l'infection par le COVID-19 dépendront de la **documentation du prestataire de soins sur le type de transmission**.

- Si le prestataire de soins **documente explicitement le COVID-19 comme ayant été contracté in utero ou pendant le processus de naissance**, il faut attribuer les codes **P35.8, autres maladies virales congénitales**, et **U07.1, COVID-19**.
- Si la **documentation du prestataire de soins n'indique pas un type de transmission spécifique**, il faut attribuer le code **U07.1** et les codes appropriés pour **toute(s) manifestation(s) associée(s)** chez les nouveau-nés.

Selon les *Centers for Disease Control and Prevention*, la transmission du virus responsable du COVID-19 aux nouveau-nés se fait **principalement par les gouttelettes respiratoires** pendant la période postnatale, lorsque les nouveau-nés sont exposés aux mères, aux autres soignants, aux visiteurs ou au personnel de santé porteurs du COVID-19.

26.17 Affections maternelles affectant le fœtus ou le nouveau-né

Les codes des catégories **P00-P04** sont codés **uniquement chez le nouveau-né et seulement lorsque l'état de la mère est la cause de la morbidité ou de la mortalité du nouveau-né**. Le fait que la mère souffre d'une affection apparentée ou qu'elle ait connu une complication de la grossesse, du travail ou de l'accouchement ne justifie pas le codage d'un code de ces catégories chez le nouveau-né.

Exemple

Un enfant vivant né à terme d'une mère diabétique et accouché par césarienne.

- **Z38.01**, enfant unique né vivant, par césarienne
- Aucun code des séries **P00-P04** n'est attribué parce que le dossier patient ne documente pas un problème affectant le nouveau-né.

De nombreux **médicaments pris par la mère** pendant la grossesse peuvent traverser le placenta pour atteindre le fœtus. Ces médicaments ou substances peuvent être prescrits, en vente libre ou obtenus de manière illicite (par exemple, des drogues de dépendance) et peuvent avoir un effet négatif sur le nouveau-né.

L'ICD-10-CM prévoit des codes pour les **effets négatifs sur le nouveau-nés des substances nocives transmises par le placenta ou le lait maternel** :

- **P04.0**, nouveau-né affecté par une anesthésie et par une analgésie de la mère, au cours de la grossesse, du travail et de l'accouchement
- **P04.1-**, nouveau-né affecté par d'autres médicaments absorbés par la mère
- **P04.2**, nouveau-né affectés par le tabagisme de la mère
- **P04.3**, nouveau-né affectés par l'alcoolisme de la mère
- **P04.4-**, nouveau-né affecté par toxicomanie de la mère
- **P04.5**, nouveau-né affecté par une utilisation par la mère de substances chimiques nutritionnelles
- **P04.6**, nouveau-né affecté par l'exposition de la mère à des substances chimiques de l'environnement
- **P04.8-**, nouveau-né affecté par d'autres effets nocifs maternels
- **P04.9**, nouveau-né affecté par un effet nocif maternel, non spécifié

Lorsque le nouveau-né subit un **sevrage médicamenteux dû à l'usage de drogues illicites par la mère**, attribuer le code approprié de la sous-catégorie **P04.4**, ainsi que le code **P96.1, symptômes néonataux de sevrage dus à la toxicomanie de la mère**. Les deux codes sont attribués pour saisir les symptômes de sevrage du nourrisson et la drogue spécifique à l'origine du sevrage.

Exemple

Un nouveau-né né d'une mère toxicomane à la cocaïne présente des signes de sevrage. Le dépistage de drogue du nourrisson est positif à la cocaïne.

- **P04.41**, nouveau-né affecté par l'usage de cocaïne par la mère
- **P96.1**, symptômes néonataux de sevrage dus à la toxicomanie de la mère

Exemple

On diagnostique une hypermagnésémie chez un nouveau-né. Le prestataire de soins documente que le nourrisson a développé une hypermagnésémie en raison du traitement de la mère avec du sulfate de magnésium pour une éclampsie liée à la grossesse avant l'accouchement.

- **P71.8**, autres anomalies transitoires du métabolisme du calcium et du magnésium du nouveau-né
- **P04.18**, nouveau-né affectés par d'autres médicaments absorbés par la mère

Lorsqu'une **affection spécifique** du nouveau-né, résultant de l'affection de la mère, est identifiée, un code pour **cette affection est codé** plutôt qu'un code des catégories **P00-P04**.

Exemples

Les nourrissons nés de mères diabétiques présentent parfois un taux de glucose sanguin anormalement bas (hypoglycémie), classé dans la catégorie **P70.1, syndrome de l'enfant de mère diabétique**, ou ils peuvent présenter un état diabétique transitoire (hyperglycémie), parfois appelé pseudodiabète, qui est codé dans la catégorie **P70.2, diabète sucré néonatal**.

Lorsque **l'état du fœtus ou du nouveau-né entraîne une hospitalisation ou d'autres soins obstétriques de la mère**, l'attribution des codes chez la mère se fait dans la catégorie **O35, soins maternels pour anomalie et lésion fœtales, connues ou présumées**, ou dans la catégorie **O36, soins maternels pour d'autres affections connues ou présumées du fœtus** (voir chapitre 23 de ce manuel).

26.18 Intervention chirurgicale sur la mère et le fœtus

L'ICD-10-CM fournit plusieurs codes pour saisir les nouveau-nés affectés par l'amniocentèse, les interventions in utero, les interventions chirurgicales pratiquées sur la mère pendant la grossesse et d'autres facteurs maternels non liés à la grossesse actuelle (c'est-à-dire les antécédents de la mère en matière d'interventions chirurgicales non associées à la grossesse). **Ces codes ne sont codés que chez le nouveau-né.**

Si la prise en charge de la grossesse est affectée par des complications d'une chirurgie in utero, il faut coder le code approprié de la sous-catégorie **O35.7XX-, soins maternels pour une lésion (présumée) du fœtus par d'autres procédures médicales, chez la mère.**

Les codes obstétriques du chapitre **15, Grossesse, accouchement et la puerpéralité (O00-O9A)** de l'ICD-10-CM ne doivent pas être codés chez le nouveau-né.

Les codes spécifiques pour un **nouveau-né affecté par une chirurgie ou une procédure médicale de la mère non liée à la grossesse** sont les suivants :

- **P00.6**, nouveau-né affectés par une intervention chirurgicale chez la mère
- **P00.7**, nouveau-né affectés par d'autres interventions médicales chez la mère, non classées ailleurs.

26.19 Troubles endocriniens et métaboliques spécifiques au fœtus et au nouveau-né

L'ICD-10-CM classe les **troubles endocriniens et métaboliques transitoires spécifiques au nouveau-né** dans les catégories **P70-P74**. Cette gamme de codes comprend les troubles endocriniens et métaboliques transitoires causés par la réponse du nourrisson aux facteurs endocriniens et métaboliques maternels ou par son adaptation à l'environnement extra-utérin.

L'**acidose métabolique tardive**¹¹ du nouveau-né est codée sous **P74.0**.

Des **troubles métaboliques transitoires des principaux électrolytes sériques** (sodium, potassium, chlorure et bicarbonate) peuvent survenir pendant la naissance ou peu après. L'ICD-10-CM fournit des codes spécifiques pour différencier :

- hypernatrémie du nouveau-né (**P74.21**)
- hyponatrémie du nouveau-né (**P74.22**)
- hyperkaliémie du nouveau-né (**P74.31**)
- hypokaliémie du nouveau-né (**P74.32**)
- alcalose du nouveau-né (**P74.41**)
- hyperchlorémie du nouveau-né (**P74.421**)
- hypochlorémie du nouveau-né (**P74.422**)

26.20 Colique infantile

Le code **R10.83, colique**, est attribué pour la colique infantile¹². Le code **R10.84, douleurs abdominales généralisées**, est attribué pour les **coliques chez un adulte ou un enfant de plus de 12 mois**.

11: L'**acidose métabolique** peut être causée par une insuffisance rénale, une septicémie, une hypoxie, une hypothermie, une hypotension, une insuffisance cardiaque, une déshydratation, des troubles électrolytiques, une hyperglycémie, une anémie, une hémorragie intraventriculaire et/ou des troubles métaboliques. La cause sous-jacente de l'acidose doit être traitée pour corriger le problème.

12: Un bébé souffrant de **coliques** est un bébé en bonne santé et bien nourri qui pleure plus de trois heures par jour, trois jours par semaine, pendant plus de trois semaines. Les pleurs surviennent généralement à peu près à la même heure chaque jour, sans raison apparente, et peuvent être intenses, le bébé ayant les poings serrés et les muscles abdominaux tendus. Le bébé peut être inconsolable. Il n'y a pas de cause connue aux coliques. Elle peut durer des premières semaines de la naissance jusqu'à l'âge de quatre mois.

26.21 Événement menaçant apparemment la vie

Le code **R68.13, événement menaçant apparemment la vie du nourrisson**, est attribué pour un *apparent life-threatening event* (ALTE)¹³ chez un nouveau-né ou un nourrisson.

En raison de la grande variété de présentations de l'épisode ALTE, les signes et symptômes sont codés comme des diagnostics additionnels dans l'une des circonstances suivantes :

- Lorsqu'**aucun diagnostic confirmé ou aucune cause identifiable** de l'ALTE n'est établi.
- Lorsque **les signes et les symptômes ne font pas partie intégrante la cause confirmée** de l'épisode d'ALTE.
- Lorsque la **documentation des signes et des symptômes fournit des informations supplémentaires sur la cause** de l'ALTE.

13: Un **événement menaçant apparemment la vie du nourrisson** ou *apparent life-threatening event* (ALTE) désigne un épisode qui peut être caractérisé par l'un des signes suivants : apnée, cyanose, modification du tonus musculaire et/ou étouffement ou bâillonnement. On parlait auparavant de syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN) évité, mais ce terme ne doit pas être utilisé car il implique une association entre l'ALTE et le SMSN.

26.22 Vaccination systématique des nouveaux-nés

Les nouveau-nés sont vaccinés peu après la naissance contre l'hépatite B et la varicelle. Lorsque la **nécessité d'une vaccination est indiquée pendant le séjour** du nouveau-né, le code **Z23, contact pour vaccination**, est attribué.

L'ICD-10-CM fournit plusieurs codes dans la catégorie **Z28, vaccination non faite et statut de sous-immunisation**, pour identifier une variété de raisons pour lesquelles un vaccin n'est pas administré.

Exemple

Si la vaccination du nouveau-né n'est pas administrée en raison du refus des parents, il faut attribuer le code **Z28.82, vaccination non faite en raison du refus des soignants**.

Des **codes de procédure** sont nécessaires pour identifier le type de vaccination administrée. Les codes ICD-10-PCS suivants sont disponibles pour coder les vaccinations :

- **3E0134Z** Introduction de sérum, d'anatoxine et de vaccin dans le tissu sous-cutané, voie d'abord percutanée
- **3E0234Z** Introduction de sérum, d'anatoxine et de vaccin dans un muscle, voie d'abord percutanée.

26.23 Surveillance de la santé du nourrisson ou de l'enfant

Les codes de la sous-catégorie **Z00.1, contact pour les examens de santé des nouveau-nés, des nourrissons et des enfants**, concernent les **examens de routine des nourrissons et des enfants lorsqu'aucun problème n'a été identifié**. Les codes de la sous-catégorie **Z00.1** ne sont pas attribués dans le cadre d'une admission à l'hôpital.

Aperçu

- Les **maladies du système circulatoire** sont classés au chapitre 9, *maladies du système circulatoire (I00-I99)*, de l'ICD-10-CM.
- Le **rhumatisme articulaire aigu** est classé avec et sans cardiopathie rhumatismale.
- La **cardiopathie ischémique** est un terme général désignant les affections affectant le myocarde.
 - Les **infarctus du myocarde de type 1** sont classés avec un quatrième caractère pour indiquer la paroi atteinte. Ils sont également classés en fonction de la présence ou non d'un sus-décalage (élévation) du segment ST.
 - Le code du **syndrome de coronaire intermédiaire** comprend une série d'angines.
 - L'**athérosclérose** est l'une des affections incluses dans la catégorie *autres formes de maladies cardiaques*.
- Si un patient est **admis avec un angor stable** (rare), la cause sous-jacente est le diagnostic principal.
- Il existe **deux grandes catégories d'insuffisance cardiaque** : systolique et diastolique. L'insuffisance cardiaque est en outre sous-divisée en insuffisance gauche et droite.
- Le **codage de l'arrêt cardiaque** dépend des circonstances de l'hospitalisation. Il importe peu que le patient soit réanimé ou non.
- Un **anévrisme** est diagnostiqué puis classé en fonction de sa localisation.
 - Parfois, un terme est utilisé pour décrire son **apparence**. Un terme peut également décrire son **étiologie**.
- Les **affections non traumatiques des artères cérébrales** sont codées ensemble. Ces affections comprennent les accidents vasculaires cérébraux.
- L'**hypertension** est codée par type (primaire ou secondaire).
- La **crise hypertensive** peut impliquer une urgence hypertensive ou un état critique.
- L'hypertension peut être **associée** à une cardiopathie, à une maladie rénale chronique ou aux deux.
- Les **procédures thérapeutiques** des troubles circulatoires sont variées et apparaissent tout au long de ce chapitre du manuel.

27.1 Introduction	415
27.2 Cardiopathie rhumatismale	415
27.3 Cardiopathie ischémique	417
Angine de poitrine	417
Infarctus du myocarde	418
Infarctus du myocarde évolutif	422
Complications récentes d'un infarctus aigu du myocarde	423
Autre cardiopathie ischémique aiguë	424
Syndrome post-infarctus du myocarde et angine post-infarctus	424
Cardiopathie ischémique chronique	425
Occlusion totale chronique	427
27.4 Insuffisance cardiaque	428
27.5 Insuffisance cardiaque compensée, décompensée et exacerbée	430
27.6 Tamponnade cardiaque	431
27.7 Cardiomyopathie	431
27.8 Arrêt cardiaque	433
27.9 Anévrisme	434
27.10 Troubles cérébrovasculaires	435
27.11 Hypertension	440
27.12 Cardiopathie hypertensive	442
27.13 Hypertension et néphropathie chronique	443
27.14 Cardiopathie et néphropathie chronique hypertensives	444
27.15 Hypertension avec autres affections	444
Maladie cérébrovasculaire hypertensive	445
Rétinopathie hypertensive	445
27.16 Hypertension compliquant la grossesse, l'accouchement, la puerpéralité	445
27.17 Élévation de la tension artérielle, sans diagnostic d'hypertension	445
27.18 Athérosclérose des extrémités	446
27.19 Hypertension pulmonaire secondaire	447
27.20 Embolie pulmonaire	448
27.21 Embole en selle	449
27.22 Thrombose et thrombophlébite des veines des extrémités	449
27.23 Autres affections circulatoires	450
27.24 Codes Z de statut	451

Objectifs

Les objectifs de ce chapitre sont :

- Le codage des troubles liés au cœur et au reste du système circulatoire.

- Distinguer les différentes affections considérées comme des cardiopathies ischémiques.
- Le codage de l'insuffisance cardiaque par catégorie et par site.
- Le codage d'une variété de procédures impliquant le système circulatoire et le cœur.

27.1 Introduction

Le chapitre 9, *maladies du système circulatoire (I00-I99)* de l'ICD-10-CM classe les **maladies du système circulatoire**, à l'exception de celles qui ont été reclassées au chapitre 15 (maladies obstétricales) ou au chapitre 17 (anomalies congénitales).

Ce chapitre couvre un large éventail d'affections, dont beaucoup sont couramment observées chez les patients admis dans les **hôpitaux de soins aigus**.

Comme il s'agit de troubles complexes et que beaucoup sont liés entre eux, il est particulièrement important d'être attentif à **toutes les instructions**.

27.2 Cardiopathie rhumatismale

La **cardiopathie rhumatismale** est le résultat d'une infection par un streptocoque hémolytique du groupe A.

L'ICD-10-CM distingue le **rhumatisme articulaire aigu avec et sans cardiopathie rhumatismale**

- Le **premier axe** distingue si la **fièvre est aiguë (I00-I02)** ou inactive (quiescente) (**I05-I09**).
- Le **deuxième axe** détermine s'il y a une **atteinte cardiaque**.

Les **cardiopathies rhumatismales chroniques** comprennent les cardiopathies résultant d'une infection rhumatismale antérieurement active. Les **valves cardiaques** sont le plus souvent touchées.

L'ICD-10-CM **présume que** certains troubles de la valve mitrale d'étiologie non spécifiée sont d'origine rhumatismale. Lorsque la liste des diagnostics comprend plus d'une affection affectant les valves mitrales, dont l'une est présumée rhumatismale, toutes sont classées comme rhumatismales.

Exemples

Dans ces exemples, la sténose de la valve mitrale est présumée d'origine rhumatismale, mais pas l'insuffisance de la valve mitrale.

- **I05.0**, Sténose de la valve mitrale
- **I34.0**, Insuffisance de la valve mitrale

Le code combiné présume que les deux troubles sont rhumatismaux parce que la sténose est présumée rhumatismale.

- **I05.2**, Sténose et insuffisance de la valve mitrale

L'ICD-10-CM **présume** qu'une affection touchant à la fois les valves mitrale et aortique est d'origine rhumatismale. Dans le cas contraire, l'affection aortique n'est codée comme rhumatismale que lorsqu'elle est spécifiquement indiquée comme telle.

Exemples

- **I35.1**, Insuffisance de la valve aortique
- **I08.0**, Insuffisance de la valve mitrale avec insuffisance de la valve aortique
- **I35.0**, Sténose de la valve aortique
- **I06.0**, Sténose aortique rhumatismale
- **I08.0**, Sténose mitrale et sténose aortique

L'ICD-10-CM **présume** que l'insuffisance valvulaire et la sténose touchant plusieurs valves sont d'origine rhumatismale.

Exemples

- **I08.3**, Sténose de la valve mitrale, insuffisance aortique et insuffisance tricuspide
- **I08.8** Insuffisance de la valve mitrale, insuffisance aortique, insuffisance tricuspide et insuffisance pulmonaire

L'ICD-10-CM **présume** qu'en présence à la fois d'une sténose de la valve aortique et d'une insuffisance de la valve mitrale, l'affection a une origine rhumatismale. Le code **I08.0, troubles rhumatismaux des valves mitrale et aortique**, est attribué lorsque le prestataire de soins ne précise pas la cause de la valvulopathie.

L'ICD-10-CM **suppose** une origine rhumatismale lorsque la valvulopathie touche plusieurs valves et que la cause n'est pas documentée comme non rhumatismale. La catégorie **I08, valvulopathie multiple**, comprend les valvulopathies multiples spécifiées comme rhumatismales ou non spécifiées. Il s'agit d'une directive internationale par défaut de l'Organisation mondiale de la santé qui doit être respectée.

Un diagnostic d'**insuffisance cardiaque chez un patient atteint d'une cardiopathie rhumatismale** est codé comme suit

- **I09.81, insuffisance cardiaque rhumatismale**, à moins que le prestataire de soins ne précise une autre cause.
- Un code additionnel de la catégorie **I50, Insuffisance cardiaque**, est attribué pour identifier le type d'insuffisance cardiaque.

Attention

Cependant, il ne faut pas présumer que l'**insuffisance cardiaque congestive** est de nature rhumatismale. **À moins que** l'ICD-10-CM n'instruit d'attribuer le code pour une insuffisance cardiaque congestive rhumatismale, il est **inapproprié** d'attribuer un code pour l'insuffisance cardiaque congestive rhumatismale.

Exemple

- **I09.81 + I50.9 + I42.0 + I05.1**, insuffisance cardiaque congestive terminale due à une cardiopathie rhumatismale et à une cardiomyopathie dilatée avec insuffisance de la valve mitrale
- **I50.9 + I08.1 + Z95.2**, insuffisance cardiaque congestive, régurgitation sévère de la valve mitrale, régurgitation de la valve tricuspide et antécédents de sténose de la valve aortique statut post remplacement valvulaire.

27.3 Cardiopathie ischémique

La **cardiopathie ischémique**¹ est classée dans les catégories **I20-I25** comme suit :

- **I20**, Angine de poitrine
- **I21**, Infarctus aigu du myocarde
- **I22**, Infarctus du myocarde à répétition
- **I23**, Complications récentes d'un infarctus aigu du myocarde
- **I24**, Autre cardiopathie ischémique aiguë
- **I25**, Cardiopathie ischémique chronique

Un code additionnel est utilisé pour spécifier l'hypertension (**I10-I16**) lorsqu'elle est présente.

27.3.1 Angine de poitrine

L'**angine de poitrine**² est classée sous la catégorie **I20** :

- L'angine documentée comme *angiospastique*, *Prinzmetal*, *induite par un spasme* ou *variante* est codée avec le code **I20.1, angine de poitrine avec spasme coronaire documenté**.
- L'angine stable, l'angine équivalente, l'angine d'effort et la sténocardie sont codés avec le code **I20.8, autres formes d'angine de poitrine**.
 - Les symptômes associés à l'angine équivalente se voient attribuer des codes additionnels.

Il est peu probable qu'un patient soit admis à l'hôpital pour le traitement d'une **angine de poitrine stable**, sauf dans le but de subir des examens diagnostiques pour déterminer sa cause sous-jacente. Dans ce cas, le code combiné (**I25.1-**) est attribué pour l'angine avec cardiopathie athérosclérotique comme diagnostic principal lorsque la l'angine avec cardiopathie athérosclérotique est la cause sous-jacente.

Le code **I20.0, angine de poitrine instable**, comprend les états documentés comme *angine accélérée*, *angine de novo à l'effort*, *syndrome de coronaire intermédiaire*, *syndrome préinfarctus* ou *angine aggravée à l'effort*. Ces troubles surviennent après un effort moindre que dans l'angine de poitrine ; la douleur est plus sévère et moins facilement soulagée par la nitroglycérine. Sans traitement, l'angine instable évolue souvent vers un infarctus aigu du myocarde.

1: La **cardiopathie ischémique** est le terme général désignant un certain nombre de troubles affectant le myocarde et causés par une diminution de l'apport sanguin au cœur due à une insuffisance coronaire. Cette insuffisance est généralement due à des dépôts de matériel athéromateux dans les parties épicaudiques de l'artère coronaire qui obstruent progressivement ses branches, de sorte que la lumière des artères est partiellement ou totalement obstruée. Les autres termes courants pour désigner les cardiopathies ischémiques sont les suivants : cardiopathie artériosclérotique, ischémie coronaire, maladie des artères coronaires et artériosclérose coronaire (athérosclérose).

2: L'**angine de poitrine** est une manifestation précoce de la cardiopathie ischémique ; cependant, dans de rares cas, elle survient à la suite d'anomalies congénitales des artères coronaires ou d'affections telles que la sténose aortique, l'insuffisance valvulaire, la syphilis aortique ou le phénomène de Raynaud. Elle se caractérise par une douleur thoracique (généralement perçue par le patient comme une sensation d'oppression, de serrement, de pression, d'étouffement ou de brûlure), des brûlures d'estomac ou des gaz, ou un malaise mal défini. La douleur est similaire à celle de l'angine instable, mais elle est moins sévère, plus facile à contrôler et généralement soulagée de manière prévisible par le repos ou l'administration de nitroglycérine. L'angine de poitrine peut être provoquée par toute activité ou situation qui augmente les besoins en oxygène du myocarde, comme l'exercice, la marche face au vent, le froid, la consommation d'un repas copieux, le stress émotionnel ou l'élévation de la tension artérielle. L'angine de poitrine peut également survenir même lorsque le patient est au repos et sans stimulation apparente, par exemple pendant la nuit.

Le code **I20.0** est codé en diagnostic principal uniquement lorsque l'affection sous-jacente n'est pas identifiée et qu'il n'y a pas d'intervention chirurgicale.

Les patients souffrant d'**artériosclérose coronaire sévère et d'angine instable** peuvent être admis pour un pontage cardiaque ou une angioplastie coronaire transluminale percutanée afin de prévenir toute progression vers l'infarctus. Dans ce cas, le code combiné pour l'artériosclérose coronaire avec angor instable (**I25.110**) est codé en diagnostic principal.

Exemple

Un patient est admis pour un angor instable et subit un cathétérisme cardiaque droit et gauche, qui révèle une artériosclérose coronaire. Un pontage coronarien est recommandé, mais le patient estime qu'il a besoin de temps pour y réfléchir et en discuter avec sa famille.

- Pour cette admission, l'artériosclérose coronaire avec angor instable (**I25.110**) est le diagnostic principal.

Exemple

Une patiente est admise avec un angor instable et un antécédent d'infarctus du myocarde il y a cinq ans. Elle est traitée avec de la nitroglycérine par voie intraveineuse, et l'angine disparaît à la fin du premier jour d'hospitalisation. Aucune autre complication n'est notée, et aucun examen diagnostique additionnel n'est effectué.

- Dans ce cas, l'angine instable (**I20.0**) est le diagnostic principal.
- Le code **I25.2** est également codé pour spécifier l'ancien infarctus du myocarde.

27.3.2 Infarctus du myocarde

L'*American College of Cardiology* et l'*American Heart Association* classent l'**infarctus du myocarde (IM) aigu** en cinq types. En l'absence d'information sur le type d'infarctus, le type 1³ est retenu par défaut.

Type 1

Un **infarctus spécifié comme aigu ou d'une durée de 4 semaines (28 jours) ou moins depuis le début** est classé dans la catégorie **I21, infarctus du myocarde avec sus-décalage du segment ST (STEMI) et sans sus-décalage du segment ST (NSTEMI)**, avec un quatrième caractère indiquant la paroi cardiaque impliquée (par exemple paroi antérolatérale ou paroi inférieure).

Les codes **I21.0-** à **I21.2-** comportent également un **cinquième caractère** pour indiquer l'**artère coronaire** atteinte (par exemple, l'artère coronaire principale gauche).

3: Un **infarctus du myocarde spontané de type 1** est un état ischémique aigu qui apparaît habituellement après une ischémie myocardique prolongée. Il est généralement précipité par une thrombose coronaire occlusive au niveau d'une sténose artériosclérotique existante. Bien que la cardiopathie ischémique soit un trouble progressif, elle est souvent silencieuse pendant de longues périodes sans manifestation clinique, puis elle peut apparaître soudainement sous une forme aiguë sans qu'aucun symptôme intermédiaire n'ait été ressenti.

Les codes **I21.0- à I21.3** identifient les **infarctus transmuraux de type 1**; le code **I21.4** identifie les infarctus sous-endocardiques de type 1 qui ne s'étendent pas sur toute l'épaisseur de la paroi myocardique.

Les **documentations diagnostiques** ne mentionnent pas toujours la paroi affectée, mais cette information peut presque toujours être trouvée dans le rapport électrocardiographique.

Le code **I21.3**, comprend un infarctus du myocarde avec sus-décalage du segment ST de type 1 de site non spécifié. Le code **I21.3 ne peut être codé que si aucune information concernant le site n'est documentée dans le dossier patient**. Si seul un infarctus du myocarde avec sus-décalage du segment ST ou un infarctus transmural sans site est documenté, il faut demander le prestataire de soins de spécifier et documenter le site, sinon le code **I21.3** doit être attribué.

Les infarctus de myocarde de type 1 peuvent également être classés selon qu'il y a un **sus-décalage du segment ST** :

- Les infarctus de myocarde de type 1 **avec sus-décalage du segment ST (STEMI)** sont codés avec les codes **I21.0- à I21.3**.
- Les infarctus de myocarde de type 1 **sans sus-décalage du segment ST (NSTEMI)** sont codés avec le code **I21.4**.

Le STEMI et le NSTEMI partagent la **même physiopathologie**, et les deux sont considérés comme des infarctus de myocarde de type 1.

S'il n'existe **pas de documentation concernant la présence ou non d'un sus-décalage du segment ST, ou concernant le site de l'infarctus**, il faut attribuer le code **I21.9, infarctus aigu du myocarde, non spécifié**.

Si un infarctus est **documenté comme nontransmural ou sous-endocardique, et que le site est spécifié**, il est toujours codé comme un infarctus sous-endocardique.

~~Les infarctus aigus spécifiés par le site (à l'exception des infarctus sous-endocardiques ou non transmuraux), et non documentés comme STEMI ou NSTEMI, sont codés comme STEMI aigus par le site.~~

Si un NSTEMI de type 1 évolue vers un STEMI, il faut attribuer le code STEMI.

Si un STEMI se transforme en NSTEMI en raison d'un traitement thrombolytique, il faut attribuer le code STEMI.

Attention

Ces codes sont utilisés pour les infarctus aigus **documentés** et ne doivent pas être codés sur base des résultats anormaux des électrocardiogrammes (EKG) d'élévation du segment ST.

Type 2

Le code **I21.A1, infarctus du myocarde de type 2⁴**, est attribué pour un **infarctus du myocarde aigu de type 2**.

La **cause sous-jacente**, comme l'anémie, une maladie pulmonaire obstructive chronique, une tachycardie paroxystique, etc., doit être codé en premier.

4: Un **infarctus du myocarde aigu de type 2** peut survenir à la suite d'un stress cardiaque dû à d'autres causes (c'est-à-dire une ischémie de demande ou un déséquilibre ischémique, résultant d'une inadéquation entre l'offre et la demande), sans rupture de plaque athérosclérotique, mais avec une nécrose myocardique.

Type 3

Dans le cas d'un **infarctus du myocarde de type 3**, il s'agit d'une étiologie cardiaque présumée sans que des biomarqueurs cardiaques aient été confirmés.

Type 4

Les **infarctus du myocarde associés à des procédures de revascularisation** sont classés en **infarctus de type 4** et de **type 5**.

L'**infarctus du myocarde de type 4** survient dans le contexte d'une intervention coronarienne percutanée et/ou de l'implantation d'un stent.

Il existe des **sous-classifications** d'infarctus du myocarde de type 4 (par exemple, 4a, 4b et 4c) qui reflètent les différents contextes dans lesquels les biomarqueurs peuvent devenir positifs dans les procédures d'intervention coronarienne percutanée.

Type 5

L'**infarctus du myocarde de type 5** est lié à un pontage aorto-coronarien.

Le code **I21.A9, autre type d'infarctus du myocarde**, est attribué pour les infarctus du myocarde de type 3, 4a, 4b, 4c et 5.

Si l'**infarctus du myocarde de type 4 ou 5 est postprocédural après une chirurgie cardiaque**, il faut d'abord attribuer, le cas échéant, le code **I97.190, autres troubles fonctionnels cardiaques postprocéduraux après une chirurgie cardiaque**.

Lorsque l'**infarctus répond aux critères d'un diagnostic à coder**, les codes de la catégorie **I21** peuvent continuer à être codés pour une durée de quatre semaines (28 jours) ou moins à partir du début.

- Si après le délai de quatre semaines la patient nécessite des soins continus liés à l'infarctus du myocarde, il faut attribuer le code de soins de suivi approprié, plutôt qu'un code de la catégorie **I21**.
- Si après le délai de quatre semaines la patient ne nécessite plus de soins continus liés à l'infarctus du myocarde, il faut attribuer le code **I25.2, ancien infarctus du myocarde**, pour un infarctus ancien ou guéri ne nécessitant plus de soins additionnels.

Le code **R79.89, autres résultats anormaux spécifiés de la chimie du sang**, est codé pour un test de troponine anormal⁵ sans diagnostic d'infarctus aigu du myocarde.

Lorsqu'un patient présente un **nouvel infarctus de type 1** dans les quatre semaines suivant un **infarctus aigu de type 1**, un code de la catégorie **I22, infarctus du myocarde à répétition avec (STEMI) ou sans (NSTEMI) sus-décalage du segment ST**, doit être codé conjointement avec un code de la catégorie **I21**. La séquence des codes **I21** et **I22** dépend des circonstances de l'admission.

5: Les **troponines** sont des protéines présentes dans les fibres musculaires squelettiques et cardiaques qui régulent la contraction musculaire. Les **tests de troponine** mesurent le niveau de troponine spécifique au cœur dans le sang pour évaluer si un patient a subi un infarctus aigu.

Si un infarctus du myocarde ultérieur d'un type donné survient dans les quatre semaines suivant un infarctus du myocarde d'un type différent, il faut attribuer les codes appropriés de la catégorie I21 pour identifier chaque type. Un code de la catégorie I22 ne doit pas être codé dans ce cas.

Les codes de la catégorie I22 ne doivent être attribués que si l'infarctus du myocarde initial et l'infarctus du myocarde subséquent sont de type 1 ou non spécifié.

Les infarctus subséquents de type 2, 4 ou 5 sont codés par type plutôt qu'en utilisant les codes de la catégorie I22.

La figure 27.1 présente un arbre de décision pour un patient admis pour un infarctus du myocarde aigu de type 1.

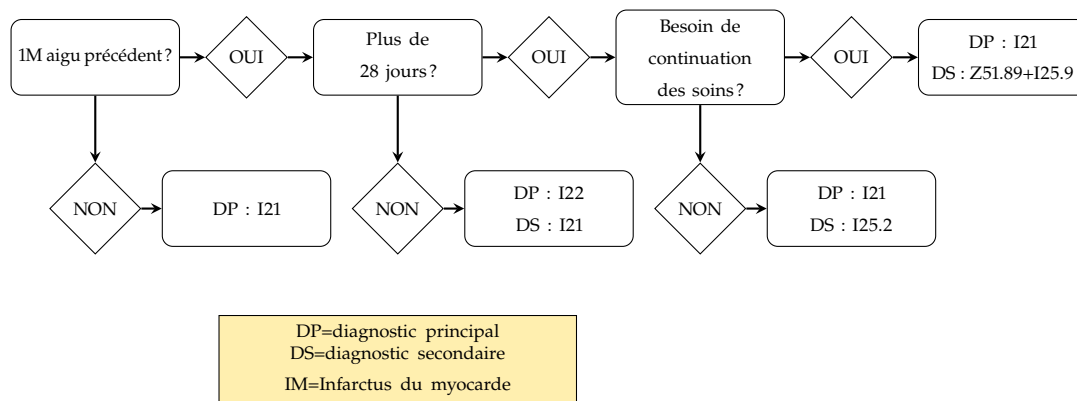


FIGURE 27.1 – Arbre de décision pour un patient admis pour un infarctus du myocarde aigu de type 1.

La figure présente un arbre de décision pour un patient admis pour une affection autre qu'un infarctus du myocarde aigu et qui subit un infarctus du myocarde aigu pendant cette admission.

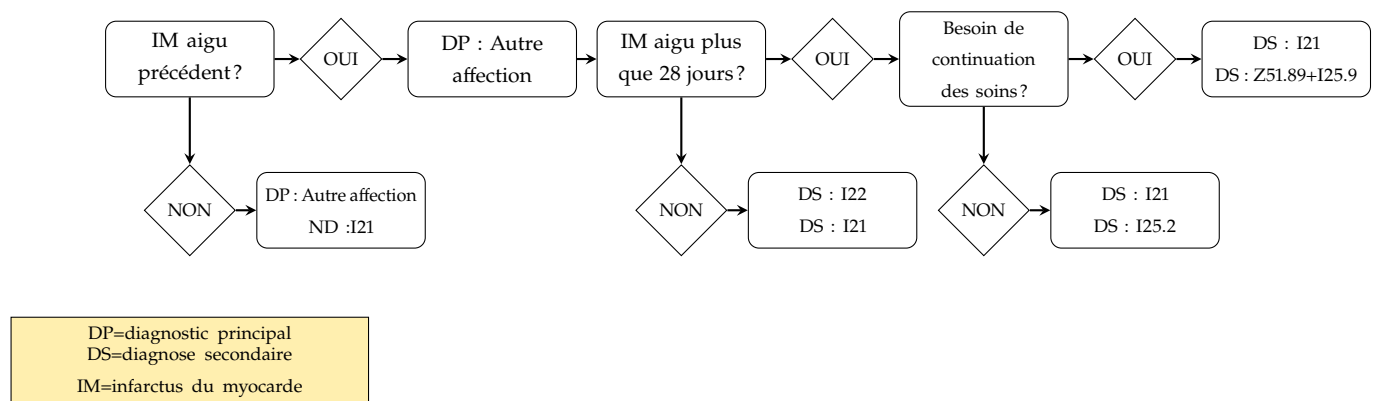


FIGURE 27.2 – Arbre de décision pour un patient admis pour une affection autre qu'un infarctus du myocarde aigu.

Voici des exemples illustrant la séquence des codes d'infarctus du myocarde aiguë de type 1.

Exemple

Un patient est admis à l'hôpital en raison d'un infarctus aigu et subit un infarctus aigu subséquent dans les quatre semaines alors qu'il est encore à l'hôpital.

- Le code **I21.-** est codé en diagnostic principal comme raison de l'admission
- Le code **I22.-** est codé en diagnostic secondaire.

Exemple

Un patient souffre d'un infarctus aigu subséquent après sa sortie de l'hôpital pour les soins d'un infarctus aigu initial survenu 18 jours plus tôt.

- Le code **I22** doit être codé en diagnostic principal.
- Le code **I21** est codé en diagnostic secondaire.

Un code **I21** doit accompagner un code **I22** pour identifier le site de l'infarctus aigu initial et indiquer que l'infarctus aigu initial est toujours dans le délai de quatre semaines.

Les directives pour attribuer le code correct de la catégorie **I22** sont les mêmes que pour l'infarctus du myocarde initial.

Les patients atteints d'un infarctus du myocarde aigu présentent parfois une **hypotension post-infarctus associée**. Dans cette situation, le code pour l'infarctus du myocarde aigu est codé en diagnostic principal, avec un code additionnel de **I95.89, autre hypotension**.

Pour les infarctus du myocarde aigus et les infarctus du myocarde subséquents, des codes additionnels peuvent être codés pour identifier les **facteurs de risque**, tels que les suivants :

- **Z77.22**, Exposition à la fumée de tabac
- **Z87.891**, Antécédents de dépendance à la nicotine
- **Z57.31**, Exposition professionnelle à la fumée de tabac
- **F17.-**, Dépendance à la nicotine
- **Z72.0**, Tabagisme

27.3.3 Infarctus du myocarde évolutif

Un **infarctus du myocarde évolutif** précipite parfois une insuffisance ventriculaire droite qui évolue vers une insuffisance cardiaque congestive. Le patient peut alors être admis en raison de cet état précurseur, qui évolue ensuite vers un infarctus aigu du myocarde.

Après étude, le **diagnostic principal** dans cette situation est l'infarctus, avec un code additionnel attribué pour l'insuffisance cardiaque. Des codes additionnels doivent également être attribués pour toute mention de **choc cardiogénique, d'arythmie ventriculaire et de fibrillation**.

Exemple

I21.09 + I50.9 + I49.01, insuffisance cardiaque congestive avec infarctus aigu du myocarde **de type STEMI** de la paroi antérolatérale avec fibrillation ventriculaire

Si l'infarctus est documenté comme *ancien ou guéri*, il faut examiner le dossier patient pour déterminer si l'infarctus est réellement ancien et/ou guéri ou si le diagnostic fait référence à un infarctus plus récent encore en cours de traitement.

Un diagnostic d'**ancien infarctus du myocarde** est généralement posé sur la base de résultats électrocardiographiques ou d'une autre investigation chez un patient qui ne présente pas de symptômes.

Le code **I25.2, ancien infarctus du myocarde**, est essentiellement un **code d'antécédents**, même s'il n'est pas inclus dans le chapitre des codes Z de l'ICD-10-CM. Il ne doit pas être attribué en cas de cardiopathie ischémique actuelle et ne doit être attribué comme code additionnel que lorsqu'il est pertinent pour l'admission en cours.

27.3.4 Complications récentes d'un infarctus aigu du myocarde

L'ICD-10-CM fournit des codes dans la catégorie **I23** pour coder les complications récentes à la suite d'un infarctus aigu du myocarde qui surviennent dans la période de 28 jours :

- **I23.0**, Hémopéricarde
- **I23.1**, Communication interauriculaire
- **I23.2**, Communication interventriculaire
- **I23.3**, Rupture de la paroi cardiaque sans hémopéricarde
- **I23.4**, Rupture des cordes tendineuses
- **I23.5**, Rupture du muscle papillaire
- **I23.6**, Thrombose de l'oreillette, de l'auricule et du ventricule
- **I23.7**, Angine de poitrine après infarctus
- **I23.8**, Autres complications récentes

Un code de la catégorie **I23** doit être utilisé **conjointement** avec un code de la catégorie **I21** ou de la catégorie **I22**.

Le séquençage du code de la catégorie **I23** dépendra des circonstances de l'admission, comme suit :

- Si la **complication de l'infarctus du myocarde est la raison de l'admission**, le code **I23** doit être séquencé en premier.
- Si la **complication de l'infarctus survient au cours de l'admission** pour l'infarctus, le code **I23** doit être séquencé après le code **I21** ou le code **I22**.

27.3.5 Autre cardiopathie ischémique aiguë

Un diagnostic de **cardiopathie ischémique aiguë** ou d'ischémie myocardique aiguë n'indique pas toujours un infarctus. Il est souvent possible de prévenir l'infarctus par la chirurgie et/ou l'utilisation d'agents thrombolytiques si le patient est traité rapidement.

En cas d'**occlusion ou de thrombose de l'artère sans infarctus**, le code **I24.0, thrombose coronaire aiguë n'entraînant pas d'infarctus du myocarde**, est codé.

Le code **I24.8, autres formes de cardiopathie ischémique aiguë**, comprend l'**insuffisance coronaire** et l'**ischémie sous-endocardique**.

Si le patient est admis pour le **traitement d'un infarctus aigu du myocarde de type 2 causé par une ischémie de demande**, le code **I21.A1, infarctus du myocarde de type 2**, plutôt que le code **I24.8**.

Le code **I51.89, autres cardiopathies mal définies**, est codé pour les **lésions myocardiques non traumatiques qui ne sont pas spécifiées comme un infarctus aigu du myocarde**.

27.3.6 Syndrome post-infarctus du myocarde et angine post-infarctus

Les patients ayant subi un infarctus aigu du myocarde présentent parfois un **syndrome post-infarctus du myocarde**⁶ (**I24.1**).

- Les codes de la catégorie **I20, angine de poitrine**, ou de la catégorie **I30, péricardite aiguë**, ne peuvent pas être codés ensemble avec les codes de la catégorie **I24**.

Les patients ayant subi un infarctus aigu du myocarde peuvent également présenter une angine décrite comme une **angine post-infarctus** (**I23.7**).

- Les codes de la catégorie **I20, angine de poitrine**, ne peuvent pas être utilisés avec le code **I23.7, angine post-infarctus**.
- Les codes de la catégorie **I23** doivent être utilisés conjointement avec un code de la catégorie **I21** ou de la catégorie **I22** pour identifier l'infarctus du myocarde aigu ou subséquent. Le séquençage dépend des circonstances de l'admission.

L'**angine post-infarctus en combinaison avec l'athérosclérose** est une autre forme d'angine et est codée **I25.118**.

- Il n'est pas permis de coder le code **I25.10, cardiopathie athérosclérotique de l'artère coronaire native sans angine de poitrine**, parce que l'angine post-infarctus est présente.

6: Le **syndrome post-infarctus du myocarde**, également appelé syndrome de Dressler, est une péricardite caractérisée par de la fièvre, une leucocytose, une pleurésie, un épanchement pleural, des douleurs articulaires et parfois une pneumonie.

Exemple

Un patient avec une maladie coronarienne athérosclérotique connue qui présente un infarctus du myocarde aigu sans élévation du segment ST se développe par la suite en une angine post-infarctus.

- Le code **I21.4, infarctus du myocarde sans sus-décalage du segment ST (NSTEMI)**, est codé en diagnostic principal.

- Le code **I23.7, angine post-infarctus**, et le code **I25.118, cardiopathie athérosclérotique de l'artère coronaire native avec autres formes d'angine de poitrine**, sont codés en diagnostics secondaires.

27.3.7 Cardiopathie ischémique chronique

La catégorie **I25, cardiopathie ischémique chronique**, comprend des affections telles que l'athérosclérose coronaire, l'infarctus du myocarde ancien, la dissection de l'artère coronaire, l'insuffisance coronaire chronique, l'ischémie du myocarde et l'anévrisme du cœur.

Les diagnostics de **maladie coronarienne ou de cardiopathie coronarienne sans autre spécification sont trop vagues pour être codés avec précision** ; il faut demander au prestataire de soins de documenter un diagnostic plus spécifique.

Le code **I25.9, cardiopathie ischémique chronique, non spécifiée**, se présente **rarement** en milieu hospitalier aigu.

La sous-catégorie **I25.1-, cardiopathie athérosclérotique de l'artère coronaire native**, comprend les affections documentées comme *maladie cardiovasculaire athérosclérotique, athérome coronaire (artère), maladie de l'artère coronaire et sclérose de l'artère coronaire*.

- Le **cinquième caractère** indique la présence ou l'absence d'angine de poitrine
- Le **sixième caractère** précisant le type d'angine (instable, avec spasme documenté, autre ou non spécifié).

L'ICD-10-CM dispose de **codes combinés pour les cardiopathies athérosclérotiques avec angine de poitrine**, qui sont inclus dans les sous-catégories **I25.11** et **I25.7**. Un code additionnel pour l'angine de poitrine n'est pas codé lorsque ces codes combinés sont utilisés.

On peut supposer une **relation de cause à effet** chez un patient présentant à la fois une athérosclérose et une angine de poitrine, **sauf** si la documentation indique que l'angine est due à une affection autre que l'athérosclérose.

Si un patient atteint d'une maladie coronarienne est admis en raison d'un infarctus aigu du myocarde, l'infarctus aigu doit être codé en premier, suivi par le code de la maladie coronarienne.

La sous-catégorie **I25.7, athérosclérose du ou des greffons coronariens et de l'artère coronaire du cœur transplanté avec angine de poitrine**, comprend

- un **cinquième caractère** pour fournir des informations additionnelles sur le type de greffon (non spécifié, veine autologue, artère autologue, greffon coronarien biologique non autologue, artère native du cœur transplanté, greffon de l'artère coronaire du cœur transplanté).
- Un **sixième caractère** précise le type d'angine de poitrine (instable, avec spasme documenté, autre, ou non spécifié).

Pour l'**athérosclérose d'autres vaisseaux coronaires sans angine de poitrine**, les codes de **I25.81-** sont codés. Le **sixième caractère** indique le type d'artère coronaire (pontage, artère native du cœur transplanté ou pontage du cœur transplanté).

L'**athérosclérose des artères coronaires natives et des greffons de pontage** est classée comme suit :

- **I25.10**
 - Artère coronaire native sans angine de poitrine
 - Type de vaisseau non spécifié, natif ou greffon
- **I25.710**, Pontage avec greffon veineux autologue avec angine instable
- **I25.810**
 - Pontage avec greffon biologique non autologue sans angine de poitrine
 - Pontage avec greffon artériel, y compris l'artère mammaire interne
 - Pontage avec greffon, non spécifié
- **I25.750**, Artère coronaire native d'un cœur transplanté avec angor instable
- **I25.812**, Pontage avec greffon (artère) (veine) d'un cœur transplanté

Les prestataires de soins incluent rarement des informations concernant le type de greffon dans la liste des diagnostics, mais elles sont presque toujours disponibles dans le dossier patient.

Si le dossier patient indique clairement qu'il n'y a pas eu de pontage avec greffon chirurgical antérieur, un code de la sous-catégorie **I25.1, cardiopathie athérosclérotique de l'artère coronaire native**, peut être attribué.

Pour une athérosclérose d'un pontage avec greffon antérieur et pour laquelle on dispose d'information indiquant le matériau utilisé pour le pontage, il faut attribuer un code de **I25.70-** à **I25.73-**, **I25.79-**, ou **I25.810**.

Notez que...

L'athérosclérose d'un vaisseau ponté n'est pas codée comme une complication postopératoire.

Lorsque l'**athérosclérose d'une artère coronaire native dans un cœur transplanté** est documentée dans la liste des diagnostics, le code **I25.75-** ou **I25.811** est attribué.

Le code **I25.76-** ou le code **I25.812** est attribué pour identifier l'**athérosclérose d'un pontage avec greffon dans un cœur transplanté**.

27.3.8 Occlusion totale chronique

Une **occlusion totale chronique**⁷ d'une artère coronaire (**I25.82**) implique une obstruction complète d'une artère coronaire présente depuis un certain temps (par exemple, des mois ou des années).

Le code **I25.82** doit être codé comme un code additionnel si l'athérosclérose coronaire (série de codes **I25.1-**, **I25.7-**, **I25.81-**) est présente avec une occlusion totale chronique d'une artère coronaire.

Attention

Une note *Excludes1* explique que le code **I25.82** ne doit pas être attribué si le **patient est également diagnostiqué avec une occlusion coronaire aiguë ou un infarctus du myocarde aigu**. Cependant, les deux affections peuvent être codées lorsque la lésion responsable de l'infarctus du myocarde (**I21.-**, **I22.-**) se situe dans un vaisseau différent de celui où se situe l'occlusion chronique totale. **Il s'agit d'une exception à la note Excludes1.**

7: L'**occlusion totale chronique** se développe lorsque la plaque s'accumule dans l'artère, entraînant une réduction substantielle du flux sanguin et le développement d'un flux sanguin collatéral. Bien que des collatérales bien développées ne compensent pas complètement la diminution du flux sanguin, elles contribuent à préserver la viabilité du myocarde et à prévenir l'ischémie de repos. Les patients souffrant d'une occlusion totale chronique qui présentent une modification de l'état angineux directement liée à l'activité physique ont un risque accru d'infarctus du myocarde ou de décès. L'occlusion totale chronique d'une artère coronaire peut être traitée par angioplastie (procédure de base *Dilation*) ou par la mise en place d'un stent, généralement un stent à élution médicamenteuse. Ces types d'obstructions sont plus résistants au passage d'un fil-guide et sont plus difficiles à traiter que les autres types de sténoses coronaires. Des méthodes avancées de traitement ont été développées pour traiter spécifiquement les occlusions coronaires totales chroniques.

Le code **I25.83**, **athérosclérose coronaire due à une plaque riche en lipides**, décrit l'**athérosclérose coronaire avec la composition exacte de la plaque athérosclérotique**. La présence d'une plaque athérosclérotique riche en lipides peut précipiter une affection coronarienne aiguë. L'identification de la plaque comme étant riche en lipides ou non est cliniquement significative car cette information peut aider les cardiologues interventionnels à déterminer le traitement approprié (c'est-à-dire stent à élution médicamenteuse ou stent sans élution médicamenteuse). La spectroscopie proche infrarouge (**8E023DZ**) est un nouvel outil de diagnostic intravasculaire qui peut détecter et différencier les plaques d'athérome riches en lipides.

Lorsque le prestataire de soins documente une plaque riche en lipides, le code approprié pour l'athérosclérose coronaire (**I25.1-**, **I25.7-**, **I25.81-**) doit être codé en premier, suivi du code **I25.83**.

Le code **I25.84**, **athérosclérose coronaire due à une lésion coronaire calcifiée**, est utilisé pour **différencier les lésions coronaires calcifiées des autres lésions coronaires ischémiques**. Les dépôts de calcium dans ces types de lésions constituent un obstacle rigide qui peut entraîner un risque accru de complications, telles qu'une expansion inadéquate du stent, une thrombose aiguë du stent et une resténose, lorsqu'elles sont traitées par angioplastie avec mise en place de stent. Lors du codage d'une lésion coronaire calcifiée, il faut d'abord coder le code d'athérosclérose coronaire approprié (**I25.1-**, **I25.7-**, **I25.81-**), suivi par le code **I25.84**.

27.4 Insuffisance cardiaque

Tous les codes d'**insuffisance cardiaque**⁸ incluent tout **œdème pulmonaire associé**; par conséquent, aucun code additionnelle n'est attribué pour cet œdème.

Un **diagnostic d'œdème pulmonaire aigu en l'absence de maladie cardiaque sous-jacente** est codé avec les affections affectant le système respiratoire.⁹

Il existe **deux grandes catégories d'insuffisance cardiaque** :

- L'**insuffisance cardiaque systolique (I50.2-)**
 - survient lorsque la capacité du cœur à se contracter diminue.
 - **est aussi connue sous les termes contemporains d'insuffisance cardiaque à fraction d'éjection réduite (HFrEF), d'insuffisance cardiaque à faible fraction d'éjection et d'insuffisance cardiaque à fonction systolique réduite.**
- L'**insuffisance cardiaque diastolique (I50.3-)**
 - survient lorsque le cœur a du mal à se détendre entre les contractions (diastole) pour permettre à suffisamment de sang de pénétrer dans les ventricules.
 - **est aussi connue sous le terme plus contemporain d'insuffisance cardiaque à fraction d'éjection préservée (HFpEF).**
- L'HFpEF et l'HFrEF peuvent être spécifiées comme aiguës ou chroniques.

Lorsque le prestataire de soins a **documenté l'HFpEF, l'HFrEF ou d'autres termes similaires**, le diagnostic peut être interprété comme étant une insuffisance cardiaque diastolique ou une insuffisance cardiaque systolique, respectivement ou une combinaison d'insuffisance cardiaque diastolique et systolique, le cas échéant. Ces nouveaux termes ont maintenant été incorporés comme **termes d'inclusion** sous les codes ICD-10-CM respectifs.

L'**insuffisance cardiaque combinée systolique (congestive) et diastolique (congestive)** se voit attribuer le code **I50.4-**. Les **cinquièmes caractères** précisent en outre si l'insuffisance cardiaque est non spécifiée, aiguë, chronique ou aiguë sur chronique.

Les **autres classifications de l'insuffisance cardiaque** comprennent :

- insuffisance cardiaque droite, non spécifiée (**I50.810**)
- insuffisance cardiaque droite aiguë (**I50.811**)
- insuffisance cardiaque droite chronique (**I50.812**)
- insuffisance cardiaque droite aiguë sur chronique (**I50.813**)
- insuffisance cardiaque droite secondaire à une insuffisance cardiaque gauche (**I50.814**)
- insuffisance cardiaque biventriculaire (**I50.82**)
- insuffisance cardiaque à haut débit (**I50.83**)
- insuffisance cardiaque terminale (**I50.84**)
- autre insuffisance cardiaque (**I50.89**)
- insuffisance cardiaque non spécifiée (**I50.9**).

8: L'**insuffisance cardiaque** survient lorsqu'une anomalie de la fonction cardiaque entraîne l'incapacité du cœur à pomper le sang à un rythme correspondant aux besoins de l'organisme ou la capacité de le faire uniquement à partir d'une pression de remplissage anormale. Cette diminution de l'apport sanguin aux tissus de l'organisme entraîne la non-satisfaction des besoins en oxygène ainsi que d'autres besoins métaboliques. Il en résulte une congestion circulatoire pulmonaire et/ou systémique et une réduction du débit cardiaque. Les causes précipitantes de l'insuffisance cardiaque comprennent les arythmies cardiaques, l'embolie pulmonaire, les infections, l'anémie, la thyrotoxicose, la myocardite, l'endocardite, l'hypertension et l'infarctus du myocarde.

9: Voir le chapitre 18 de ce manuel pour plus d'informations sur le système respiratoire.

Les termes *insuffisance cardiaque congestive* et *insuffisance cardiaque* sont souvent utilisés à tort de manière interchangeable. La **congestion**¹⁰ est une des caractéristiques de l'insuffisance cardiaque, mais elle ne se produit pas chez tous les patients.

10: Une **congestion** est une accumulation de liquide pulmonaire ou systémique.

L'insuffisance cardiaque congestive est incluse dans les codes d'insuffisance cardiaque systolique et diastolique :

- Lorsque la liste des diagnostics mentionne l'**insuffisance cardiaque congestive avec l'insuffisance cardiaque systolique ou diastolique**, seul le code correspondant au type d'insuffisance cardiaque est attribué : diastolique et/ou systolique.
- Lorsque la liste des diagnostics mentionne l'insuffisance cardiaque congestive sans autre spécification, elle est codée dans la catégorie **I50.9, insuffisance cardiaque, non spécifiée**.

Un dysfonctionnement cardiaque sans mention d'insuffisance cardiaque est codé avec le code **I51.89, autres maladies cardiaques mal définies**.

Il n'est pas approprié de supposer qu'un patient est en insuffisance cardiaque lorsque seule une *dysfonction diastolique* ou une *dysfonction systolique* est documentée.

- Lorsque le prestataire de soins a **documenté un lien entre la dysfonction diastolique ou systolique et l'insuffisance cardiaque aiguë ou chronique**, celle-ci doit être codée comme insuffisance cardiaque diastolique ou systolique aiguë/chronique.
 - Par exemple, le code **I50.31, insuffisance cardiaque diastolique aiguë (congestive)**, est documenté lorsque le prestataire de soins associe l'insuffisance cardiaque aiguë à une dysfonction diastolique.
- S'il n'y a pas de documentation du prestataire de soins reliant les deux affections, il faut attribuer le code **I50.9, insuffisance cardiaque, non spécifiée**.

L'insuffisance cardiaque est différenciée cliniquement selon que le ventricule droit ou gauche est atteint :

- **L'insuffisance cardiaque gauche (insuffisance ventriculaire gauche)** est due à l'accumulation d'un excès de liquide derrière le ventricule gauche.
 - Le code **I50.1, insuffisance ventriculaire gauche**, comprend des affections associées telles que la dyspnée, l'orthopnée, le bronchospasme, l'asthme cardiaque, l'œdème du poumon avec maladie cardiaque, l'œdème du poumon avec insuffisance cardiaque, l'insuffisance cardiaque gauche, l'œdème pulmonaire avec maladie cardiaque et l'œdème pulmonaire avec insuffisance cardiaque ; par conséquent, aucun code additionnel n'est attribué pour ces affections.
- **L'insuffisance cardiaque droite (insuffisance ventriculaire droite)** succède habituellement l'insuffisance du côté gauche.
 - Le code **I50.814** est attribué à **l'insuffisance cardiaque droite due à l'insuffisance cardiaque gauche**. Ce code inclut toute insuffisance du côté gauche qui est présente ; par conséquent, seul le code **I50.814** est requis.

- Il faut également coder le type d'insuffisance ventriculaire gauche, s'il est connu (**I50.2-I50.43**).
- L'**insuffisance cardiaque, non spécifiée**, est codée sous **I50.9**. Cependant, comme **I50.9** est un code vague, il faut s'efforcer de déterminer si un code de la série **I50.1 à I50.8-** est plus approprié.

Les prestataires de soins peuvent occasionnellement documenter une **insuffisance cardiaque de stade A**¹¹.

- Le code **Z91.89, autres facteurs de risque personnels spécifiés, non classés ailleurs**, est attribué pour rendre compte du risque accru.
- Si d'autres affections et/ou facteurs influencent le risque - comme l'hypertension, la coronaropathie, la valvulopathie, etc. -, il faut attribuer des codes additionnels pour ces affections.

11: L'American Heart Association définit l'**insuffisance cardiaque de stade A** comme la présence de facteurs de risque d'insuffisance cardiaque, mais sans maladie cardiaque et sans symptômes. (Bien que présentant un risque de développer cette affection, ces patients ne souffrent pas d'insuffisance cardiaque).

27.5 Insuffisance cardiaque compensée, décompensée et exacerbée

La codage d'une insuffisance cardiaque **n'est pas affectée par l'utilisation des termes** *insuffisance cardiaque compensée*¹² ou *insuffisance cardiaque décompensée*¹³; le code correspondant au type d'insuffisance cardiaque est attribué.

Une **exacerbation aiguë**¹⁴ d'une affection chronique (telle qu'une insuffisance cardiaque) est codée comme **aiguë sur chronique**.

Un patient ayant des antécédents connus d'insuffisance cardiaque congestive est admis pour une exacerbation d'insuffisance cardiaque congestive diastolique.

- Le code **I50.33, insuffisance cardiaque diastolique (congestive) aiguë sur chronique**, est attribué.

12: En cas d'insuffisance cardiaque, le muscle cardiaque développe généralement des mécanismes compensatoires tels qu'une hypertrophie cardiaque, une augmentation de la tension artérielle, une dilatation ventriculaire ou une augmentation de la force de contraction. Lorsque des mécanismes compensatoires se développent, l'insuffisance cardiaque peut être décrite comme **compensée**, permettant une fonction quasi-normale.

13: Lorsque ces mécanismes compensatoires ne peuvent plus répondre à l'augmentation de la charge de travail, il en résulte une décompensation de la fonction cardiaque; cette situation est souvent décrite comme une insuffisance cardiaque **décompensée**.

14: Une **exacerbation** est une augmentation de la sévérité d'une maladie ou de l'un de ses symptômes. Les termes *exacerbé* et *décompensé* indiquent qu'il y a eu une flambée (phase aiguë) d'une maladie chronique.

Maladie cardiaque hypertensive et insuffisance cardiaque

La **maladie cardiaque hypertensive (avec ou sans insuffisance cardiaque)** est classée dans la catégorie **I11**, avec un code de la catégorie **I50** pour identifier le type d'insuffisance cardiaque (si présent) comme diagnostic additionnel.

En cas de **maladie rénale chronique (N18.-) ou de rein scléreux non spécifié (N26.-)** due à l'hypertension ou à l'artériosclérose du rein, à la néphrite artériosclérotique, à la néphropathie hypertensive ou à la néphrosclérose :

- un code de la catégorie **I12** est attribué.
- le code approprié de **N18.1-N18.6** ou **N18.9** est additionnellement codé pour identifier le **stade de la maladie rénale chronique**.

En cas de **cardiopathie hypertensive et de néphropathie chronique hypertensive**, un code de la catégorie **I13** est codé.

- La catégorie **I13** fournit différents codes pour indiquer une **cardiopathie hypertensive et une maladie rénale chronique avec ou sans insuffisance cardiaque**, ainsi que le **stade** de la maladie rénale chronique.
- Lorsqu'on code un code de la catégorie **I13**, il faut également coder un code de la catégorie **I50** pour identifier le type d'insuffisance cardiaque (si elle est présente) et un code de **N18.1-N18.6** ou **N18.9** pour identifier le **stade** de la maladie rénale chronique.

Lorsqu'une **crise hypertensive, telle qu'une urgence hypertensive relative (*hypertensive urgency*) ou une urgence hypertensive absolue (*hypertensive emergency*)**, est documentée en même temps qu'une **cardiopathie hypertensive ou une maladie rénale chronique ou une combinaison des deux maladies**, un code de la catégorie **I16, crise hypertensive**, est codé ainsi qu'un code des catégories **I11, I12**, ou **I13**.

De plus amples informations sur la classification de l'hypertension et des autres affections associées sont fournies plus loin dans ce chapitre.

27.6 Tamponnade cardiaque

La cause sous-jacente d'une **tamponnade cardiaque**¹⁵ doit être codée en premier, suivie du code **I31.4**.

Le **traitement** d'une tamponnade cardiaque peut être accompli :

- par une **péricardiocentèse** (procédure de base *Drainage*, partie du corps *Pericardial Cavity*)
- la création d'une **fenêtre péricardique** (procédure de base *Drainage*, partie du corps *pericardial cavity*)

Exemple

Un patient développe un épanchement péricardique accru dans le cadre d'une péricardite et subit une péricardiocentèse (voie d'abord percutanée) en raison d'une tamponnade péricardique rapide.

- **I31.9**, affection du péricarde, non spécifiée
- **I31.3**, épanchement péricardique (non inflammatoire)
- **I31.4**, tamponnade cardiaque
- **0W9D3ZZ**, drainage de la cavité péricardique, voie d'abord percutanée.

15: La **tamponnade cardiaque**, également appelée tamponnade péricardique ou tamponnade, est la compression du cœur causée par l'accumulation de liquide à l'intérieur du péricarde. La tamponnade cardiaque est souvent associée à une péricardite virale ou bactérienne. Cette affection survient généralement 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 tamponnade cardiaque peut mettre la vie en danger si elle n'est pas traitée. Les objectifs du traitement sont d'améliorer la fonction cardiaque, de soulager les symptômes et de traiter la tamponnade.

27.7 Cardiomyopathie

La **cardiomyopathie**¹⁶ est codé avec un code de la catégorie **I42**.

La **cardiomyopathie hypertrophique**¹⁷ peut être obstructive (**I42.1**) ou non obstructive (**I42.2**) et est souvent asymptomatique jusqu'à la mort cardiaque subite.

16: La **cardiomyopathie ou myocardiopathie** présente une image clinique de cœur dilaté, de muscle cardiaque flasque et d'artères coronaires normales.

17: La **cardiomyopathie hypertrophique** est une affection, généralement héréditaire, dans laquelle le muscle cardiaque s'épaissit sans cause évidente. C'est une cause connue de mort cardiaque subite chez les jeunes athlètes, et les jeunes sont plus susceptibles de développer une forme plus sévère de cardiomyopathie hypertrophique que les adultes plus âgés.

Les **types courants de cardiomyopathie** sont les suivants :

- **I42.0**, Cardiomyopathie avec dilatation, y compris la **cardiomyopathie** congestive
- **I42.1**, Cardiomyopathie obstructive hypertrophique, y compris la sténose subaortique hypertrophique idiopathique
- **I42.2**, Autres cardiomyopathies hypertrophiques, y compris la myocardiopathie hypertrophique non obstructive
- **I42.3**, Maladie endomyocardique (éosinophilique), y compris l'endocardite de Löffler et la fibrose endomyocardique (tropicale)
- **I42.4**, Fibroélastose endocardique, y compris la myocardiopathie congénitale et l'élastomyofibrose
- **I42.5**, Autres cardiomyopathies restrictives, y compris la myocardiopathie constrictive non **autrement** spécifiée
- **I42.6**, Cardiomyopathie alcoolique due à la consommation d'alcool
 - un code pour l'alcoolisme (**F10.-**) est également attribué s'il est présent
- **I42.7**, Cardiomyopathie due à des médicaments et d'autres causes externes
 - l'empoisonnement dû à un médicament ou à une toxine, le cas échéant, est codé en premier (**T36-T65** avec le cinquième ou sixième caractère 1-4 ou 6)
 - si l'affection est causée par un effet indésirable, il faut coder un code additionnel, le cas échéant, pour identifier le médicament (**T36-T65** avec le cinquième ou sixième caractère 5)
- **I42.8**, Autres cardiomyopathies
- **I42.9**, Cardiomyopathie, non spécifiée

La **cardiomyopathie congestive (I42.0)** présente essentiellement les mêmes symptômes que l'insuffisance cardiaque congestive, et cette affection est souvent associée à une insuffisance cardiaque congestive. Le traitement consiste généralement de la prise en charge de l'insuffisance cardiaque congestive.

- L'insuffisance cardiaque (**I50.-**) est codée en diagnostic principal, avec un code additionnel attribué pour la cardiomyopathie.

Deux codes peuvent être nécessaires pour la **cardiomyopathie due à d'autres affections sous-jacentes**.

Exemple

Codage de la cardiomyopathie due à l'amyloïdose.

- **E85.4**, amylose limitée à un ou plusieurs organe(s). La maladie sous-jacente, l'amyloïdose, est codée en premier.
- **I43**, cardiomyopathie dans les maladies classées ailleurs.

La **cardiomyopathie hypertensive** doit être codée dans la catégorie **I11, cardiopathie hypertensive**, suivi par **I43** comme code additionnel.

La **cardiomyopathie due à la myotonie atrophique** est codé avec le code **G71.11, dystrophie musculaire myotonique**, suivi par **I43** comme code additionnel.

Le terme *cardiomyopathie ischémique* est parfois utilisé pour désigner une affection dans laquelle une cardiopathie ischémique provoque une fibrose diffuse ou des infarctus multiples, entraînant une insuffisance cardiaque avec dilatation du ventricule gauche. **Il ne s'agit pas d'une véritable cardiomyopathie** et elle est codée sous le code **I25.5, cardiomyopathie ischémique**, lorsque le prestataire de soins ne documente pas d'autres spécifications.

27.8 Arrêt cardiaque

Le code **I46.9, arrêt cardiaque, cause non spécifiée**, peut être codé en diagnostic principal si **l'état sous-jacent est inconnu**. Il importe peu que le patient soit réanimé ou non. Le codage et le séquençage du code **I46.9** dépendent des circonstances de l'admission.

- Si le patient est **admis en raison d'un arrêt cardiaque et qu'une cause sous-jacente n'est pas établie avant la sortie ou le décès du patient**, il est approprié d'attribuer le code **I46.9** comme diagnostic principal.
- Lorsque l'arrêt cardiaque survient pendant l'admission et que la cause de l'arrêt est inconnue, le code **I46.9** peut être attribué comme diagnostic secondaire ou code additionnel.

Si la **cause sous-jacente de l'arrêt cardiaque est connue**, le codage se fait comme suit :

- Si le prestataire de soins documente **une cause cardiaque pour l'arrêt cardiaque**, l'affection cardiaque sous-jacente est codée en diagnostic principal, suivi par le code **I46.2, arrêt cardiaque dû à une affection cardiaque sous-jacente**, comme code additionnel.
- Si le prestataire de soins documente **une cause non cardiaque pour l'arrêt cardiaque**, le code **I46.8, arrêt cardiaque dû à une autre affection sous-jacente**, est attribué comme code additionnel.

Certains prestataires de soins documentent une **activité électrique sans pouls**¹⁸ plutôt qu'un arrêt cardiaque.

- Le code **I46.9, arrêt cardiaque, cause non spécifiée**, peut être attribué comme diagnostic principal ou de première intention si l'affection sous-jacente à l'origine de l'activité électrique sans pouls est inconnue.
- Les symptômes faisant partie intégrante de l'affection, tels que la bradycardie et l'hypotension, ne sont pas codés.

L'**asystolie** est un terme médical utilisé pour décrire un rythme d'arrêt cardiaque, dans lequel il n'y a aucune activité électrique discernable sur l'électrocardiogramme (ECG).

Dans l'**index alphabétique**, l'entrée pour le terme *Asystole (heart)* invite à consulter *see Arrest, cardiac*.

Cependant, l'asystolie n'est **pas codée comme un arrêt cardiaque** lorsqu'une brève pause de l'activité électrique avec récupération spontanée du rythme sinusal est notée sur un ECG.

18: L'**activité électrique sans pouls** fait référence à une activité électrique sur un moniteur sans pouls détectable. Il s'agit de l'un des rythmes qui provoquent un arrêt cardiaque sans pouls. L'activité électrique sans pouls a généralement une cause sous-jacente qui peut être traitée; la cause la plus fréquente dans les situations d'urgence est l'hypovolémie. L'activité électrique sans pouls peut être causée par une insuffisance respiratoire avec hypoxie, car le muscle cardiaque est dans ce cas incapable de générer une force suffisante malgré une dépolarisation électrique. Une véritable activité électrique sans pouls est l'absence de contraction myocardique malgré une activité électrique coordonnée.

Exemple

Un patient a été admis en raison d'épisodes syncopaux et on lui a diagnostiqué un bloc cardiaque complet. Il a subi l'implantation d'un pacemaker permanent à double chambre. Le cardiologue a noté que l'ECG montrait un bloc auriculo-ventriculaire complet avec des périodes d'asystolie de plus de six secondes avec conversion en bradycardie sinusale. Il n'y avait aucune mention d'arrêt cardiaque. Dans ce cas, la brève pause notée sur l'ECG était due au bloc cardiaque complet.

- Seul le code **I44.2, bloc auriculo-ventriculaire complet** est codé.

L'arrêt cardiaque survenant comme complication d'une intervention chirurgicale est codé **I97.710, arrêt cardiaque peropératoire au cours d'une chirurgie cardiaque**, ou **I97.711, arrêt cardiaque peropératoire au cours d'une autre chirurgie**, selon le type d'intervention.

Pour les arrêts cardiaques compliquant une chirurgie ou des interventions obstétriques, le code **O75.4, autres complications de la chirurgie et des interventions obstétriques**, est attribué.

Notez que...

Aucun de ces codes d'arrêt cardiaque n'est attribué pour indiquer qu'un patient est décédé. Les codes d'arrêt cardiaque ne sont **pas** codés pour indiquer le décès d'un patient.

27.9 Anévrisme

Les anévrismes¹⁹ sont codés principalement en fonction de leur site, comme suit :

- **I25.41**, anévrisme de l'artère coronaire
- **I71.02**, anévrisme disséquant de l'aorte abdominale
- **I71.3**, anévrisme de l'aorte abdominale avec rupture
- **I71.2**, anévrisme de l'aorte thoracique
- **I71.1**, anévrisme de l'aorte thoracique avec rupture
- **I71.6**, anévrisme thoraco-abdominal, sans rupture
- **I72.5**, anévrisme des autres artères précérébrales
- **I72.6**, anévrisme de l'artère vertébrale
- **I77.70**, Dissection d'une artère non spécifiée
- **I77.74**, Dissection de l'artère vertébrale
- **I77.75**, Dissection d'autres artères précérébrales
- **I77.76**, Dissection d'une artère de l'extrémité supérieure
- **I77.77**, Dissection d'une artère de l'extrémité inférieure
- **I77.79**, Dissection d'une autre artère spécifiée

Parfois, un terme décrivant l'apparence de l'anévrisme est documenté, tel que *anévrisme à baies* (**I67.1**), ou un terme peut décrire l'étiologie de l'anévrisme, tel que *anévrisme syphilitique de l'aorte* (**A52.01**) ou *anévrisme traumatique* (**S25.00-**, **S25.20-**).

19: Un anévrisme est une dilatation anormale localisée des vaisseaux sanguins. Un anévrisme disséquant est un anévrisme dans lequel le sang pénètre dans la paroi de l'artère et sépare les couches de la paroi du vaisseau. À mesure que l'anévrisme progresse, la tension augmente et l'anévrisme risque de se rompre, ce qui entraîne généralement la mort.

27.10 Troubles cérébrovasculaires

Les **affections organiques aiguës (non traumatiques) affectant les artères cérébrales** comprennent l'hémorragie, l'infarctus, l'occlusion et la thrombose et sont codées dans les catégories **I60-I68**.

Codes de la catégorie **I63, infarctus cérébral** :

- sont utilisés pour coder **l'occlusion et la sténose des artères cérébrales et précérébrales entraînant un infarctus cérébral**.
- sont **subdivisés** selon que l'infarctus cérébral est dû à une thrombose, une embolie, une occlusion ou une sténose et selon qu'il s'agit d'une artère précérébrale ou cérébrale, les sixièmes caractères identifiant l'artère et la latéralité (par exemple, artère carotide droite, artère cérébrale moyenne droite ou artères carotides bilatérales).
- ne peuvent être attribués que **si l'infarctus cérébral est clairement documenté** dans le dossier patient et si le prestataire de soins a indiqué une relation entre l'infarctus et la thrombose, l'embolie, l'occlusion ou la sténose de l'artère cérébrale.
- s'appliquent uniquement à l'admission en cours ; ils n'indiquent pas que le patient a eu un infarctus cérébral dans le passé.

Veillez vous référer à la figure 27.3 pour une illustration des types d'infarctus cérébral.

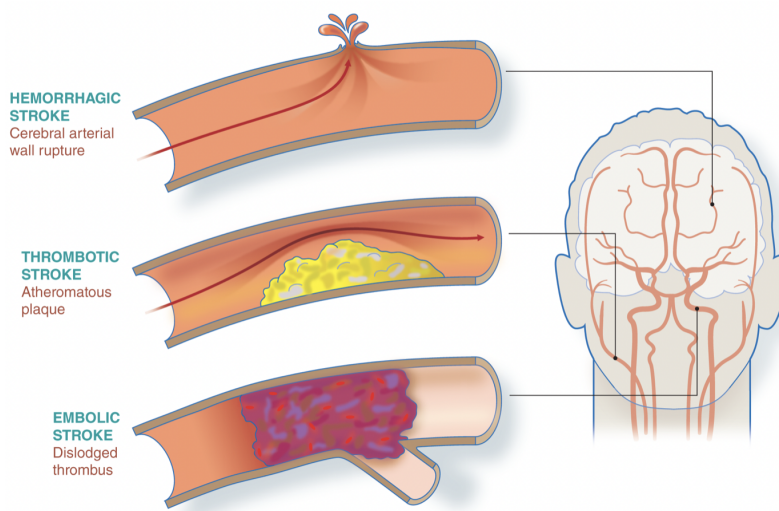


FIGURE 27.3 – Types d'infarctus cérébral

Source : Copyright by Healthforum, inc., An American Hospital Association Company. All rights reserved

Les codes de la catégorie **I65, occlusion et sténose des artères précérébrales, n'entraînant pas d'infarctus cérébral**, ou de la catégorie **I66, occlusion et sténose des artères cérébrales, n'entraînant pas d'infarctus cérébral** :

- doivent être utilisés **lorsque l'occlusion et la sténose des artères précérébrales ou cérébrales sont documentées sans mention d'infarctus cérébral**.
- incluent des termes comme *embolie*, *rétrécissement*, *obstruction (complète) (partielle)* et *thrombose*.
- fournissent un cinquième caractère dans les sous-catégories **I65.0**, **I65.2**, **I66.0**, **I66.1**, et **I66.2** pour indiquer si l'affection est présente sur les artères droites, gauches, bilatérales, ou non spécifiées.

La documentation diagnostique n'est souvent pas spécifique quant au site ou au type de l'affection cérébrovasculaire :

- Lorsque le diagnostic est documenté comme étant un affection vasculaire cérébral (AVC) ou un accident vasculaire cérébral, et que aucune spécification est décrite, il est important d'examiner le dossier patient pour obtenir des renseignements plus précis et, le cas échéant, d'en interroger le prestataire de soins.
- Lorsqu'aucune autre information n'est disponible, le code **I63.9, infarctus cérébral, non spécifié**, est attribué pour le diagnostic d'accident vasculaire cérébral ou d'AVC afin de permettre une meilleure uniformité dans le codage et les données statistiques.

Bien que l'index alphabétique fasse référence au code **I63.9** pour un infarctus cérébral chronique, l'attribution de ce code n'est pas appropriée lorsqu'un **AVC chronique** est documenté. En général, un AVC chronique est observé six mois à plusieurs années après l'apparition aiguë de l'AVC.

Si un patient avec un diagnostic d'AVC chronique présente des **déficits neurologiques**, attribuez un code de la catégorie **I69, séquelles d'une maladie cérébrovasculaire**.

Si le patient post-AVC ne présente pas de déficits neurologiques ou de séquelles, il faut attribuer le code **Z86.73, antécédents personnels d'accident ischémique transitoire et d'infarctus cérébral sans séquelles**.

De plus amples informations sur l'attribution des codes de la catégorie I69 sont fournies dans la section suivante de ce chapitre.

Le code **I63.9** est attribué pour un **AVC avorté** lorsqu'il n'y a pas d'autre spécification quant au type d'AVC.

Les patients qui présentent les symptômes d'un infarctus cérébral aigu et qui sont traités par **activateur tissulaire du plasminogène (tPA)**²⁰ ont en fait subi un infarctus cérébral. Bien que les lésions cérébrales puissent ne pas être démontrées par la tomographie par ordinateur (CT-scan), elles seraient visibles au microscope. L'administration de tPA est codée avec le septième caractère *Other Thrombolytic*.

20: L'administration d'**activateur tissulaire du plasminogène (tPA)** est efficace pour traiter les accidents vasculaires cérébraux ischémiques causés par des caillots sanguins qui bloquent la circulation sanguine vers le cerveau. Elle est également efficace dans le traitement des infarctus du myocarde. Parfois, après l'administration du tPA, une transformation hémorragique d'un infarctus ischémique peut se produire.

Exemple

Administration de tPA dans une veine périphérique.

- **3E03317**, introduction d'un autre thrombolytique dans une veine périphérique, voie d'abord percutanée

L'hémorragie cérébrale qui succède l'administration d'**activateur tissulaire du plasminogène (tPA)** est codée comme un **effet indésirable du médicament**, plutôt que comme une complication (en supposant que le tPA a été correctement administré).

- **I63.89**, autre infarctus cérébral, est attribué pour l'AVC ischémique initial.
- **I63.9**, infarctus cérébral, non spécifié, est attribué pour l'AVC ischémique initial.

- Le code approprié de la catégorie **I61, hémorragie intracérébrale non traumatique**, est attribué avec le code **T45.615A, effet indésirable des médicaments thrombolytiques, contact initial**, pour la transformation hémorragique suivant l'administration du tPA.

Pour coder que l'état du patient est **postérieur à l'administration de tPA dans un autre établissement au cours des 24 heures précédant l'admission** dans l'établissement actuel :

- le code **Z92.82** est attribué comme code additionnel avec les codes de la catégorie **I63, infarctus cérébral**.
- un code de la catégorie **I21, infarctus du myocarde avec ou sans sus-décalage du segment ST (STEMI)**, ou de la catégorie **I22, Infarctus du myocarde avec ou sans sus-décalage du segment ST (NSTEMI)** est attribué.

Chaque élément d'une liste de diagnostics identifiant une maladie cérébrovasculaire doit être codé, sauf indication contraire de l'index alphabétique ou de la liste systématique.

Exemples

- **I60.7 + I67.2**, artériosclérose cérébrovasculaire avec hémorragie sous-arachnoïdienne due à une rupture d'anévrisme à baies
- **I61.9 + G93.6**, hémorragie intracérébrale avec œdème vasogénique
- **E85.4 + I68.0**, angiopathie amyloïde cérébrale

L'ICD-10-CM fournit des codes pour signaler **un accident vasculaire cérébral postopératoire**.

- Cependant, la documentation du dossier patient doit clairement spécifier **la relation de cause à effet** entre l'intervention médicale et l'accident vasculaire cérébral afin d'attribuer un code pour l'accident vasculaire cérébral peropératoire ou postprocédural.
- L'attribution correcte du code dépend du fait que l'accident vasculaire cérébral soit un **infarctus ou une hémorragie** et qu'il se soit produit **en peropératoire ou en postopératoire**. S'il s'agit d'une hémorragie cérébrale, l'attribution du code dépend du type de procédure effectuée.

Exemples

- **G97.31**, Hémorragie et hématome peropératoires d'un organe ou d'une structure du système nerveux compliquant une intervention sur le système nerveux
- **G97.32**, Hémorragie et hématome peropératoires d'un organe ou d'une structure du système nerveux compliquant une autre intervention
- **I97.810**, Infarctus cérébrovasculaire peropératoire au cours d'une chirurgie cardiaque
- **I97.811**, Infarctus cérébrovasculaire peropératoire au cours d'une autre intervention chirurgicale
- **I97.820**, Infarctus cérébrovasculaire post-procédure suite à une chirurgie cardiaque
- **I97.821**, Infarctus cérébrovasculaire post-procédure suite à une

autre intervention chirurgicale

Pour les codes de la sous-catégorie **I97.8**, un code additionnel doit être attribué pour identifier le type spécifique d'AVC/accident cérébrovasculaire.

La **règle générale de codage des complications postopératoires** est que lorsque le code de complication n'identifie pas spécifiquement l'affection, un code additionnel doit être attribué pour la spécifier plus complètement.

Lorsque des affections classables dans les catégories **I00-I99** surviennent pendant la grossesse, l'accouchement ou la puerpéralité, elles sont reclassées dans la sous-catégorie **O99.4, maladies du système circulatoire compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité**. Comme le code **O99.4** n'indique pas la nature de l'affection du système circulatoire, il convient d'attribuer un code additionnel du chapitre 9 de l'ICD-10-CM pour plus de spécificité.

Séquelles de troubles cérébrovasculaires

Les codes de la catégorie **I69, séquelles de maladies cérébrovasculaires**, permettent une plus grande spécificité dans le codage des **effets résiduels des maladies cérébrovasculaires**.

Ces **effets tardifs** comprennent les déficits neurologiques qui persistent après l'apparition initiale des maladies cérébrovasculaires classables dans les catégories **I60 à I67**.

Les déficits neurologiques causés par une maladie cérébrovasculaire peuvent être présents **dès le début ou survenir à tout moment après l'apparition de l'affection** classable dans les catégories **I60 à I67**.

Un quatrième caractère spécifie l'affection causale (par exemple, hémorragie sous-arachnoïdienne non traumatique, infarctus cérébral), comme suit :

- **I69.0-**, Séquelles d'hémorragie sous-arachnoïdienne non traumatique
- **I69.1-**, Séquelles d'hémorragie intracérébrale non traumatique
- **I69.2-**, Séquelles d'autres hémorragies intracrâniennes non traumatiques
- **I69.3-**, Séquelles d'infarctus cérébral
- **I69.8-**, Séquelles d'autres maladies cérébrovasculaires
- **I69.9-**, Séquelles de maladies cérébrovasculaires non spécifiées

Le **cinquième et sixième caractère** fournissent des informations sur les déficits neurologiques :

- Déficits cognitifs
- Déficits de la parole et du langage
- Monoplégie du membre supérieur
- Monoplégie du membre inférieur
- Hémiplégie/hémi-parésie
- Autre syndrome paralytique
- Autres séquelles (comprend apraxie, dysphagie, faiblesse faciale, ataxies et autres séquelles)

Les prestataires de soins peuvent occasionnellement documenter une **faiblesse unilatérale due à un infarctus cérébral**.

- Lorsque la **faiblesse unilatérale est clairement documentée comme faisant suite à un accident vasculaire cérébral**, elle est considérée comme synonyme d'hémiplégie/hémi-parésie (I69.35-).
- Une **faiblesse unilatérale en dehors de cette association claire** ne peut pas être considérée comme une hémiplégie/hémi-parésie à moins qu'elle ne soit associée à un autre trouble ou une autre lésion du cerveau.

Les codes pour les **autres syndromes paralytiques** consécutifs à une maladie cérébrovasculaire (I69.06-, I69.16-, I69.26-, I69.36-, I69.86-, et I69.96-) fournissent une note d'instruction pour attribuer des codes additionnels afin d'indiquer le **type de syndrome paralytique**, comme l'état d'enfermement (G83.5) ou la quadriplégie (G82.5-).

De même, un code additionnel doit être ajouté aux codes I69.091, I69.191, I69.291, I69.391, I69.891, et I69.991 pour identifier le **type de dysphagie**, s'il est connu.

Pour les **autres séquelles de maladies cérébrovasculaires** (codes I69.098, I69.198, I69.298, I69.398, I69.898, en I69.998), il faut attribuer des codes additionnels pour identifier les **séquelles spécifiques**. Les codes de la catégorie I69 sont attribués pour **tout déficit restant lorsque le patient est admis à une date ultérieure**.

Comme les autres codes de séquelles, les codes de la catégorie I69 ne sont attribués **que lorsqu'ils sont significatifs pour l'admission en cours**.

Le code **Z86.73, antécédents personnels d'accident ischémique transitoire et d'infarctus cérébral sans séquelles**, doit être attribué plutôt qu'un code de la catégorie I69 lorsque le patient a des **antécédents** :

- d'infarctus cérébrovasculaire ou d'AVC sans séquelles
- des antécédents d'accident ischémique transitoire
- des antécédents de déficit neurologique ischémique réversible prolongé (DIRP)
- des antécédents de déficit neurologique ischémique réversible (DIR).

Les codes de la catégorie I69 **diffèrent des autres codes de séquelles de deux façons** :

- Ces codes peuvent être attribués comme diagnostic principal lorsque le but de l'admission est de traiter la séquelle.
- Les codes de la catégorie I69 peuvent être attribués sur un dossier de patient avec les codes des catégories I60-I67 lorsqu'un patient présente un nouvel infarctus cérébral, ou lorsqu'une hémorragie intracérébrale et des déficits d'un épisode antérieur subsistent.

Contrairement à d'autres séquelles, les **déficits neurologiques** tels que l'hémiplégie et l'aphasie dus à des accidents vasculaires cérébraux sont **souvent présents dès le début de la maladie** plutôt que de survenir après la disparition de l'affection initiale elle-même. Tout déficit neurologique causé par un AVC doit être codé, même s'il a disparu au moment de la sortie de l'hôpital.

Exemple

Un patient est admis en raison d'une hémorragie sous-arachnoïdienne accompagnée d'une aphasie et d'une hémiplégie, qui disparaissent au moment de la sortie de l'hôpital. Même si ces déficits ont disparu à la sortie, les codes suivants sont attribués :

- **I60.9**, Hémorragie sous-arachnoïdienne non traumatique, non spécifiée
- **R47.01**, Aphasie
- **G81.90**, Hémiplégie

Notez que...

Les codes de la catégorie **I69** ne sont pas attribués pour les séquelles de lésions intracrâniennes traumatiques. Il faut plutôt attribuer les codes de la catégorie **S06**, **lésion traumatique intracrânienne**, avec le septième caractère **S** pour indiquer les séquelles.

27.11 Hypertension

L'ICD-10-CM classe l'**hypertension** selon son type : **essentielle ou primaire** (catégories **I10-I13**) et **secondaire** (catégorie **I15**).

Les catégories **I10-I13** classent l'**hypertension primaire** selon une hiérarchie de la maladie :

- son origine vasculaire (**I10**)
- l'organe final atteint, avec répercussion sur le cœur (**I11**)
- la maladie rénale chronique (**I12**)
- le cœur et la maladie rénale chronique combinés (**I13**)

L'**hypertension essentielle** est également décrite comme *une tension artérielle élevée, une hypertension primaire, une maladie vasculaire hypertensive ou une hypertension systémique*.

La classification présume une **relation de cause à effet entre l'hypertension et l'atteinte cardiaque et l'hypertension et l'atteinte rénale**, car les deux affections sont liées par le terme *With* dans l'index alphabétique :

- Ces affections doivent être **codées comme étant liées** même en l'absence de documentation du prestataire de soins les reliant explicitement, sauf si la documentation indique clairement que les affections ne sont pas liées.
- Si la documentation indique que la cardiopathie ou la maladie rénale chronique n'est pas liée à l'hypertension, il faut **coder ces affections séparément**. Le séquençage des diagnostics dépend des circonstances de l'admission.

Hypertension primaire

Les codes de la catégorie **I16**, **crise hypertensive**, classent :

- l'urgence hypertensive relative (crise aiguë hypertensive) (**I16.0**)
- l'urgence hypertensive absolue (urgence hypertensive) (**I16.1**)

- la crise hypertensive, non spécifiée (**I16.9**)

Un code de la catégorie **I16** doit être codé **pour chaque documentation** d'urgence hypertensive relative, urgence hypertensive absolue ou toute crise hypertensive non spécifiée. Un code pour toute maladie hypertensive identifiée doit également être codé (**I10-I15**). Le séquençage des codes dépend de la raison de l'admission.

Bien que l'**hypertension maligne**²¹ soit presque toujours documentée dans la liste des diagnostics, l'**hypertension bénigne**²² est rarement spécifiée comme un diagnostic.

Du point de vue du codage ICD-10-CM, l'hypertension documentée comme *accélérée, bénigne, essentielle, idiopathique, maligne ou systémique* est attribuée au code **I10, hypertension essentielle (primaire)**.

Parfois, l'hypertension peut être documentée comme **contrôlée**²³ ou **non contrôlée**²⁴. Cependant, le fait que l'hypertension soit contrôlée ou non **n'affecte pas la sélection du code** :

- Le code approprié des catégories **I10-I15**, maladie hypertensive, doit être codé.
- Lorsque l'hypertension est documentée comme *antécédents de...*, il faut consulter le dossier patient pour déterminer si l'hypertension est toujours sous traitement. Si c'est le cas, le code approprié des catégories **I10-I15** doit être attribué.

Hypertension transitoire

Lorsque l'hypertension est décrite comme **transitoire**, le code **R03.0, constatation d'une élévation de la tension artérielle, sans diagnostic d'hypertension, à moins que** le patient n'ait un diagnostic établi d'hypertension.

Pour l'**hypertension transitoire de la grossesse**, il faut attribuer un code de la catégorie **O13, hypertension gestationnelle [liée à la grossesse] sans protéinurie importante**, ou **O14, pré-éclampsie**.

Hypertension secondaire

Deux codes sont nécessaires pour coder l'**hypertension secondaire**²⁵ : un pour la cause sous-jacente et un de la catégorie **I15** pour identifier l'hypertension secondaire. Le séquençage de ces codes dépend des circonstances de l'admission.

Exemples

- **M32.10 + I15.8**, Hypertension due au lupus érythémateux disséminé
- **I15.2 + E22.0**, Acromégalie avec hypertension secondaire ; patient vu pour la prise en charge de l'hypertension.

21: L'**hypertension maligne** est un développement soudain et rapide d'une tension artérielle extrêmement élevée. La tension artérielle inférieure (diastolique), qui se situe normalement autour de 80 mm Hg, est souvent supérieure à 130 mm Hg. Sans traitement efficace, l'hypertension maligne peut entraîner une insuffisance cardiaque congestive, une encéphalopathie hypertensive, une hémorragie intracérébrale, une urémie et même la mort.

22: Le terme **hypertension bénigne** fait référence à un degré d'hypertension relativement léger, de durée prolongée ou chronique.

23: L'**hypertension contrôlée** ou l'hypertension documentée comme *antécédents de...* fait généralement référence à un état d'hypertension existant qui est contrôlé par un traitement.

24: L'**hypertension non contrôlée** peut désigner une hypertension non traitée ou une hypertension qui ne répond pas au régime thérapeutique actuel.

25: L'**hypertension secondaire** est le résultat d'une autre maladie primaire ou d'une affection sous-jacente. Lorsque l'affection à l'origine de l'hypertension peut être guérie ou contrôlée, l'hypertension secondaire peut se stabiliser ou disparaître complètement.

27.12 Cardiopathie hypertensive

L'ICD présume une **relation de cause à effet entre l'hypertension et les affections cardiaques** et classe l'hypertension et les affections cardiaques dans la catégorie **I11, cardiopathie hypertensive**, car les deux affections sont liées par le terme *With* dans l'index alphabétique.

- Ces affections doivent être codées comme étant associées même en l'absence de documentation du prestataire les reliant explicitement. Il faut d'abord coder **I11.0, cardiopathie hypertensive avec insuffisance cardiaque**, selon la note d'instruction de la catégorie **I50, Insuffisance cardiaque**.
- Cependant, si le prestataire de soins a spécifiquement documenté des causes différentes pour l'hypertension et la cardiopathie, il faut coder la cardiopathie (**I50.-, I51.4-I51.7, I51.89, I51.9**) et l'hypertension séparément. Le séquençage de ces codes dépend des circonstances de l'admission.

La catégorie **I11** est **subdivisée** pour indiquer si une insuffisance cardiaque est présente. Un code additionnel de la catégorie **I50** est nécessaire pour préciser le type d'insuffisance cardiaque, s'il est connu.

Exemples

- **I11.0 + I50.9**, Insuffisance cardiaque congestive due à l'hypertension
- **I11.0 + I50.9**, Cardiopathie hypertensive avec insuffisance cardiaque congestive
- **I11.0 + I50.9**, Insuffisance cardiaque congestive avec hypertension

Une **relation de cause à effet** est présumée exister pour une affection cardiaque lorsqu'elle est associée à une autre affection classée comme cardiopathie hypertensive.

Exemples

- **I11.0 + I50.9**, Myocardite hypertensive avec insuffisance cardiaque congestive
- **I11.0 + I50.9**, Maladie cardiovasculaire hypertensive avec insuffisance cardiaque congestive
- Le dossier patient doit être consulté pour vérifier toute référence à la présence d'affections telles que l'artériosclérose coronaire ou l'insuffisance coronaire chronique qui pourraient mériter l'attribution de codes additionnels.

27.13 Hypertension et néphropathie chronique

Lorsque la liste de diagnostics **documente à la fois de l'hypertension et une maladie rénale chronique**, l'ICD-10-CM suppose qu'il existe **une relation de cause à effet** car les deux affections sont liées par le terme *With* dans l'index alphabétique.

- Ces affections doivent être codées comme étant associées même en l'absence de documentation du prestataire de soins les reliant explicitement, **sauf** si la documentation indique clairement que les affections ne sont pas liées **et/ou si le prestataire de soins a spécifiquement documenté une cause différente pour la maladie rénale ou cardiaque.**
- Un **quatrième caractère** est utilisé avec la catégorie **I12** pour spécifier le stade de la maladie rénale chronique.
- Le code approprié de la catégorie **N18** doit être utilisé comme code additionnel pour identifier le **stade de la maladie rénale chronique.**

Les affections rénales qui ne sont pas indexées comme maladie rénale chronique hypertensive peuvent être hypertensives ou non. Si le prestataire de soins indique une relation de cause à effet, seul le code de la maladie rénale chronique hypertensive est attribué.

Exemples

Voici des exemples de codes pour des cas de maladie rénale chronique hypertensive :

- **I12.9**, Néphropathie hypertensive, bénigne
- **I12.9**, Néphrosclérose hypertensive
- **I12.9 + N18.30**, Hypertension progressive avec maladie rénale chronique stade 3

Lorsque la liste de diagnostics indique que **l'hypertension et le diabète sucré sont tous deux responsables de la maladie rénale chronique** :

- il faut attribuer le code approprié de la catégorie **I12**, ainsi que le code des catégories **E08-E13**, pour **le diabète avec maladie rénale chronique**. Le séquençage des codes est facultatif.
- un code additionnel est attribué pour le **stade de la maladie rénale chronique (N18.-)**.

Notez que...

- **L'insuffisance rénale aiguë** est une affection totalement différente de la maladie rénale chronique et qu'elle **n'est pas causée par l'hypertension**. Par conséquent, les codes de la catégorie **I12** ne sont pas attribués pour l'insuffisance rénale aiguë et l'hypertension.
- Si un patient présente une **maladie rénale chronique hypertensive et une insuffisance rénale aiguë**, l'insuffisance rénale aiguë doit également être codée. Le séquençage des codes dépend des circonstances de l'admission.

- Si un patient présente une **insuffisance rénale aiguë avec nécrose médullaire et hypertension**, il faut attribuer les codes **N17.2** et **I10**. Le séquençage des codes dépend des circonstances de l'admission.

27.14 Cardiopathie et néphropathie chronique hypertensives

Les codes de la catégorie **I13, cardiopathie et néphropathie chronique hypertensives**, sont des **codes combinés** qui incluent **l'hypertension, la cardiopathie et la maladie rénale chronique** :

- La **note d'inclusion** de la catégorie **I13** précise que les affections classées dans les catégories **I11** et **I12** sont incluses ensemble dans la catégorie **I13**.
- Si un patient souffre **d'hypertension, de cardiopathie et de néphropathie chronique**, il faut alors coder un code de la catégorie **I13** plutôt que des codes individuels pour l'hypertension, la cardiopathie et la néphropathie chronique, ou des codes des catégories **I11** ou **I12**.
- Le **quatrième et cinquième caractère** spécifie la **présence ou l'absence d'insuffisance cardiaque**, ainsi que le **stade de la maladie rénale chronique**.
 - En cas d'**insuffisance cardiaque**, il faut attribuer un code additionnel de la catégorie **I50** pour identifier le type d'insuffisance cardiaque.
- Il faut **supposer qu'il existe une relation** entre l'hypertension, la maladie rénale chronique et la cardiopathie, que l'affection soit ou non documentée comme telle.
- Lorsqu'un code de la catégorie **I13** est attribué, le code approprié de la catégorie **N18, Maladie rénale chronique**, doit être codé comme code additionnel pour identifier le stade de la maladie rénale chronique.
 - Pour les patients présentant à la fois une **insuffisance rénale aiguë et une maladie rénale chronique**, l'insuffisance rénale aiguë doit également être codée. Le séquençage dépend des circonstances de l'admission.

27.15 Hypertension avec autres affections

Bien que **l'hypertension soit souvent associée à d'autres affections** et qu'elle puisse accélérer leur développement, l'ICD-10-CM ne fournit **pas de codes combinés** pour décrire ces affections associées. Des codes individuels pour chaque affection doivent alors être attribués pour coder complètement l'état du patient.

Exemples

- **I70.0 + I10**, Athérosclérose de l'aorte avec hypertension essentielle
- **I25.10 + I10** Athérosclérose coronaire et hypertension systémique
- **I25.10 + I10** Cardiopathie artériosclérotique avec hypertension essentielle

27.15.1 Maladie cérébrovasculaire hypertensive

Pour une **maladie cérébrovasculaire hypertensive**, il faut d'abord attribuer le code approprié des catégories **I60-I69**, suivi du code d'hypertension approprié (**I10-I15**).

27.15.2 Rétinopathie hypertensive

Pour la **rétinopathie hypertensive**, un code de la sous-catégorie **H35.0, rétinopathies de fond et altérations vasculaires rétiniennes**, doit être codé avec un code des catégories **I10-I15, maladies hypertensives**, pour inclure l'hypertension systémique. Le séquençage des codes est basée sur la raison de l'admission.

27.16 Hypertension compliquant la grossesse, l'accouchement, la puerpéralité

L'hypertension associée à la grossesse, à l'accouchement ou à la période puerpérale est considérée comme une complication, sauf si le prestataire de soins indique expressément qu'elle ne l'est pas.

Cette affection inclut :

- l'hypertension préexistante
- l'hypertension transitoire de la grossesse
- l'hypertension survenant pendant la grossesse.

L'hypertension compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité est reclassée dans les catégories **O10-O11 et O13-O16**.²⁶

26: Voir le chapitre 23 du présent manuel.

27.17 Élévation de la tension artérielle, sans diagnostic d'hypertension

Les mesures de la tension artérielle varient d'un moment à l'autre et ont tendance à augmenter avec l'âge. En raison de cette variabilité, un diagnostic d'hypertension doit être posé sur la base d'une **série de mesures de la tension artérielle** plutôt que sur une seule lecture.

Un diagnostic de lecture de **tension artérielle élevée, sans diagnostic d'hypertension**, est codé avec le code **R03.0**.

Attention

Ce code (**R03.0**) n'est jamais attribué sur la base d'une **mesure de la tension artérielle** documentée dans le dossier patient ; le prestataire de soins doit avoir spécifiquement documenté un **diagnostic** de tension artérielle élevée.

Codage de l'hypertension postopératoire :

- Une **véritable hypertension postopératoire** est codée comme une complication de la chirurgie avec le code **I97.3, hypertension postprocédurale**.
- Ni l'hypertension préexistante ni la simple élévation de la tension artérielle ne sont classées comme une complication postopératoire :
 - Lorsque le patient chirurgical présente une hypertension préexistante, seul un code des catégories **I10-I13** est attribué.
 - Cependant, un diagnostic d'**hypertension postopératoire** se réfère souvent uniquement à une tension artérielle élevée qui reflète l'agitation du patient ou un contrôle inadéquat de la douleur et doit, dans ce cas, être codé avec le code **R03.0**.

Tout autre diagnostic d'hypertension transitoire, à l'exception de celle survenant au cours de la grossesse, de l'accouchement et de la puerpéralité, ou un diagnostic d'hypertension postopératoire non clairement documenté dans le dossier patient doit être **discuté avec le prestataire de soins** afin de déterminer s'il s'agit d'une mesure de tension artérielle élevée ou d'une véritable hypertension.

27.18 Athérosclérose des extrémités

L'**athérosclérose des artères natives des extrémités** est classée dans la sous-catégorie **I70.2**.

Le **cinquième caractère** utilisé avec la sous-catégorie **I70.2** spécifie la progression de la maladie, comme suit :

- Le code **I70.21-** indique une athérosclérose des extrémités avec claudication intermittente.
- Le code **I70.22-** indique la présence de douleurs au repos ; il inclut toute claudication intermittente.
- Les codes **I70.23-**, **I70.24-** et **I70.25-** indiquent une affection qui a évolué vers une ulcération ; chaque code inclut toute douleur au repos et/ou toute claudication intermittente.
 - Le code **L97.-** est codé avec les codes additionnels **I70.23-** et **I70.24-**, pour spécifier la sévérité de l'ulcère.
 - Le code **L98.49-** est codé avec le code additionnel **I70.25-**, pour spécifier la sévérité de l'ulcère.
- Le code **I70.26-** indique la présence d'une gangrène ; il comprend l'une ou l'autre ou toutes les affections précédentes.
 - Le code **L98.49-** est attribué comme code additionnel pour identifier la sévérité de tout ulcère, le cas échéant.

Les codes de la sous-catégorie **I70.2, athérosclérose des artères natives des extrémités**, fournissent des **termes d'inclusion identifiant l'ischémie critique des membres et l'ischémie chronique menaçant les membres, avec douleur au repos, avec ulcération et avec gangrène**.

L'ischémie critique des membres est un blocage sévère des artères des extrémités inférieures.

L'athérosclérose des extrémités impliquant un greffon est codée dans les sous-catégories **I70.3-I70.7**, comme suit :

- **I70.3-**, Greffon de pontage non spécifié
- **I70.4-**, Greffon de pontage veineux autologue
- **I70.5-**, Greffon de pontage biologique non autologue
- **I70.6-**, Greffon de pontage non biologique
- **I70.7-**, Autre type de greffon de pontage

Les codes des sous-catégories **I70.3-I70.7** fournissent :

- des **termes d'inclusion** décrivant l'ischémie critique des membres et l'ischémie chronique menaçant les membres
- des caractères supplémentaires pour indiquer la même progression de la maladie précédemment discutée dans la sous-catégorie **I70.2, athérosclérose des artères natives des extrémités** (à savoir, claudication intermittente, douleur au repos, ulcération et gangrène).

Le code **I70.92** doit être utilisé comme un code additionnel avec les sous-catégories **I70.2-I70.7** lorsqu'une **occlusion totale chronique avec athérosclérose des extrémités**²⁷ est présente.

Une **occlusion aiguë des artères des extrémités** est codée avec le code **I74.2, I74.3, ou I74.4**.

27: Une **occlusion totale chronique d'une artère des extrémités** se développe lorsque des plaques dures et calcifiées s'accumulent dans une artère pendant une période prolongée, entraînant une diminution cliniquement significative du flux sanguin. Environ 40 pourcent des patients atteints de maladie vasculaire périphérique présentent initialement une occlusion partielle, qui évolue vers une occlusion totale chronique. L'intervention par angioplastie et mise en place d'une endoprothèse est plus complexe car il est extrêmement difficile de faire passer un fil guide dans une occlusion totale.

27.19 Hypertension pulmonaire secondaire

La sous-catégorie **I27.2, autre hypertension pulmonaire secondaire**, fait distinction entre différents **types d'hypertension pulmonaire secondaire**²⁸.

Ils sont cliniquement classés en **cinq groupes** :

- **Groupe 1, hypertension artérielle pulmonaire secondaire (I27.21 et I27.0)** :
 - L'hypertension artérielle pulmonaire secondaire est la catégorie d'hypertension pulmonaire la plus largement reconnue.
 - Elle comprend l'hypertension pulmonaire primaire ainsi que l'hypertension artérielle pulmonaire secondaire idiopathique et héréditaire.
 - Les autres causes secondaires d'hypertension pulmonaire dans ce groupe sont l'hypertension pulmonaire induite par des médicaments et des toxines, l'hypertension pulmonaire associée à une cardiopathie congénitale et l'infection par le VIH.
- **Groupe 2, hypertension pulmonaire due à une cardiopathie gauche (I27.22)** :
 - L'hypertension pulmonaire du groupe 2 est secondaire à une insuffisance cardiaque gauche (systolique ou diastolique) ou à une valvulopathie cardiaque gauche.

28: L'**hypertension pulmonaire secondaire** est définie comme une augmentation de la tension dans les artères pulmonaires et est généralement causée par d'autres affections.

- **Groupe 3, hypertension pulmonaire due à une maladie pulmonaire et à l'hypoxie (I27.23) :**
- Les principales causes d'hypertension pulmonaire dans le groupe 3 sont l'hypoxie alvéolaire due à une maladie pulmonaire, une altération du contrôle de la respiration et les hautes altitudes.
- **Groupe 4, hypertension pulmonaire thromboembolique chronique (I27.24) :**
 - L'hypertension pulmonaire du groupe 4 peut se développer en raison de l'obstruction des vaisseaux artériels pulmonaires causée par des thromboembolies, des tumeurs ou des corps étrangers.
- **Groupe 5, Autre hypertension pulmonaire secondaire (I27.29) :**
 - Dans ce groupe, le mécanisme de développement de l'hypertension pulmonaire est soit peu clair, soit multifactoriel.
 - Le groupe 5 comprend les troubles hématologiques, les troubles systémiques (par exemple, la sarcoïdose et l'histiocytose pulmonaire à cellules de Langerhans), les troubles métaboliques, tels que la thésaurismose glycogénique, la maladie de Gaucher, les troubles thyroïdiens et d'autres affections.

Le code **I27.20** est attribué pour une **hypertension pulmonaire non spécifiée**. Lors de l'attribution des codes de la sous-catégorie **I27.2**, il faut coder également toute affection associée, le cas échéant, telle qu'une maladie pulmonaire, une maladie du VIH, une maladie cardiaque, une thromboembolie, etc. Le séquençage des codes dépend de la raison d'admission, sauf dans les cas impliquant des effets indésirables de médicaments.²⁹

27.20 Embolie pulmonaire

Les **embolies pulmonaires aiguës**³⁰ sont classées dans la catégorie **I26, embolie pulmonaire**, avec un **quatrième caractère** pour spécifier s'il y a un cor pulmonaire aigu, et un **cinquième caractère** pour spécifier une **embolie pulmonaire sous-segmentaire**, une **embolie en selle** ou une **embolie pulmonaire septique**.

Exemples

- **I26.01**, Embolie pulmonaire septique avec cor pulmonaire aigu
- **I26.90**, Embolie pulmonaire septique sans cor pulmonaire aigu
- **I26.93**, Embolie pulmonaire sous-segmentaire unique sans cor pulmonaire aigu
- **I26.94**, Embolie pulmonaire sous-segmentaire multiple sans cor pulmonaire aigu

29: Voir le chapitre 31 de ce manuel pour des conseils sur la séquence des codes d'effets indésirables.

30: Un **embolie** est un caillot de sang qui se forme généralement dans les veines des jambes (thrombose veineuse profonde). Les embolies peuvent se déloger et se déplacer vers d'autres organes du corps. Une **embolie pulmonaire** est un caillot qui se loge 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 date, c'est-à-dire qu'elle s'est produite sur plusieurs semaines, mois ou années). Dans la plupart des cas, les embolies pulmonaires aiguës n'entraînent pas de maladie chronique car les mécanismes de l'organisme décomposent généralement le caillot sanguin. Une embolie aiguë est généralement traitée par des anticoagulants, tels que l'héparine et la warfarine par voie intraveineuse et la warfarine ou la warfarine par voie orale, afin de dissoudre le caillot et d'en prévenir la formation. En cas d'embolie pulmonaire aiguë, le traitement anticoagulant peut être poursuivi pendant trois à six mois. Le traitement est interrompu lorsque l'embolie se dissout. Un filtre destiné à interrompre la veine cave est une autre option thérapeutique. Le filtre le sang qui retourne au cœur et aux poumons jusqu'à ce que l'embolie pulmonaire se dissolve. Le filtre est indiqué en cas d'embolie pulmonaire récente et de thrombose veineuse profonde proximale avec une contre-indication à l'anticoagulation, et comme prophylaxie après un traumatisme. Lorsque le filtre est utilisé de manière temporaire, les complications des filtres permanents (c'est-à-dire la thrombose, la migration du filtre, l'occlusion ou la perforation de la veine cave inférieure, la fragmentation du filtre et le risque accru de thrombose veineuse profonde) peuvent être évitées. Le filtre se compose de quatre pattes qui forment la forme d'un cône. Un petit crochet à la base de chaque patte sert à fixer le dispositif. Les fils du filtre ont la forme de pétales de tulipe. Un crochet à l'apex du cône permet de récupérer le filtre, bien qu'il puisse être utilisé comme dispositif permanent pour gérer la maladie thromboembolique.

Exemple

Un patient souffrant d'embolie pulmonaire a subi la mise en place d'un filtre dans la veine cave intérieure.

- Le code **06H03DZ**, insertion d'un dispositif intraluminal dans la veine cave inférieure, voie d'abord percutanée, est attribué pour l'insertion du filtre.

Le code **I26.99**, **autre embolie pulmonaire sans cor pulmonaire aigu**, est utilisé pour une **embolie pulmonaire aiguë non spécifiée autrement**.

Le code **I27.82**, **embolie pulmonaire chronique**, est attribué pour une **embolie pulmonaire chronique ou récidivante**. Il faut également attribuer le code **Z79.01**, **utilisation à long terme (actuelle) d'anticoagulants**, pour spécifier toute utilisation à long terme d'un traitement anticoagulant.

Si l'**embolie pulmonaire a complètement disparu** et que le prestataire de soins documente des **antécédents d'embolie pulmonaire**, il faut attribuer le code **Z86.711**, **antécédents personnels d'embolie pulmonaire**.

27.21 Embole en selle

Les codes suivants sont attribués pour l'**embolie en selle**³¹ :

- embolie en selle de l'artère pulmonaire avec cor pulmonaire aigu (**I26.02**)
- embolie en selle de l'artère pulmonaire sans cor pulmonaire aigu (**I26.92**)
- embolie en selle de l'aorte abdominale (**I74.01**)
- autres embolies et thromboses artérielles de l'aorte abdominale (**I74.09**).

31: Les **embolies en selle** sont parmi les formes d'embolie les plus sévères et les plus dangereuses pour la vie. La survie du patient dépend d'un diagnostic et d'un traitement précoces. L'aorte est le site le plus fréquent pour un embole en selle, mais les embolies en selle peuvent se produire à d'autres sites, comme l'artère pulmonaire au niveau de la bifurcation du tronc pulmonaire et s'étendant dans les artères pulmonaires principales droite et gauche. Le traitement peut faire appel à diverses méthodes, notamment l'héparine intraveineuse, le tPA intraveineux et/ou la thrombectomie.

27.22 Thrombose et thrombophlébite des veines des extrémités

Lorsque la thrombose et la thrombophlébite³² des membres inférieurs sont toutes deux documentées, il ne faut attribuer qu'un codes des sous-catégories suivants :

- **I82.4-**, Embolie et thrombose aiguës des veines profondes des extrémités inférieures
- **I82.5-**, Embolie et thrombose chroniques des veines profondes des extrémités inférieures
- **I82.81-**, Embolie et thrombose des veines superficielles des extrémités inférieures.

Un code séparé pour la thrombophlébite n'est pas attribué.

La **thrombophlébite des extrémités** est classée selon les veines atteinte, comme suit :

- **I80.0-**, Vaisseaux superficiels des extrémités inférieures
- **I80.1-**, Veine fémorale
- **I80.20-**, Vaisseaux profonds non spécifiés des extrémités inférieures

32: 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 d'une veine indique qu'un caillot s'est formé ; un diagnostic de thrombophlébite indique que le caillot s'est enflammé.

- I80.21-, Veine iliaque
- I80.22-, Veine poplitée
- I80.23-, Veine tibiale
- I80.24-, Veine péronière
- I80.25-, Veine musculaire du mollet
- I80.29-, Autres vaisseaux profonds des membres inférieurs
- I80.3, Membres inférieurs, non spécifiés
- I80.8, Autres sites
- I80.9, Site non spécifié

Dans l'ICD-10-CM, la valeur par défaut est *aigu* et les termes d'inclusion de la catégorie I82.4- affirment que cette catégorie de codes est utilisée pour le codage la **thrombose veineuse profonde non spécifiée autrement**³³.

Lorsque la thrombose veineuse profonde a complètement disparu et que la documentation du prestataire de soins indique des antécédents de thrombose veineuse profonde, il faut attribuer le code Z86.718, antécédents personnels d'autres thromboses et embolies veineuses.

L'ICD-10-CM classe les **embolies et thromboses veineuses** dans la catégorie I82, **autres embolies et thromboses veineuses, en fonction des veines atteintes**, les codes pour les veines des extrémités étant en outre **spécifiés comme aigus ou chroniques**, comme suit :

- I82.0, Syndrome de Budd-Chiari
- I82.1, Thrombophlébite migratrice
- I82.2-, Veine cave et autres veines thoraciques
- I82.3, Veine rénale
- I82.4-, Veines profondes des extrémités inférieures (aigu)
- I82.5-, Veines profondes du membre inférieur (chronique)
- I82.6-, Veines du membre supérieur (aigu)
- I82.7-, Veines du membre supérieur (chronique)
- I82.A-, Veine axillaire (aigu et chronique)
- I82.B-, Veine **sous-clavière** (aigu et chronique)
- I82.C-, Veine **jugulaire interne** (aigu et chronique)
- I82.81-, Veines superficielles des membres inférieurs
- I82.89-, Autres veines spécifiées (aigu et chronique)
- I82.9-, Veines non spécifiées

Le code Z79.01, **utilisation à long terme (actuelle) d'anticoagulants**, est codé avec les codes des sous-catégories I82.5 et I82.7 pour spécifier **toute utilisation associée à long terme d'un traitement anticoagulant**.

La catégorie I75 est utilisée pour coder l'**athéroembolie**³⁴.

27.23 Autres affections circulatoires

En général, les principes de codage applicables dans toute l'ICD-10-CM s'appliquent aux autres sections du chapitre de l'ICD-10-CM sur les maladies circulatoires, qui ne sont pas abordées spécifiquement dans ce manuel.

33: La **thrombose veineuse profonde**, également appelée thromboembolie veineuse, est un caillot de sang dans une veine principale. La thrombose veineuse profonde touche généralement les veines des membres inférieurs, mais elle peut également se produire dans les veines des membres supérieurs. Avec l'utilisation de cathéters pour l'accès veineux et de dispositifs cardiaques, il existe un risque accru de développer une thrombose veineuse profonde dans les extrémités supérieures, comme les veines axillaires, sous-clavières ou brachiocéphaliques. La thrombose veineuse profonde peut survenir à la suite d'une chirurgie orthopédique, d'une chirurgie pelvienne/abdominale ou d'une inactivité prolongée (par exemple, un voyage sur une longue distance, un alitement dû à une blessure ou une maladie, une paralysie). Certaines personnes sont prédisposées à la formation de caillots sanguins en raison d'une anomalie du système de coagulation du sang (par exemple, mutation du facteur V, déficience en protéine C ou S, lupus). Le traitement fait appel à des anticoagulants pour empêcher le développement de caillots sanguins ou à des médicaments pour dissoudre les caillots. À l'hôpital, l'héparine est généralement administrée par voie intraveineuse. Dans certains cas, un filtre est placé dans la veine cave pour empêcher les embolies ou les caillots de se déplacer vers le cœur et les poumons. Après la sortie de l'hôpital, un traitement anticoagulant est recommandé pendant trois à six mois (ou plus). Les patients à haut risque peuvent être maintenus sous traitement anticoagulant pendant une période indéterminée. L'embolie et la thrombose veineuses peuvent concerner les vaisseaux profonds ou les vaisseaux superficiels, et l'affection peut être aiguë ou chronique, avec des épisodes récurrents. La thrombose veineuse profonde récidivante peut être prévenue par un traitement anticoagulant prophylactique, la prévention de la stase veineuse avec des bas de contention et la compression pneumatique intermittente des jambes. Aucune étude clinique n'a été réalisée pour déterminer à quel moment la thrombose veineuse profonde devient chronique.

34: L'**athéroembolie** est séparée et distincte de l'athérosclérose, de la thrombose ou de l'embolie. La thrombose et l'embolie impliquent de véritables caillots, tandis que l'athéroembolie implique des cristaux de cholestérol provenant de plaques athéromateuses de vaisseaux tels que l'aorte ou l'artère rénale. L'athéroembolie est le plus souvent associée aux extrémités.

27.24 Codes Z de statut

L'ICD-10-CM fournit plusieurs **codes Z pour indiquer que le patient présente un état de santé lié au système circulatoire**, tels que les suivants :

- **Z94.1**, Présence de greffe cardiaque
- **Z95.0**, Présence d'un pacemaker cardiaque
- **Z95.1**, Présence d'un pontage aorto-coronaire
- **Z95.2**, Présence de prothèse d'une valvule cardiaque
- **Z95.3**, Présence d'une valvule cardiaque xénogénique
- **Z95.4**, Présence d'une autre valvule cardiaque de remplacement
- **Z95.5**, Présence d'implant et de greffe vasculaires coronaires
- **Z95.810**, Présence d'un défibrillateur cardiaque automatique (implantable)
- **Z95.811**, Présence d'un dispositif d'assistance cardiaque
- **Z95.812**, Présence d'un cœur artificiel entièrement implantable
- **Z95.818**, Présence d'autres implants et greffes cardiaques
- **Z95.820**, Statut d'angioplastie vasculaire périphérique avec implants et greffes
- **Z95.828**, Présence d'autres implants et greffes vasculaires

Ces codes ne sont **attribués qu'en tant que codes additionnels** et ne sont à coder **que lorsque le statut affecte les soins du patient** au cours d'une admission donnée.

Lorsque le prestataire de soins évalue l'état cardiaque du patient dans n'importe quel contexte de soins, il doit d'abord **attribuer un code pour l'état cardiaque spécifique** ainsi qu'un code spécifiant la présence d'un dispositif cardiaque (c'est-à-dire un pacemaker cardiaque, un défibrillateur automatique, un stimulateur de resynchronisation cardiaque ou un défibrillateur biventriculaire).

Exemple

Un patient présentant un syndrome de dysfonctionnement sinusal est admis et avec un statut de présence d'un pacemaker cardiaque.

- **I49.5**, Syndrome de dysfonctionnement sinusal
- **Z95.0**, Présence d'un pacemaker cardiaque

Le syndrome de dysfonctionnement sinusal est une affection chronique à coder : bien que le pacemaker cardiaque contrôle la fréquence cardiaque, il ne guérit pas le syndrome de dysfonctionnement sinusal et l'affection est toujours gérée/surveillée.

Procédures du système circulatoire

27.25 Introduction

Plusieurs tests de diagnostic complexes ont été mis au point pour évaluer l'état circulatoire d'un patient, et plusieurs procédures intensives sont actuellement utilisées pour traiter les maladies du système circulatoire. Le pontage coronarien, utilisé pour les patients souffrant d'une sévère obstruction des artères coronaires, a été complété par des procédures moins invasives, comme l'angioplastie. Certains de ces tests et procédures sont décrits brièvement dans ce chapitre. La majorité des directives de codage officielles ICD-10-PCS sont couvertes dans les chapitres 7 et 9 de ce manuel.

27.26 Directives pour la sélection de la partie du corps

Il existe **trois directives spécifiques pour la sélection de la partie du corps** à noter pour les procédures du système circulatoire :

— **Les branches d'une partie du corps :**

- Si une branche spécifique d'une partie du corps n'a pas sa propre valeur dans l'ICD-10-PCS, la partie du corps est généralement codée avec la branche proximale la plus proche qui a une valeur spécifique.
- Dans les systèmes anatomiques cardiovasculaires, si une partie du corps générale est disponible dans la table de la procédure de base correcte et que le codage d'une branche proximale nécessiterait l'attribution d'un code dans un système anatomique différent, la procédure est codée en utilisant la partie du corps générale.
- Par exemple, l'occlusion de l'artère bronchique est codée avec la partie du corps *Upper Artery* dans le système anatomique *Upper Arteries*, et non avec la partie du corps *Thoracic Aorta, Descending* dans le système anatomique *Heart and Great Vessels*.

— **Section continue d'une partie du corps tubulaire :**

- Si une intervention est effectuée sur une section continue d'une partie tubulaire du corps, il faut coder la partie du corps correspondant au site anatomique le plus éloigné du point d'entrée.
- Par exemple, une intervention réalisée sur une section 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 avec la partie du corps de l'artère iliaque externe.

27.25 Introduction	452
27.26 Directives pour la sélection de la partie du corps	452
27.27 Cathétérisme cardiaque diagnostique	453
27.28 Angiocardigraphie	454
27.29 Études électrophysiologiques	454
27.30 Défibrillateur cardiovertteur automatique implantable	455
27.31 Thérapie par pacemaker cardiaque	458
27.32 Thérapie par resynchronisation cardiaque	461
27.33 Réparation percutanée de la valve mitrale	462
27.34 Réparation percutanée de la valve aortique et pulmonaire	463
27.35 Valvuloplastie par ballonnet percutanée	463
27.36 Angioplastie coronaire transluminale percutanée	463
27.37 Athérectomie coronaire transluminale	465
27.38 Angioplastie et athérectomie des vaisseaux non coronaires	465
Angioplastie des vaisseaux non coronaires	465
Athérectomie des vaisseaux non coronaires	466
27.39 Pontage de l'artère coronaire	467
27.40 Exclusion ou excision de l'auricule gauche	471
27.41 Ablation du tissu	472
27.42 Dispositifs d'assistance cardiaque implantables	473
27.43 Dispositifs d'assistance cardiaque externes de courte durée	474
27.44 Ballon de contre-pulsion intra-aortique	475
27.45 Dispositif d'accès vasculaire totalement implantable	476
27.46 Dispositif d'accès vasculaire tunnelisé	476
27.47 Moniteur hémodynamique implantable	478
27.48 Mesure de pression intravasculaire et intranévrismale	478
27.49 Implantation d'un système de stimulation du sinus carotidien	479
27.50 Implantation d'un système de cardiomyostimulation	479
27.51 Transplantation cardiaque	480
27.52 Procédures sur les anévrismes	481
27.53 Autres procédures endovasculaires	486

— **Artères coronaires :**

- Les artères coronaires sont classées comme une seule partie du corps qui est précisée par le nombre d'artères traitées.
- Un code de procédure spécifiant plusieurs artères est codé lorsque la même procédure est effectuée, y compris le même dispositif et les mêmes qualificatifs.
- Par exemple, l'angioplastie de deux artères coronaires distinctes avec mise en place de deux stents est codée comme *dilatation d'une artère coronaire, deux artères avec deux dispositifs intraluminaux*, alors que l'angioplastie de deux artères coronaires distinctes, l'une avec mise en place de stent et l'autre sans, est codée comme deux procédures distinctes : *dilatation d'une artère coronaire, une artère avec dispositif intraluminal et dilatation d'une artère coronaire, une artère sans dispositif*.

Coding Clinic a fourni les conseils suivants en ce qui concerne la sélection des parties du corps pour les vaisseaux. Dans les sections de l'ICD-10-PCS contenant des valeurs qui distinguent les vaisseaux centraux des vaisseaux périphériques, une convention de codage peut être appliquée pour déterminer si le site de la procédure doit être codé comme un vaisseau central ou comme un vaisseau périphérique.

- Les vaisseaux suivants sont codés avec la partie du corps *Central Artery/Vein* :
 - Artère coronaire
 - Veine coronaire
 - Tronc pulmonaire
 - Artère pulmonaire
 - Veine pulmonaire
 - Veine cave inférieure
 - Veine cave supérieure
 - Aorte thoracique
- Tous les autres vaisseaux sont codés avec la partie du corps *Peripheral Arterie/Vein*.

27.27 Cathétérisme cardiaque diagnostique

L'ICD-10-PCS classe les **cathétérismes cardiaques**³⁵ comme suit :

- section *Measurement and Monitoring*
- système anatomique *Physiological Systems*
- fonction/dispositif *Sampling and Pressure*
- le qualificatif spécifie si la procédure est un cathétérisme cardiaque gauche, cardiaque droit ou bilatéral

Exemples

- **4A023N8**, Mesure de l'échantillonnage et de la pression cardiaques, bilatérale, voie d'abord percutanée
- **4A023N6**, Mesure de l'échantillonnage et de la pression cardiaques, cœur droit, voie d'abord percutanée
- **4A020N7**, Mesure de l'échantillonnage et de la pression cardiaques, cœur gauche, voie d'abord ouverte.

35: Le **cathétérisme cardiaque** est une procédure de diagnostic invasive réalisée pour diagnostiquer et évaluer la sévérité d'une maladie cardiovasculaire. La procédure comprend l'enregistrement des pressions intracardiaques et intravasculaires, l'enregistrement des tracés, le prélèvement de sang pour l'analyse des gaz du sang et la mesure du débit cardiaque. Un certain nombre d'autres examens impliquent l'insertion de cathéters cardiaques, mais ils ne sont pas classés comme cathétérisme de diagnostic à moins qu'une procédure distincte avec un rapport incluant les mesures énumérées dans la phrase précédente ait été documentée.

4A023N7[Search ICD-10-CM & ICD-10-PCS (2019) Create codetable from scratch Show conversion to ICD

Section 4 Measurement and Monitoring
 Body System A Physiological Systems
 Operation 0 Measurement Determining the level of a physiological or physical function at a point in time

Code Description 4A023N7 Measurement of Cardiac Sampling and Pressure, Left Heart, Percutaneous Approach

Body System	Approach	Function / Device	Qualifier
<input type="radio"/> 0 Central Nervous <input type="radio"/> 1 Peripheral Nervous <input checked="" type="radio"/> 2 Cardiac <input type="radio"/> 3 Arterial <input type="radio"/> 4 Venous <input type="radio"/> 5 Circulatory <input type="radio"/> 6 Lymphatic <input type="radio"/> 7 Visual <input type="radio"/> 8 Olfactory <input type="radio"/> 9 Respiratory <input type="radio"/> B Gastrointestinal <input type="radio"/> C Biliary <input type="radio"/> D Urinary <input type="radio"/> F Musculoskeletal <input type="radio"/> H Products of Conception, Cardiac <input type="radio"/> J Products of Conception, Nervous <input type="radio"/> Z None	<input type="radio"/> 0 Open <input checked="" type="radio"/> 3 Percutaneous <input type="radio"/> 4 Percutaneous Endoscopic <input type="radio"/> 7 Via Natural or Artificial Opening <input type="radio"/> 8 Via Natural or Artificial Opening Endoscopic <input type="radio"/> X External	<input type="radio"/> 0 Acuity <input type="radio"/> 1 Capacity <input type="radio"/> 2 Conductivity <input type="radio"/> 3 Contractility <input type="radio"/> 4 Electrical Activity <input type="radio"/> 5 Flow <input type="radio"/> 6 Metabolism <input type="radio"/> 7 Mobility <input type="radio"/> 8 Motility <input type="radio"/> 9 Output <input type="radio"/> B Pressure <input type="radio"/> C Rate <input type="radio"/> D Resistance <input type="radio"/> F Rhythm <input type="radio"/> G Secretion <input type="radio"/> H Sound <input type="radio"/> J Pulse <input type="radio"/> K Temperature <input type="radio"/> L Volume <input type="radio"/> M Total Activity <input checked="" type="radio"/> N Sampling and Pressure <input type="radio"/> P Action Currents <input type="radio"/> Q Sleep <input type="radio"/> R Saturation	<input type="radio"/> 0 Central <input type="radio"/> 1 Peripheral <input type="radio"/> 2 Portal <input type="radio"/> 3 Pulmonary <input type="radio"/> 4 Stress <input type="radio"/> 6 Right Heart <input checked="" type="radio"/> 7 Left Heart <input type="radio"/> 8 Bilateral <input type="radio"/> 9 Sensory <input type="radio"/> A Guidance <input type="radio"/> B Motor <input type="radio"/> C Coronary <input type="radio"/> D Intracranial <input type="radio"/> F Other Thoracic <input type="radio"/> Z No Qualifier

FIGURE 27.4 – Exemple du codage d'un cathétérisme cardiaque

27.28 Angiocardiographie

Les **angiocardiographies**³⁶ et les **coronarographies**³⁷ sont classées dans l'ICD-10-PCS comme suit :

- section *Imaging*
- procédure de base *Fluoroscopy*
- la partie du corps identifiant le vaisseau imagé
- contraste *High Osmolar, Low Osmolar, Other Contrast*

Il est possible de collaborer avec les radiologues pour déterminer quel produit de contraste est utilisé pour l'imagerie, puis élaborer des **directives internes** propres à l'établissement identifiant le type de contraste pour coder ces procédures.

Pour les angiocardiographies, l'ICD-10-PCS **distingue** si la procédure :

- concerne une ou plusieurs artères coronaires
- est effectuée sur un greffon ponté

Exemples

- **B2120ZZ**, Fluoroscopie d'un simple greffon de pontage aorto-coronarien utilisant un contraste hyperosmolaire
- **B211YZZ**, Fluoroscopie de plusieurs artères coronaires utilisant un autre contraste.

27.29 Études électrophysiologiques

Les **études électrophysiologiques**³⁸ sont codées comme suit :

- Les **études électrophysiologiques invasives** :
 - **4A0234Z**, Mesure de l'activité électrique cardiaque, voie d'abord percutanée.

36: L'**angiocardiographie** est un test diagnostique habituellement effectué en conjonction avec le cathétérisme cardiaque diagnostique.

37: Le test de provocation à l'ergonovine est souvent effectué en association avec les **coronarographies** pour diagnostiquer un spasme coronaire et fait partie intégrante du code de coronarographie.

38: Les **études électrophysiologiques** sont réalisées dans le cadre du diagnostic et de la prise en charge thérapeutique des patients atteints de tachycardie ventriculaire ou de fibrillation ventriculaire, deux formes d'arythmie cardiaque qui comportent un risque élevé de mort subite. Les études électrophysiologiques sont également réalisées pour les patients qui présentent une syncope et des palpitations inexplicées ou une tachycardie supraventriculaire. Parfois, une électrocardiographie du faisceau de His sera effectuée dans le cadre d'une étude électrophysiologique.

- **3E063KZ**, Introduction d'une autre substance diagnostique dans l'artère centrale, voie d'abord percutanée
- **Les études électrophysiologiques non invasives :**
 - **4A02X4Z**, Mesure de l'activité électrique cardiaque, voie d'abord externe.
 - Cette étude non invasive peut également être réalisée par voie d'abord transœsophagienne. L'ICD-10-PCS ne fournit pas de valeur spécifique pour la voie d'abord transœsophagienne pour la mesure du rythme cardiaque. La voie d'abord externe (4A02X4Z) est l'équivalent disponible le plus proche.

Une **procédure ablativ**e peut également être réalisée. Le système de conduction cardiaque comprend le nœud sinusal, le nœud auriculo-ventriculaire, le faisceau de HIS³⁹ et toutes les autres voies spécialisées dans les oreillettes et les ventricules qui régissent la stimulation de la pompe cardiaque. Le système de conduction cardiaque est le site de tout foyer arythmogène traité par une procédure d'ablation, et de telles procédures sont codées à la valeur de partie du corps *Conduction Mechanism*.

Exemple

Un patient diagnostiqué avec une tachycardie ventriculaire subit une ablation percutanée de la tachycardie ventriculaire.

- **02583ZZ**, Destruction du mécanisme de conduction, voie d'abord percutanée.

Une procédure hybride d'ablation plus récente consiste en une **ablation endocardique par cathéter** réalisée dans le laboratoire d'électrophysiologie, ainsi qu'en une **ablation épicaudique** réalisée par une approche peu invasive par un chirurgien cardiothoracique. Cette procédure est efficace pour bloquer les mécanismes de conduction dans le traitement de la fibrillation auriculaire persistante et de longue durée.

27.30 Défibrillateur cardiovertre automatique implantable

Le codage de l'insertion d'un défibrillateur cardiovertre automatique implantable⁴⁰ nécessite plusieurs codes :

1. **Un code pour l'insertion du défibrillateur dans la poche sous-cutanée soit du thorax, soit de l'abdomen, en utilisant une voie d'abord ouverte ou percutanée.**
 - **0JH608Z**, Insertion du défibrillateur dans le tissu sous-cutané et le fascia du thorax, voie d'abord ouverte
 - **0JH838Z**, Insertion du défibrillateur dans le tissu sous-cutané et le fascia de l'abdomen, voie d'abord percutanée

39: **L'électrocardiographie du faisceau de His** est un test qui mesure l'activité électrique dans une partie du cœur qui transporte les signaux qui contrôlent le temps entre les battements cardiaques (contractions). L'étude électrophysiologique consiste à insérer un cathéter - un tube étroit et flexible - relié à des électrodes de contrôle de l'électricité, dans un vaisseau sanguin, souvent par un site dans l'aîne ou le cou, et à enrouler le fil du cathéter jusqu'au cœur. Une fois l'accès au cœur obtenu, soit par voie percutanée, soit par incision, des électrodes spécialisées de cathéter électrophysiologique sont insérées et guidées en position sous fluoroscopie. Une fois que le cathéter atteint le cœur, les électrodes situées à son extrémité recueillent des données et diverses mesures électriques sont effectuées. Ces données permettent de localiser le site électrique défectueux. Au cours de cette cartographie électrique, le spécialiste de l'arythmie cardiaque, un électrophysiologiste, peut déclencher, par stimulation (utilisation de minuscules impulsions électriques), les arythmies qui sont au cœur du problème.

40: Le **défibrillateur (cardiovertre) automatique implantable** est un dispositif électronique conçu pour détecter et traiter les tachyrythmies potentiellement mortelles au moyen de contre-chocs. Les patients qui reçoivent ce traitement ont généralement connu un ou plusieurs épisodes d'arythmies potentiellement mortelles qui ne peuvent être contrôlées par un autre traitement. L'implantation d'un système de défibrillateur cardiovertre total est généralement effectuée en une seule procédure. Elle comprend la formation d'une poche de tissu sous-cutané ou d'une poche de fascia abdominal, l'implantation ou le remplacement du défibrillateur avec des patchs épicaudiques et toute électrode transveineuse, des procédures peropératoires pour l'évaluation du signal de l'électrodes, des mesures du seuil du défibrillateur et des tests du dispositif implanté avec induction d'arythmie. Pendant l'intervention chirurgicale visant à implanter le défibrillateur (cardiovertre) automatique implantable, le dispositif est testé en provoquant une fibrillation ventriculaire. Des chocs sont administrés à l'aide d'un défibrillateur et le rythme sinusal normal est rétabli. Bien qu'une seule procédure soit plus typique, l'implantation d'un défibrillateur (cardiovertre) automatique implantable est parfois réalisée en deux étapes. Les électrodes sont d'abord implantées, puis le générateur est implanté le jour suivant au cours de la même hospitalisation.

2. Un code pour l'insertion de la ou des sondes du défibrillateur.

- Il existe plusieurs codes possibles selon que l'électrode est insérée dans l'oreillette droite, l'oreillette gauche, le ventricule droit ou le ventricule gauche.
- Il existe également différents codes selon que les électrodes ont été insérées par une voie d'abord ouverte, percutanée ou endoscopique percutanée.
- Les défibrillateurs conventionnels reposent sur des électrodes transveineuses pour la détection et la défibrillation cardiaques.
 - **02H60KZ**, Insertion de l'électrode du défibrillateur dans l'oreillette droite, voie d'abord ouverte
 - **02H73KZ**, Insertion de l'électrode du défibrillateur dans l'oreillette gauche, voie d'abord percutanée
 - **02HK4KZ**, Insertion de l'électrode du défibrillateur dans le ventricule droit, voie d'abord endoscopique percutanée
- Les nouveaux défibrillateurs implantables totalement sous-cutanés utilisent des électrodes sous-cutanées plutôt que transveineuses.
 - **0JH60FZ**, Insertion d'une électrode de défibrillateur sous-cutanée dans le tissu sous-cutané et le fascia de la poitrine, voie d'abord ouverte
 - **0JH63FZ**, Insertion d'une électrode de défibrillateur sous-cutanée dans le tissu sous-cutané et le fascia du thorax, voie d'abord percutanée

3. Toute circulation extracorporelle (débit cardiaque continu) (5A1221Z) ou toute autre procédure chirurgicale concomitante doit également être codée.

Il existe deux codes pour la révision ou le déplacement de la poche d'un dispositif cardiaque, l'un pour la voie d'abord ouverte et l'autre pour la voie d'abord percutanée. Ces codes peuvent être utilisés pour la création d'une poche pour un *implantable loop recorder* ou d'une poche pour un *cardiac event recorder* activé par le patient. L'insertion et le déplacement des deux dispositifs sont inclus dans ces codes.

- **0JWT0PZ**, Révision d'un dispositif lié au rythme cardiaque dans le tissu sous-cutané et le fascia du tronc, voie d'abord ouverte
- **0JWT3PZ**, Révision d'un dispositif lié au rythme cardiaque dans le tissu sous-cutané et le fascia du tronc, voie d'abord percutanée

Il existe deux codes pour le retrait des électrodes de défibrillateur sous-cutanées et trois codes pour leur révision :

- **0JPT0FZ**, Retrait de l'électrode de défibrillateur sous-cutanée du tissu sous-cutané et du fascia du tronc, voie d'abord ouverte
- **0JPT3FZ**, Retrait de l'électrode de défibrillateur sous-cutanée du tissu sous-cutané et du fascia du tronc, voie d'abord percutanée
- **0JWT0FZ**, Révision de l'électrode de défibrillateur sous-cutanée dans le tissu sous-cutané et le fascia du tronc, voie d'abord ouverte
- **0JWT3FZ**, Révision de l'électrode sous-cutanée du défibrillateur dans le tissu sous-cutané et le fascia du tronc, voie d'abord

percutanée

- **0JWTFZ**, Révision de l'électrode sous-cutanée du défibrillateur dans le tissu sous-cutané et le fascia du tronc, voie d'abord externe

Lorsqu'un patient est admis pour le **remplacement ou l'ajustement d'un défibrillateur (cardiovertteur) automatique implantable**, le code **Z45.02, Contact pour ajustement et gestion d'un défibrillateur cardiaque implantable automatique**, est attribué comme diagnostic principal, sauf si la procédure est effectuée en raison d'une complication mécanique, auquel cas un code de la sous-catégorie **T82.1, complication mécanique d'un dispositif électronique cardiaque**, est attribué.

- Lorsque seules les électrodes sont remplacées, il faut coder le retrait de l'ancienne électrode puis l'insertion de la nouvelle électrode.
- Lorsque seul le générateur est remplacé, il faut le retrait de l'ancien générateur ainsi que l'insertion du nouveau générateur.

Exemple

Par exemple, si le générateur est retiré du thorax et remplacé par un nouveau, il faut coder les deux procédures en utilisant la voie d'abord ouverte

- **0JPT0PZ**, Retrait d'un dispositif lié au rythme cardiaque du tissu sous-cutané et du fascia du tronc, voie d'abord ouverte
- **0JH608Z**, Insertion d'un générateur de défibrillateur dans le tissu sous-cutané et le fascia du thorax, voie d'abord ouverte

Les cardiovertteurs/défibrillateurs automatiques implantables nécessitent parfois un **contrôle ou des tests des seuils de déclenchement sans induction d'arythmie**. Cette procédure est codée avec **4B02XTZ, mesure du défibrillateur cardiaque, voie d'abord externe**.

Exemple

Le contrôle ou le test au chevet du patient d'un défibrillateur cardiovertteur automatique implantable.

- **4B02XTZ**, mesure du défibrillateur cardiaque, voie d'abord externe.

Notez que...

Un diagnostic de fibrillation ventriculaire n'est pas codé lorsqu'il est induit par l'utilisation d'un défibrillateur (chocs) pour s'assurer que le défibrillateur (cardiovertteur) automatique implantable reconnaît la fibrillation ventriculaire, car l'arythmie est induite pour contrôler le fonctionnement du dispositif.

27.31 Thérapie par pacemaker cardiaque

La thérapie par **pacemaker cardiaque** (figure 27.6) implique le contrôle électrique de la fréquence cardiaque.

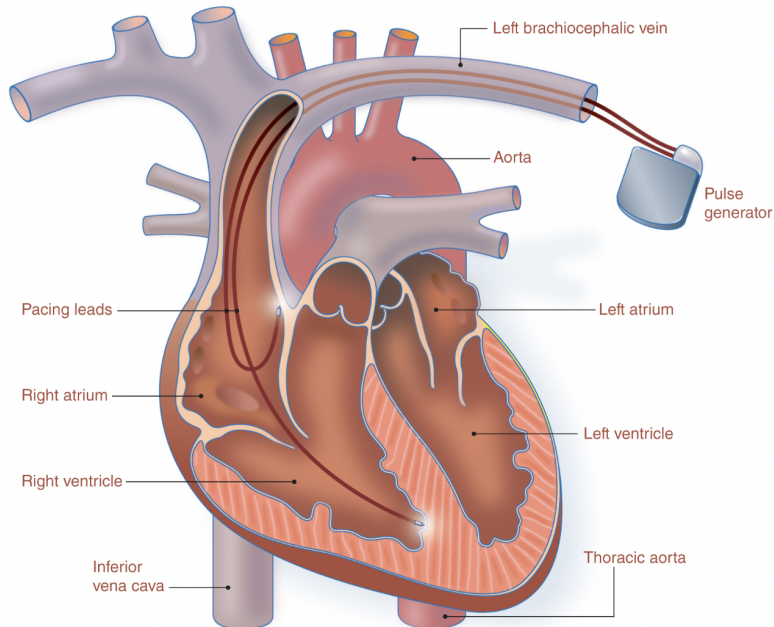


FIGURE 27.5 – Insertion d'un pacemaker

Source : Copyright by Healthforum, inc., An American Hospital Association Company. All rights reserved

Les codes ICD-10-PCS pour l'insertion d'un pacemaker font la distinction entre :

- **L'insertion de pacemakers cardiaques temporaires**⁴¹
 - **5A1213Z**, Exécution de stimulation cardiaque, intermittente
 - **5A1223Z**, Exécution de stimulation cardiaque, continue.
- **L'insertion de pacemakers cardiaques permanents**
 - Au moins deux codes sont requis pour l'insertion initiale d'un pacemaker cardiaque permanent.
 - Un code indique le type de dispositif, communément appelé pacemaker, qui est codé dans la section médicale et chirurgicale ; système anatomique *Subcutaneous Tissue and Fascia* ; et procédure de base *Insertion* ; le dispositif fournissant des renseignements sur le type de pacemaker cardiaque (*Pacemaker Single Chamber, Pacemaker Single Chamber Rate Responsive, Pacemaker Dual Chamber*).
 - Des codes additionnels sont utilisés pour coder l'insertion des électrodes.

41: Lors de l'insertion d'un **pacemaker cardiaque temporaire**, des fils de stimulation transveineux sont placés via un cathéter et reliés à un générateur d'impulsions externe. Ce type de pacemaker cardiaque est généralement utilisé pour un patient gravement malade jusqu'à ce qu'un pacemaker permanent puisse être mis en place. Un autre type de pacemaker cardiaque temporaire est utilisé en peropératoire ou immédiatement après une intervention chirurgicale, les fils de stimulation étant placés dans le myocarde d'un thorax déjà ouvert.

Dans l'ICD-10-PCS, les **dispositifs utilisés pendant une procédure** ne sont pas codés, **sauf** si le dispositif reste après la fin de la procédure. Par conséquent, un pacemaker cardiaque temporaire utilisé uniquement pendant une intervention chirurgicale n'est pas codé.

Exemple

Un **pacemaker cardiaque temporaire transmyocardique**, dans lequel une aiguille est insérée dans le thorax et dans le myocarde avec des fils guidés par l'aiguille directement dans le muscle cardiaque et attachés à un dispositif de stimulation externe, est parfois utilisé dans un effort de réanimation cardio-pulmonaire.

- Cette procédure est considérée comme une partie intégrante de la réanimation cardio-pulmonaire (**5A2204Z**), et aucun code additionnel n'est attribué.

Le code **0JWTOPZ** ou **0JWT3PZ** est attribué pour la révision ou le déplacement d'une poche⁴² pour un pacemaker cardiaque, un défibrillateur ou un autre dispositif cardiaque implanté.

Il existe trois types de pacemakers cardiaques⁴³, chacun d'entre eux possède une valeur unique de sixième caractère *Device* :

- *Single Chamber*⁴⁴
- *Single Chamber Rate Responsive*⁴⁵
- *Dual Chamber*⁴⁶

Exemple

Un pacemaker cardiaque simple chambre est inséré dans une poche thoracique par une voie d'abord ouverte.

- **0JH604Z**, Insertion d'un pacemaker cardiaque simple chambre dans le tissu sous-cutané et le fascia du thorax, voie d'abord ouverte.

Il est important de s'assurer que le code pour l'insertion de l'électrode et le code pour le pacemaker cardiaque sont compatibles.

Exemple

Un pacemaker cardiaque permanent double chambre avec des électrodes dans l'oreillette droite et le ventricule droit est inséré.

- **0JH606Z**, Insertion d'un pacemaker cardiaque, double chambre dans le tissu sous-cutané et le fascia du thorax, voie d'abord ouverte
- **02H63JZ**, Insertion d'une électrode d'un pacemaker cardiaque dans l'oreillette droite, voie d'abord percutanée
- **02HK3JZ**, Insertion d'une électrode d'un pacemaker cardiaque dans le ventricule droit, voie d'abord percutanée

Parfois, le générateur d'impulsions d'un pacemaker cardiaque doit être remplacé, ou il peut être nécessaire de passer d'un pacemaker chambre simple à un pacemaker double chambre. L'ICD-10-PCS fournit des codes individuels pour chaque composant de ces procédures.

- Le remplacement du générateur d'impulsions seul nécessite des codes pour le retrait de l'ancien générateur et l'insertion du nouveau générateur.

42: Les **sondes (électrodes) de pacemaker cardiaque** peuvent être placées soit par voie transveineuse à l'intérieur du cœur, soit par voie épicaudique à l'extérieur du cœur. Pour insérer une **électrode transveineuse** dans le ventricule, on fait une incision dans la peau et on fait passer l'électrode dans la veine sous-clavière, dans la veine cave supérieure, à travers l'oreillette droite et dans le ventricule droit. Lorsque des électrodes transveineuses sont utilisées, le dispositif de stimulation cardiaque est généralement placé dans une poche sous-cutanée dans la partie supérieure de la paroi thoracique. Aucune incision dans la cavité thoracique n'est nécessaire pour l'insertion d'une **électrode épicaudique**. Lorsque des électrodes épicaudiques sont utilisées, le site le plus courant pour la poche du pacemaker cardiaque est la paroi abdominale.

43: Une bonne pratique consiste à dresser une liste des types de pacemakers cardiaques utilisés et de la manière dont ils peuvent être documentés de façon cohérente dans le rapport opératoire.

44: Un pacemaker cardiaque simple chambre utilise une seule électrode.

45: Un pacemaker avec asservissement de fréquence est un dispositif dans lequel la fréquence de stimulation est déterminée par des variables physiologiques autres que la fréquence auriculaire. Ce type de pacemaker cardiaque permet aux patients de mener une vie plus normale et est fortement recommandé pour un patient potentiellement actif. Les prestataires de soins utilisent divers termes pour désigner ce type de pacemaker, dans de nombreux cas, ils ne mentionnent que le numéro du dispositif lorsqu'ils documentent une insertion.

46: Un pacemaker double chambre nécessite deux électrodes, une dans l'oreillette et une dans le ventricule.

- De même, si le remplacement des électrodes existantes est nécessaire, des codes seront requis pour le retrait des anciennes électrodes, ainsi que des codes pour l'insertion des nouvelles électrodes.

Exemple

Un pacemaker cardiaque chambre unique est retiré du thorax et remplacé par un nouveau.

- **0JPT0PZ**, Enlèvement d'un dispositif lié au rythme cardiaque du tissu sous-cutané et du fascia du tronc, voie d'abord ouverte
- **0JH604Z**, Insertion d'un pacemaker cardiaque chambre simple dans le tissu sous-cutané et le fascia du thorax, voie d'abord ouverte

Il faut coder les deux procédures en utilisant la voie d'abord ouverte.

Lorsqu'un pacemaker cardiaque existant est remplacé par un nouveau dispositif, le type de dispositif retiré n'affecte pas le code de l'enlèvement. **L'ICD-10-PCS fournit un code unique (0JPT0PZ) pour l'enlèvement d'un dispositif lié au rythme cardiaque du thorax ou de l'abdomen, qu'il s'agisse d'un pacemaker ou d'un défibrillateur cardiaque.** Cependant, les codes pour l'insertion du dispositif fournissent des informations concernant le type de dispositif lié au rythme cardiaque.

Lorsqu'un patient est admis pour un enlèvement, **un remplacement ou une reprogrammation de routine d'un pacemaker cardiaque :**

- le code **Z45.010, contact pour contrôle et test du générateur d'impulsions [batterie] du pacemaker cardiaque**, ou le code **Z45.018, contact pour entretien et gestion d'une autre partie du pacemaker cardiaque**, est codé en diagnostic principal.
- La **reprogrammation** est une procédure non opératoire simple qui ne nécessite pas de code de procédure.

Les prestataires de soins indiquent parfois qu'un patient est admis pour le remplacement d'une batterie. Il s'agit d'un terme inapproprié car les pacemakers cardiaques n'utilisent plus de batteries et c'est l'ensemble du dispositif qui est remplacé.

- Lorsque le dispositif de stimulation cardiaque est remplacé uniquement parce qu'il approche de la **fin de sa durée de vie prévue**, le code **Z45.010** ou **Z45.018** est attribué en diagnostic principal.
- Lorsque le remplacement du pacemaker cardiaque est dû à une **complication mécanique du dispositif**, un code de la sous-catégorie **T82.1, complication mécanique d'un dispositif électronique cardiaque**, est attribué.

Un **pacemaker intracardiaque**⁴⁷ peut être placé par une voie d'abord endoscopique percutanée, une voie d'abord ouverte ou une voie d'abord percutanée. L'ancien dispositif peut être enlevé par voie percutanée, ou il peut être éteint et laissé en place.

Exemples

- **02H43NZ**, Insertion d'un pacemaker intracardiaque dans une veine coronaire, voie d'abord percutanée

47: Les **pacemakers intracardiaques** sont également connus sous le nom de pacemakers sans électrode et de pacemakers transcathéter. Les pacemakers cardiaques classiques sont constitués de deux éléments : un générateur placé dans une poche sous-cutanée au niveau du thorax et une ou plusieurs électrodes placées dans un tunnel sous la peau et avancées dans une ou plusieurs chambres cardiaques. Les composants d'un pacemaker intracardiaque sont combinés en un seul dispositif implanté dans une cavité cardiaque. Ce type de pacemaker cardiaque ne nécessite ni poche sous-cutanée ni électrode tunnelée. Tous les composants sont miniaturisés dans un dispositif en forme de capsule qui est inséré dans un vaisseau périphérique, généralement la veine fémorale, puis avancé dans la chambre cardiaque, fixé à la paroi de la chambre du cœur. Bien que les pacemakers cardiaques intracardiaques soient également appelés pacemakers sans électrode, une minuscule électrode située à l'extrémité de la capsule de la batterie délivre effectivement l'impulsion de stimulation au tissu cardiaque. Les pacemakers intracardiaques sont actuellement placés dans le ventricule droit pour la stimulation d'une chambre unique. Le dispositif doit être programmé lors de sa mise en place, puis interrogé et reprogrammé périodiquement. Lorsque le dispositif atteint la fin de sa durée de vie, un nouveau dispositif doit être placé.

- **02H44NZ**, Insertion d'un pacemaker intracardiaque dans une veine coronaire, voie d'abord endoscopique percutanée
- **02H60NZ**, Insertion d'un pacemaker intracardiaque dans l'oreillette droite, voie d'abord ouverte
- **02H63NZ**, Insertion d'un pacemaker intracardiaque dans l'oreillette droite, voie d'abord percutanée
- **02H64NZ**, Insertion d'un pacemaker intracardiaque dans l'oreillette droite, voie d'abord endoscopique percutanée
- **02H70NZ**, Insertion d'un pacemaker intracardiaque dans l'oreillette gauche, voie d'abord ouverte
- **02H73NZ**, Insertion d'un pacemaker intracardiaque dans l'oreillette gauche, voie d'abord percutanée
- **02H74NZ**, Insertion d'un pacemaker intracardiaque dans l'oreillette gauche, voie d'abord endoscopique percutanée
- **02HK0NZ**, Insertion d'un pacemaker intracardiaque dans le ventricule droit, voie d'abord ouverte
- **02HK3NZ**, Insertion d'un pacemaker intracardiaque dans le ventricule droit, voie d'abord percutanée
- **02HK4NZ**, Insertion d'un pacemaker intracardiaque dans le ventricule droit, voie d'abord percutanée endoscopique
- **02HL0NZ**, Insertion d'un pacemaker intracardiaque dans le ventricule gauche, voie ouverte
- **02HL3NZ**, Insertion d'un pacemaker intracardiaque dans le ventricule gauche, voie percutanée
- **02HL4NZ**, Insertion d'un pacemaker intracardiaque dans le ventricule gauche, voie percutanée endoscopique

27.32 Thérapie par resynchronisation cardiaque

Pour le codage de la **thérapie de resynchronisation cardiaque**⁴⁸, l'ICD-10-PCS fait la distinction entre :

- l'insertion d'un stimulateur de resynchronisation cardiaque **sans défibrillateur** (CRT-P), avec un sixième caractère *Cardiac Resynchronization Pacemaker Pulse Generator*
- l'insertion d'un stimulateur de resynchronisation cardiaque **avec défibrillateur** (CRT-D), avec un sixième caractère *Cardiac Resynchronization Defibrillator Pulse Generator*

Exemples

Exemples de codes pour l'insertion d'un générateur d'impulsions par voie d'abord percutanée :

- **0JH637Z**, Insertion d'un stimulateur de resynchronisation cardiaque sans défibrillateur dans le tissu sous-cutané et le fascia du thorax, voie d'abord percutanée
- **0JH639Z**, Insertion d'un stimulateur de resynchronisation cardiaque avec défibrillateur dans le tissu sous-cutané et le fascia du thorax, voie d'abord percutanée

48: La **thérapie de resynchronisation cardiaque** est une technologie plus récente, similaire à la thérapie conventionnelle par pacemaker cardiaque et aux défibrillateurs cardioverters implantables. Dans le cadre de la thérapie de resynchronisation cardiaque, des électrodes sont placées dans l'oreillette droite et le ventricule droit, et une troisième électrode est placée dans une veine sur la surface externe du ventricule gauche. La thérapie de resynchronisation cardiaque traite l'insuffisance cardiaque en fournissant une stimulation électrique stratégique à l'oreillette droite, au ventricule droit et au ventricule gauche du cœur afin de coordonner à nouveau les contractions ventriculaires et d'améliorer le débit cardiaque. La thérapie de resynchronisation cardiaque est aussi parfois appelé stimulation biventriculaire car les deux ventricules sont stimulés électriquement en même temps.

Aucun code additionnel n'est attribué pour la création de la poche pour le dispositif, l'implantation du dispositif ou les procédures peropé-

ratoires d'évaluation des signaux des électrodes. Toutefois, des **codes additionnels** sont requis pour l'insertion des électrodes transveineuses.

- Le codage du **stimulateur de resynchronisation cardiaque sans défibrillateur**, nécessite des codes pour l'insertion des électrodes dans le ventricule droit ou gauche (par exemple, **02HK3JZ**, **insertion d'électrode de stimulateur cardiaque dans le ventricule droit, voie d'abord percutanée**).
- Le codage du **stimulateur de resynchronisation cardiaque avec défibrillateur**, nécessite des codes pour l'insertion des électrodes de défibrillateur en fonction de la documentation sur le site où les électrodes sont placées. Quelques exemples :
 - **02H63KZ**, insertion de l'électrode du défibrillateur dans l'oreillette droite, voie d'abord percutanée
 - **02HK3KZ**, insertion de l'électrode du défibrillateur dans le ventricule droit, voie d'abord percutanée
 - **02HL3KZ**, insertion de l'électrode du défibrillateur dans le ventricule gauche, voie d'abord percutanée
 - **02H43KZ**, insertion de l'électrode du défibrillateur dans la veine coronaire, voie d'abord percutanée

Avec le temps, il peut être nécessaire de **remplacer** l'électrode dans le système veineux coronaire du ventricule gauche, de remplacer le générateur d'impulsions du stimulateur de resynchronisation cardiaque sans défibrillateur, ou de remplacer le générateur d'impulsions du stimulateur de resynchronisation cardiaque avec défibrillateur.

- Dans toutes ces situations, il faut coder séparément l'enlèvement du dispositif et l'insertion du dispositif de remplacement.
- Lorsque les électrodes sont seulement repositionnées (et non remplacées), le code de la procédure de base *Revision* est attribué.

Exemple

Le repositionnement de l'électrode d'un stimulateur de resynchronisation cardiaque avec ou sans défibrillateur par voie d'abord percutanée.

- **02WA3MZ**, Révision d'une électrode cardiaque, voie d'abord percutanée

27.33 Réparation percutanée de la valve mitrale

L'implant MitraClip® est une procédure mini-invasive, par thorax fermé, utilisant un cathéter pour la réparation intracardiaque de la régurgitation mitrale causée par une pathologie valvulaire et/ou un dysfonctionnement du ventricule gauche. La procédure est réalisée sur un cœur battant et constitue une alternative à une procédure chirurgicale à cœur ouvert. Les cardiologues interventionnels peuvent effectuer l'intervention dans le laboratoire de cathétérisme cardiaque ou dans une salle d'opération sous anesthésie générale. L'intervention ne nécessite pas de pontage cardio-pulmonaire.

L'insertion de l'implant MitraClip® est codée avec le code **02UG3JZ**, **supplément de valve mitrale avec substitut synthétique, voie d'abord percutanée**.

27.34 Réparation percutanée de la valve aortique et pulmonaire

Le remplacement endovasculaire ou transapical de la valve aortique ou pulmonaire⁴⁹ est codé avec la procédure de base *Replacement*.

Exemples

- **02RF3JZ**, Remplacement de la valve aortique par un substitut synthétique, voie d'abord percutanée
- **02RH3JH**, Remplacement de la valve pulmonaire par un substitut synthétique, par voie transapicale, voie d'abord percutanée

Lorsqu'une procédure est effectuée pour corriger une partie d'un dispositif défectueux ou déplacé, la procédure est codée avec la procédure de base *Revision* et la partie du corps *Aortic Valve*.

Exemple

Un patient a subi un remplacement de la valve aortique ultérieurement. La valve fuit maintenant le long du périmètre où la valve bioprothétique est fixée. Le chirurgien effectue une fermeture percutanée de la fuite paravalvulaire.

- **02WF3KZ**, révision d'un substitut tissulaire non autologue dans la valve aortique, voie d'abord percutanée

49: Les remplacements valvulaires aortiques et pulmonaires par cathétérisme sont des procédures utilisant des cathéters qui permettent l'implantation d'une valve prothétique dans la valve native malade sans chirurgie invasive ni pontage cardio-pulmonaire. Il existe deux voies d'abord pour le remplacement valvulaire aortique et pulmonaire par cathétérisme : endovasculaire et transapicale. Une valve bioprothétique est introduite par cathéter à travers la valve native malade par l'artère ou la veine fémorale (voie d'abord endovasculaire) ou par l'apex du cœur au moyen d'une incision de thoracotomie (voie d'abord transapicale). Pour les deux voies d'abord, un cathéter de valvuloplastie à ballonnet est avancé dans l'aorte et placé sur la valve aortique ou pulmonaire native malade. Une valvuloplastie par ballonnet est ensuite réalisée. Le cathéter est placé sur la valve native, et la nouvelle valve bioprothétique est mise en place, détruisant la valve native située en dessous.

27.35 Valvuloplastie par ballonnet percutanée

La valvuloplastie percutanée par ballonnet (**027H3ZZ**) est un traitement non invasif de la sténose de la valve pulmonaire.

Elle fait appel à un cathéter à ballonnet qui est introduit dans le cœur par la veine fémorale et traverse la valve sténosée. Le ballon est ensuite gonflé manuellement. L'anesthésie générale n'est pas nécessaire, le séjour à l'hôpital est court et l'intervention ne laisse aucune cicatrice.

27.36 Angioplastie coronaire transluminale percutanée

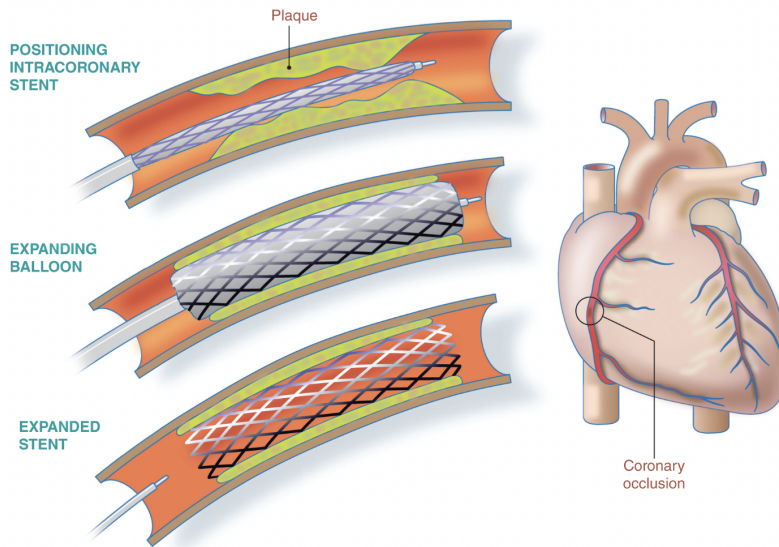
Les procédures d'angioplastie coronaire transluminale percutanée (ACTP) sont codées comme suit :

- dans la section Médicale et Chirurgicale
- avec la procédure de base *Dilation*
- avec un quatrième caractère pour spécifier une, deux, trois ou quatre artères ou plus
- un sixième caractère pour le type de stent utilisé (à élution médicamenteuse ou non), le cas échéant.
- avec la voie d'abord percutanée

Chaque artère coronaire (lésion) traitée doit être codée sauf si une seule lésion s'étend à plus d'une artère.

Lorsqu'un agent thrombolytique est également administré, il faut attribuer un code distinct (par exemple, le code **3E03317, introduction d'un autre thrombolytique dans une veine périphérique, voie d'abord percutanée**).

Comme une resténose se produit souvent après une angioplastie, un stent est fréquemment inséré pour prévenir la resténose. Voir la figure 27.7 pour une illustration de l'angioplastie avec insertion d'un stent⁵⁰.



50: Dans cette procédure, un petit stent en acier inoxydable est inséré pendant l'angioplastie pour maintenir ouvertes les artères coronaires obstruées. Après que le ballon a été introduit dans l'artère coronaire et gonflé pour écraser les dépôts de plaque contre la paroi du vaisseau, le processus est répété avec un deuxième ballon portant le stent. L'expansion du ballon pousse le stent contre la paroi de l'artère, où il reste pour maintenir la perméabilité.

FIGURE 27.6 – Angioplastie avec mise en place d'un stent
Bron : Copyright by Healthforum, inc., An American Hospital Association Company. All rights reserved

L'ICD-10-PCS utilise le caractère 6, dispositif, pour spécifier :

- dispositif intraluminal à élution médicamenteuse (stent)
- dispositif intraluminal (stent)
- dispositif intraluminal radioactif
- aucun dispositif

Notez que...

Un code de procédure distinct est attribué pour chaque artère dilatée lorsque la valeur du dispositif diffère pour chaque artère. Par exemple, lorsque des procédures d'ACTP sont effectuées sur deux artères coronaires, l'une avec un stent à élution médicamenteuse et l'autre avec un stent non à élution médicamenteuse :

- **027034Z**, dilatation d'une artère coronaire, une artère avec un dispositif intraluminal à élution médicamenteuse, voie d'abord percutanée
- **02703DZ**, dilatation d'une artère coronaire, une artère avec un dispositif intraluminal, voie d'abord percutanée.

De minimes déchirures de l'intima surviennent souvent pendant l'angioplastie ou les nouvelles procédures d'athérectomie rotationnelle. Ces minimes déchirures sont considérées comme une partie inévitable de la procédure et ne sont pas classées comme des complications.

27.37 Athérectomie coronaire transluminale

Les **procédures d'athérectomie coronaire**⁵¹ sont codées comme suit :

- dans la section médicale et chirurgicale
- avec la procédure de base *Extirpation*
- avec le quatrième caractère de la partie du corps indiquant le traitement de l'artère coronaire à un, deux, trois, quatre ou plus sites.
- avec la voie d'abord percutanée.

Exemple

Deux sites sont traités par athérectomie coronaire transluminale.

- **02C13ZZ**, extirpation de matière d'une artère coronaire, deux artères, voie d'abord percutanée.

51: L'athérectomie coronaire transluminale est une procédure mini-invasive par cathéter qui permet d'enlever la plaque des artères coronaires. Cette procédure est efficace pour éliminer la calcification due à l'accumulation de la plaque et pour supprimer les blocages, permettant ainsi au sang de circuler sans entrave vers le muscle cardiaque. Les types d'athérectomie mécanique sont l'extraction rotative, directionnelle et transluminale. L'athérectomie par extraction transluminale, qui utilise un dispositif qui découpe la plaque sur les parois des vaisseaux, est utilisée pour dégager les greffons de pontage.

Les procédures d'athérectomie coronaire peuvent être effectuées **à la place ou en même temps que l'angioplastie avec ou sans insertion de stent**.

Lorsqu'une athérectomie est effectuée **en même temps qu'une ACTP et une perfusion d'un agent thrombolytique**, il faut attribuer des codes distincts pour l'ACTP, l'athérectomie et la perfusion d'un agent thrombolytique.

27.38 Angioplastie et athérectomie des vaisseaux non coronaires

27.38.1 Angioplastie des vaisseaux non coronaires

L'ICD-10-PCS fournit plusieurs codes pour coder l'angioplastie des vaisseaux non coronaires. En raison du niveau de détail disponible, le système circulatoire est divisé en plusieurs systèmes anatomiques :

- *Heart and Great Vessels* : cœur et grands vaisseaux
- *Upper Arteries* : artères supérieures
- *Lower Arteries* : artères inférieures
- *Upper Veins* : veines supérieures
- *Lower Veins* : veines inférieures.

Le **diaphragme** est la ligne de démarcation qui permet de déterminer le code approprié.

Exemples

- la veine sous-clavière est située au-dessus du diaphragme et se trouve dans le système anatomique *Upper Veins*
- la veine fémorale est située sous le diaphragme et se trouve dans le système anatomique *Lower Veins*.

Les procédures d'angioplastie de vaisseaux non coronaires sont classées selon la **procédure de base *Dilatation***. Le **sixième caractère** prévoit plusieurs dispositifs : dispositif intraluminal à élution médicamenteuse, dispositif intraluminal (non à élution médicamenteuse) ou aucun dispositif.

Exemples

- **027V3ZZ**, Dilatation de la veine cave supérieure, voie d'abord percutanée
- **047H3DZ**, Dilatation de l'artère iliaque externe droite avec dispositif intraluminal, voie d'abord percutanée
- **047P34Z**, Dilatation de l'artère tibiale antérieure droite avec dispositif intraluminal à élution médicamenteuse, voie d'abord percutanée
- **037J34Z**, Dilatation de l'artère carotide commune gauche avec un dispositif intraluminal à élution médicamenteuse, voie d'abord percutanée
- **037G3ZZ**, Dilatation de l'artère intracrânienne, voie d'abord percutanée

27.38.2 Athérectomie des vaisseaux non coronaires

L'ICD-10-PCS fournit des codes de procédure pour l'**athérectomie des vaisseaux non coronaires**⁵², tels que les artères carotides communes, les artères carotides internes et externes, les artères vertébrales et les autres artères extracrâniennes.

L'athérectomie est codée avec la **procédure de base *Extirpation***⁵³.

Lorsqu'une athérectomie est effectuée **en même temps qu'une angioplastie**, il faut attribuer des codes pour les deux procédures.

Exemples

- **03CG3ZZ**, Extirpation de matière d'une artère intracrânienne, voie d'abord percutanée
- **03CH3ZZ**, Extirpation de matière de l'artère carotide commune droite, voie d'abord percutanée

Si un **agent thrombolytique** est utilisé, ceci doit être codé comme un code additionnel, avec le code approprié de la section *Administration* et procédure de base *Introduction*.

52: L'**athérectomie** est une procédure mini-invasive par cathéter pour éliminer la plaque qui peut être réalisée sur des vaisseaux non coronaires. Pour traiter une obstruction, un fil guide est avancé à travers la zone de sténose/occlusion, et un cathéter d'athérectomie est avancé dans le segment artériel malade. À l'extrémité du cathéter se trouve un dispositif rotatif à grande vitesse (fraise) ou une lame tranchante. La fraise broie la plaque en minuscules particules, tandis que la lame rase la plaque. La plaque est broyée ou aspirée.

53: L'**extirpation** est définie comme le fait d'enlever ou de couper une matière solide d'une partie du corps.

Exemples

- **3E03317**, Introduction d'un autre thrombolytique dans une veine périphérique, voie d'abord percutanée
- **3E04317**, Introduction d'un autre thrombolytique dans une veine centrale, voie d'abord percutanée
- **3E05317**, Introduction d'un autre thrombolytique dans une artère périphérique, voie d'abord percutanée

27.39 Pontage de l'artère coronaire

Un **pontage de l'artère coronaire**⁵⁴ est réalisé pour revasculariser le myocarde lorsqu'une obstruction dans une artère coronaire limite l'apport sanguin au cœur. Les greffons court-circuitent les obstructions dans les artères coronaires. (Voir figure 27.7)

54: CABG ou *Coronary Artery Bypass Graft*

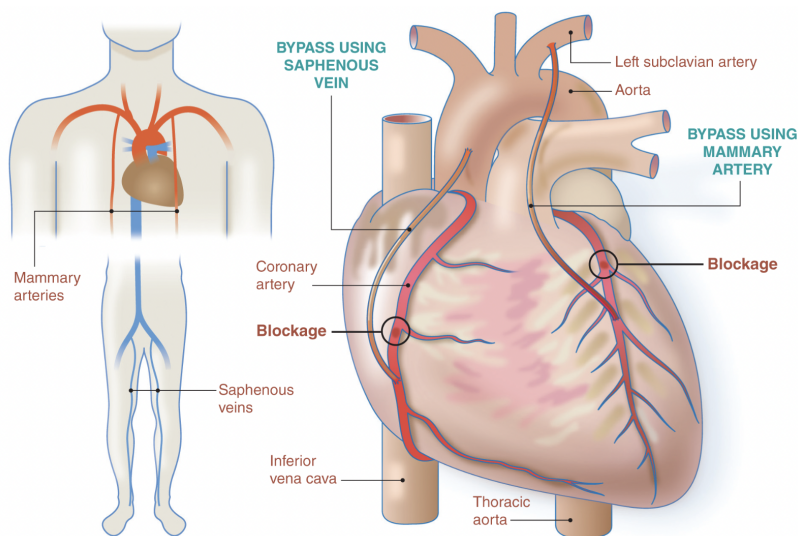


FIGURE 27.7 – Pontage de l'artère coronaire

Source : Copyright by Healthforum, inc., An American Hospital Association Company. All rights reserved

La **circulation coronaire** se compose de deux artères principales, droite et gauche, chacune ayant plusieurs branches :

- Artère coronaire droite (RCA)
 - Branche marginale droite
 - Branche descendante postérieure droite (PDA)
- Artère coronaire gauche (LCA)
 - Branche principale (LMCA)
 - Branche descendante antérieure gauche (LAD)
 - Branche diagonale gauche
 - Branche septale gauche
 - Branche marginale obtuse gauche
 - Branche circonflexe gauche (LCX)
 - Branche descendante postérieure gauche
 - Branche postérolatérale

Le **pontage aorto-coronarien** est le type de CABG le plus couramment utilisé. Il amène le sang de l'aorte dans l'artère coronaire obstruée, en court-circuitant l'obstruction au moyen de :

- un segment de la veine saphène du patient
- matériel biologique non autologue
- un segment de l'artère mammaire interne.

Les **procédures de pontage aorto-coronarien** sont codées différemment des autres procédures de pontage :

- Dans les codes d'**autres procédures de pontage**, l'axe de la partie du corps spécifie la partie du corps à partir de laquelle le pontage est effectué.
- Dans un code de procédure de pontage aorto-coronarien, la partie du corps spécifie le nombre d'artères coronaires pontées, et le qualificatif spécifie le vaisseau à partir duquel le pontage est réalisé.

Exemple

Un pontage aorto-coronarien de l'artère coronaire descendante antérieure gauche et de l'artère coronaire marginale obtuse est codé avec la partie du corps *Coronary Artery, two Arteries*, et le qualificatif spécifie l'aorte comme la partie du corps à partir de laquelle le pontage est réalisé.

L'ICD-10-PCS identifie le **type de tissu** utilisé pour le pontage aorto-coronarien par le sixième caractère comme suit :

- *Autologous Venous Tissue* : tissu veineux autologue
- *Autologous Arterial Tissue* : tissu artériel autologue
- *Synthetic Substitute* : substitut synthétique
- *Nonautologous Tissue Substitute* : substitut tissulaire non autologue.

Exemples

- **021009W**, Pontage coronarien, une artère de l'aorte avec tissu veineux autologue, voie d'abord ouverte
- **02100JW**, Pontage coronarien, une artère de l'aorte avec substitut synthétique, voie d'abord ouverte
- **02110KW**, Pontage coronarien, deux artères de l'aorte avec substitut de tissu non autologue, voie d'abord ouverte

Toutes les procédures de pontage coronarien n'impliquent pas l'aorte. Lors du codage du **pontage de l'artère mammaire interne vers l'artère coronaire**⁵⁵ :

- la **partie du corps** spécifie le nombre d'artères coronaires pontées
- le **dispositif** spécifie le type de tissu utilisé comme tissu veineux autologue, tissu artériel autologue, substitut synthétique ou substitut tissulaire non autologue
- le **qualificatif** spécifie le vaisseau ponté, à savoir l'artère mammaire interne.

55: Le **pontage de l'artère mammaire interne vers l'artère coronaire** est réalisé en détachant l'artère mammaire interne de sa position normale et en l'utilisant comme conduit pour amener le sang de l'artère sous-clavière à l'artère coronaire occluse.

Exemples

- **02100Z8**, Pontage coronarien, une artère provenant de l'artère mammaire interne droite, voie d'abord ouverte
- **02110J9**, Pontage coronarien, deux artères provenant de l'artère mammaire interne gauche avec substitut synthétique, voie d'abord ouverte

L'artère mammaire interne est traditionnellement utilisée comme **greffe pédiculée (in situ)** dans les pontages coronariens. Ceci est reflété dans l'ICD-10-PCS par le qualificatif (septième caractère). Cependant, il arrive que la longueur de l'artère mammaire interne droite ne soit pas suffisante pour atteindre la position souhaitée sur l'artère cible. Dans ces situations, la longueur peut être compensée en excisant l'artère mammaire interne droite et en l'utilisant comme un greffon libre ou en ajoutant un conduit additionnel (extension du greffon).

D'**autres artères** sont également utilisées pour ponter une obstruction dans l'artère coronaire. L'ICD-10-PCS distingue ces procédures par l'utilisation de différents qualificatifs, comme l'artère thoracique et l'artère abdominale.

Exemples

- **02130ZC**, Pontage de l'artère coronaire, quatre artères ou plus originant de l'artère thoracique, voie d'abord ouverte
- **02130ZF**, Pontage de l'artère coronaire, quatre artères ou plus originant de l'artère abdominale, voie d'abord ouverte

Il est rare qu'une seule artère coronaire soit pontée. **Lorsque plusieurs artères coronaires sont pontées, une procédure distincte est codée pour chaque artère coronaire qui utilise un dispositif et/ou un qualificatif différent.** Par exemple, il est assez fréquent de réaliser un pontage mammaire interne-coronaire et un pontage aortocoronaire au cours du même épisode opératoire. Dans ce cas, le pontage aorto-coronarien et le pontage mammaire-coronarien interne sont codés séparément. La documentation du chirurgien sur la procédure effectuée ne permet pas toujours de distinguer les types de pontages concernés. Par conséquent, il faut se référer au rapport opératoire.

Si une greffe autologue est obtenue à partir d'un site différent pour compléter l'objectif de la procédure, une procédure distincte est codée. Par exemple, lorsqu'un pontage coronarien avec excision de la veine saphène est effectué, l'excision de la veine saphène est codée séparément.

Un code additionnel doit également être attribué pour toute utilisation de la **circulation extracorporelle** (débit cardiaque continu) (**5A1221Z**) pendant la procédure de pontage aorto-coronarien.

Cependant, les procédures telles que l'hypothermie, la cardioplégie, le pacing intra-opératoire et l'insertion de tubes thoraciques sont considérées comme faisant **partie intégrante** de la chirurgie de pontage ; aucun code distinct ne leur est attribué.

Lors du **codage des procédures de pontage aorto-coronarien**, il est important de garder à l'esprit les points suivants :

- L'utilisation d'un segment détaché de l'artère mammaire interne comme matériau de greffe pour un pontage aorto-coronaire n'en fait pas un pontage mammaire interne-coronaire. Le pontage mammaire interne-coronaire implique l'utilisation de l'artère mammaire interne elle-même comme conduit encore vascularisé pour l'approvisionnement en sang et n'implique pas l'aorte.
- Lorsque plus d'une artère coronaire est impliquée dans l'un ou l'autre type de pontage (un pontage mammaire interne-coronaire ou un pontage aorto-coronaire), l'anastomose est parfois réalisée de manière séquentielle, en pontant plus d'une artère. La mention d'anastomoses séquentielles n'affecte en rien le codage.

Exemples

La vascularisation de l'artère coronaire (par thoracotomie) est réalisée avec quatre greffons : de l'aorte vers la branche diagonale de la coronaire gauche et, de façon séquentielle, vers la branche marginale obtuse de la circonflexe, l'artère coronaire droite et l'artère coronaire descendante antérieure gauche. Cette procédure n'implique que l'aorte et les artères coronaires et le pontage de quatre artères coronaires.

- **02130AW**, Pontage coronaire, quatre artères ou plus de l'aorte avec du tissu artériel autologue, voie d'abord ouverte.

Au cours d'une procédure ouverte, des greffes de l'aorte aux artères coronaires sont réalisées en greffant la bifurcation de la branche descendante antérieure gauche avec une section excisée de 1,5 millimètre de l'artère mammaire interne gauche comme greffon libre. L'artère diagonale est greffée de façon side-to-side avec une section de 4 millimètres de la veine saphène. Ensuite, la branche marginale obtuse est greffée avec une section de 4 millimètres de la veine saphène. Enfin, l'artère descendante postérieure, dont l'atteinte était diffuse, est greffée avec une section de 4 millimètres de la veine saphène droite. Les quatre greffes amènent le sang de l'aorte aux artères coronaires. Des sections de la veine saphène droite et de l'artère mammaire interne gauche sont utilisées à cette fin. Finalement, quatre artères (la branche descendante antérieure, la branche diagonale, la branche marginale obtuse et la branche descendante postérieure) ont été pontées.

- **02100AW**, Pontage coronarien, une artère de l'aorte avec du tissu artériel autologue, voie d'abord ouverte. Ce code est utilisé pour le pontage de l'aorte à l'artère descendante antérieure gauche avec l'artère mammaire interne gauche comme greffon libre
- **021209W**, Pontage coronarien, trois artères de l'aorte avec du tissu veineux autologue, voie d'abord ouverte. Ce codes est utilisé pour le pontage de l'aorte vers l'artère diagonale, l'artère marginale obtuse et l'artère descendante postérieure avec une partie de la veine saphène.
- **06BP0ZZ**, Excision de la veine saphène droite, voie d'abord ouverte.

- **03B10ZZ**, Excision de l'artère mammaire interne gauche, voie d'abord ouverte.

Un pontage est réalisé (par thoracotomie) de l'artère mammaire interne gauche à l'artère ascendante antérieure gauche. Un greffon de la veine saphène droite est ensuite utilisée pour amener le sang de l'aorte à la branche marginale obtuse de l'artère circonflexe, à l'artère diagonale et à la branche postérieure descendante proximale. Dans ce cas, un seul pontage de l'artère mammaire interne et de l'artère coronaire et trois pontages aorto-coronaires sont réalisés (la branche marginale obtuse, la branche diagonale, la branche postérieure descendante).

- **02100Z9**, Pontage coronarien, une artère, originant de l'artère mammaire interne gauche, voie d'abord ouverte
- **06BP0ZZ**, Excision de la veine saphène droite, voie d'abord ouverte
- **021209W**, Pontage coronarien, trois artères de l'aorte avec du tissu veineux autologue, voie d'abord ouverte. La séquence des codes est facultative.

L'artère mammaire interne gauche est détachée et utilisée pour ponter l'artère descendante antérieure gauche ; une greffe de la veine saphène droite est utilisée pour ponter l'artère descendante postérieure et la branche marginale obtuse de la circonflexe. Dans ce cas, trois artères coronaires sont pontées, une par un pontage mammaire interne-coronaire et deux par des pontages aorto-coronaires.

- **02100Z9**, Pontage coronarien, une artère, originant de l'artère mammaire interne gauche, voie d'abord ouverte
- **06BP0ZZ**, Excision de la veine saphène droite, voie d'abord ouverte
- **021109W**, Pontage coronarien, deux artères de l'aorte avec du tissu veineux autologue, voie d'abord ouverte.

La revascularisation cardiaque est également réalisée par d'autres techniques. La **revascularisation transmyocardique**⁵⁶ est codé avec la procédure de base *Repair*⁵⁷ et avec les voies d'abord suivantes :

- voie d'abord ouverte : **02QA0ZZ**, **02QB0ZZ** ou **02QC0ZZ**
- voie d'abord percutanée endoscopique : **02QA4ZZ**, **02QB4ZZ** ou **02QC4ZZ**
- voie d'abord percutanée : **02QA3ZZ**, **02QB3ZZ** ou **02QC3ZZ**

27.40 Exclusion ou excision de l'auricule gauche

L'exclusion ou l'excision de l'auricule gauche (LAA) est une composante de la plupart des procédures visant à traiter la fibrillation auriculaire (FA) et réduit les thromboembolies tardives chez les patients atteints de FA subissant une chirurgie de la valve mitrale.

Le code **I51.3, thrombose intracardiaque, non classée ailleurs**, est attribué pour un thrombus de l'auricule gauche. Le thrombus se produit dans le cœur, et non dans les vaisseaux coronaires.

Il existe plusieurs stratégies chirurgicales pour gérer cette affection, telles que le clipping, la ligature par suture, l'excision et la ligature par

56: La **revascularisation transmyocardique** est une procédure qui utilise un laser pour percer des trous dans le myocarde afin de rétablir la perfusion dans les zones du cœur où le flux sanguin peut être altéré en raison de la présence d'artères atteintes ou obstruées. Bien que la revascularisation transmyocardique ne restaure pas la structure anatomique du cœur, la procédure est réalisée pour restaurer la fonction du cœur.

57: **Repair ou restaurer**, dans la mesure du possible, d'une partie du corps dans sa structure anatomique et sa fonction normales.

suture, ou l'exclusion par agrafage avec ou sans excision. Certaines de ces procédures utilisent un dispositif implanté permanente.

Exemple

L'agrafage thoracoscopique gauche de l'auricule gauche pour l'occlusion :

- **02L74ZK**, Occlusion de l'auricule gauche, voie d'abord endoscopique percutanée.

27.41 Ablation du tissu

Comme la **procédure de Maze**⁵⁸ vise le traitement du **mécanisme de conduction** de la coeur, celui-ci est la **partie du corps** traitée, plutôt que l'oreillette ou l'auricule, à utiliser pour l'attribution du code pour cette procédure.

La **procédure de Maze classique** est réalisée par une **voie d'abord thoracique ouverte (02580ZZ)**, notamment une sternotomie médiane ou une thoracotomie, le chirurgien utilisant un scalpel pour réaliser un **schéma d'incisions**⁵⁹ soigneusement définies dans le tissu auriculaire. Un tissu cicatriciel (lésions) se forme au fur et à mesure de la guérison des incisions, ce qui crée le bloc de conduction.

La réalisation de multiples incisions auriculaires est difficile et risquée. C'est pourquoi d'autres techniques par voie d'abord ouverte ont été développées, qui utilisent une série d'**ablations linéaires**⁶⁰ au lieu d'incisions. La création des incisions/lignes d'ablation peut être directement visualisée avec la voie d'abord ouverte.

Des techniques par **voie d'abord endovasculaire (percutanée)**⁶¹ (**02583ZZ**) utilisant des cathéters cardiaques insérés par voie périphérique ont également été développées.

La technique par **voie d'abord thoracoscopique (02584ZZ)** est la technique la plus récente. Il est à noter que ce que l'on appelle communément la technique par voie d'abord thoracoscopique devrait plutôt être qualifiée de technique *assistée par thoracoscopie*, car le thoracoscope n'est utilisé que pour l'éclairage et la visualisation, tandis que les instruments d'ablation chirurgicale proprement dits sont insérés par une (mini) thoracotomie ou une incision sous-xiphœidienne plutôt que par le scope lui-même. Cependant, une approche thoracoscopique totale a récemment été établie.

Comme pour la technique par voie d'abord ouverte, les techniques assistées par thoracoscopie et la thoracoscopie totale nécessitent l'ouverture du **péricarde**. Une dissection importante des sinus péricardiques et d'autres structures vitales est nécessaire pour accéder aux zones cibles du coeur. En outre, comme pour la technique ouverte, des incisions peuvent être réalisées dans les oreillettes par thoracoscopie, mais les ablations linéaires sont le plus souvent effectuées.

58: La **procédure de Maze** est un traitement chirurgical utilisé pour la fibrillation auriculaire qui crée des lignes de bloc de conduction dans le coeur lui-même. La procédure de Maze et d'autres types de procédures ablatives réalisées dans le laboratoire d'électrophysiologie concernent le mécanisme de conduction (voie électrique), qui implique diverses parties du coeur, notamment les oreillettes. L'objectif de la procédure est l'ablation du mécanisme de conduction (pour corriger l'arythmie aberrante), et non l'ablation du muscle auriculaire.

59: Il existe des variantes appelées Maze 1, Maze 2 et Maze 3, qui représentent différents **schémas d'incisions**.

60: Diverses sources d'énergie sont utilisées pour l'**ablation** (par exemple, radiofréquence, cryothermie, micro-ondes, laser, ultrasons). La source d'énergie est délivrée par une sonde ou un instrument à pince et peut être appliquée à des endroits stratégiques à l'intérieur du coeur ou à la surface du coeur.

61: Les **ablations endovasculaires** se sont révélées très efficaces dans le traitement des arythmies, notamment la fibrillation auriculaire et le flutter auriculaire, résultant d'une source anormale unique (c'est-à-dire un foyer ectopique) de stimulation électrique sur le côté droit du coeur.

Exemple

Un patient souffrant de fibrillation auriculaire persistante chronique subit une procédure de Maze épicaudique mini-invasive par radiofréquence via une assistance péricardioscopique (procédure convergente). Au cours de l'intervention, on pénètre dans le thorax et on procède à une ablation de l'épaisseur totale du tissu de l'oreillette droite.

- **02584ZZ**, destruction du mécanisme de conduction, voie d'abord endoscopique percutanée.

27.42 Dispositifs d'assistance cardiaque implantables

L'implantation d'un **dispositif de remplacement cardiaque biventriculaire interne total**⁶² (**02RK0JZ** et **02RL0JZ**) implique une excision substantielle d'une partie ou de la totalité du cœur biologique. Les deux ventricules sont réséqués, et le cœur natif n'est plus intact.

- Une ventriculectomie fait partie intégrante de cette procédure, elle ne peut donc pas être codée séparément.
- Cependant, toute procédure associée réalisée en conjonction avec la mise en place du système biventriculaire interne total, telle que la transplantation combinée cœur-poumon ou la transplantation cardiaque, doit être codée.

L'ICD-10-PCS fournit les **codes suivants pour l'insertion, la révision et l'enlèvement des dispositifs d'assistance cardiaque implantables** :

- **Substitut synthétique de cœur/ventricule** :
 - **02RK0JZ**, Remplacement du ventricule droit par un substitut synthétique, voie d'abord ouverte
 - **02RL0JZ**, Remplacement du ventricule gauche par un substitut synthétique, voie d'abord ouverte
 - **02WA0JZ**, Révision du substitut synthétique dans le cœur, voie d'abord ouverte
- **Dispositif d'assistance cardiaque implantable** :
 - **02HA0QZ**, Insertion d'un système d'assistance cardiaque implantable dans le cœur, voie d'abord ouverte
 - **02HA3QZ**, Insertion d'un système d'assistance cardiaque implantable dans le cœur, voie d'abord percutanée
 - **02HA4QZ**, Insertion d'un système d'assistance cardiaque implantable dans le cœur, **voie d'abord percutanée endoscopique**
 - **02WA0QZ**, Révision du système d'assistance cardiaque implantable dans le cœur, voie d'abord ouverte
 - **02WA3QZ**, Révision du système d'assistance cardiaque implantable dans le cœur, voie d'abord percutanée
 - **02WA4QZ**, Révision du système d'assistance cardiaque implantable dans le cœur, voie d'abord endoscopique percutanée
 - **02PA0QZ**, Enlèvement du système d'assistance cardiaque implantable du cœur, voie d'abord ouverte

62: Les **dispositifs d'assistance cardiaque** peuvent fournir une assistance temporaire ventriculaire gauche, droite ou biventriculaire aux patients dont le cœur est défaillant mais qui ont un potentiel de récupération. Un dispositif d'assistance cardiaque peut également être utilisé comme une passerelle pour les patients en attente d'une transplantation cardiaque. Il s'agit d'une pompe électromécanique de la taille d'un cœur humain implantée dans la paroi abdominale. Ce système fournit une assistance circulatoire en prenant en charge la majeure partie de la charge de travail du ventricule gauche. Le sang entre dans la pompe par un conduit d'entrée relié au ventricule gauche et est éjecté par un conduit de sortie dans le système artériel du corps. Le système est contrôlé par un contrôleur électronique et alimenté par des batteries primaires et de réserve portées sur une ceinture autour de la taille ou dans un sac à bandoulière. Il existe également un système stationnaire qui consiste en un petit moniteur de chevet. Le contrôleur est relié à la pompe implantée par un fil percutané (un petit tube contenant les fils de commande et d'alimentation) à travers la peau du patient.

- **02PA3QZ**, Enlèvement du système d'assistance cardiaque implantable du cœur, voie d'abord percutanée
- **02PA4QZ**, Enlèvement du système d'assistance cardiaque implantable du cœur, voie d'abord endoscopique percutanée

27.43 Dispositifs d'assistance cardiaque externes de courte durée

Les dispositifs d'assistance cardiaque externes de courte durée sont généralement classés en dispositifs d'assistance hémodynamique qui déchargent le ventricule gauche, en mini-pompes cardiaques/dispositifs d'assistance ventriculaire (DAV) et en dispositifs d'assistance circulatoire et de récupération temporaires. En général, ces dispositifs d'assistance cardiaque comprennent une canule d'entrée, une pompe, une canule de sortie et un composant de contrôle externe.

L'ICD-10-PCS fournit les codes suivants pour **l'insertion, la révision et l'enlèvement des dispositifs d'assistance cardiaque externes de courte durée** :

- **02HA0RS**, insertion d'un dispositif d'assistance cardiaque externe biventriculaire de courte durée dans le cœur, voie d'abord ouverte
- **02HA3RS**, insertion d'un dispositif d'assistance cardiaque externe biventriculaire de courte durée dans le cœur, voie d'abord percutanée
- **02HA4RS**, insertion d'un dispositif d'assistance cardiaque externe biventriculaire de courte durée dans le cœur, voie d'abord endoscopique percutanée
- **02WA0RZ**, révision d'un dispositif d'assistance cardiaque externe à court terme dans le cœur, voie d'abord ouverte
- **02WA3RZ**, révision d'un système d'assistance cardiaque externe de courte durée dans le cœur, voie d'abord percutanée
- **02WA4RZ**, révision d'un dispositif d'assistance cardiaque externe de courte durée dans le cœur, voie d'abord endoscopique percutanée
- **02PA0RZ**, enlèvement d'un dispositif d'assistance cardiaque externe de courte durée du cœur, voie d'abord ouverte
- **02PA3RZ**, enlèvement d'un dispositif d'assistance cardiaque externe de courte durée du cœur, voie d'abord percutanée
- **02PA4RZ**, enlèvement d'un dispositif d'assistance cardiaque externe de courte durée du cœur, voie d'abord endoscopique percutanée

Exemple

L'Impella® est un exemple de dispositif d'assistance cardiaque temporaire. Lorsqu'un patient est admis et qu'un dispositif Impella® est mis en place, deux codes ICD-10-PCS doivent être codés :

- un code du tableau **02H** qui décrit l'insertion du dispositif
- un code du tableau **5A0** qui décrit l'assistance d'une pompe à turbine.

Exemple

Un patient a subi l'insertion d'un dispositif d'assistance ventriculaire gauche biventriculaire Impella® CP, qui a été introduit via l'artère fémorale, en utilisant une combinaison de guidage fluoroscopique et d'écho transœsophagien. L'hémodynamique du patient a été stabilisée et les besoins en pression réduits.

- **02HA3RS**, insertion d'un dispositif d'assistance cardiaque biventriculaire de courte durée dans le cœur, voie d'abord percutanée. Ce code est utilisé pour coder l'insertion d'un dispositif d'assistance cardiaque externe biventriculaire.
- **5A0221D**, assistance au débit cardiaque à l'aide d'une pompe centrifuge, continue. Ce code est utilisé pour coder l'assistance avec la pompe centrifuge.

Exemple

Si un patient est transféré à un autre hôpital avec l'Impella® toujours en place, le seul code d'intervention codé par l'hôpital admettant le patient est un code pour l'enlèvement du dispositif, le cas échéant.

L'insertion de dispositifs externes d'assistance cardiaque est un exemple de la ligne directrice B6.1a de l'ICD-10-PCS, qui décrit un nombre limité de procédures de base spécifiques avec le qualificatif *intra-opératoire* et impliquant des dispositifs cliniquement significatifs. Un tel dispositif sera utilisé pour une brève durée pendant la procédure ou le séjour actuel du patient hospitalisé.

Exemple

Lorsqu'un dispositif d'assistance cardiaque externe tel que l'Impella® est inséré en peropératoire et enlevé à la fin de la procédure, le codage se fait comme suit :

- **02HA3RJ**, insertion d'un dispositif d'assistance cardiaque externe de courte durée dans le cœur, peropératoire, voie d'abord percutanée
- **5A0221D**, assistance au débit cardiaque à l'aide d'une pompe centrifuge, continue

27.44 Ballon de contre-pulsion intra-aortique

Un **ballon de contre-pulsion intra-aortique (IABP)**⁶³ diffère d'un dispositif d'assistance cardiaque externe et n'est pas codé comme un dispositif dans l'ICD-10-PCS. Étant donné qu'un IABP n'est pas considéré comme un dispositif dans l'ICD-10-PCS, il n'est pas approprié d'utiliser les procédures de base *Insertion of Removal* pour la mise en place ou l'enlèvement, respectivement, du ballon intra-aortique.

63: Un **ballon de contre-pulsion intra-aortique (IABP)** aide le cœur à pomper le sang. Plus précisément, il s'agit d'un ballon en polyéthylène monté sur un cathéter qui est généralement inséré dans l'aorte descendante par l'artère fémorale. L'autre extrémité du cathéter est reliée à une console d'ordinateur contenant une pompe qui gonfle le ballon. Comme le ballon à l'extrémité du cathéter se gonfle et se dégonfle au rythme du cœur, il aide le cœur à pomper le sang dans le corps. Au début de la diastole, le ballonnet se gonfle, augmentant la perfusion coronaire. Au début de la systole, le ballon se dégonfle et le sang est éjecté du ventricule gauche, ce qui augmente le débit cardiaque. Ces actions diminuent la charge de travail du cœur et lui permettent de pomper davantage de sang. Le traitement par IABP a d'abord été utilisé pour les patients chirurgicaux, mais elle est désormais utilisée dans le cadre de procédures de cardiologie interventionnelle et de traitements médicaux. Un IABP peut être utilisée en pré-, intra- ou postopératoire pour soutenir le patient pendant quelques heures ou jusqu'à plusieurs jours.

Exception

En général, les procédures auxiliaires effectuées uniquement pour soutenir l'exécution d'une procédure chirurgicale ne sont pas codées séparément. Cependant, le pontage cardio-pulmonaire et le IABP sont des **exceptions**. Lorsqu'une intervention chirurgicale est réalisée à l'aide du IABP, l'utilisation du IABP (procédure de base *Assistance*) doit faire l'objet d'un code séparé **5A02210, assistance au débit cardiaque par pompe à ballonnet, continue**.

27.45 Dispositif d'accès vasculaire totalement implantable

Un **dispositif d'accès vasculaire (DAV) totalement implantable**⁶⁴ est un dispositif qui consiste de deux parties ; **deux codes ICD-10-PCS** sont nécessaires pour coder l'insertion du dispositif :

- **02HV33Z**, insertion d'un dispositif de perfusion dans la veine cave supérieure, voie d'abord percutanée
- **0JH60WZ**, insertion d'un dispositif d'accès vasculaire totalement implantable dans le tissu sous-cutané et le fascia thoracique, voie d'abord ouverte

27.46 Dispositif d'accès vasculaire tunnelisé

Le codage de la mise en place d'un **dispositif d'accès vasculaire tunnelisé**⁶⁵ dans l'oreillette droite se fait comme suit :

- **02H633Z**, insertion d'un dispositif de perfusion dans l'oreillette droite, voie d'abord percutanée
- **0JH63XZ**, insertion d'un dispositif d'accès vasculaire tunnelisé dans le tissu sous-cutané et le fascia du thorax, voie d'abord percutanée

Lorsqu'un **cathéter tunnelisé est changé en plaçant un nouveau cathéter** à travers le tunnel existant et dans l'oreillette droite en utilisant un guidage fluoroscopique, la procédure de base *Change*⁶⁶ est codée pour placer le cathéter dans **la même position exacte** que le cathéter précédent. Toutes les procédures de base *Change* sont codées en utilisant la voie d'abord *External*.

L'utilisation d'une pompe à perfusion qui reste à l'extérieur du corps et qui perfuse des médicaments par une aiguille sous-cutanée ou veineuse n'est pas codée. Seul la procédure de la mise en place d'une aiguille ou d'un cathéter veineux est codé. L'application de ce dispositif inclut la mise en place d'un cathéter permanent.

Les **cathéters veineux simples** (également appelés verrous antithrombotiques) sont des systèmes de cathéters stériles qui fournissent un accès répété au système vasculaire pour des procédures telles que le prélèvement de sang et l'administration de médicaments ou de liquides. Le cathéter est inséré dans une veine périphérique, comme la veine céphalique, en ponctionnant la peau puis en fixant le cathéter avec du ruban

64: Un **dispositif d'accès vasculaire (DAV) totalement implantable**, souvent appelé port implantable ou port-a-cath, se compose d'un port d'injection et d'un système de cathéter. Un DAV totalement implantable est utilisé à des fins multiples, comme la perfusion d'une alimentation parentérale totale et l'injection de bolus de médicaments. Il est conçu pour fournir un accès répété au système vasculaire sans le traumatisme ou les complications de multiples ponctions veineuses. Les dispositifs peuvent être laissés en place pendant des semaines ou des mois, plutôt que des jours, et sont généralement placés chez les patients qui ont besoin d'un accès intermittent à long terme, par exemple pour une chimiothérapie. Le port est inséré par voie sous-cutanée dans la zone thoracique sans qu'aucune partie ne sorte de la peau. Le cathéter est inséré dans l'une des veines principales de la partie supérieure du thorax (veine sous-clavière, veine jugulaire interne ou veine cave supérieure) et passe à travers le tissu sous-cutané. L'extrémité du cathéter est avancée vers un point de la veine cave supérieure, juste à l'extérieur de l'oreillette droite; l'autre extrémité du cathéter est ensuite connectée au port, auquel on peut accéder par voie percutanée à l'aide d'une aiguille.

65: Un **dispositif d'accès vasculaire tunnelisé** est mise en place par une petite incision au niveau du cou dans la veine jugulaire interne, où l'extrémité du cathéter est avancée dans la veine cave supérieure ou l'oreillette droite. L'extrémité opposée du cathéter traverse le tissu sous-cutané et sort du corps par une petite incision dans la paroi thoracique. Les DAV tunnelisés sont utilisés pour des besoins à long terme tels que la chimiothérapie, l'hémodialyse ou la nutrition parentérale totale.

66: *Change* ou changement est défini comme le fait d'enlever ou de retirer un dispositif d'une partie du corps et de remettre un dispositif identique ou similaire dans ou sur la même partie du corps sans incision ou ponction de la peau ou la muqueuse.

adhésif. Ces cathéters restent en place pendant une période beaucoup plus courte que les DAV totalement implantables ou tunnélisés. Les Angiocaths, les cathéters Abbott et les cathéters Jelco sont des exemples de cathéters veineux simples.

Exemple

Insertion d'un système de cathéter simple dans la veine basilique du bras droit.

- **05HB33Z**, insertion d'un dispositif de perfusion dans la veine basilique droite, voie d'abord percutanée

Un **cathéter central à insertion périphérique (PICC)** peut être retiré au chevet du patient en enlevant simplement les sutures et en retirant la ligne. Cette procédure au chevet du patient est considérée comme un retrait non opératoire. Le retrait non opératoire d'un cathéter PICC n'est généralement pas codé. Cependant, si les hôpitaux souhaitent coder cette information, le code **02PYX3Z, retrait d'un dispositif de perfusion d'un grand vaisseau, voie d'abord externe** est attribué.

La figure 27.8 montre la différence entre un cathéter veineux central et un PICC.

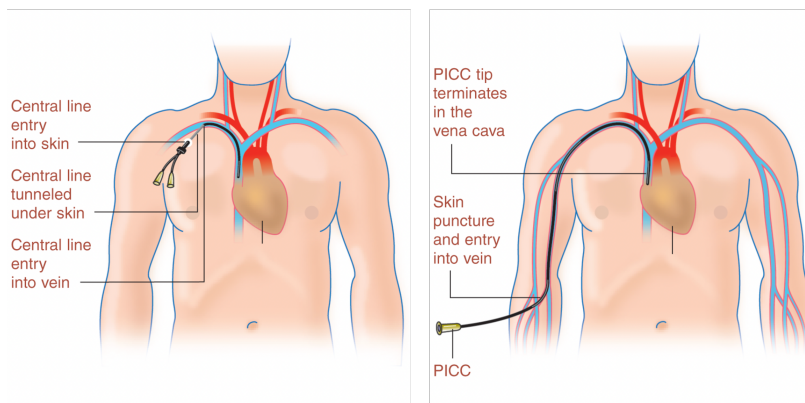


FIGURE 27.8 – Différence entre un cathéter veineux central (CVC) et un cathéter central à insertion périphérique (PICC)
Source : Copyright by Healthforum, inc., An American Hospital Association Company. All rights reserved

Le codage de la **partie du corps** pour l'insertion des DAV ainsi que des cathéters veineux simples est basée sur le site dans lequel le cathéter réside une fois la procédure d'insertion terminée, c'est-à-dire la position finale du dispositif plutôt que le point d'entrée.

Exemple

Un PICC est inséré via le bras droit dans la veine cave supérieure.

- **02HV33Z**, insertion d'un dispositif de perfusion dans la veine cave supérieure, voie d'abord percutanée

27.47 Moniteur hémodynamique implantable

Le **moniteur hémodynamique implantable** permet aux cliniciens d'identifier les signes précoces de surcharge volumique avant que les signes et symptômes de l'insuffisance cardiaque ne deviennent apparents. Les cliniciens peuvent alors ajuster le traitement pour prévenir l'insuffisance cardiaque aiguë décompensée et la nécessité d'une hospitalisation. Le dispositif se compose de deux éléments clés :

- Une **électrode avec un détecteur de pression** est placée dans le ventricule droit au niveau de l'éjection du flux.
- Un **moniteur**, qui comprend un circuit de détection de la pression avec mémorisation des données obtenues à analyser.

Exemples

- **02HK30Z**, insertion d'un dispositif de surveillance à détecteur de pression dans le ventricule droit, voie d'abord percutanée
- **0JH600Z**, insertion d'un moniteur hémodynamique dans le tissu sous-cutané et le fascia du thorax, voie d'abord ouverte
- **0JH800Z**, insertion d'un moniteur hémodynamique dans le tissu sous-cutané et le fascia de l'abdomen, voie d'abord ouverte

27.48 Mesure de pression intravasculaire et intra-anévrysmale

La **mesure de la pression intra-anévrysmale**⁶⁷ est codée :

- dans la section *Medical and Surgical Section*
- avec la procédure de base *Insertion*
- avec la partie du corps *Abdominal Aorta* ou *Thoracic Aorta*
- avec le dispositif *Monitoring Device, Pressure Sensor*

Exemple

- **02HW30Z**, insertion d'un moniteur avec détecteur de pression dans l'aorte thoracique descendante, voie d'abord percutanée

La **mesure de la pression intravasculaire des artères coronaires**⁶⁸ est codée :

- dans la section *Measurement and Monitoring*
- avec le système anatomique *Physiological Systems*
- avec la procédure de base *Measurement*
- avec la fonction *Pressure*
- avec le qualificatif *Coronary*

Exemple

- **4A033BC**, mesure de la pression artérielle, coronaire, voie d'abord percutanée

67: La **mesure de la pression intra-anévrysmale** ou dans le sac anévrysmal pendant la réparation endovasculaire d'un anévrysmal aortique abdominal ou thoracique peut aider à détecter et à traiter les endofuites (écoulement sanguin à l'intérieur du sac anévrysmal mais à l'extérieur de la greffe endoluminale).

68: La **mesure de la 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.

Toutes les autres procédures diagnostiques ou thérapeutiques effectuées en conjonction avec la mesure de la pression intravasculaire des artères coronaires sont codées séparément.

La mesure de la pression intravasculaire peut être effectuée sur d'autres vaisseaux, tels que les artères intrathoraciques (c'est-à-dire l'évaluation de l'aorte, de l'arc aortique et des carotides), les artères pulmonaires et les artères périphériques, y compris l'évaluation des vaisseaux des bras et des jambes. Des codes additionnels doivent être attribués pour toute procédure diagnostique ou thérapeutique synchrone effectuée.

27.49 Implantation d'un système de stimulation du sinus carotidien

L'insertion d'un dispositif complet d'activation du baroréflexe du sinus carotidien⁶⁹ est codée en attribuant des codes séparés pour chacun des composants suivants de l'intervention :

- **0JH60MZ**, insertion d'un générateur de stimulation dans le tissu sous-cutané et le fascia du thorax, voie d'abord ouverte
- **03HK3MZ**, insertion d'une électrode de stimulation dans l'artère carotide interne droite, voie d'abord percutanée
- **03HL3MZ**, insertion d'une électrode de stimulation dans l'artère carotide interne gauche, voie d'abord percutanée

Dans le cas où il devient nécessaire de réviser les électrodes ou le générateur d'impulsions, l'ICD-10-PCS fournit des codes séparés pour ces procédures également.

Exemple

Un patient porteur d'un dispositif d'activation du baroréflexe du sinus carotidien en raison d'une hypertension réfractaire est admis pour que l'électrode soit ajustée et repositionnée (par voie d'abord percutanée) dans le sinus carotidien gauche pour une meilleure activation du signal.

- **Z45.09**, contact pour ajustement et gestion d'un autre dispositif cardiaque
- **I10**, hypertension essentielle (primaire)
- **03WY3MZ**, révision de l'électrode du stimulateur dans l'artère supérieure, voie d'abord percutanée

27.50 Implantation d'un système de cardiomyostimulation

La cardiomyoplastie dynamique⁷⁰ comporte un certain nombre de composantes, qui sont toutes codées séparément, comme suit :

- Transfert du muscle du tronc, soit à gauche (**0KXG0ZZ**), soit à droite (**0KXF0ZZ**)
- Résection de la côte, soit à gauche (**0PT20ZZ**), soit à droite (**0PT10ZZ**)

69: Le système baroréflexe contribue à réguler les fonctions du cœur, des reins et du système vasculaire périphérique afin de maintenir une pression artérielle appropriée. Le **dispositif d'activation du baroréflexe du sinus carotidien** est actuellement le seul dispositif médical utilisé pour traiter l'hypertension réfractaire. Il se compose d'un générateur d'impulsions implantable, d'électrodes bilatérales du sinus carotidien et d'un système de programmation informatique. Le générateur d'impulsions est placé dans une poche sous-cutanée dans la région pectorale, sous la clavicule. Des électrodes sont placées bilatéralement sur les artères carotides, qui sont les deux principaux points de contrôle de la pression artérielle, et les fils passent sous la peau et se connectent au générateur d'impulsions. Le placement des électrodes est déterminé par les réponses intra-opératoires de la pression artérielle aux activations du test. 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. Lorsque le dispositif est activé, le système de programmation fait délivrer une énergie d'activation au sinus carotidien par l'intermédiaire des électrodes. Les barorécepteurs des artères carotides envoient au cerveau, par des voies neuronales, des signaux indiquant qu'il y a une augmentation de la pression artérielle qui doit être corrigée. Le cerveau envoie des signaux à d'autres parties du corps pour contrer l'augmentation de la pression artérielle en modulant le système nerveux et les hormones pour dilater les vaisseaux sanguins et permettre au sang de circuler plus librement, réduire la fréquence cardiaque et influencer la gestion des fluides par les reins. Il en résulte une diminution de la pression artérielle, une réduction de la charge de travail du cœur, une amélioration de la circulation et un équilibre neurohormonal plus optimal.

70: La **cardiomyoplastie dynamique** est une nouvelle technique chirurgicale assez compliquée, réalisée par une procédure ouverte en deux étapes qui consiste à soulever le muscle latissimus dorsi puis à l'enrouler autour du cœur. Un stimulateur semblable à un pacemaker est implanté et connecté à la fois au cœur et au muscle enveloppé.

- Insertion d'une sonde cardiaque dans le péricarde, voie d'abord ouverte (**02HN0MZ**).

27.51 Transplantation cardiaque

La **transplantation d'un cœur**⁷¹ provenant d'un donneur est codée comme suit :

- **02YA0Z0**, transplantation du cœur, allogénique⁷², voie d'abord ouverte
- **02YA0Z1**, transplantation du cœur, syngénique⁷³, voie d'abord ouverte

Exemple

Un patient a subi une transplantation cardiaque allogénique orthostatique en utilisant un pontage cardio-pulmonaire total ainsi qu'une sternotomie ouverte. Comme de multiples transfusions étaient nécessaires, un cathéter de Mahurkar a été inséré par voie percutanée dans la veine fémorale commune gauche dont l'extrémité a été placée dans la veine cave inférieure. Le patient avait également un IABP pour la contre-pulsion, qui a été laissé en place après l'intervention. Le stimulateur cardiaque a également été laissé en place à la fin de la procédure en raison de la coagulopathie.

- **02YA0Z0**, transplantation cardiaque, allogénique, voie d'abord ouverte
- **5A02210**, assistance au débit cardiaque à l'aide d'une pompe à ballonnet, continue
- **5A1223Z**, réalisation d'une stimulation cardiaque, continue
- **5A1221Z**, réalisation d'un débit cardiaque, continue
- **06H033Z**, insertion d'un dispositif de perfusion dans la veine cave inférieure, voie d'abord percutanée

Exception

En général, les **procédures auxiliaires** effectuées uniquement pour soutenir l'exécution d'une procédure chirurgicale ne sont pas codées séparément. Cependant, le pontage cardio-pulmonaire et le IABP sont des **exceptions**. Lorsqu'une procédure chirurgicale est réalisée avec un pontage cardio-pulmonaire et une IABP, ils sont codés séparément dans l'ICD-10-PCS.

Dans l'exemple ci-dessus le cathéter de transfusion et la stimulation temporaire doivent être poursuivis au-delà de l'épisode opératoire de la transplantation cardiaque. En ce sens, ces procédures sont **plus qu'un simple soutien auxiliaire temporaire de la procédure chirurgicale** et sont donc codées séparément.

71: La **transplantation cardiaque** est réalisée lorsque le cœur est défaillant et ne répond pas aux thérapies. Les principaux motifs de transplantation cardiaque sont la cardiomyopathie, les maladies coronariennes sévères et les malformations congénitales du cœur. Le nombre d'organes disponibles pour la transplantation est insuffisant pour répondre aux besoins. Un patient peut attendre des mois pour une transplantation, et de nombreux patients ne vivent pas assez longtemps pour recevoir l'organe.

72: Le terme **allogénique** désigne une transplantation à partir d'un donneur génétiquement similaire, mais non identique.

73: Le terme **syngénique** désigne une transplantation à partir d'un donneur génétiquement identique ou étroitement apparenté.

27.52 Procédures sur les anévrysmes

Dans l'ICD-10-PCS, la sélection de procédure de base appropriée pour la réparation d'un **anévrisme**⁷⁴ dépend de l'action physique primaire effectuée pour corriger l'anévrysmes.

74: L'**anévrisme** d'un vaisseau est une dilatation anormale, entraînant un élargissement et un affaiblissement du vaisseau, qui peut conduire à une rupture.

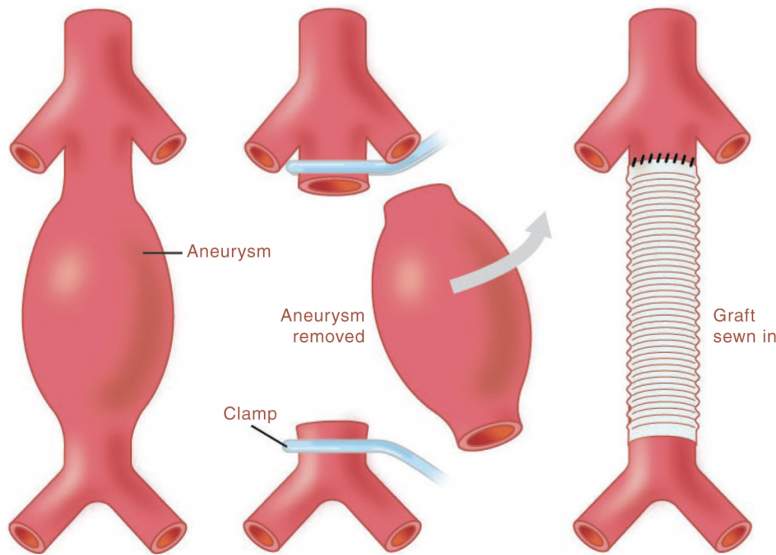


FIGURE 27.9 – Anévrysmectomie ouverte

Source : Copyright by Healthforum, inc., An American Hospital Association Company. All rights reserved

L'**anévrismectomie ouverte**⁷⁵ (Voir figure 27.9) est la procédure de référence pour la réparation des anévrysmes de l'aorte abdominale.

- Si l'anévrysmes est réparé en ouvrant l'anévrysmes et en enlevant la section d'artère atteinte pour la remplacer par un greffon, la **procédure de base est codé Replacement**.
- L'ICD-10-PCS fournit des valeurs distinctes pour **différents types de greffons**, tels que les substituts tissulaires autologues et non autologues, les substituts synthétiques et les tissus zooplastiques. Si le matériau de la greffe est d'origine animale, et que le dispositif *zooplastique* n'est pas disponible, il est approprié d'utiliser *substitut de tissu non autologue* pour coder le **dispositif**.
- L'ICD-10-PCS fournit des détails cliniques sur le segment spécifique de l'aorte thoracique qui est traité.
 - La **partie du corps Thoracic Aorta, Ascending/Arch** est utilisée pour le segment ascendant et l'arc l'aorte thoracique.
 - la **partie du corps Thoracic Aorta, Descending** est utilisée pour le segment descendant de l'aorte thoracale.

75: Dans l'**anévrismectomie ouverte**, le sac anévrysmal est ouvert et réparé à l'aide d'un long greffon tubulaire (par exemple, en Dacron® ou en polytétrafluoroéthylène). Le greffon est suturé à l'aorte, reliant une extrémité de l'aorte au niveau du site de l'anévrysmes à l'autre extrémité de l'aorte.

Exemples

- **04R007Z**, remplacement de l'aorte abdominale par un substitut tissulaire autologue, voie d'abord ouverte
- **04R00JZ**, remplacement de l'aorte abdominale par un substitut synthétique, voie d'abord ouverte
- **04R00KZ**, remplacement de l'aorte abdominale par un substitut tissulaire non autologue, voie d'abord ouverte
- **02RW08Z**, remplacement de l'aorte thoracique descendante par

un tissu zooplastique, voie d'abord ouverte

La réparation d'un anévrisme de l'aorte abdominale effectuée à l'aide de **l'interposition d'un greffon tubulaire sans résection de l'anévrisme**⁷⁶ (Voir figure 27.10) et non pas effectué par une voie d'abord endovasculaire est codée comme suit :

- avec la **procédure de base Restriction**
- le **dispositif intraluminal** est mis en place pour rétrécir la lumière du vaisseau par une voie d'abord ouverte; il ne remplace pas le vaisseau car l'anévrisme n'est pas réséqué.

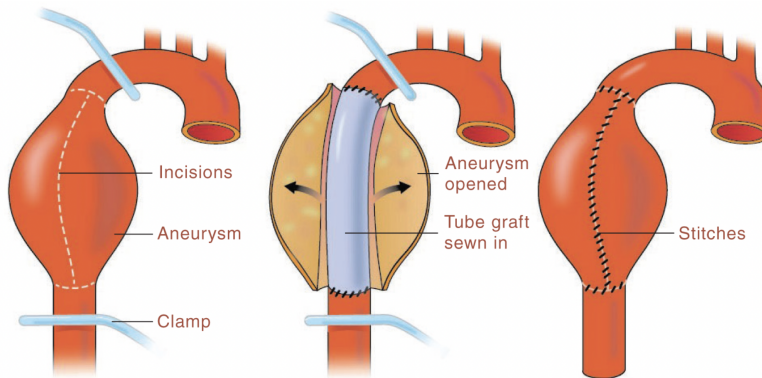


FIGURE 27.10 – La réparation d'un anévrisme de l'aorte abdominale par interposition d'un greffon tubulaire sans résection de l'anévrisme
Source : Copyright by Healthforum, inc., An American Hospital Association Company. All rights reserved

Exemple

- **04V00DZ**, restriction de l'aorte abdominale avec dispositif intraluminal, voie d'abord ouverte

La **réparation endovasculaire d'anévrisme**⁷⁷ (Voir figure 27.11), par l'insertion d'une endoprothèse ou d'un autre dispositif dans la lumière de l'artère, est codée :

- avec la procédure de base *Restriction*
- avec un dispositif intraluminal

La **réparation endovasculaire d'anévrisme**, par l'enroulement ou le déploiement d'un matériau ou d'un dispositif (par exemple, un clip, un manchon, etc.) sur ou autour de l'extérieur de l'artère, est codée :

- avec la procédure de base *Restriction*
- avec un dispositif extraluminal

Les **endogreffes aortiques les plus simples** sont essentiellement des tubes droits qui realignent un segment de l'aorte pour exclure l'anévrisme de la circulation. Cependant, ces tubes ne peuvent pas être utilisés pour traiter les anévrismes proches des principales branches de l'aorte ou les impliquant, car le tube pourrait recouvrir les origines des branches et couper la circulation sanguine vers les organes alimentés par ces branches. Des **endogreffes ramifiées et fenêtrées** ont été développées pour résoudre ce problème.

76: La réparation d'un anévrisme de l'aorte abdominale peut également être effectuée à l'aide de **l'interposition d'un greffon tubulaire sans résection de l'anévrisme**. Au cours de l'intervention, le sac anévrysmal est ouvert, un greffon tubulaire y est interposé (Dacron® ou GORE-TEX®) et suturé et le vaisseau est refermé sur le greffon.

77: La **réparation endovasculaire d'anévrisme** est une procédure peu invasive utilisée pour traiter un anévrisme. Dans ce type de réparation, une endoprothèse est déployée dans le site de l'anévrisme sous guidage radiologique à l'aide d'un cathéter via l'artère fémorale. Après le déploiement, l'endoprothèse se dilate, soulageant la pression sur l'anévrisme. L'endoprothèse empêche l'anévrisme de faire circuler le sang, empêchant ainsi son expansion et sa rupture.

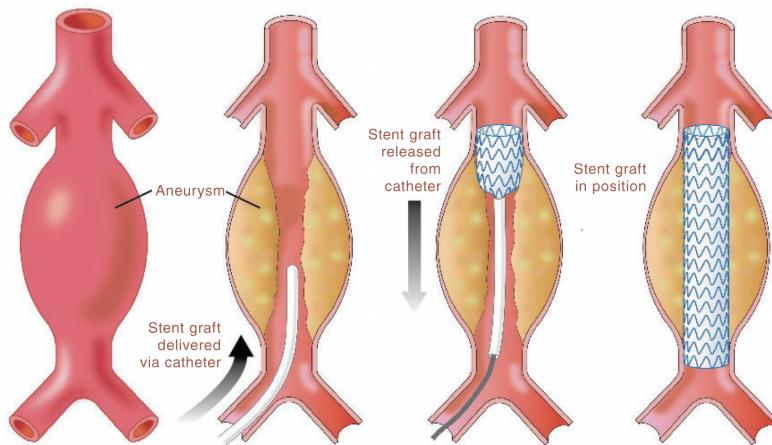


FIGURE 27.11 – Réparation endovasculaire d'anévrisme

Source : Copyright by Healthforum, inc., An American Hospital Association Company. All rights reserved

Exemples

- **04V03DZ**, restriction de l'aorte abdominale avec dispositif intraluminal, voie d'abord percutanée
- **04V93CZ**, restriction de l'artère rénale droite avec dispositif extraluminal, voie d'abord percutanée
- **04V53DZ**, Restriction de l'artère mésentérique supérieure avec dispositif intraluminal, voie d'abord percutanée

Les **endogreffes bifurquées** peuvent être utilisées pour traiter les anévrismes situés au niveau ou juste au-dessus de la bifurcation distale de l'aorte abdominale vers les artères iliaques communes gauche et droite (par ex. g., anévrisme aorto-iliaque). Dans de tels cas, aucun code distinct n'est attribué pour les endogreffes supplémentaires placés dans les artères iliaques communes, à moins que l'anévrisme ne se poursuive de façon distale dans l'artère iliaque interne, l'artère iliaque externe ou l'artère fémorale externe, nécessitant une autre endogreffe.

Les procédures d'endogreffe impliquent toujours une **landing zone**, également appelée **seal zone** ou zone de jointure. Il s'agit d'un segment de tissu sain dans lequel l'endogreffe s'étend afin de former une propre jointure et de réduire le risque d'endofuites. Trouver une zone de jointure pour un anévrisme peut impliquer de franchir des limites anatomiques pour atteindre une autre partie du corps. **Un code distinct n'est pas attribué pour la zone de jointure, même si elle se trouve dans une partie différente du corps.**

Exemple

Par exemple, une endogreffe aortique abdominale peut avoir une zone de jointure proximale dans l'aorte thoracique ou une zone de jointure distale dans l'artère iliaque commune. En d'autres termes, l'anévrisme lui-même est entièrement situé dans l'aorte abdominale, mais l'endogreffe s'étend vers le haut dans l'aorte thoracique ou vers le bas dans l'artère iliaque commune, simplement pour obtenir une propre jointure.

La **réparation endovasculaire de l'anévrisme** implique la restriction du sac anévrysmal de la circulation systémique. Si la restriction est inadéquate, les patients peuvent développer une endofuite, entraînant une expansion de l'anévrisme avec un risque accru de rupture.

Exemple

Un patient développe une endofuite de type 1 après une réparation endovasculaire de l'anévrisme et subit une autre réparation endovasculaire de l'anévrisme, au cours de laquelle le chirurgien utilise un dispositif d'agrafage endovasculaire pour fixer l'endogreffe.

— **04WY3DZ**, révision du dispositif intraluminal dans l'artère inférieure, voie d'abord percutanée

Dans ce cas, l'endofuite de type 1 impliquait une fuite au niveau du site de fixation du greffon. Des agrafes endovasculaires ont été utilisées pour sécuriser la position de l'endogreffe. L'objectif de la chirurgie est de corriger la fuite. La procédure de base appropriée est *Revision* car le dispositif d'agrafage endovasculaire a été utilisé pour refixer l'endogreffe.

Dans l'ICD-10-PCS, les endogreffes sont considérées comme des dispositifs intraluminaux; toutefois, les agrafes sont considérées comme faisant partie intégrante de l'intervention, et elles ne sont pas codées comme un dispositif.

Voici un exemple d'attribution de code pour une procédure de traitement d'un pseudo-anévrisme⁷⁸.

Exemple

Un patient se présente pour la réparation d'un pseudo-anévrisme de l'artère fémorale droite. Lors de l'intervention, une dissection est entreprise jusqu'au ligament inguinal, et l'artère fémorale commune est identifiée. Le site du pseudo-anévrisme est suturé. Dans l'exemple, la coupure et la suture du pseudo-anévrisme sont codées comme *Repair*.

— **04QK0ZZ**, réparation de l'artère fémorale droite, voie d'abord ouverte

Le **pseudo-anévrisme après un pontage fémoro-poplité** est rare mais peut survenir comme une complication de l'intervention. La **réparation endovasculaire du pseudo-anévrisme** peut inclure une angioplastie par ballonnet et le déploiement d'une endogreffe autoexpansible dans le pontage fémoro-poplité précédemment posé.

Exemple

Un patient atteint d'une athéromatose périphérique, ayant subi un pontage fémoro-poplité droit, utilisant la veine saphène, a été admis un an après le pontage avec un greffon totalement occlus. À ce moment-là, il a subi une recanalisation du greffon par angioplastie à ballonnet et pose d'un stent. Le patient est maintenant admis pour

78: Un **pseudo-anévrisme**, également appelé faux anévrisme, est un hématome adjacent à une perforation ou à une autre perturbation de la paroi artérielle. Il est causé par la lente fuite du sang dans les tissus environnants, ce qui donne à l'hématome l'apparence d'un sac, même si la collecte du sang se fait à l'extérieur de la paroi artérielle. Le pseudo-anévrisme se distingue du véritable anévrisme. Ce dernier est un élargissement anormal de la paroi artérielle elle-même et, sauf s'il s'agit d'un anévrisme disséquant, il implique les trois couches de la paroi artérielle. S'il n'est pas traité, le pseudo-anévrisme peut entraîner une thrombose, une rupture ou une embolisation distale.

un pseudo-anévrisme du membre inférieur droit dû à la rupture du greffon fémoro-poplité. Le patient subit une réparation endovasculaire avec déploiement d'un stent au niveau de la greffe de veine saphène existante.

- **04WY37Z**, révision du substitut tissulaire autologue dans l'artère inférieure, voie d'abord percutanée
- **04UK3JZ**, supplément d'artère fémorale droite avec substitut synthétique, voie d'abord percutanée

Dans cet exemple, le pseudo-anévrisme était une complication de la greffe précédemment placée. Lors de l'intervention chirurgicale, une endoprothèse a été déployée à l'intérieur du greffon existant pour le renforcer et prévenir la récurrence de la rupture. La procédure de base *Revision* saisit le fait que la greffe de veine saphène précédemment placée a été réparée. La procédure de base *Supplement* rend compte du fait qu'une endoprothèse a été placée à l'intérieur du greffon existant pour renforcer le site du pontage précédent.

Lorsqu'une **procédure de surveillance peropératoire de la pression du sac anévrysmal** est effectuée en conjonction avec une réparation endovasculaire, la procédure d'insertion du dispositif de surveillance peut être codée séparément avec la réparation endovasculaire.

Exemple

- **02VW3DZ**, restriction de l'aorte thoracique descendante, avec dispositif intraluminal, voie d'abord percutanée
- **02HW30Z**, insertion d'un dispositif de surveillance par détecteur de pression dans l'aorte thoracique descendante, voie d'abord percutanée

L'implantation endovasculaire d'un greffon ramifié ou fenêtré⁷⁹ dans l'aorte est une nouvelle technologie utilisée comme option pour les patients dont l'anatomie ne permet pas la réparation endovasculaire standard des anévrismes de l'aorte abdominale.

- Ce type de greffe est codé avec le dispositif *Intraluminal Device, Branched or Fenestrated, One or Two Arteries* ou *Intraluminal Device, Branched or Fenestrated, Three or More Arteries*.
- Dans l'aorte abdominale, quatre branches latérales doivent être maintenues ouvertes : l'artère rénale droite, l'artère rénale gauche, l'artère mésentérique supérieure et le tronc cœliaque, collectivement appelés les artères viscérales.
- Dans l'aorte thoracique, plus précisément dans l'arc aortique, trois branches doivent être maintenues ouvertes : l'artère sous-clavière gauche, l'artère carotide commune gauche et l'artère brachiocéphalique (innominée), collectivement appelées les artères précérébrales.

À des fins cliniques et de codage, il est important de comprendre que **les procédures pour la mise en place d'endogreffes fenêtrées ne sont pas équivalentes à une procédure d'endoprothèse habituelle**. Dans une procédure d'endoprothèse habituelle, l'objectif est de rouvrir un vaisseau occlus. En revanche, l'objectif d'une endogreffe pendant la réparation endovasculaire d'un anévrisme est de s'assurer qu'un vaisseau déjà ouvert le reste.

79: L'**endogreffe ramifiée ou fenêtrée** est une greffe tubulaire en tissu avec des stents métalliques de soutien comprenant des trous (fenestrations) pour assurer un flux sanguin approprié à travers l'aorte, les reins et les organes voisins. Chaque greffe fenêtrée est personnalisée pour chaque anévrisme.

Il est seulement approprié d'enregistrer un code de procédure pour le **vaisseau contenant l'anévrisme traité**.

Exemple

Réparation endovasculaire d'anévrisme de l'aorte abdominale avec une greffe fenestrée.

- **04V03EZ**, restriction de l'aorte abdominale avec un dispositif intraluminal ramifié ou fenestré, une ou deux artères, voie d'abord percutanée.

27.53 Autres procédures endovasculaires

L'**embolisation endovasculaire** utilise des agents particuliers (comme le gelfoam, l'alcool polyvinylique et les embolies sphériques), les coils, les agents sclérosants liquides (comme l'alcool et les adhésifs tissulaires) et d'autres types de matériaux emboliques (comme l'Onyx-18, un embolique liquide).

Les **micro-coils et les micro-perles** sont classées comme des dispositifs intraluminaux. L'entrée de l'index *Embolization coil(s)* conseille d'utiliser des dispositifs intraluminaux.

Il est important de distinguer les procédures de base *Restriction* et *Occlusion* lorsque la documentation fait référence à l'embolisation. Le but d'une procédure d'embolisation est de mettre fin au flux sanguin hors du vaisseau. La sélection de la procédure de base appropriée dépend de la manière dont la procédure est définie :

- Si l'objectif de la procédure est de **complètement fermer le vaisseau** (occlusion totale), la procédure de base est *Occlusion*.
- Si l'objectif de la procédure est de **partiellement fermer le vaisseau** (occlusion partielle), la procédure de base est *Restriction*.

Exemples

Une patiente subit une embolisation percutanée par coils de l'artère utérine droite.

- **04LE3DT**, occlusion de l'artère utérine droite avec dispositif intraluminal, voie d'abord percutanée

Un patient présentant une hémorragie gastro-intestinale subit une embolisation par micro-perles de l'artère mésentérique inférieure. Cette procédure est effectuée pour occlure totalement l'artère.

- **04LB3DZ**, occlusion de l'artère mésentérique inférieure avec un dispositif intraluminal, voie d'abord percutanée

Les **varices œsophagiennes** sont des veines hypertrophiées dans l'œsophage, qui peuvent se rompre spontanément et provoquer des hémorragies graves.

La ligature endoscopique transorale des varices œsophagiennes implique une occlusion complète du flux sanguin et répond à la définition de la

procédure de base *Occlusion*. C'est la lumière de la veine œsophagienne qui est ligaturée, et non l'œsophage. L'entrée de l'index pour *Ligation* dirige l'utilisateur vers *Occlusion*.

- **06L38CZ**, occlusion de la veine œsophagienne avec un dispositif extraluminal, par orifice naturel ou artificiel endoscopique

Aperçu

- Les **maladies néoplasiques** sont classées dans le chapitre 2, *Néoplasmes (C00-D49)*, de l'ICD-10-CM.
- Les néoplasmes sont classés selon **deux axes**.
 - Le premier axe de codage est celui du **comportement** (malin, bénin, carcinome in situ, comportement incertain et comportement non spécifié).
 - Le deuxième axe de codage est le **site anatomique**.
- La **morphologie** des cellules tumorales est utilisée pour classer un néoplasme selon son origine tissulaire.
- Les néoplasmes sont **indexés** par type morphologique et par termes communs.
- Le **tableau des néoplasmes** répertorie les sites anatomiques par ordre alphabétique. Il utilise le type de comportement pour indiquer le code correct.
- Il existe **deux types de néoplasmes malins**.
 - Les **néoplasmes solides** ont un point d'origine localisé et sont considérés comme le néoplasme primaire du site. Ils se métastasent souvent dans des sites secondaires.
 - La mention *métastatique* à indique que le site d'une tumeur métastatique est secondaire, tandis que *métastatique de* indique un site primaire.
 - Lors du codage, le type de morphologie doit être référé dans l'index alphabétique.
 - Les néoplasmes lymphatiques et hématopoïétiques circulent souvent dans le sang et le système lymphatique.
 - Ces néoplasmes peuvent se propager à des sites secondaires. Tous les sites vers lesquels ils se propagent par la circulation sont considérés comme secondaires.
 - Des règles de codage particulières existent pour les lymphomes hodgkiniens et non hodgkiniens.
- Parfois, le **traitement** peut servir de guide pour le codage d'un diagnostic principal.
 - Lorsque le traitement est dirigé vers le site primaire, la malignité de ce site est souvent le diagnostic principal.
 - Lorsque le traitement est dirigé vers un site secondaire, la malignité du site primaire est un code additionnel.
 - L'admission destinée exclusivement à la chimiothérapie, l'immunothérapie ou la radiothérapie externe nécessite un code Z comme diagnostic principal.

28.1 Introduction	489
28.2 Classification en fonction du comportement	489
Néoplasmes malins	489
Tumeurs neuroendocrines	490
Carcinome à cellules de Merkel	491
Néoplasmes malins de tissu ectopique	491
Néoplasmes bénins	492
Carcinome in situ	492
Néoplasme de comportement incertain	492
Néoplasmes de comportement non spécifié	493
Masse ou lésion non spécifiée	493
28.3 Classification en fonction de la morphologie	494
28.4 Localisation des codes de néoplasmes	494
28.5 Types de néoplasmes malins	496
28.6 Codage des néoplasmes malins solides	497
Sites contigus	497
Malignité de deux ou plusieurs sites non contigus	497
Néoplasmes documentés comme métastatiques	498
28.7 Codage de néoplasmes lymphatiques et hématopoïétiques	501
Néoplasmes des ganglions lymphatiques	502
Lymphome hodgkinien	503
Lymphomes non hodgkiniens	504
Myélome multiple, autres néoplasmes immunoprolifératifs et leucémies	505
28.8 Séquençage des codes pour les maladies néoplasiques	506
Traitement ciblant le site primaire	506
Traitement ciblant le site secondaire	507
Admission pour complications associées au néoplasme malin	508
Admission pour radiothérapie, immunothérapie, chimiothérapie	510
Admission pour déterminer l'étendue de la malignité	512
Malignité actuelle versus antécédents personnels de malignité	512
Néoplasme malin associé à un organe transplanté	512
Néoplasme malin chez une patiente enceinte	512
Fracture pathologique due à un néoplasme	513
Ascite maligne	513
Epanchement pleural malin	513
Admission pour ablation prophylactique d'organe	513
Codage des admissions pour des examens de suivi	514
28.9 Traitement des néoplasmes	514
Excision/résection des ganglions lymphatiques	514
Ablation thermique	515
Chimiothérapie et immunothérapie	515
Radiothérapie	517
Thermothérapie interstitielle par laser	517
Radiothérapie intra-opératoire par électrons	518

Objectifs

Les objectifs de ce chapitre sont :

- Expliquer les différentes classifications des néoplasmes.
- Localiser les codes pour les maladies néoplasiques.
- Coder les néoplasmes malins (solides, hématopoïétiques ou lymphatiques).
- Coder le traitement des maladies néoplasiques.

28.1 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-D49**).

Certains **néoplasmes bénins**, tels que les adénomes prostatiques, peuvent être trouvés dans les chapitres spécifiques aux systèmes corporels.

28.2 Classification en fonction du comportement

Le premier **axe de codage** des néoplasmes est le **comportement**; le deuxième axe est le **site anatomique**.

L'ICD-10-CM classe les néoplasmes en **six groupes de comportement** :

- **C00-C96**, Malin
- **C7A, C7B, D3A**, Neuroendocrinien
- **D00-D09**, Carcinome in situ
- **D10-D36**, Bénin
- **D37-D48**, Comportement incertain
- **D49**, Comportement non spécifié

28.2.1 Néoplasmes malins

Les **néoplasmes malins** sont des cellules tumorales qui s'étendent au-delà du site primaire, s'attachant aux structures adjacentes ou se propageant à des sites distants.

Ils se caractérisent par une **croissance incessante** et sont **difficiles à traiter**.

Le terme *invasif* est souvent utilisé pour décrire l'extension des cellules tumorales à d'autres sites adjacents. La propagation 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 nécessitent généralement une **excision au-delà du site primaire en raison de leur micro-invasivité potentielle**. Dans de tels cas, la découverte d'une malignité par biopsie sur un tissu prélevé lors d'une chirurgie peut indiquer la nécessité d'une chirurgie plus étendue.

Toutefois, lorsqu'un patient est admis pour une chirurgie plus étendue, **le rapport d'anatomie pathologique peut ou non indiquer une malignité supplémentaire**. Lorsqu'aucune autre malignité n'est trouvée, le prestataire de soins documente habituellement le diagnostic comme étant une malignité conformément aux résultats de la biopsie initiale, car cette affection est la raison de l'admission et le néoplasme primaire peut, en fait, nécessiter un traitement supplémentaire. **Dans cette situation, le diagnostic fourni par le prestataire de soins doit être codé même si le rapport de pathologie actuel ne confirme pas le diagnostic.**

Une **copie du rapport de pathologie original** doit être classée avec le dossier patient actuel si possible.

28.2.2 Tumeurs neuroendocrines

Les **tumeurs neuroendocrines** (catégories **C7A, C7B, D3A**) naissent de cellules endocrines ou neuroendocrines disséminées dans l'organisme. Les sites les plus courants sont les bronches, l'estomac, l'intestin grêle, l'appendice et le rectum. Ces tumeurs sont généralement **classées en fonction du site d'origine embryonnaire présumé**, comme l'intestin antérieur (*foregut*) (bronches et estomac), l'intestin moyen (*midgut*) (intestin grêle et appendice) et l'intestin postérieur (*hindgut*) (côlon et rectum).

Une **tumeur carcinoïde** est une tumeur qui se développe à partir des cellules entérochromaffines. Ces cellules produisent des hormones que l'on trouve normalement dans l'intestin grêle, l'appendice, le côlon, le rectum, les bronches, le pancréas, les ovaires, les testicules, les voies biliaires, le foie et d'autres organes. Les tumeurs carcinoïdes sont capables de produire ces mêmes hormones, souvent en grande quantité, et peuvent provoquer le **syndrome carcinoïde (E34.0)**. Les tumeurs carcinoïdes peuvent être présentes dans tout le corps, mais la majorité d'entre elles se trouvent dans le tractus gastro-intestinal. Environ 25 pourcent des tumeurs carcinoïdes se trouvent dans les voies respiratoires bronchiques et le poumon. Dans certains cas, il n'est pas possible de localiser le site d'origine des tumeurs carcinoïdes, bien que les symptômes du syndrome carcinoïde puissent être présents. Les tumeurs carcinoïdes peuvent se présenter comme :

- une malignité primaire (catégorie **C7A**)
- une tumeur secondaire ou métastatique (catégorie **C7B**)
- une tumeur bénigne (catégorie **D3A**)

Pour coder les **antécédents d'une tumeur neuroendocrine maligne qui a été précédemment excisée ou éradiquée sans autre traitement**, les codes suivants sont utilisés :

- **Z85.020**, antécédent personnel de tumeur carcinoïde maligne d'estomac
- **Z85.030**, antécédent personnel de tumeur carcinoïde maligne de gros intestin
- **Z85.040**, antécédent personnel de tumeur carcinoïde maligne de rectum
- **Z85.060**, antécédent personnel de tumeur carcinoïde maligne d'intestin grêle
- **Z85.110**, antécédent personnel de néoplasme malin des bronches et du poumon

- **Z85.230**, antécédent personnel de tumeur carcinoïde maligne de thymus
- **Z85.520**, antécédent personnel de tumeur carcinoïde maligne de rein

Lorsque le **syndrome de néoplasie endocrinienne multiple** est associé à des tumeurs neuroendocrines malignes ou bénignes :

- il faut également coder le syndrome de néoplasie endocrinienne multiple (**E31.2-**), **sauf** lorsque la documentation du dossier patient n'étaye pas cette affection.
- il faut coder un code additionnel approprié, tel que le syndrome carcinoïde (**E34.0**).

Exemple

C7A.092 + E31.21 + E34.0 : Tumeur carcinoïde maligne de l'estomac, syndrome de Wermer et syndrome carcinoïde

28.2.3 Carcinome à cellules de Merkel

Les sous-catégories et codes suivants sont attribués pour le **carcinome à cellules de Merkel**¹ :

- **C4A.0**, Carcinome à cellules de Merkel de la lèvre
- **C4A.1-**, Carcinome à cellules de Merkel de la paupière, y compris le canthus
- **C4A.2-**, Carcinome à cellules de Merkel de l'oreille et du canal auriculaire externe
- **C4A.3-**, Carcinome à cellules de Merkel d'autres parties non spécifiées du visage
- **C4A.4**, Carcinome à cellules de Merkel du cuir chevelu et du cou
- **C4A.5-**, Carcinome à cellules de Merkel du tronc
- **C4A.6-**, Carcinome à cellules de Merkel du membre supérieur, y compris l'épaule
- **C4A.7-**, Carcinome à cellules de Merkel du membre inférieur, y compris la hanche
- **C4A.8**, Carcinome à cellules de Merkel de sites chevauchants
- **C4A.9**, Carcinome à cellules de Merkel, non spécifié

1: Le **carcinome à cellules de Merkel**, également appelé carcinome neuroendocrine de la peau, résulte de la croissance incontrôlée des cellules de Merkel dans la peau. Il s'agit d'un cancer de la peau rare et potentiellement mortel ; une thérapie agressive peut être nécessaire. Le carcinome à cellules de Merkel n'a pas d'aspect distinctif et se développe généralement sur une peau exposée au soleil (par exemple, la tête, le cou, les bras) sous la forme d'une bosse indolore, ferme, de couleur chair à rouge ou bleue. Elle est diagnostiquée par une biopsie de la peau.

28.2.4 Néoplasmes malins de tissu ectopique

Les **néoplasmes malins de tissu ectopique** sont codés en fonction du site d'origine mentionné dans la documentation.

Exemple

Les néoplasmes malins ectopiques du pancréas impliquant l'estomac.

- **C25.9**, néoplasme malin du pancréas, non spécifié

28.2.5 Néoplasmes bénins

Les **néoplasmes bénins** ne sont pas invasifs et ne se propagent pas aux sites adjacents ou distants.

Ils peuvent cependant provoquer des **effets locaux** tels que le déplacement de ou la pression sur une structure adjacente, l'empiètement sur un nerf ou la compression d'un vaisseau, nécessitant une intervention chirurgicale. Les **myomes utérins**, par exemple, peuvent exercer une pression sur la vessie, entraînant des problèmes de miction.

La plupart des tumeurs bénignes peuvent être **traités avec succès par une excision totale**.

28.2.6 Carcinome in situ

Les cellules tumorales d'un **carcinome documenté comme *in situ*** subissent des changements malins mais sont encore confinées au point d'origine sans invasion du tissu normal environnant.

D'autres termes décrivent le **décrit**, notamment le carcinome *intraépithélial, non infiltrant, non invasif et préinvasif*.

La **dysplasie sévère du col de l'utérus ou de la vulve**² décrite comme CIN III ou VIN III est classée comme un carcinome in situ.

2: Voir le chapitre 20 de ce manuel pour plus d'informations

28.2.7 Néoplasme de comportement incertain

Pour certains néoplasmes :

- le comportement final ne peut être déterminé au moment de leur découverte
- il est impossible de faire une distinction définitive entre les cellules tumorales bénignes et malignes.

Par exemple, certaines tumeurs bénignes peuvent être en train de se transformer en tumeurs malignes. Il est donc nécessaire de poursuivre les examens pour parvenir à un diagnostic concluant.

La **neurofibromatose** fait référence à un groupe de troubles génétiques autosomiques dominants qui provoquent la croissance de tumeurs le long des nerfs. Le code **Q85.00, neurofibromatose, non spécifié**, est attribué pour la neurofibromatose.

Les **schwannomes** peuvent se produire le long de n'importe quel nerf du corps, y compris les nerfs spinaux, crâniens et périphériques, à l'exception du nerf vestibulaire. Lorsque ces tumeurs se développent, elles compriment les nerfs et provoquent des douleurs, des engourdissements, des picotements, des faiblesses et d'autres symptômes neurologiques. Le code **Q85.03, Schwannomatose**, est attribué pour cette affection.

28.2.8 Néoplasmes de comportement non spécifié

Il est important de ne pas confondre les **néoplasmes de comportement non spécifié** avec celles de comportement incertain.

La catégorie **D49** est prévue pour les situations dans lesquelles **ni le comportement ni la morphologie du néoplasme ne sont documentés** dans la liste des diagnostics ou ailleurs dans le dossier patient. Cela se produit généralement lorsqu'un patient est transféré avant que les études diagnostiques ne soient terminées, ou lorsqu'un patient reçoit un diagnostic de travail en attendant un examen plus approfondi.

La catégorie **D49** comprend des termes tels que *croissance, néoplasme, néoplasie et tumeur* lorsque les néoplasmes ne sont pas autrement spécifiés.

A une exception près, un code de la catégorie **D49** ne peut pas être utilisé pour un néoplasme traité dans un établissement de soins aigus car une documentation plus définitive devrait toujours être disponibles.

Exception

L'exception pour le codage des néoplasmes de comportement non spécifié dans le cadre des soins aigus est le codage des zones sombres ou des taches de la rétine, qui sont appelées néoplasmes ou mélanome suspect. Ces taches sont souvent difficiles à biopsier et doivent être évaluées de façon continue.

- **D49.81**, néoplasme de comportement non spécifié, rétine et choroïde

Comme une biopsie de la rétine présente un risque pour l'œil et qu'elle n'est réalisée que si la lésion s'étend, il n'y a généralement pas de biopsie de tissu effectuée pour confirmer le diagnostic. Par conséquent, le code **D49.81** est attribué de façon appropriée pour cette affection.

28.2.9 Masse ou lésion non spécifiée

Il n'est pas permis de sélectionner un code de la catégorie **D49, néoplasmes de comportement non spécifié**, lorsque **seul le terme masse ou lésion est documenté**.

Lors du codage d'un **diagnostic documenté comme utilisé ou lésion d'un site particulier**, il faut d'abord se référer au terme principal *Mass* ou *Lesion*.

- Si le **site n'est pas répertorié sous le terme principal**, il faut suivre les références croisées sous le terme principal qui représentent le diagnostic documenté.
- Par exemple, sous le terme principal *Mass*, la sous-entrée d'index pour *substernal thyroid* dirige l'utilisateur vers *Goiter*.

Si le **diagnostic est documenté comme masse et qu'il n'y a pas d'entrée d'index pour le site spécifique** sous le terme principal *Mass*, il faut suivre l'instruction *see Disease, by site* au niveau de *Mass, specified organ NEC*.

De même, si le **diagnostic final est documenté comme lésion et qu'il n'y a pas d'entrée dans l'index pour l'organe ou le site spécifié** sous le terme principal *Lesion*, il faut référer le terme principal *Disease*.

Si le **diagnostic final est documenté comme étant une bosse sur n'importe quel site anatomique, à l'exception du sein**, il faut référer le terme principal *Mass*, comme indiqué par la note *see also Mass* sous le terme principal *Lump*.

28.3 Classification en fonction de la morphologie

La **morphologie des néoplasmes** fait référence à la forme et à la structure des cellules tumorales. La morphologie est étudiée pour classer un néoplasme en fonction de son tissu d'origine. Le tissu d'origine et le type de cellules qui composent un néoplasme malin déterminent souvent le taux de croissance attendu, la sévérité de la maladie et le type de traitement administré.

Les **néoplasmes métastatiques** sont identifiés sur le site métastatique par leur morphologie, qui est différente de celle du tissu normal de ce site mais identique à celle du site primaire.

Un **registre des tumeurs** est un système de données sur le cancer qui assure le suivi de tous les patients atteints de cancer. Il documente et stocke tous les principaux aspects de l'histoire et du traitement du cancer d'un patient, et sa base de données comprend les données démographiques, les antécédents médicaux, les résultats du diagnostic, le site primaire, les métastases, l'histologie, le stade de la maladie, les traitements, les récurrences, les traitements ultérieurs et les résultats finaux.

Il est permis d'utiliser le **formulaire de stadification du cancer** à des fins de codage lorsqu'il est authentifié par le prestataire de soins traitant.

28.4 Localisation des codes de néoplasmes

La première étape pour **localiser le code d'un néoplasme** est de se référer au terme principal du type morphologique dans l'**index alphabétique** des maladies et des traumatismes, puis d'examiner les sous-termes. Pour certains types, un **code de diagnostic spécifique** est fourni. Par exemple, pour un diagnostic de carcinome des cellules rénales, l'index alphabétique énumère le terme principal *Carcinoma* et le sous-terme *renal cell* comme montré par la figure 28.1.

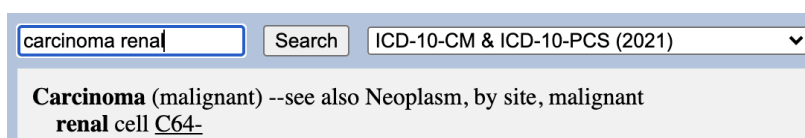


FIGURE 28.1 – Terme principal et sous-terme pour carcinome des cellules rénales dans l'index alphabétique

Lorsque le site n'est pas répertorié comme sous-terme ou lorsqu'un code spécifique n'est pas fourni par l'index alphabétique, une **référence**

croisée au tableau des néoplasmes du volume 2 de l'index apparaît. Les références croisées doivent être suivies. Les entrées montrées dans la figure 28.2 indiquent les instructions de l'index alphabétique lorsque le **type de néoplasme** est référencé.

Sarcoma . . .

- cerebellar C71.6
- embryonal—see Neoplasm, connective tissue, malignant
- Ewing's—see Neoplasm, bone, malignant

FIGURE 28.2 – Entrées de l'index lorsque le type de néoplasme est référencé

Le **tableau des néoplasmes** (dont la figure 28.3 montre une partie) énumère 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 alphabétique). Les colonnes de droite indiquent le code de chaque type de comportement pour ce site.

	Malignant Primary	Malignant Secondary	CA in Situ	Benign	Uncertain Behavior	Unspecified Behavior
Neoplasm, neoplastic	C80.1	C79.9	D09.9	D36.9	D48.9	D49.9
- abdomen, abdominal	C76.2	C79.8-	D09.8	D36.7	D48.7	D49.89
-- cavity	C76.2	C79.8-	D09.8	D36.7	D48.7	D49.89
-- organ	C76.2	C79.8-	D09.8	D36.7	D48.7	D49.89
-- viscera	C76.2	C79.8-	D09.8	D36.7	D48.7	D49.89
-- wall—see also Neoplasm, abdomen, wall, skin	C44.509	C79.2-	D04.5	D23.5	D48.5	D49.2
--- connective tissue	C49.4	C79.8-	-	D21.4	D48.1	D49.2
--- skin	C44.509					
---- basal cell carcinoma	C44.519	-	-	-	-	-
---- specified type NEC	C44.599	-	-	-	-	-
---- squamous cell carcinoma	C44.529	-	-	-	-	-

FIGURE 28.3 – Tableau des néoplasmes

Pour utiliser le tableau, il faut d'abord localiser le site anatomique dans la liste et ensuite le type de comportement, pour finalement sélectionner le code approprié. Pour chaque site, il existe six codes possibles selon que le néoplasme en question est malin, bénin, in situ, de comportement incertain ou non spécifié.

La **documentation du néoplasme** indique souvent laquelle des six colonnes est appropriée (par exemple, *mélanome malin de la peau, fibroadénome bénin du sein, carcinome in situ du col de l'utérus*). Lorsque une telle documentation n'est pas présente, il convient de consulter le reste de l'index, où des instructions sont données sur la colonne appropriée pour chaque type morphologique (histologique) répertoriée.

Exemples

- *Mesonephroma (malignant)*—see Neoplasm, malignant, by site
- *Embryoma*—see also Neoplasm, uncertain behavior, by site
- *Bowen's disease*—see Neoplasm, skin, in situ

Toutefois, les instructions de l'index peuvent être annulées si la documentation mentionnée ci-dessus est présente.

Exemple

Lorsque la documentation mentionne un **adénome malin du côlon**, celui-ci est codé avec le code **C18.9** et non avec le code **D12.6**, car l'adjectif *malin* annule l'entrée de l'index *Adenoma –see also Neoplasm, benign, by site*.

Les codes listés avec un tiret (-) suivant le code ont un cinquième caractère obligatoire pour la latéralité.

Les codes du tableau des néoplasmes doivent être vérifiés dans la liste systématique.

28.5 Types de néoplasmes malins

Il existe deux types fondamentaux de néoplasmes malins :

- **C00-C75, C76-C80** : Solides
- **C81-C96** : Hématopoïétiques et lymphatiques

Les **néoplasmes solides** :

- ont un point d'origine unique et localisé et sont considérées comme des **néoplasmes primaires** de ce site.
- ont tendance à se propager aux sites adjacents ou éloignés, ces sites étant classés comme des **néoplasmes secondaires ou métastatiques**.

Exemple

Un diagnostic de carcinome du poumon avec métastase au cerveau indique qu'un néoplasme primaire du poumon s'est métastasé dans un site secondaire du cerveau.

Les **néoplasmes lymphatiques et hématopoïétiques** :

- apparaissent dans les systèmes réticulo-endothélial et lymphatique et dans les tissus hématopoïétiques.
- diffèrent des néoplasmes malins solides à plusieurs égards, notamment les suivants :
 - Ils peuvent apparaître dans un seul site ou dans plusieurs sites simultanément.
 - Les cellules tumorales circulent souvent en grand nombre dans la circulation sanguine et le système lymphatique au lieu de rester confinées dans un seul site.

En raison des différences entre les néoplasmes solides et hématopoïétiques-lymphatiques, ce manuel traite séparément les deux types de néoplasmes malins.

Les néoplasmes solides sont d'abord abordées, puis la discussion passe aux néoplasmes qui surviennent dans les systèmes hématopoïétique et lymphatique.

28.6 Codage des néoplasmes malins solides

Un **néoplasme malin solide** peut se propager à partir de son site d'origine par extension directe ou par métastase.

- L'**extension directe** est l'envahissement des sites adjacents.
- La **métastase** désigne la propagation à des sites éloignés et l'établissement d'un nouveau centre de malignité.

L'ICD-10-CM ne fait pas de distinction entre ces deux types d'extension.

Les termes et *secondaire* sont généralement utilisés de manière interchangeable.

28.6.1 Sites contigus

Lorsqu'un **néoplasme malin primaire recouvre deux ou plusieurs sites contigus** (l'un à côté de l'autre), il est codé avec un code (de la sous-catégorie) avec un quatrième caractère **-8**, signifiant *lésion contiguë*, à moins que la combinaison ne soit spécifiquement indexée ailleurs.

Exemples

L'ICD-10-CM fournit les codes suivants pour certains néoplasmes malins recouvrant deux ou plus sites contigus :

- **C00.8**, néoplasme malin de sites contigus de la lèvre, dont le point d'origine ne peut être codé avec aucun autre code de la catégorie **C00**
- **C16.8**, néoplasme malin de sites contigus de l'estomac, dont le point d'origine ne peut être codé avec aucun autre code de la catégorie **C16**
- **C34.80**, néoplasme malin de sites contigus d'une bronche et d'un poumon non spécifiés, dont le point d'origine ne peut être codé avec aucun autre code de la catégorie **C34**

Lorsqu'il y a **plusieurs néoplasmes du même site qui ne sont pas contigus**, comme des néoplasmes dans différents quadrants du même sein, des codes pour chaque site doivent être codés.

28.6.2 Malignité de deux ou plusieurs sites non contigus

Un patient peut avoir **plus d'un néoplasme malin dans le même organe**. Ces néoplasmes peuvent représenter différentes maladies primaires ou métastatiques, selon le site. Lorsque la documentation n'est pas claire, le prestataire de soins doit être consulté sur le statut de chaque néoplasme afin de sélectionner les codes corrects.

Lorsque **plus d'un néoplasme primaire se produit dans le même système organique**, on parle de **néoplasmes primaires synchrones**. Cette situation peut se produire dans les poumons lorsque l'organe cible, dans ce cas l'épithélium respiratoire, est attaqué/altéré par un agent incitateur (par exemple, la fumée de tabac). Cependant, le prestataire de soins doit désigner si s'agit d'un second néoplasme primaire ou une métastase.

Exemple

Un patient atteint d'un néoplasme du poumon non à petites cellules de stade IV du lobe inférieur gauche est admis avec des métastases péritonéales étendues et des métastases hépatiques. Un scanner du poumon montre un grand néoplasme dans la base du poumon gauche avec une extension diffuse au poumon droit. Le prestataire documente que le néoplasme avait commencé dans le poumon gauche et s'était métastasée dans le poumon droit.

- **C34.32**, néoplasme malin du lobe inférieur, bronche ou poumon gauche
- **C78.01**, néoplasme malin secondaire du poumon droit
- **C78.6**, néoplasme malin secondaire du rétropéritoine et du péritoine
- **C78.7**, néoplasme malin secondaire du foie et des voies biliaires intra-hépatiques

Comme le prestataire a clairement documenté que la tumeur maligne primaire du poumon gauche s'était étendue au poumon droit, il faut coder le code **C34.32** en diagnostic principal et le code **C78.01** en diagnostic secondaire.

28.6.3 Néoplasmes documentés comme métastatiques

Les termes *métastatiques* et *métastase* sont souvent utilisés de manière ambiguë pour décrire une maladie néoplasique, signifiant parfois que le site nommé est primaire et parfois qu'il est secondaire.

Lorsque la documentation des diagnostics n'est pas claire à cet égard, il faut examiner le dossier patient pour obtenir des informations supplémentaires. Toutefois, si aucune information n'est disponible, les directives suivantes s'appliquent.

Métastasé vers

La mention *métastasé vers* indique que le site mentionné est secondaire.

Exemple

Codage d'un diagnostic de carcinome métastasé vers le poumon.

- **C78.0-**, néoplasme malin secondaire du poumon
- Le **néoplasme primaire est toujours présent** : un code pour le site néoplasique primaire doit être attribué
- Le **néoplasme primaire a été excisé ou éradiqué** et il n'est plus sous aucun type de traitement : un code d'antécédent des sous-catégories **Z85.0-Z85.8** doit être attribué.
 - Le quatrième caractère de la catégorie **Z85** indique le système organique où le néoplasme antérieur s'est produit, et les cinquième et sixième caractères indiquent l'organe ou le site spécifique concerné.
 - Veuillez noter que les codes d'antécédents des sous-catégories

Z85.0-Z85.85 ne sont attribués que pour l'ancien site d'un néoplasme malin primaire, et non pour l'ancien site d'un néoplasme malin secondaire.

- Le code **Z85.89**, antécédents personnels de néoplasme malin d'autres organes et systèmes, peut être attribué à l'ancien site d'un néoplasme malin primaire ou secondaire qui a été excisée ou éradiquée et qui n'est plus sous traitement.

Normalement, **aucun code d'antécédents** n'est attribué lorsque le patient a déjà eu un néoplasme bénin ou in-situ ou un néoplasme de comportement incertain.

Exceptions

Les exceptions sont quelques néoplasmes qui sont inclus dans la sous-catégorie **Z86.0** :

- **Z86.000**, Antécédents personnels de néoplasme in-situ du sein
- **Z86.001**, Antécédents personnels de néoplasme in-situ du col utérin
- **Z86.002**, Antécédents personnels de néoplasme in-situ d'autres organes génitaux non spécifiés
- **Z86.003**, Antécédents personnels de néoplasme in situ de la cavité buccale, de l'œsophage et de l'estomac
- **Z86.004**, Antécédents personnels de néoplasme in situ d'autres organes digestifs non spécifiés
- **Z86.005**, Antécédents personnels de néoplasme in situ de l'oreille moyenne et du système respiratoire
- **Z86.006**, Antécédents personnels de mélanome in-situ
- **Z86.007**, Antécédents personnels de néoplasme in-situ de la peau
- **Z86.008**, Antécédents personnels de néoplasme in-situ d'un autre site
- **Z86.010**, Antécédents personnels de polypes du côlon
- **Z86.011**, Antécédents personnels de néoplasme bénin du cerveau
- **Z86.012**, Antécédents personnels de tumeur carcinoïde bénigne
- **Z86.018**, Antécédents personnels d'autre néoplasme bénin
- **Z86.03**, Antécédents personnels de néoplasme au comportement incertain

Métastatique au départ de

La mention *métastatique au départ de ...* indique que le site documenté est le site primaire.

Exemple

Un diagnostic de carcinome métastatique du sein indique que le sein est le site primaire (**C50.9-**). Un code pour le site métastatique doit également être attribué.

Site métastatique unique

Lorsqu'un seul site est documenté comme métastatique sans autre qualification et qu'aucune information plus définitive ne peut être obtenue en examinant le dossier patient, il faut d'abord se référer au type de morphologique dans l'index alphabétique et coder l'affection primaire de ce site.

Exemple

Un diagnostic documenté en tant que *carcinome à cellules rénales métastatique du poumon* indique que le site primaire est le rein et le site secondaire le poumon.

- **C64.9**, Néoplasme malin du rein non spécifié, à l'exception du bassin rénal
- **C78.00**, Néoplasme malin secondaire du poumon non spécifié

Lorsqu'un site spécifique pour le type de morphologie n'est pas indiqué dans le code ou n'est pas indexé, il faut attribuer le code pour le site non spécifié dans ce site anatomique.

Exemple

Le carcinome à cellules en grains d'avoine (carcinome à petites cellules) de site non spécifié est codé avec le code **C34.90, néoplasme malin d'une partie non spécifiée de la bronche ou du poumon non spécifiés**, wanneer een meer specifieke locatie niet in het patiëntendossier is gedocumenteerd.

Sites métastatiques multiples

Lorsque deux sites ou plus sont documentés comme métastatiques, chacun des sites mentionnés doit être codé comme secondaire ou métastatique.

Un code doit également être attribué pour le site primaire lorsque cette information est disponible.

Le code **C80.1, Néoplasme malin (primaire), non spécifiée**, doit être attribué dans le cas où le site primaire n'est pas documenté.

Site non documenté

Le code **C80.0, néoplasme malin disséminé, non spécifié** :

- est à utiliser uniquement dans les cas où le patient présente une maladie métastatique avancée et où aucun site primaire ou secondaire connu n'est spécifié.
- n'est pas à utiliser à la place des codes pour le site primaire et tous les sites secondaires, s'ils sont connus.

Le code **C80.1, néoplasme malin (primaire), non spécifié**, équivaut à *cancer, non spécifié*. Ce code ne doit être utilisé que lorsqu'il est impossible de déterminer le site primaire d'une malignité. Ce code doit rarement être utilisé dans le milieu hospitalier aigu.

Le code **C79.9, Néoplasme malin secondaire de site non spécifié**, est attribué lorsqu'aucun site n'est identifié pour le néoplasme secondaire.

Lorsqu'**aucun site n'est documenté mais que le type morphologique est documenté comme métastatique**, le code prévu pour ce type morphologique est attribué pour le diagnostic primaire avec un code additionnel pour le néoplasme secondaire de site non spécifié.

Exemple

Codage d'un diagnostic d'adénocarcinome apocrine métastatique sans site spécifié

- **C44.99**, néoplasme malin primaire de la peau, site non spécifié
- Le code additionnel **C79.9** est attribué pour le néoplasme secondaire.

Code **C44.99** est obtenu en se référant au terme principal et aux sous-termes de l'index alphabétique montrés dans la figure 28.4

Adenocarcinoma ...

-apocrine ...

--unspecified site C44.99

FIGURE 28.4 – Localisation du code C44.9 dans l'index alphabétique

28.7 Codage de néoplasmes lymphatiques et hématopoïétiques

Les **néoplasmes qui apparaissent dans les tissus lymphatiques et hématopoïétiques** peuvent se propager à des sites secondaires. Le site auquel le néoplasme se propage est considéré comme un néoplasme malin secondaire.

Exemple

Dans le cas d'une méningite leucémique, les cellules cancéreuses se sont propagées du site primaire aux méninges; la méningite est donc codée comme un néoplasme malin secondaire.

La figure 28.5 montre l'emplacement des ganglions lymphatiques dans le corps.

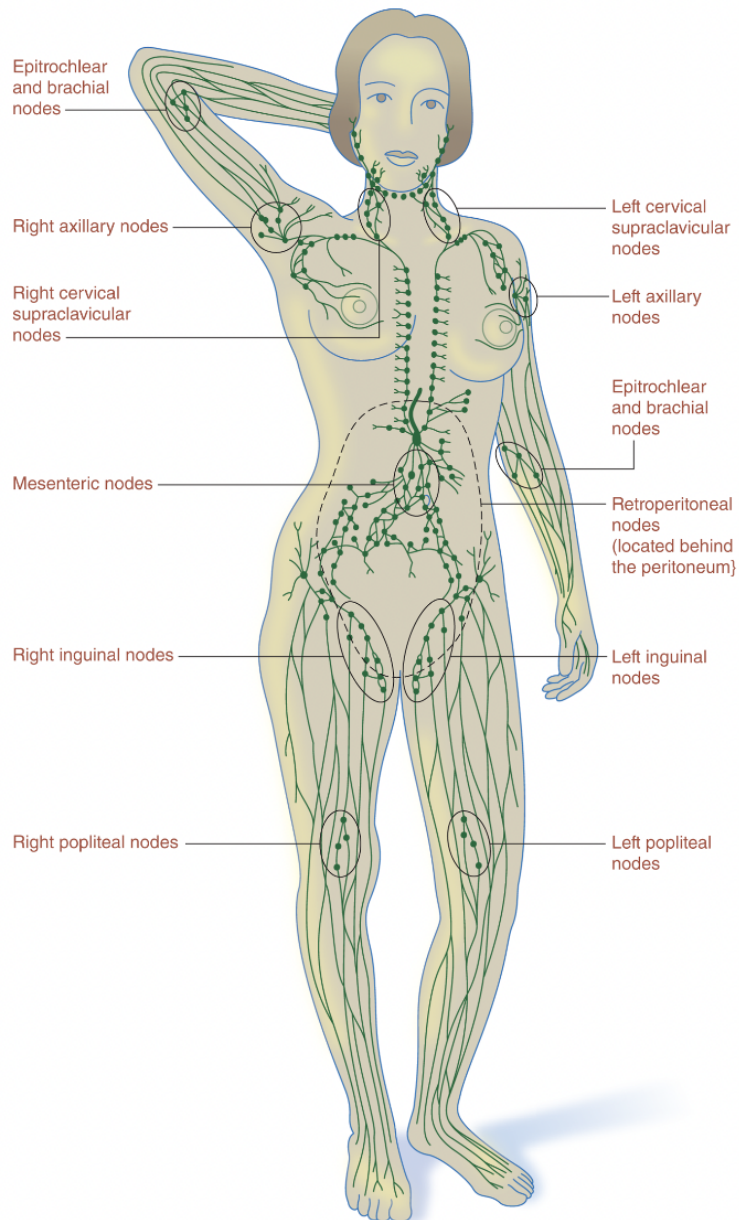


FIGURE 28.5 – Le système lymphatique
Source : Copyright by Healthforum, inc., An American Hospital Association Company. All rights reserved

28.7.1 Néoplasmes des ganglions lymphatiques

Les **néoplasmes malins primaires des ganglions lymphatiques** sont classés dans les catégories **C81-C88** :

- avec un **quatrième caractère** spécifiant le type particulier de néoplasme
- avec un **cinquième caractère** spécifiant les ganglions impliqués (sauf pour les catégories **C86** et **C88**, qui ne précisent pas le site).

Si le néoplasme implique des **ganglions de plusieurs sites**, le **cinquième caractère 8** est attribué pour indiquer que la malignité implique des sites multiples.

Exemple

Codage d'un diagnostic de lymphome diffus à grandes cellules B des ganglions lymphatiques intra-abdominaux et intrathoraciques.

- **C83.38**, lymphome diffus à grandes cellules B, ganglions lymphatiques de sites multiples
- des codes individuels ne sont pas attribués pour chaque type de ganglion lymphatique affecté.

Lorsqu'un néoplasme solide s'est propagée aux ganglions lymphatiques, un code de la catégorie **C77** est attribué.

Exemple

Codage d'un adénocarcinome du sein féminin droit avec métastase dans les ganglions lymphatiques de l'aisselle.

- **C50.911**, néoplasme malin d'un site non spécifié du sein féminin droit
- **C77.3**, néoplasme malin secondaire et non spécifié des ganglions lymphatiques axillaires et du membre supérieur
- Aucun code des catégories **C81-C88** n'est attribué.

Les **lymphomes** peuvent être malins ou bénins.

- Les **lymphomes bénins** sont codés avec le code **D36.0, néoplasme bénin des ganglions lymphatiques**.
- Les codes des **lymphomes malins** sont localisés en se référant aux sous-termes du site sous le terme principal *Lymphoma*.

Lorsque la **documentation d'un diagnostic de lymphome ne correspond à aucune sous-entrée sous *Lymphoma* dans l'index alphabétique**, le comportement du néoplasme peut être recherché dans le rapport anatomo-pathologique. Cependant, le prestataire de soins doit être consulté pour confirmation et documentation avant le codage.

28.7.2 Lymphome hodgkinien

Le **lymfome hodgkinien**³ est classifié dans la catégorie **C81** :

- le **quatrième caractère** spécifie le sous-type pathologique du lymphome hodgkinien
- le **cinquième caractère** spécifie les ganglions lymphatiques affectés (par exemple, site non spécifié ; tête, visage et cou ; intrathoracique ; intra-abdominal ; aisselle et membre supérieur ; région inguinale et membre inférieur ; intrapelvien ; rate ; sites multiples ; sites extranodaux et d'organes solides).

Le **sous-type pathologique** est codé dans les sous-catégories suivantes :

- **C81.0**, Lymphome hodgkinien nodulaire à prédominance lymphocytaire (un sous-type rare)
- **C81.1**, Lymphome hodgkinien à sclérose nodulaire (le sous-type le plus fréquent)

3: Le **lymphome hodgkinien** est un type de cancer provenant des lymphocytes. Il se caractérise par la propagation ordonnée de la maladie d'un groupe de ganglions lymphatiques à un autre et par l'apparition de symptômes systémiques à un stade avancé de la maladie. Le lymphome hodgkinien peut être traité par radiothérapie, chimiothérapie ou transplantation de cellules souches hématopoïétiques. Le choix du traitement dépend de l'âge et du sexe du patient ainsi que du stade, du volume et du sous-type histologique de la maladie.

- **C81.2**, Lymphome hodgkinien à cellularité mixte (un sous-type fréquent, le plus souvent associé à une infection par le virus d'Epstein-Barr)
- **C81.3**, Lymphome hodgkinien à déplétion lymphocytaire (un sous-type rare)
- **C81.4**, Lymphome hodgkinien riche en lymphocytes
- **C81.7**, Autres lymphomes hodgkiniens
- **C81.9**, Lymphomes hodgkiniens non spécifiés

28.7.3 Lymphomes non hodgkiniens

Au fil des ans, la classification des lymphomes a considérablement évolué en fonction des nouvelles connaissances apportées par les progrès technologiques, ainsi que des avancées dans la compréhension du comportement clinique des lymphomes.

L'ICD-10-CM fournit les catégories suivantes pour les **lymphomes non hodgkiniens**⁴ :

- **C82**, Lymphome folliculaire
- **C83**, Lymphome non folliculaire
- **C84**, Lymphomes matures à cellules T/NK
- **C85**, Autres types spécifiés et non spécifiés de lymphome non hodgkinien
- **C86**, Autres types spécifiés de lymphome à cellules T/NK
- **C88**, Maladies immunoprolifératives malignes et certains autres lymphomes à cellules B

Le **lymphome folliculaire** est la forme la plus fréquente des lymphomes non hodgkiniens indolents, et la deuxième forme la plus fréquente de lymphome non hodgkinien dans son ensemble. Il est défini comme un lymphome des cellules B du centre folliculaire (centrocytes et centroblastes), qui présente au moins un aspect partiellement folliculaire.

Le **lymphome folliculaire** est classé en fonction de deux axes (catégorie **C82**) pour permettre à la classification de s'adapter aux différences de terminologie souvent rencontrées dans les dossiers des patients.

La catégorie **C82** permet de classer les lymphomes folliculaires en fonction des **grades morphologiques** (par exemple, grade I) ou de la **description du follicule** (par exemple, centre folliculaire diffus), comme suit :

- **C82.0-**, Lymphome folliculaire de grade I
- **C82.1-**, Lymphome folliculaire de grade II
- **C82.2-**, Lymphome folliculaire de grade III, non spécifié
- **C82.3-**, Lymphome folliculaire de grade IIIa
- **C82.4-**, Lymphome folliculaire de grade IIIb
- **C82.4-**, Folliculair lymfoom graad IIIb.
- **C82.5-**, Lymphome centrofolliculaire diffus
- **C82.6-**, Lymphome centrofolliculaire cutané
- **C82.8-**, Autres types de lymphome folliculaire
- **C82.9-**, Lymphome folliculaire, non spécifié

4: Les **lymphomes non hodgkiniens** constituent un groupe hétérogène de lymphomes malins qui présentent un tableau clinique largement similaire à celui de la maladie de Hodgkin, mais sans les cellules géantes de Reed-Sternberg, caractéristiques du lymphome de Hodgkin. Les lymphomes se développent à partir des composants lymphoïdes du système immunitaire. La principale cellule que l'on trouve dans le tissu lymphoïde est le lymphocyte, un globule blanc qui combat les infections, et dont il existe deux types principaux : les lymphocytes B (cellules B) et les lymphocytes T (cellules T). Les lymphomes non hodgkiniens peuvent survenir à tout âge et se caractérisent souvent par des ganglions lymphatiques plus gros que la normale, de la fièvre et une perte de poids. Il existe de nombreux types différents de lymphomes non hodgkiniens. Ces types peuvent être divisés en types agressifs (à croissance rapide) et indolents (à croissance lente), et ils peuvent être formés à partir de cellules B ou de cellules T.

L'ICD-10-CM classe les **lymphomes non folliculaires** dans la catégorie **C83**, comme suit :

- **C83.0**, Lymphome à petites cellules B
- **C83.1**, Lymphome à cellules du manteau
- **C83.3**, Lymphome diffus à grandes cellules B
- **C83.5**, Lymphome lymphoblastique (diffus)
- **C83.7**, Lymphome de Burkitt
- **C83.8**, Autre lymphome non folliculaire
- **C83.9**, Lymphome non folliculaire (diffus), non spécifié

Comme pour la catégorie **C81, lymphome hodgkinien**, les catégories **C82-C85** fournissent un **cinquième caractère** pour spécifier les ganglions lymphatiques affectés (par ex, site non précisé; tête, visage et cou; intrathoracique; intra-abdominal; aisselle et membre supérieur; région inguinale et membre inférieur; intrapelvien; rate; sites multiples; sites extranodaux et organes solides).

28.7.4 Myélome multiple, autres néoplasmes immunoprolifératifs et leucémies

Le **myélome multiple** et les **néoplasmes plasmocytaires malins** sont classés dans la catégorie **C90**, un **quatrième caractère** spécifiant le type particulier de néoplasme.

Les **leucémies** sont classées dans les catégories **C91-C95** :

- le **quatrième caractère** spécifie soit le stade de la maladie (aigu ou chronique), soit le type de leucémie (par exemple, cellule T adulte, leucémie prolymphocytaire de type T).
- le **cinquième caractère** spécifie le statu de la leucémie dans les catégories **C90-95** :
 - **0 Sans rémission (n'ayant pas atteint la rémission)** : Le cinquième caractère 0 est attribué si la documentation du dossier patient n'indique pas que le patient a atteint la rémission.
 - **1 En rémission** : Lorsque le prestataire de soins documente que le néoplasme malin est en rémission, il faut attribuer le cinquième caractère 1.
 - **2 En rechute** : Si le patient connaît une récurrence et que le prestataire de soins documente une *rechute*, le cinquième caractère 2 est attribué.

Une **rechute** ou une **récurrence** peut survenir à tout moment pendant le traitement ou après la fin du traitement, même des mois ou des années après la rémission. Il est important de ne pas confondre *en rémission* avec les antécédents personnels.

Les catégories pour la leucémie et la catégorie **C90, myélome multiple et néoplasmes plasmocytaires malins**, ont des codes indiquant si l'affection est en rémission.

De plus, les codes d'antécédents personnels **Z85.6, Antécédents personnels de leucémie**, et **Z85.79, Antécédents personnels d'autres néoplasmes malins des tissus lymphoïdes, hématopoïétiques et apparentés**, sont disponibles.

Les **codes d'antécédents personnels** identifient l'état médical passé d'un patient qui n'existe plus et qui ne reçoit pas de traitement, mais qui présente un potentiel de récurrence et qui peut donc nécessiter une surveillance continue. Si la documentation n'est pas claire quant à savoir si la leucémie, le myélome ou tout autre néoplasme plasmocytaire malin doit être codé comme étant *en rémission*, le prestataire de soins doit être consulté.

28.8 Séquençage des codes pour les maladies néoplasiques

La **règle de base pour désigner le diagnostic principal** est la même pour les néoplasmes que pour toute autre affection, c'est-à-dire que le diagnostic principal est l'affection qui, après étude, a motivé l'admission. Il n'y a pas de ligne directrice qui indique qu'un code pour la malignité a la priorité. Cependant, comme le diagnostic principal est parfois difficile à déterminer chez un patient atteint d'un néoplasme malin, l'orientation du traitement peut souvent servir de guide pour choisir le diagnostic principal.

Certains néoplasmes ont une **activité fonctionnelle** en ce sens qu'ils peuvent affecter l'activité des glandes endocrines.

- Tous les néoplasmes sont classés au chapitre 2, *Néoplasmes (C00-D49)* de l'ICD-10-CM, qu'ils soient fonctionnellement actifs ou non.
- Le code pour le néoplasme primaire est codé en diagnostic principal, suivi d'un code du chapitre 4, *maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques (E00-E89)* pour identifier le dysfonctionnement endocrinien associé à tout néoplasme.

Exemples

- **C56.1 + E28.0**, Hyperestrogénie due à un carcinome de l'ovaire droit
- **C56.1 + L68.0**, Carcinome de l'ovaire droit avec hirsutisme

28.8.1 Traitement ciblant le site primaire

Lorsque le traitement cible le site primaire, la malignité de ce site est codée en diagnostic principal, suivie des codes pour tout site métastatique.

Exception

La seule exception à cette directive est l'admission où la raison de l'admission est pour l'administration d'une chimiothérapie, d'une immunothérapie ou d'une radiothérapie externe, auquel cas le code **Z51.-** approprié est attribué comme diagnostic principal, et le diagnostic ou problème ciblé par le traitement est attribué comme diagnostic secondaire.

Exemples

- **C18.7 + C78.7**, Carcinome du côlon sigmoïde avec petits nodules métastatiques sur le foie ; résection sigmoïde du côlon effectuée
- **Z51.11 + C18.7**, Carcinome du côlon sigmoïde avec résection préalable ; raison de l'admission est la chimiothérapie

Parfois, **deux sites primaires sont présents** ; dans ce cas, chaque site est codé comme un néoplasme primaire.

Lorsque **le traitement cible principalement un site**, le néoplasme de ce site doit être codé en diagnostic principal.

Lorsque **le traitement est ciblé également sur les deux sites**, l'un ou l'autre peut être codé en diagnostic principal.

Il arrive qu'un patient admis pour une affection non néoplasique ait un rapport anatomopathologique indiquant qu'un foyer microscopique de malignité est également présent. Dans ce cas, l'affection qui a motivé l'admission est codé en diagnostic principal et la malignité est codée en diagnostic secondaire.

Exemples

Un patient souffrant de sévère rétention urinaire due à une hypertrophie de la prostate est admis pour une prostatectomie. Une résection transurétrale de la prostate est effectuée, et le patient sort avec un diagnostic d'hypertrophie bénigne de la prostate. Le rapport anatomopathologique confirme ce diagnostic, mais mentionne également un foyer microscopique d'adénocarcinome.

- **N40.1**, hypertrophie bénigne de la prostate avec symptômes du tractus urinaire inférieur
- **C61**, néoplasme malin de la prostate
- **R33.8**, autre rétention d'urine

Une patiente est admise pour le traitement d'une endométriose de l'utérus, et une hystérectomie abdominale totale est réalisée. Le rapport anatomopathologique confirme l'endométriose mais indique qu'un carcinome in situ du col de l'utérus est également présent.

- Dans ce cas, l'endométriose est la raison de l'admission et reste le diagnostic principal.
- Un code additionnel est attribué pour le néoplasme cervical.

28.8.2 Traitement ciblant le site secondaire

Lorsqu'un patient est admis en raison d'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 malignité primaire est toujours présente.
- la **malignité primaire** est codée en **diagnostic secondaire**.

Lorsqu'un patient est admis en raison d'un néoplasme primaire avec métastases et que le traitement est ciblé de manière égale sur le site primaire et le site secondaire :

- la **malignité primaire** est codée en **diagnostic principal**.
- le **néoplasme secondaire** est codé en **diagnostic secondaire**.

28.8.3 Admission pour complications associées au néoplasme malin

Les patients atteints de néoplasmes malins développent souvent des **complications** dues soit à la malignité elle-même, soit à la thérapie.

Lorsque la raison de l'admission est le **traitement de la complication**, celle-ci est codée en premier, suivie du ou des codes appropriés pour le néoplasme.

Exception

L'exception à cette règle est l'anémie.

- Lorsque la raison de l'admission est la prise en charge d'une **anémie associée à une maladie maligne** et que le traitement ne concerne que l'anémie, le code approprié pour la maladie maligne est codé en diagnostic principal, suivi du code **D63.0, anémie dans une maladie néoplasique**.
- Lorsque la raison de l'admission est la prise en charge d'une **anémie associée à un effet indésirable de l'administration d'une chimiothérapie ou d'une immunothérapie**, et que le traitement ne concerne que l'anémie, le code de l'anémie est séquencé en premier, suivi des codes appropriés pour le néoplasme et l'effet indésirable (**T45.1X5-**).

Exemple

Un patient atteint d'un cancer du poumon non à petites cellules métastatique du lobe supérieur droit développe une anémie suite à une chimiothérapie. Le patient est admis pour le traitement de l'anémie de la chimiothérapie.

- **D64.81**, anémie due à une chimiothérapie antinéoplasique
- **C34.11**, néoplasme malin du lobe supérieur, de la bronche ou du poumon droit
- **C79.9**, néoplasme malin secondaire de site non spécifié
- **D63.0**, anémie dans une maladie néoplasique
- **T45.1X5A**, effet indésirable des médicaments antinéoplasiques et immunosuppresseurs, contact initial.

Lorsque la raison de l'admission est la prise en charge d'une **anémie associée à un effet indésirable de la radiothérapie**, le code d'anémie doit être séquencé en premier, suivi du code de néoplasme approprié et du code **Y84.2, Intervention radiologique et radiothérapie à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'accident au cours de l'intervention**.

Exemple

Une patiente atteinte d'un cancer du sein droit est vue pour le traitement d'une anémie due à la radiothérapie.

- **D64.9**, anémie, non spécifié
- **C50.911**, néoplasme malin du sein féminin droit, non spécifié
- **Y84.2**, Intervention radiologique et radiothérapie à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'accident au cours de l'intervention

Lorsque la raison de l'admission est la prise en charge d'une anémie documentée comme *pancytopénie due à la chimiothérapie*⁵, le code **D61.810**, *pancytopénie due à la chimiothérapie antinéoplasique* est codé.

5: Chez les patients atteints de cancer, la **pancytopénie** est généralement due à la suppression de la moelle osseuse par la chimiothérapie. La suppression de la moelle osseuse (une diminution de la capacité de la moelle osseuse à fabriquer des cellules sanguines) est un effet secondaire courant de la chimiothérapie.

Exemple

Une patiente atteinte d'un cancer du quadrant supérieur externe du sein gauche a développé une pancytopénie à la suite d'une chimiothérapie. La patiente est admise pour le traitement de la pancytopénie. Le prestataire de soins a documenté la pancytopénie induite par la chimiothérapie.

- **D61.810**, pancytopénie induite par la chimiothérapie antinéoplasique
- **C50.412**, néoplasme malin du quadrant supérieur externe du sein féminin gauche
- **T45.1X5A**, effet indésirable des médicaments antinéoplasiques et immunosuppresseurs, contact initial

Lorsque la raison de l'admission est la prise en charge d'une déshydratation due à la malignité ou à la thérapie ou à une combinaison des deux, et que le traitement ne concerne que la déshydratation (réhydratation intraveineuse), la déshydratation est séquencée en premier, suivie par le(s) code(s) du néoplasme malin. Comme le diagnostic principal peut être difficile à déterminer, l'objectif du traitement peut souvent servir de guide.

Exemple

Un patient sous traitement pour un cancer de la prostate est admis pour une constipation chronique qui provoquait des douleurs atroces dans l'estomac et le dos. Un lavement a été effectué, le patient a reçu le docusate (laxatif) et on lui a conseillé d'augmenter sa consommation de fibres. Dans ce cas, le patient a été admis et traité pour une constipation chronique. Le traitement ne visait pas le néoplasme malin.

- **K59.09**, Autre constipation
- **C61**, Néoplasme malin de la prostate

Lorsque la raison de l'admission est le traitement d'une complication résultant d'une intervention chirurgicale, il faut coder la complication en diagnostic principal si le traitement vise à résoudre la complication.

Exemple

Un patient présentant un adénocarcinome connu de la prostate a subi une orchidectomie. Le prestataire de soins documente que le patient est admis en raison d'une complication postopératoire de sténose urétrale post-procédurale.

- **N99.114**, sténose urétrale post-procédurale, homme, non spécifié
- **C61**, Néoplasme malin de la prostate

28.8.4 Admission pour radiothérapie, immunothérapie, chimiothérapie

Lorsqu'une admission implique l'ablation chirurgicale d'un néoplasme, primaire ou secondaire, suivie d'une **chimiothérapie ou d'une radiothérapie au cours de la même admission**, le code du néoplasme doit être codé en diagnostic principal.

Lorsque la raison de l'admission ne concerne que l'administration d'une chimiothérapie, d'une immunothérapie ou d'une radiothérapie externe, le code **Z51.0, contact pour radiothérapie antinéoplasique, Z51.11, contact pour chimiothérapie antinéoplasique** ou **Z51.12, contact pour immunothérapie antinéoplasique**, doit être codé en diagnostic principal.

- Lorsque le patient reçoit **plus d'une de ces thérapies au cours de la même admission**, plus d'un de ces codes peut être attribué, dans n'importe quel ordre.
- Comme le **patient est toujours sous traitement pour le néoplasme malin**, même si celui-ci a été enlevée chirurgicalement, un code additionnel pour le néoplasme malin est attribué plutôt qu'un code de la catégorie **Z85**.

Notez que...

Les patients atteints de leucémie sont souvent admis pour divers examens ou autres traitements en plus de la chimiothérapie. S'il y a un doute quant à savoir si l'admission a pour seul but la chimiothérapie, l'immunothérapie ou la radiothérapie externe, le prestataire de soins doit être consulté.

Lorsque **la raison de l'admission est l'insertion ou l'implantation d'éléments radioactifs** (par exemple, la curiethérapie) :

- et que **le patient ne développe pas de complications**, le néoplasme malin doit être codé en diagnostic principal. Le code **Z51.0** n'est pas attribué dans ce cas.
- et que **le patient développe des complications** telles que des nausées et des vomissements incontrôlés ou une déshydratation, le néoplasme malin est codé en diagnostic principal, suivi de tous les codes pour les complications.

Lorsqu'un patient est **admis en vue d'une radiothérapie externe, d'une immunothérapie ou d'une chimiothérapie et qu'il développe des complications** telles que des nausées et des vomissements incontrôlés ou une déshydratation, le code de diagnostic principal est **Z51.0, contact pour**

radiothérapie antinéoplasique, **Z51.11, contact pour chimiothérapie antinéoplasique** ou **Z51.12, contact pour immunothérapie antinéoplasique**, suivi des codes additionnels pour les complications.

lorsque le **syndrome de lyse tumorale (SLT)**⁶ est d'origine médicamenteuse, il faut attribuer le code **E88.3, Syndrome de lyse tumorale**, suivi du code **T45.1X5-** pour identifier la cause.

Exemple

Un enfant est diagnostiqué avec une leucémie aiguë myéloblastique et admis pour une chimiothérapie. La chimiothérapie est administrée par voie d'une veine périphérique, et le prestataire de soins documente un syndrome de lyse tumorale secondaire à la thérapie antinéoplasique.

- **Z51.11**, contact pour chimiothérapie antinéoplasique
- **C92.00**, leucémie aiguë myéloblastique, sans rémission
- **E88.3**, syndrome de lyse tumorale
- **T45.1X5A**, effet indésirable des médicaments antinéoplasiques et immunosuppresseurs, contact initial
- **3E03305**, introduction d'un autre antinéoplasique dans une veine périphérique, voie d'abord percutanée

6: Le **syndrome de lyse tumorale (SLT)** est un groupe de perturbations métaboliques graves, potentiellement mortelles, qui peuvent survenir après un traitement antinéoplasique ou à la suite d'une radiothérapie ou d'une corticothérapie. Il est souvent associé aux leucémies et aux lymphomes mais est également observé dans d'autres hémopathies malignes et tumeurs solides.

Lorsqu'un patient est **admis dans le but d'insérer un port pour l'administration d'une chimiothérapie** :

- et **aucune chimiothérapie n'est administrée au cours de la même admission**, la malignité est codée en le diagnostic principal et le code **Z51.11, contact pour chimiothérapie antinéoplasique**, n'est pas attribué.
- et **une chimiothérapie est administrée au cours de la même admission**, le code **Z51.11, contact pour chimiothérapie antinéoplasique** est codé en diagnostic principal, et le code de la malignité est codé en diagnostic secondaire.

Si un **cathéter intrapéritonéal est inséré** pour l'administration de la chimiothérapie et que celle-ci est administrée pendant la même admission :

- **0WHG33Z**, insertion d'un dispositif de perfusion dans la cavité péritonéale, voie d'abord percutanée; pour l'insertion du cathéter
- **3E0M305**, Introduction d'un autre antinéoplasique dans la cavité péritonéale, voie d'abord percutanée; pour l'administration de la chimiothérapie.

Une **admission pour l'insertion d'un implant de radium ou pour un traitement par iode radioactif (I-131)** n'est pas considérée comme une admission avec comme seul but une séance de radiothérapie.

- Le code du néoplasme malin est codé en diagnostic principal
- le code **Z51.0** n'est pas attribué.

28.8.5 Admission pour déterminer l'étendue de la malignité

Lorsque la raison de l'admission est de déterminer l'étendue de la malignité ou d'effectuer une procédure telle que la paracentèse (aspiration à l'aiguille de la cavité péritonéale) ou la thoracentèse (aspiration à l'aiguille de l'espace pleural entre les poumons et la paroi thoracique), la malignité primaire ou le site métastatique approprié est codé en diagnostic principal, même si une chimiothérapie ou une radiothérapie est administrée.

28.8.6 Malignité actuelle versus antécédents personnels de malignité

Lorsqu'une malignité primaire a été excisée mais qu'un traitement complémentaire, tel qu'une chirurgie supplémentaire pour la malignité, une radiothérapie ou une chimiothérapie, cible ce site, le code de malignité primaire doit être utilisé jusqu'à la fin du traitement.

Les codes de la catégorie **Z85, antécédents personnels de néoplasme malin**, ne sont attribués que lorsque :

- le néoplasme primaire a été précédemment excisé ou totalement éradiqué de son site
- le néoplasme primaire n'est plus sous aucun type de traitement
- il n'y a aucun signe de malignité primaire actuelle.

Cette directive s'applique aux néoplasmes solides et hématopoïétiques ou lymphatiques, y compris la leucémie.

28.8.7 Néoplasme malin associé à un organe transplanté

Un néoplasme malin d'un organe transplanté doit être codé comme une complication de la transplantation :

- **T86**, complications des organes et tissus transplantés
- **C80.2**, néoplasme malin associé à un organe transplanté.
- Un code additionnel est attribué pour le néoplasme malin spécifique.

28.8.8 Néoplasme malin chez une patiente enceinte

Les codes du chapitre 15, *grossesse, accouchement et puerpéralité (O00-O9A)*, de l'ICD-10-CM sont toujours codés en premier⁷.

Un code de la sous-catégorie **O9A.1, néoplasme malin compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité**, doit être codé en premier, suivi du code approprié du chapitre 2, *Néoplasmes (C00-D49)*, de l'ICD-10-CM pour indiquer le type de néoplasme.

7: Voir le chapitre 23 de ce manuel

28.8.9 Fracture pathologique due à un néoplasme

La séquence des codes des **fractures pathologiques dues à un néoplasme** dépend de la raison de l'admission, comme suit :

- Si la raison de l'admission est le traitement de la fracture, un code de la sous-catégorie **M84.5, fracture pathologique dans une maladie néoplasique**, doit être séquencé en premier, suivi du code du néoplasme. L'instruction *Code Also* sous **M84.5** fournit l'instruction suivante de séquençage *Code also underlying neoplasm*.
- Si la raison de l'admission est le traitement du néoplasme avec une fracture pathologique associée, le code du néoplasme doit être séquencé en premier, suivi d'un code de la sous-catégorie **M84.5** pour la fracture pathologique.

28.8.10 Ascite maligne

L'**ascite maligne**⁸ se voit attribué le code **R18.0**.

Exemple

Un patient est admis pour un cancer du pancréas avec une ascite maligne massive et généralisée. Le diagnostic final est un cancer du pancréas avec ascite maligne et métastases au rétropéritoine. Une paracentèse thérapeutique est effectuée.

- **C25.9**, néoplasme malin du pancréas, non spécifiée
- **R18.0**, ascite maligne
- **C78.6**, néoplasme malin secondaire du rétropéritoine et du péritoine
- **0W9G3ZZ**, drainage de la cavité péritonéale, voie d'abord percutanée

8: L'**ascite maligne** est l'accumulation anormale de liquide dans l'abdomen causée par une maladie maligne. Les tests diagnostiques visant à déterminer la cause sous-jacente peuvent comprendre des analyses de sang, une échographie de l'abdomen et une paracentèse. Le traitement peut inclure des diurétiques, une paracentèse thérapeutique ou d'autres thérapies visant la cause sous-jacente.

28.8.11 Epanchement pleural malin

L'**épanchement pleural malin**⁹ se voit attribué le code **J91.0**.

Le code pour la malignité est attribué en premier, suivi du code pour l'épanchement pleural malin.

28.8.12 Admission pour ablation prophylactique d'organe

Pour les **admissions ciblant spécifiquement l'ablation prophylactique d'organes** tels que des seins, des ovaires ou des autres organes en raison d'une susceptibilité génétique au cancer ou d'antécédents familiaux de cancer :

- le **diagnostic principal** doit être un code de la catégorie **Z40, contact pour chirurgie prophylactique**.
- le facteur de risque associé (comme la susceptibilité génétique ou les antécédents familiaux) doit être codé en **diagnostic secondaire**.

9: L'**épanchement pleural malin** peut se produire en raison d'une altération du drainage lymphatique pleural due à une tumeur médiastinale (en particulier dans les lymphomes) et non en raison d'une invasion tumorale directe dans la plèvre. Le lymphome obstrue le système de drainage, ce qui est généralement dû à une perturbation des forces normales de Starling régulant la réabsorption du liquide dans l'espace pleural.

Si le patient est atteint d'un **néoplasme malin sur un site et qu'il subit une ablation prophylactique sur un autre site** pour prévenir un nouveau néoplasme malin primaire ou une maladie métastatique, un code pour le néoplasme malin doit également être attribué en plus d'un code de la sous-catégorie **Z40.0, contact pour chirurgie prophylactique pour les facteurs de risque liés aux néoplasmes malins**.

Un code **Z40.0-** ne doit pas être attribué si le patient subit l'**ablation d'un organe pour le traitement d'un néoplasme malin**, par exemple l'ablation des testicules pour le traitement du cancer de la prostate.

28.8.13 Codage des admissions pour des examens de suivi

Une fois qu'un néoplasme malin a été excisé ou éradiqué, des **examens de suivi périodiques sont effectués pour déterminer s'il y a récurrence** du néoplasme malin primaire ou une propagation à un site secondaire :

- Lorsqu'il n'y a **aucun signe de récurrence au niveau du site primaire**,
 - **Z08**, contact pour examen de suivi après traitement terminé d'un néoplasme malin
 - **Z85.-**, antécédent personnel de néoplasme malin
 - **Z90.-**, absence acquise d'une partie d'organes, non classée ailleurs
 - des codes pour toutes les procédures diagnostiques (telles que l'endoscopie et la biopsie) qui sont effectuées.
- Lorsqu'il existe des **signes de récurrence au niveau du site primaire**, le code du néoplasme malin est codé en diagnostic principal.
- Lorsqu'il n'y a **pas de récurrence au niveau du site primaire mais qu'il y a des signes de métastase à un site secondaire** :
 - un code pour le néoplasme secondaire de ce site
 - **Z85.-**, antécédent personnel de néoplasme malin
 - le code **Z08** n'est pas attribué.

28.9 Traitement des néoplasmes

Le **traitement des néoplasmes** comprend l'intervention chirurgicale, la chimiothérapie, la radiothérapie et d'autres méthodes de traitement du cancer.

L'**intervention chirurgicale** implique généralement l'ablation du néoplasme. L'ICD-10-PCS classe ces procédures chirurgicales dans la Section Médicale et Chirurgicale, les procédures de base les plus courantes étant *Excision, Resection, Destruction en Extirpation*.

28.9.1 Excision/réssection des ganglions lymphatiques

L'**ablation des ganglions lymphatiques** se fait souvent dans le cadre du diagnostic ou du traitement d'une malignité. L'ablation peut impliquer le retrait d'un ou plusieurs ganglions lymphatiques individuels ou d'une chaîne entière de ganglions lymphatiques. Chaque niveau de ganglion lymphatique est considéré comme une chaîne. Le(s) ganglion(s)

lymphatique(s) réséqué(s) est (sont) envoyé(s) chez l'anatomopathologue pour vérifier l'absence de maladie métastatique.

L'ablation d'une partie de la chaîne des ganglions lymphatiques (c'est-à-dire des ganglions lymphatiques individuels), est codé dans l'ICD-10-PCS avec la procédure de base *Excision*. Les termes qui impliquent l'excision de ganglions lymphatiques comprennent *biopsie* et *ganglions isolés*.

Exemple

Le prélèvement de ganglions lymphatiques, comme les ganglions sentinelles, est codé avec la procédures de base *Excision*.

Si le **but de l'intervention est d'enlever tous les ganglions lymphatiques d'une région** (c'est-à-dire une chaîne entière de ganglions lymphatiques, plutôt que des ganglions isolés), l'ablation doit être codée comme une *Resection*.

- Les **ganglions lymphatiques axillaires** sont considérés collectivement comme une seule partie du corps et, par conséquent, des codes de procédure multiples ne peuvent pas être attribués pour l'ablation de divers niveaux de ganglions lymphatiques axillaires.
- Une **résection radicale**¹⁰ et une **résection radicale modifiée** impliquent toutes deux l'ablation de tous les ganglions lymphatiques.

10: Les **procédures radicales** impliquent de tout enlever à l'intérieur d'une région anatomique désignée.

Notez que...

La **résection radicale d'un organe** n'implique pas nécessairement l'ablation des ganglions adjacents ; elle implique seulement que l'organe entier a été réséqué.

11: Les nouvelles avancées en matière d'**ablation thermique** par radiofréquence ont élargi les options de traitement pour certains patients atteints de cancer. Les procédures d'ablation thermique utilisent la chaleur pour détruire les néoplasmes malins du poumon, du foie ou du rein. Minimale invasive et guidée par l'image, l'ablation thermique permet de traiter efficacement les maladies néoplasiques localisées et peut également être utilisée en complément de la chirurgie traditionnelle, de la chimiothérapie et/ou de la radiothérapie. Sous imagerie radiologique, une aiguille-électrode est insérée à l'emplacement du néoplasme ; une énergie de radiofréquence est ensuite appliquée pour détruire le néoplasme. L'ablation thermique peut être réalisée par quatre méthodes différentes : ouverte, laparoscopique, thoracoscopique et percutanée.

28.9.2 Ablation thermique

L'ICD-10-PCS classe les procédures d'**ablation thermique**¹¹ dans la Section Médicale et Chirurgicale, avec la procédure de base *Destruction*.

Exemple

Codage de l'ablation thermique thoracoscopique des deux poumons.

- **0B5M4ZZ**, destruction de poumons bilatéraux, voie d'abord endoscopique percutanée

12: Le **Bacillus Calmette-Guerin** est un agent d'immunothérapie non spécifique utilisé dans le traitement du mélanome, du cancer du poumon, du cancer de la vessie, du sarcome des tissus mous, du carcinome du côlon et du carcinome du sein.

13: L'**interféron** est un autre agent d'immunothérapie non spécifique utilisé dans le traitement des tumeurs malignes.

28.9.3 Chimiothérapie et immunothérapie

La **chimiothérapie et l'immunothérapie** sont codées comme suit :

- section *Administration*
- procédure de base *Introduction*
- système/région anatomique approprié où l'agent de chimiothérapie ou d'immunothérapie est administré (par exemple, veine centrale, veine périphérique, cavité péritonéale)
- le sixième caractère, la substance, spécifie si une substance^{12 13 14} antinéoplasique ou immunothérapeutique a été administrée.

14: Un autre type d'immunothérapie est l'**IL-2**, qui est utilisé pour traiter les patients atteints de carcinome avancé des cellules rénales et de mélanome avancé. Le traitement par IL-2 peut être à haute dose ou à faible dose. La thérapie à haute dose d'IL-2 est un traitement clinique qui est généralement réalisé dans des environnements cliniques spécialisés tels qu'une unité de soins intensifs ou pour une transplantation de moelle osseuse. Sa mise en œuvre requiert des professionnels hautement spécialisés en raison de la toxicité, qui nécessite une surveillance approfondie.

- le septième caractère, qualificatif, fournit également des informations supplémentaires telles que l'administration d'une forte dose d'interleukine-2 (IL-2), d'une faible dose d'IL-2, de Clofarabine ou d'un anticorps monoclonal.

Exemple

Un exemple de la structure d'un code pour l'administration d'une chimiothérapie est disponible via le lien ci-dessous.

- **3E03305**, perfusion de chimiothérapie antinéoplasique dans une veine périphérique

Le codage de la **chimiothérapie franchissant la barrière hémato-encéphalique**¹⁵ se fait comme suit :

- Lorsque la raison de l'admission est l'administration d'une chimiothérapie franchissant la barrière hémato-encéphalique, le code **Z51.11, contact pour chimiothérapie antinéoplasique**.
- Cette procédure est classé par l'ICD-10-PCS dans la section *Administration*, avec la procédure de base *Introduction*, et la chimiothérapie franchissant la barrière hémato-encéphalique est identifiée par le septième caractère, le qualificatif.

Exemple

Un exemple de la structure d'un code pour l'administration d'une chimiothérapie franchissant la barrière hémato-encéphalique est disponible via le lien ci-dessous.

-
- **3E043GN**, Introduction d'une substance franchissant la barrière hémato-encéphalique par voie d'une veine centrale, voie d'abord percutanée

Des **implants à hormones hypothalamiques** sont utilisés comme traitement palliatif du cancer avancé de la prostate. Le dispositif est implanté par voie sous-cutanée et délivre des hormones hypothalamiques en continu sur une période de 12 mois. Les hormones hypothalamiques inhibent la production des hormones sexuelles mâles et femelles qui sont essentielles à la croissance et à la production des cellules cancéreuses de la prostate.

Exemple

Codage de l'introduction d'un implant à hormones hypothalamiques comme traitement palliatif d'un cancer avancé de la prostate.

- Le code du néoplasme malin de la prostate est codé en diagnostic principal.
- **3E013VJ**, introduction d'une autre hormone dans le tissu sous-cutané, voie d'abord percutanée

15: La **chimiothérapie franchissant la barrière hémato-encéphalique** est une option unique pour l'administration de médicaments destinés au traitement des tumeurs cérébrales et des métastases cérébrales. La barrière hémato-encéphalique est un obstacle à l'administration de la chimiothérapie pour les malignités du système nerveux central. La barrière hémato-encéphalique est un réseau de petits vaisseaux sanguins du cerveau qui empêche les substances telles que les toxines ou les médicaments de pénétrer dans le cerveau. Les patients recevant une chimiothérapie pour des tumeurs cérébrales ne reçoivent pas des doses adéquates car les médicaments antinéoplasiques ne peuvent pas traverser la barrière hémato-encéphalique par les méthodes conventionnelles d'administration des médicaments. Une méthode améliorée d'administration de médicaments au système nerveux central est la perfusion de chimiothérapie directement dans les artères cérébrales en franchissant la barrière hémato-encéphalique. La chimiothérapie franchissant la barrière hémato-encéphalique permet d'administrer des médicaments clés et d'autres substances au cerveau (par exemple, le rituximab, le trastuzumab, des anticorps ou des gènes), en évitant les effets cognitifs à long terme de la radiothérapie. Cette technique permet de délivrer 5 à 10 fois la concentration du médicament dans le cerveau sans les risques de neurotoxicité.

28.9.4 Radiothérapie

La **radiothérapie** fait référence aux procédures de radiation effectuées pour le traitement du cancer. L'ICD-10-PCS classe ces procédures dans une section spéciale strictement réservée aux procédures de radiothérapie.

1. Section
2. Système anatomique
3. Modalité, la méthode de base du traitement. Quatre modalités différentes sont utilisées dans cette section :
 - Irradiation par faisceau de rayons
 - brachythérapie
 - Radiochirurgie stéréotaxique
 - Autres irradiations
4. Site de traitement
5. Qualificatif de modalité, qui spécifie davantage la modalité du traitement :
 - Par exemple, pour la brachythérapie, des qualificatifs de modalité précisent le haut débit de dose ou le bas débit de dose.
6. Isotope, qui définit l'isotope utilisé, le cas échéant :
 - 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

Exemple

Un exemple de la structure d'un code pour la radiothérapie est disponible via le lien ci-dessous.

- **DM1198Z**, brachythérapie à haut débit de dose du sein droit par iridium-192 (Ir-192)

28.9.5 Thermo thérapie interstitielle par laser

L'ICD-10-PCS classe la **thermo thérapie interstitielle par laser**^{16 17} comme suit :

- dans la section *Radiation Therapy*
- modalité *Other Radiation*
- cinquième caractère, qualificatif de modalité, *Laser Interstitial Thermal Therapy*

Exemple

La structure du code **D0Y1KZZ**, **thermo thérapie interstitielle par laser du tronc cérébral**, est montrée dans la figure .

16: La **thermo thérapie** peut être utilisée pour détruire les néoplasmes malins du cerveau, du sein, du foie, de la prostate et d'autres organes. Les sources d'énergie se présentent sous de nombreuses formes, comme le laser, les micro-ondes et la radiofréquence. La source de chaleur peut être extracorporelle (à l'extérieur du corps), extrastitielle (à l'extérieur de la tumeur) ou interstitielle (à l'intérieur de la tumeur).

17: La **thermo thérapie interstitielle par laser** (TTIL) est une procédure chirurgicale dans laquelle l'oblitération des tissus mous du corps est réalisée grâce à des températures élevées causées par l'absorption locale d'énergie laser sous le guidage de l'imagerie par résonance magnétique. Avec ce type de thérapie, l'énergie est appliquée directement à la tumeur plutôt que de passer par les tissus normaux environnants. La thérapie englobe la totalité de la cible mais ne s'étend pas aux structures critiques environnantes. La TTIL peut également être effectuée pour éliminer des lésions cancéreuses dans des sites tels que la tête et le cou, le foie, le sein, la prostate et le poumon.

D0Y1KZZ Search ICD-10-CM & ICD-10-PCS (2021) Create codetab

Section		D Radiation Therapy	
Body System		0 Central and Peripheral Nervous System	
Modality		Y Other Radiation	
Code Description D0Y1KZZ Laser Interstitial Thermal Therapy of Brain Stem			
Treatment Site	Modality Qualifier	Isotope	Qualifier
<input type="radio"/> 0 Brain <input checked="" type="radio"/> 1 Brain Stem <input type="radio"/> 6 Spinal Cord <input type="radio"/> 7 Peripheral Nerve	<input type="radio"/> 7 Contact Radiation <input type="radio"/> 8 Hyperthermia <input type="radio"/> C Intraoperative Radiation Therapy (IORT) <input type="radio"/> F Plaque Radiation <input checked="" type="radio"/> K Laser Interstitial Thermal Therapy	<input checked="" type="radio"/> Z None	<input checked="" type="radio"/> Z None

FIGURE 28.6 – Structure d'un code pour la thermothérapie interstitielle par laser

28.9.6 Radiothérapie intra-opératoire par électrons

La radiothérapie intra-opératoire par électrons¹⁸ est codée comme suit :

- Le code du néoplasme malin est codé en diagnostic principal
- le code **Z51.0** n'est pas attribué.
- Le code de procédure pour la radiothérapie est attribué à partir de la section *Radiation Therapy*, avec la modalité *Beam radiation*, le qualificatif de modalité *Electrons*, et la valeur *Intraoperative* pour le septième caractère, le qualificatif.

18: La radiothérapie intra-opératoire par électrons est une radiothérapie spécialisée et intensive administrée pendant la chirurgie directement sur la tumeur cancéreuse ou le lit tumoral. Les tissus normaux sont protégés, ce qui augmente considérablement l'efficacité du traitement.

Exemple

La structure du code **DW013Z0**, irradiation par faisceau de rayons de la tête et du cou par électrons, intra-opératoire, est montrée dans la figure .

DW013Z0 Search ICD-10-CM & ICD-10-PCS (2021) Create codetable from

Section		D Radiation Therapy	
Body System		W Anatomical Regions	
Modality		0 Beam Radiation	
Code Description DW013Z0 Beam Radiation of Head and Neck using Electrons, Intraoperative			
Treatment Site	Modality Qualifier	Isotope	Qualifier
<input checked="" type="radio"/> 1 Head and Neck <input type="radio"/> 2 Chest <input type="radio"/> 3 Abdomen <input type="radio"/> 4 Hemibody <input type="radio"/> 5 Whole Body <input type="radio"/> 6 Pelvic Region	<input type="radio"/> 0 Photons <1 MeV <input type="radio"/> 1 Photons 1 - 10 MeV <input type="radio"/> 2 Photons >10 MeV <input checked="" type="radio"/> 3 Electrons <input type="radio"/> 4 Heavy Particles (Protons,Ions) <input type="radio"/> 5 Neutrons <input type="radio"/> 6 Neutron Capture	<input checked="" type="radio"/> Z None	<input checked="" type="radio"/> 0 Intraoperative <input type="radio"/> Z None

FIGURE 28.7 – Structure d'un code pour la radiothérapie intra-opératoire par électrons

Aperçu

- Les **lésions traumatiques, les empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes** se trouvent au chapitre 19 de l'ICD-10-CM.
- L'**axe primaire** de la classification des blessures est le site anatomique.
- L'**axe secondaire** est le type de blessure.
- La **lésions traumatiques le plus sévère** est codée en diagnostic principal.
- Les **codes de cause externe de morbidité** indiquent :
 - **comment** la lésion traumatique est survenue
 - l'**intention** (accidentelle ou intentionnelle)
 - le **lieu** où la lésion traumatique est survenue
 - l'**état du patient** au moment où la lésion traumatique est survenue
 - toute **activité** qui a pu causer ou contribuer au lésion traumatique.
- Un code de cause externe n'est **jamais un diagnostic principal**.
- **Plusieurs codes de cause externe** peuvent être utilisés. Le premier code correspond au diagnostic le plus sévère.
- L'**abus des enfants ou des adultes** doit être codé avant les lésions traumatiques ou les affections associés résultant de l'abus.
- Les **fractures** font un usage intensif du septième caractère, qui est plus détaillée que pour les autres lésions traumatiques.
- Toute **fracture non documentée comme ouverte ou fermée** est classée comme fermée dans l'ICD-10-CM.
- Une **fracture non documentée comme étant déplacée ou non déplacée** doit être codée comme déplacée.
- La **réduction** est le traitement le plus courant des fractures.
- Si des **luxations** accompagnent les fractures, elles sont incluses dans le code de la fracture.
- Les **lésions internes, les lésions des vaisseaux sanguins et des nerfs, les plaies ouvertes et les amputations** sont également traitées dans ce chapitre.
- Une **amputation traumatique non documentée comme partielle ou complète** doit être codée comme complète.

29.1 Introduction	520
29.2 Septième caractère	521
Septième caractère A	522
Septième caractère D	522
Septième caractère S	522
29.3 Codage de lésions traumatiques multiples	523
29.4 Séquençage des codes	524
29.5 Cause externe de morbidité	524
Statut de cause externe	526
Codes d'activité	526
Séquençage des codes de cause externe	527
Accidents de transport et de véhicules	527
Cause externe de lésion traumatique classée en fonction de l'intention	528
Lieu de survenance	528
29.6 Séquelles de causes externes	529
29.7 Maltraitance d'enfants et d'adultes	530
29.8 Fractures	533
Septième caractère pour les fractures	535
Fractures du crâne et lésions traumatiques intracrâniennes	539
Fractures vertébrales	540
Fractures du bassin	541
Fractures des extrémités	541
Fractures pathologiques	543
Fractures de compression	543
Fractures de stress	543
Fractures périprothétiques	543
Fractures dues à un traumatisme de naissance	543
29.9 Procédures relatives aux fractures	544
Réduction des fractures	544
Fixation interne	544
Fixation externe	545
29.10 Admissions pour soins de suivi orthopédique	545
29.11 Luxations et subluxations	548
29.12 Lésions traumatique internes du thorax, de l'abdomen et du bassin	549
29.13 Lésions traumatiques des vaisseaux sanguins et des nerfs	549
29.14 Plaies ouvertes	550
29.15 Amputations	550
29.16 Autres lésions traumatiques	552
29.17 Complications précoces de traumatisme	553
29.18 Autres effets de causes externes	554
29.19 Séquelles de lésions traumatiques	555

Objectifs

Les objectifs de ce chapitre sont :

- L'utilisation des codes de cause externe pour aider à la classification d'une lésion traumatique.
- La sélection de la valeur correcte du septième caractère pour lésion traumatique.

- Le codage des procédures liées aux fractures.
- La codage des plaies ouvertes et d'autres types de lésions traumatiques.

29.1 Introduction

Le chapitre 19, *lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes (S00-T88)* de l'ICD-10-CM classe :

- les brûlures
- les empoisonnements
- certaines complications précoces des traumatismes
- les complications des soins chirurgicaux et médicaux
- certaines autres conséquences de causes externes.

Ce chapitre couvrant un large éventail d'affections, les directives pour le codage des brûlures, des empoisonnements, des effets indésirables et des complications des soins médicaux et chirurgicaux seront abordées dans les chapitres suivants de ce manuel.

Les lésions traumatiques sont classées dans les sections suivantes :

- **S00-S09**, Lésions traumatiques de la tête
- **S10-S19**, Lésions traumatiques du cou
- **S20-S29**, Lésions traumatiques du thorax
- **S30-S39**, Lésions traumatiques de l'abdomen, des lombes, du rachis lombaire, du bassin et des organes génitaux externes
- **S40-S49**, Lésions traumatiques de l'épaule et du bras
- **S50-S59**, Lésions traumatiques du coude et de l'avant-bras
- **S60-S69**, Lésions traumatiques du poignet, de la main et des doigts
- **S70-S79**, Lésions traumatiques de la hanche et de la cuisse
- **S80-S89**, Lésions traumatiques du genou et de la jambe
- **S90-S99**, Lésions traumatiques de la cheville et du pied
- **T07**, Lésions traumatiques de plusieurs régions du corps
- **T14**, Lésions traumatiques de région du corps non spécifiée
- **T15-T19**, Effets dus à un corps étranger ayant pénétré dans un orifice naturel
- **T20-T32**, Brûlures et corrosions
- **T33-T34**, Gelures
- **T36-T50**, Intoxications par, effets indésirables et sous-dosage des médicaments et des substances biologiques
- **T51-T65**, Effets toxiques de substances d'origine essentiellement non médicinale
- **T66-T78**, Effets de causes externes, autres et non spécifiés
- **T79**, Certaines complications précoces des traumatismes
- **T80-T88**, Complications de soins chirurgicaux et médicaux, non classées ailleurs

L'axe **primaire** de classification des lésions traumatiques est le **site anatomique** comme indiqué dans la liste précédente ; l'axe est déterminé par le **type de lésion traumatique**.

Le chapitre 19 de l'ICD-10-CM utilise :

- la **section S** pour coder les différents types de lésions liées à des régions anatomiques distinctes

- la **section T** pour coder les lésions de régions anatomiques non spécifiées ainsi que les empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes.

Les **notes d'inclusion et d'exclusion**, dont certaines sont longues et complexes, sont largement utilisées dans ce chapitre, et il est important d'y prêter une attention particulière si l'on veut attribuer correctement les codes.

Les codes **S00-T14.9** concernent les lésions traumatiques et ne doivent pas être utilisés pour des plaies chirurgicales normales et en voie de cicatrisation ou pour identifier des complications de plaies chirurgicales.

29.2 Septième caractère

La plupart des catégories du chapitre 19 ont un **septième caractère** qui est requis pour chaque code applicable.

Le septième caractère doit **toujours occuper la septième position** du code.

Pour les codes qui nécessitent un septième caractère mais qui ne font pas six caractères, le **caractère substitutif X** doit être utilisé pour remplir les caractères vides.

La plupart des catégories de ce chapitre ont **trois valeurs pour le septième caractère** :

- **A**, contact initial
- **D**, contact subséquent
- **S**, séquelles

Les **fractures**, qui sont traitées plus loin dans ce chapitre, forment l'exception. Les catégories pour les fractures traumatiques ont des **valeurs additionnelles pour le septième caractère**.

Bien que le patient puisse être vu par un nouveau ou un différent prestataire de soins au cours du traitement d'une lésion traumatique, l'attribution du **septième caractère est basée sur le fait que le patient reçoit un traitement actif ou ultérieur** et non sur le fait que le prestataire de soins voit le patient pour la première fois. Pour les **codes de complication**, le traitement actif se réfère au traitement de l'affection décrite par le code même s'il peut y avoir un problème précipitant antérieur.

Exemple

Le code **T84.50XA**, **infection et réaction inflammatoire dues à une prothèse articulaire interne non spécifiée, contact initial**, est utilisé lorsqu'un traitement actif est fourni pour l'infection, même si l'affection est liée à la prothèse, à l'implant ou à la greffe qui a été placée lors d'une admission précédente.

29.2.1 Septième caractère A

La valeur du **septième caractère A, contact initial**, doit être utilisée pour chaque admission au cours de laquelle le patient reçoit un **traitement actif** pour l'affection.

Exemples

Des exemples de traitement actif sont :

- le traitement chirurgical pour réduire les fractures
- une admission aux urgences pour traitement des lacérations
- le débridement d'une plaie
- l'évaluation et la gestion des lésions traumatiques aiguës.

29.2.2 Septième caractère D

Le **septième caractère D, contact subséquent**, est utilisée pour les admissions qui ont lieu après que le patient a terminé le traitement actif de l'affection et au cours desquelles il reçoit des soins de routine pour l'affection pendant la phase de guérison ou de récupération.

Pour **soins de suite d'une lésion traumatique**, il faut coder le code de la lésion traumatique aiguë avec le septième caractère D (contact subséquent).

Exemples

Des exemples de traitements de type contact subséquent sont :

- le changement ou l'enlèvement d'un plâtre
- une radiographie pour vérifier la guérison d'une fracture
- le retrait d'un dispositif de fixation externe ou interne
- l'ajustement médicamenteux
- d'autres soins de suite et suivi après le traitement actif de la lésion traumatique ou de l'affection.

29.2.3 Septième caractère S

Le **septième caractère S, séquelles**, est utilisée pour les **complications ou les affections qui résultent directement d'une affection**, comme la formation d'une cicatrice après une brûlure; les cicatrices sont des séquelles de la brûlure.

Lorsque l'on utilise le septième caractère S, il est nécessaire de **coder à la fois le code de la lésion traumatique qui a occasionné la séquelle et le code de la séquelle elle-même**.

- Le **type spécifique de séquelle (par exemple, une cicatrice) est codé en premier**, suivi du code de la lésion traumatique.
- Le septième caractère S est **ajouté au code de la lésion traumatique**, mais pas au code de la séquelle. La valeur S identifie la lésion traumatique qui a occasionné de la séquelle.

Exemples

Le cuir chevelu d'un passager est lacéré par du verre lors d'un accident de voiture (collision avec SUV). Au cours de l'admission aux urgences, la lacération du patient est nettoyée et suturée.

- **S01.02XA**, lacération avec un corps étranger du cuir chevelu, contact initial
- **V43.61XA**, passager d'une automobile blessé lors d'une collision avec un véhicule utilitaire sport, accident de circulation, contact initial

Le même patient revient 10 jours plus tard aux urgences pour enlever les sutures.

- **S01.02XD**, lacération avec un corps étranger du cuir chevelu, contact subséquent
- **V43.61XD**, passager d'une automobile blessé lors d'une collision avec un véhicule utilitaire sport, accident de circulation, contact subséquent

Un patient est examiné pour une cicatrice chéloïde qui s'est développée à la suite d'un coup de couteau dans le bras supérieur droit il y a un an.

- **L91.0**, cicatrice chéloïde
- **S41.131S**, plaie punctiforme sans corps étranger (pénétrant) du bras droit, séquelle

29.3 Codage de lésions traumatiques multiples

Lors du **codage de lésions traumatiques multiples**, chaque lésion traumatique doit être codée séparément, sauf si un **code combiné** est fourni, auquel cas le code combiné est attribué.

Des **codes généraux** pour les lésions traumatiques multiples sont fournis lorsqu'il n'y a pas assez de détails dans la documentation du dossier patient pour attribuer un code plus spécifique (comme cela peut être le cas lorsqu'un cas de traumatisme est transféré rapidement vers un autre établissement).

Les codes de la catégorie **T07, lésions traumatiques multiples non spécifiées**, ne doivent pas être attribués dans le cadre du milieu hospitalier aigu, à moins que les informations pour un code plus spécifique ne soient pas disponibles.

Comme mentionné au chapitre 1 de ce manuel, les **termes With en And** sont utilisés de manière spécifique dans l'ICD-10-CM, et ils sont beaucoup utilisés dans le chapitre 19, *lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes (S00-T88)* de l'ICD-10-CM.

- Le **terme With** signifie que les deux sites mentionnés dans l'intitulé diagnostique sont impliqués dans la lésion traumatique.
- Le **terme And**, lorsqu'il apparaît dans un intitulé de code, est interprété comme signifiant et/ou - c'est-à-dire que l'un ou l'autre ou les deux sites sont impliqués.

Dans le codage des blessures, la mention des **doigts** prend généralement en compte le pouce. Cependant, il existe quelques codes distincts pour les lésions traumatiques du pouce.

Des termes tels que *condyle*, *processus coronoïde*, *ramus* et *symphyse* font référence à **la partie de l'os impliquée dans une lésion traumatique**, et non à l'os lui-même.

29.4 Séquençage des codes

Si l'**admission est justifiée par une lésion traumatique et que plusieurs lésions traumatiques sont présentes**, le code correspondant à la lésion traumatique la plus sévère, telle que déterminée par le prestataire de soins et sur lequel se concentre le traitement, est codé en le diagnostic principal. Si la documentation n'est pas claire sur ce point, il faut demander au prestataire de soins de faire cette détermination.

Les **lésions traumatiques superficielles** telles que les abrasions ou les contusions ne sont pas codées lorsqu'elles sont associées à des lésions traumatiques plus sévères du même site; seule la lésion traumatique sévère peut être codée.

Lorsqu'une **lésion traumatique primaire entraîne des lésions mineures aux nerfs périphériques ou aux vaisseaux sanguins**, la lésion traumatique primaire est codée en premier, suivi par un ou plusieurs codes additionnels pour les lésions aux nerfs et à la moelle épinière (comme la catégorie **S04**) et/ou les lésions aux vaisseaux sanguins (comme la catégorie **S15**). Lorsque la **lésion traumatique primaire concerne les vaisseaux sanguins ou les nerfs**, cette lésion doit être codée en premier.

29.5 Cause externe de morbidité

Comme mentionné au chapitre 11 de ce manuel, les **codes de cause externe de morbidité** (catégories **V01-Y99**) sont codés avec les codes de lésion traumatique pour fournir des informations sur :

- **comment** la lésion traumatique est survenue (cause)
- l'**intention** (accidentelle ou intentionnelle)
- le **lieu** où la lésion traumatique est survenue
- le **statut** (par exemple, militaire, civil) du patient au moment où la lésion traumatique est survenue.

Dans le cas d'une **lésion traumatique ou un autre problème de santé résultant d'une activité, ou lorsqu'une activité a contribué à une lésion traumatique ou à un problème de santé**, les codes d'activité (catégorie **Y93**) sont utilisés pour décrire l'activité.

Les codes pour l'empoisonnement, les effets indésirables et le sous-dosage (catégories **T36-T50**) et pour les effets toxiques de substances principalement non médicinales quant à la source (catégories **T51-T65**) comprennent des informations sur la cause (par exemple, la substance responsable) ainsi que sur l'intention (accidentelle ou intentionnelle). Aucun code de cause externe du chapitre 20, *causes externes de morbidité*

(V00-Y99) de l'ICD-10-CM n'est nécessaire pour la cause ou l'intention pour ces codes.

Les lésions traumatiques sont une **cause majeure de mortalité, de morbidité et d'invalidité**, et le coût des soins liés à ces affections contribue de manière significative à l'augmentation du coût des soins de santé. L'enregistrement des codes de cause externe fournit des données pour la recherche sur les lésions traumatiques et l'évaluation des stratégies de prévention des lésions traumatiques. Des directives de codage assurent la cohérence des données.

Ces codes sont attribués sur la base de la documentation du prestataire de soins ; cependant, si le prestataire de soins ne documente pas l'information sur la cause externe, la documentation d'autres cliniciens peut être utilisée. En cas de conflit entre la documentation du prestataire de soins et celle du clinicien, la documentation du prestataire de soins a la priorité.

Le code de cause externe avec le septième caractère approprié (contact initial, contact subséquent ou séquelles) est attribué **pour chaque contact au cours de laquelle la lésion traumatique ou l'affection est traitée**. La plupart des catégories du chapitre 20 ont une exigence de septième caractère pour chaque code.

Bien que le patient puisse être vu par un nouveau ou différent prestataire de soins au cours du traitement d'une lésion traumatique ou d'une affection, l'attribution du septième caractère pour la cause externe doit correspondre au septième caractère du code attribué pour la lésion traumatique ou l'affection associées.

Exemples

Un patient de trois ans est admis pour une blessure à l'avant-bras droit après avoir été malmené par son frère (contact initial). À l'examen, on constate que le patient avait subi une subluxation de la tête radiale droite. Une réduction fermée est effectuée. Le diagnostic définitif du prestataire de soins est de pronation douloureuse.

- S53.031A, pronation douloureuse, coude droit, contact initial
- W50.2XXA, torsion accidentelle par une autre personne, contact initial
- Y93.83, activité : bagarres amicales et chahuts

Ce même patient de trois ans est admis pour un suivi. Un autre prestataire de soins examine le coude droit et détermine que la position anatomique est normale.

- S53.031D, pronation douloureuse, coude droit, contact subséquent
- W50.2XXD, torsion accidentelle par une autre personne, contact subséquent
- Le code d'activité n'est pas réattribué car il n'est utilisé que lors du contact initial pour le traitement.

Les principales catégories de codes de cause externe sont les suivantes :

- V00-V99, Accidents de transport
- W00-X58, Autres causes externes de lésion traumatique accidentelle
- X71-X83, Lésions auto-infligées intentionnelles

- **X92-Y09**, Agressions
- **Y21-Y33**, Événements dont l'intention n'est pas déterminée
- **Y35-Y38**, Intervention de la force publique et faits de guerre, opérations militaires et terrorisme
- **Y62-Y84**, Complications de soins médicaux et chirurgicaux
- **Y90-Y99**, Facteurs supplémentaires se rapportant aux causes de morbidité classées ailleurs

Le **choix des codes de causes externes appropriés** est déterminé par l'index des causes externes de lésions traumatiques et par les notes d'inclusion et d'exclusion de la liste systématique. Les codes se trouvent dans la liste systématique par ordre alphanumérique.

29.5.1 Statut de cause externe

Un code de la catégorie **Y99, Statut de cause externe**, est attribué pour indiquer le **statut de travail** de la personne au moment où la lésion traumatique est survenue.

Ce **code de statut** indique si la lésion traumatique est survenue au cours d'une activité militaire, si une personne non militaire était au travail ou si un étudiant ou un bénévole participait à une activité non professionnelle au moment de l'événement causal.

Un code de la catégorie **Y99** doit être attribué, le cas échéant, **avec d'autres codes de cause externe**, tels que les accidents de transport et les chutes.

Les codes de la catégorie **Y99** comprennent des **codes de status pour les activités** pratiquées en tant que hobby, pour le loisir et pour la récréation, ainsi que pour l'activité bénévole et l'activité du personnel militaire hors service.

Les codes de la catégorie **Y99, Statut de cause externe** ne sont pas codés :

- pour les empoisonnements, les effets indésirables, les erreurs ou les effets tardifs.
- lorsqu'aucun autre type de code de cause externe (cause, activité) n'est applicable

Le code **Y99.9, Statut de cause externe, non spécifié**, si le statut n'est pas documenté.

29.5.2 Codes d'activité

Un code de la catégorie **Y93, codes d'activité**, est codé pour spécifier l'activité du patient au moment où la lésion traumatique ou un autre problème de santé est survenu.

Les codes de la catégorie **Y93** ne sont codés **qu'une seule fois**, lors du contact initial pour le traitement.

Les codes d'activité ne sont **pas applicables** aux empoisonnements, aux effets indésirables, aux erreurs ou aux séquelles. Le code **Y93.9, activité, non spécifiée**, ne peut pas être codé si l'activité n'est pas documentée.

29.5.3 Séquençage des codes de cause externe

Un code de cause externe n'est jamais codé en diagnostic principal.

Si deux événements ou plus causent des lésions traumatiques distinctes, un code de cause externe doit être attribué à chacun des événements.

- Les codes de cause externe pour l'abus des enfants et des adultes sont prioritaires sur tous les autres codes de cause externe.
- Les codes de cause externe pour les événements terroristes sont prioritaires sur tous les autres codes de cause externe, à l'exception de l'abus des enfants et des adultes.
- Les codes de cause externe pour les événements cataclysmiques¹ sont prioritaires sur tous les codes de cause externe, à l'exception de ceux relatifs à l'abus des enfants et des adultes et au terrorisme.
- Les accidents de transport ont la priorité sur tous les autres codes de cause externe, à l'exception de ceux relatifs à l'abus des enfants et des adultes, au terrorisme et aux événements cataclysmiques.
- Les statuts d'activité et de cause externe sont attribués après tous les codes de cause externe causale (intention).

Le code de cause externe figurant en premier doit correspondre à la cause du diagnostic le plus sévère dû à une agression, un accident ou une lésion auto-infligée, en suivant l'ordre hiérarchique indiqué ci-dessus.

1: Les événements cataclysmiques comprennent les tempêtes, les inondations, les ouragans, les tornades, les blizzards, les éruptions volcaniques et les mouvements et éruptions de la surface terrestre.

29.5.4 Accidents de transport et de véhicules

Les codes de cause externe pour les accidents de transport (V00-V99) ne sont attribués que si le véhicule impliqué était en mouvement, roulait ou était utilisé à des fins de transport au moment de l'accident.

Une note exhaustive au début de ce chapitre (voir figure 29.1) :

- définit en détail ce que l'on entend par chaque type de transport et quels véhicules sont inclus.
- définit également la personne blessée dans un accident de véhicule à moteur, comme un passager, un conducteur, un cycliste ou un piéton.

The screenshot shows the ICD-10-CM & ICD-10-PCS (2021) codebook interface. The main heading is 'External causes of morbidity (Y00-Y99)'. Below it, a note states: 'This chapter permits the classification of environmental events and circumstances as the cause of injury, and other adverse effects. Where a code from this section is applicable, it is intended that it shall be used secondary to a code from another chapter of the Classification indicating the nature of the condition. Most often, the condition will be classifiable to Chapter 19, Injury, poisoning and certain other consequences of external causes (S00-T88). Other conditions that may be stated to be due to external causes are classified in Chapters 1 to XVIII. For these conditions, codes from Chapter 20 should be used to provide additional information as to the cause of the condition.'

The section is divided into 'Accidents (Y00-Y99)' and 'Transport accidents (Y00-Y99)'. A note under 'Transport accidents (Y00-Y99)' reads: 'Note: Definitions related to transport accidents:'. The following definitions are listed:

- (a) A transport accident (Y00-Y99) is any accident involving a device designed primarily for, or used at the time primarily for, conveying persons or goods from one place to another.
- (b) A public highway [trafficway] is that part of the public highway designed, improved and customarily used for vehicular traffic.
- (c) A traffic accident is any vehicle accident occurring on the public highway [i.e., originating on, terminating on, or involving a vehicle partially on the highway]. A vehicle accident is assumed to have occurred on the public highway unless another place is specified, except in the case of accidents involving only off-road motor vehicles, which are classified as nontraffic accidents unless the contrary is stated.
- (d) A nontraffic accident is any vehicle accident that occurs entirely in any place other than a public highway.
- (e) A pedestrian is any person involved in an accident who was not at the time of the accident riding in or on a motor vehicle, railway train, streetcar or animal-drawn or other vehicle, or on a pedal cycle or animal. This includes a person changing a tire, working on a parked car, or a person on foot. It also includes the user of a pedestrian conveyance such as a baby stroller, ice-skates, skis, sled, roller skates, a skateboard, nonmotorized or motorized wheelchair, motorized mobility scooter, or nonmotorized scooter.
- (f) A driver is an occupant of a transport vehicle who is operating or intending to operate it.
- (g) A passenger is any occupant of a transport vehicle other than the driver, except a person traveling on the outside of the vehicle.
- (h) A person on the outside of a vehicle is any person being transported by a vehicle but not occupying the space normally reserved for the driver or passengers, or the space intended for the transport of property. This includes a person travelling on the bodywork, bumper, fender, roof, running board or step of a vehicle, as well as, hanging on the outside of the vehicle.
- (i) A pedal cycle is any land transport vehicle operated solely by nonmotorized pedals including a bicycle or tricycle.
- (j) A pedal cyclist is any person riding a pedal cycle or in a sidecar or trailer attached to a pedal cycle.
- (k) A motorcycle is a two-wheeled motor vehicle with one or two riding saddles and sometimes with a third wheel for the support of a sidecar. The sidecar is considered part of the motorcycle. This includes a moped, motor scooter, or motorized bicycle.
- (l) A motorcycle rider is any person riding a motorcycle or in a sidecar or trailer attached to the motorcycle.
- (m) A three-wheeled motor vehicle is a motorized tricycle designed primarily for on-road use. This includes a motor-driven tricycle, a motorized rickshaw, or a three-wheeled motor car.
- (n) A car (automobile) is a four-wheeled motor vehicle designed primarily for carrying up to 7 persons. A trailer being towed by the car is considered part of the car. It does not include a van or minivan - see definition (o).
- (o) A pick-up truck or van is a four or six-wheeled motor vehicle designed for carrying passengers as well as property or cargo weighing less than the local limit for classification as a heavy goods vehicle, and not requiring a special driver's license. This includes a minivan and a sport-utility vehicle (SUV).
- (p) A heavy transport vehicle is a motor vehicle designed primarily for carrying property, meeting local criteria for classification as a heavy goods vehicle in terms of weight and requiring a special driver's license.
- (q) A bus (coach) is a motor vehicle designed or adapted primarily for carrying more than 10 passengers, and requiring a special driver's license.
- (r) A railway train or railway vehicle is any device, with or without freight or passenger cars couple to it, designed for traffic on a railway track. This includes subterranean (subways) or elevated trains.
- (s) A streetcar is a device designed and used primarily for transporting passengers within a municipality, running on rails, usually subject to normal traffic control signals, and operated principally on a right-of-way that forms part of the roadway. This includes a tram or trolley that runs on rails. A trailer being towed by a streetcar is considered part of the streetcar.
- (t) A special vehicle mainly used on industrial premises is a motor vehicle designed primarily for use within the buildings and premises of industrial or commercial establishments. This includes battery-powered airport passenger vehicles or baggage/mail trucks, forklifts, coal-cars in a coal mine, logging cars and trucks used in mines or quarries.
- (u) A special vehicle mainly used in agriculture is a motor vehicle designed specifically for use in farming and agriculture (horticulture), to work the land, tend and harvest crops and transport materials on the farm. This includes harvesters, farm machinery and tractor and trailers.
- (v) A special construction vehicle is a motor vehicle designed specifically for use on construction and demolition sites. This includes bulldozers, diggers, earth levellers, dump trucks, backhoes, front-end loaders, pavers, and mechanical shovels.

FIGURE 29.1 – Note au début du chapitre 20 de l'ICD-10-CM

Exemple

- **S72.309B + V03.10xA + Y93.01 + Y99.8** : Fracture ouverte, diaphyse du fémur (piéton au cours d'une promenade récréative heurté par une automobile)

Les **accidents causés par des machines** telles que des équipements agricoles ou de terrassement :

- sont classés comme des accidents de transport si les équipements étaient en service en tant que véhicules de transport lorsque les accidents se sont produits.
- sont classés dans la catégorie **W30, contact avec des machines agricoles**, ou dans la catégorie **W31, contact avec d'autres machines et machines non spécifiées**, un quatrième caractère indiquant le type spécifique d'équipement, si les équipements n'étaient pas en service en tant que véhicules de transport lorsque les accidents se sont produits.

29.5.5 Cause externe de lésion traumatique classée en fonction de l'intention

Des codes de cause externe distincts sont fournis pour classer la cause externe des lésions traumatiques **résultant d'un accident, d'une lésion auto-infligée ou d'une agression**.

L'intention est codée comme accidentelle :

- si l'intention est inconnue ou non spécifiée
- dans toutes les catégories d'accidents de transport (**V00-V99**)

Les codes de cause externe pour les **événements d'intention indéterminée** ne doivent être utilisés que si la documentation du dossier patient précise que l'intention ne peut être déterminée.

La catégorie **Y38, Terrorisme**, est utilisée pour identifier les blessures et les maladies survenues à la suite d'un acte de **terrorisme**.

- Un décès ou une lésion traumatique ne peut être codé comme étant lié au terrorisme à moins que le gouvernement fédéral n'ait désigné l'incident comme étant du terrorisme.
- Plus d'un code **Y38** peut être attribué si la lésion traumatique est le résultat de plus d'un mécanisme de terrorisme (par exemple, la destruction d'avions et l'utilisation d'armes à feu).

Un code de la catégorie **Y92, lieu de survenance de la cause externe**, est attribué comme code additionnel pour identifier le lieu de survenue.

29.5.6 Lieu de survenance

L'ICD-10-CM fournit la catégorie **Y92, lieu de survenance de la cause externe**, à utiliser comme code additionnel pour indiquer l'**endroit** où se trouvait le patient au moment de la lésion traumatique ou d'une autre affection.

En général, un code de lieu de survenance n'est **codé qu'une seule fois**, lors du contact initial pour le traitement. Toutefois, dans les rares cas où

une **nouvelle lésion traumatique survient pendant l'hospitalisation**, un code de lieu de survenance additionnel peut être attribué.

Aucune valeur de septième caractère n'est utilisée pour la catégorie **Y92**.

Lorsque le **lieu de survenance n'est pas spécifié ou n'est pas applicable**, le code **Y92.9, lieu non spécifié ou non applicable**, n'est pas codé.

Notez que...

Les codes de la catégorie **Y92** se rapportent uniquement au lieu, et non à l'activité de la personne blessée. Des codes distincts sont prévus pour l'activité et l'état.

Exemples

- **W10.0XXA + Y92.520** : Chute sur un escalator dans un bâtiment de l'aéroport
- **X03.0XXA + X06.2XXA + Y92.096 + Y93.E9 + Y99.8** : Des vêtements ont pris feu en brûlant des ordures ménagères dans l'arrière-cour de la maison, provoquant une brûlure.

29.6 Séquelles de causes externes

Lorsque le code d'affection de la classification principale est une **séquelle (effet tardif) de la lésion traumatique**, le code de cause externe associé doit également indiquer un effet tardif ou une séquelle.

Les **séquelles** sont déclarées en utilisant le code de cause externe avec la valeur du septième caractère S pour séquelles. Ces codes doivent être utilisés pour le codage de tout effet tardif ou séquelle résultant d'une lésion traumatique antérieure.

Un code de cause externe de séquelles ne doit jamais être utilisé pour une lésion traumatique aiguë actuelle.

Les codes de cause externe avec septième caractère S sont utilisés pour des **contacts subséquents au cours desquels une séquelle de la lésion traumatique initiale est traitée**, et non pour des contacts subséquents pour des soins de suite (par exemple, pour évaluer la guérison, pour recevoir une thérapie de réhabilitation) lorsqu'aucune séquelle de la lésion traumatique n'a été documentée.

Exemple

Un diagnostic de cicatrices étendues du visage dues à une brûlure ancienne.

- **L90.5**, cicatrices et fibrose cutanée
- **T20.00XS**, brûlure de degré non spécifié de la tête, du visage et du cou, site non spécifié, séquelles
- **X08.8XXS**, exposition à d'autres fumées, feux et flammes spéci-

fiés, séquelles

Dans cet exemple, le code **T20.00XS** indique que l'affection est un effet tardif d'une brûlure du visage, de la tête et du cou, et le code **X08.8XXS** indique qu'il s'agit d'un effet tardif d'un accident causé par un incendie. Notez que les deux codes ont le même septième caractère S indiquant séquelle.

29.7 Maltraitance d'enfants et d'adultes

Les codes de maltraitance d'enfants et d'adultes ne sont attribués que lorsque le **prestataire de soins documente la maltraitance**. Les descriptions narratives ne peuvent pas être codées comme de la maltraitance sans la confirmation et la documentation du prestataire de soins.

Dans l'ICD-10-CM, le **premier axe** de classification de la maltraitance, du délaissement ou d'autres abus d'un enfant ou d'un adulte est de savoir si la maltraitance est **confirmée** (catégorie **T74**) ou **suspectée** (**T76**). La sélection du code de la maltraitance confirmé ou suspecté est basée sur la **documentation** du dossier patient.

Exception

L'exception à la règle ci-dessus est le code **T74.4, Syndrome enfant secoué**, que l'ICD-10-CM considère par défaut comme maltraitance confirmée.

Le **quatrième caractère** des catégories **T74** et **T76** indique le **type de maltraitance** :

- délaissement ou abandon
- maltraitance physique
- abus sexuel
- abus émotionnel (y compris harcèlement et intimidations)
- exploitation sexuelle forcée
- exploitation par le travail forcé
- maltraitance non spécifiée.

Le **cinquième caractère** spécifie s'il s'agit de maltraitance **d'enfant ou d'adulte**. L'ICD-10-CM ne spécifie pas la limite d'âge pour l'attribution des codes de maltraitance des enfants par rapport aux codes de maltraitance des adultes. Si le patient a atteint l'âge de la majorité selon les directives de l'État, les codes de maltraitance des adultes doivent être attribués.

La maltraitance entraîne souvent des **lésions physiques et d'autres affections médicales**. Lorsque c'est le cas, le code approprié des catégories **T74** ou **T76** doit être codé en premier, suivi du code accompagnant de santé mentale ou de lésion.

L'ICD-10-CM classe l'abus, le délaissement et la maltraitance **confirmés** envers les adultes et les enfants comme des **agressions**. Chacun des codes d'agression (**X92-Y09**) peut être utilisé pour coder la cause externe de toute lésion physique résultant d'une maltraitance confirmée.

Dans les **cas de maltraitance confirmée**, un code de cause externe est codé pour spécifier l'auteur, s'il est connu (**Y07.-**).

Pour les **cas suspectés de maltraitance ou de délaissement**, des codes de cause externe ou d'auteur ne peuvent pas être codés.

Si une **allégation d'abus, de délaissement ou de maltraitance est exclu lors d'une admission**, il faut utiliser les codes suivants :

- **Z04.71**, contact pour examen et observation après abus physique présumé sur un adulte, exclu
- **Z04.72**, contact pour examen et observation après abus physique présumé sur un enfant, exclu
- Aucun code de la catégorie **T76** n'est utilisé pour ces admissions.

Si une **allégation de viol ou d'abus sexuel est exclu lors d'une admission**, il convient d'utiliser les codes suivants :

- **Z04.41**, contact pour examen et observation après allégation de viol d'adulte, exclu
- **Z04.42**, contact pour examen et observation allégation de viol d'enfant, exclu.
- Aucun code de la catégorie **T76** n'est utilisé pour ces admissions.

Si un **allégation d'exploitation sexuelle ou de travail forcé** est exclu lors d'une admission, il convient d'utiliser les codes suivants :

- **Z04.81**, contact pour examen et observation d'une victime après une exploitation sexuelle forcée
- **Z04.82**, contact pour examen et observation d'une victime suite à une exploitation de travail forcé
- Aucun code de la catégorie **T76** n'est utilisé pour ces admissions.

Les **incidents de violence documentée envers les adultes qui compliquent la grossesse, l'accouchement et la puérperalité, qu'ils soient suspectés ou confirmés**, sont classés au chapitre 15 de l'ICD-10-CM (plutôt qu'à **T74.-** of **T76.-**), comme suit :

- **O9A.3-**, Maltraitance physique
- **O9A.4-**, Maltraitance sexuelle
- **O9A.5-**, Maltraitance psychologique

Les codes de **O9A.3-**, **O9A.4-**, et **O9A.5-** doivent être codés en premier, suivis des codes appropriés (le cas échéant) pour identifier toute **lésion actuelle** associée due à une maltraitance physique ou sexuelle, ainsi qu'un code pour identifier l'**auteur** de la maltraitance.

Exemples

Une patiente est admise via le service des urgences avec un diagnostic de syndrome du conjoint battu confirmé et avec une lacération du front droit. Elle rapporte que son mari l'a frappée au visage parce qu'il était en colère lorsqu'elle était en retard pour se préparer à sortir dîner.

- **T74.11XA**, adultes victimes de violence physique, confirmée, contact initial
- **S01.81XA**, lacération sans corps étranger d'une autre partie de la tête, contact initial
- **Y04.0XXA**, agression par lutte ou bagarre non armée, contact initial
- **Y07.01**, mari en tant qu'auteur de mauvais traitements et de délaissement

- **Y99.8**, autre état de cause externe

Un nourrisson de quatre mois est admis via le service des urgences avec un diagnostic de syndrome de bébé secoué. Le bébé était inconscient depuis environ deux heures après avoir été secoué vigoureusement par le père qui ne parvenait pas à faire cesser les pleurs du nourrisson. La documentation comprend également des diagnostics d'hématome subdural et d'hémorragie rétinienne bilatérale.

- **T74.4XXA**, syndrome du bébé secoué, contact initial
- **S06.5X3A**, hémorragie sous-durale traumatique avec perte de conscience de 1 heure à 5 heures 59 minutes, contact initial
- **H35.63**, hémorragie rétinienne bilatérale
- **Y07.11**, père biologique, auteur de mauvais traitements et de délaissement
- **Y99.8**, autre état de cause externe

Une femme âgée est admise à l'hôpital dans un état de sévère malnutrition. Elle vivait dans une maison de repos non agréée, où l'on soupçonne qu'elle n'a reçu qu'un seul repas par jour pendant plusieurs mois. À l'hôpital, une sonde d'alimentation gastrique est placée et des suppléments hyperprotéinés sont administrés pour traiter la malnutrition sévère par carence calorique.

- **T76.01XA**, délaissement ou abandon de l'adulte, suspecté, contact initial
- **E41**, Marasme nutritionnel
- **Z59.4**, Manque de nourriture adéquate et d'eau potable
- **0DH67UZ**, insertion d'un dispositif d'alimentation dans l'estomac, par orifice naturel ou artificiel
- **3E0G76Z**, introduction d'une substance nutritive dans le tractus digestif supérieur, par orifice naturel ou artificiel

Un nourrisson de six mois souffrant de prostration due à la chaleur est amené à l'hôpital par ses parents, qui l'avaient laissé seul dans leur voiture pendant qu'ils faisaient leurs courses. Les parents ont déclaré que l'enfant dormait et qu'ils pensaient qu'elle irait bien pendant la courte durée de leur absence. Le prestataire de soins documente la suspicion d'abandon d'enfant.

- **T76.02XA**, délaissement ou abandon d'enfant, suspecté, contact initial
- **T67.5XXA**, Épuisement par la chaleur, non spécifié, contact initial.

La sous-catégorie **Z62.81, antécédents personnels d'abus dans l'enfance**, fournit des codes pour coder des **antécédents personnels d'abus dans l'enfance** :

- **Z62.810**, Antécédents d'abus physiques et sexuels dans l'enfance
- **Z62.811**, Antécédents d'abus psychologiques dans l'enfance
- **Z62.812**, Antécédents de délaissement dans l'enfance
- **Z62.813**, Antécédents de travail forcé ou d'exploitation sexuelle dans l'enfance
- **Z62.819**, Antécédents d'abus non spécifiés dans l'enfance

Les codes de la catégorie **Z91** sont disponibles pour coder des **antécédents personnels de traumatisme psychologique chez l'adulte** :

- **Z91.410**, Antécédents d'abus physique et sexuel chez l'adulte
- **Z91.411**, Antécédents d'abus psychologique chez l'adulte
- **Z91.412**, Antécédents de délaissement chez l'adulte
- **Z91.419**, Antécédents d'abus non spécifiés chez l'adulte
- **Z91.42**, Antécédents de travail forcé ou d'exploitation sexuell
- **Z91.49**, Antécédents de traumatisme psychologique non classés ailleurs

Il existe également des **contacts** (catégorie **Z69**) pour fournir des informations concernant les **services de santé mentale pour la victime ou l'auteur d'abus**. Ces codes incluent la guidance pour des problèmes de maltraitance d'enfant, de maltraitance de conjoint ou de partenaire, et d'autres abus.

29.8 Fractures

Les **fractures** sont classées en différentes catégories ou sous-catégories en fonction de leur **site anatomique**, comme suit :

- **S02**, Fractures du crâne et des os de la face
- **S12**, Fractures des vertèbres cervicales et d'autres parties du cou
- **S22**, Fractures de la ou des côtes, du sternum et de la colonne thoracique
- **S32**, Fractures de la colonne lombaire et du bassin
- **S42**, Fractures de l'épaule et du bras supérieur
- **S49.0-S49.1-**, Fractures épiphysaires de l'épaule et du bras
- **S52**, Fracture de l'avant-bras
- **S59.0-S59.2-**, Fractures épiphysaires du coude et de l'avant-bras
- **S62**, Fracture du poignet et de la main
- **S72**, Fracture du fémur
- **S79.0-S79.1-**, Fractures épiphysaires de la hanche et de la cuisse
- **S82**, Fractures de la jambe inférieure, y compris de la cheville
- **S89**, Fractures épiphysaire de la jambe inférieure
- **S92.0-S92.8-**, Fracture du pied et de l'orteil, à l'exception de la cheville
- **S99.0-S99.2-**, Fractures épiphysaires de la cheville, du pied et de l'orteil

Parmi ces codes le **troisième caractère** spécifie des sites plus spécifiques, le **quatrième caractère** spécifie généralement l'os (par ex, mandibule), et le **cinquième caractère** spécifie généralement une partie plus spécifique de l'os (par exemple, le processus condylien de la mandibule).

Pour les **fractures des extrémités** :

- le **quatrième caractère** spécifie généralement une **partie générale** de l'os (par exemple, l'extrémité supérieure du cubitus)
- le **cinquième caractère** spécifie une **partie plus spécifique** de l'os (par exemple, l'apophyse olécranienne avec extension intra-articulaire du cubitus)
- le **sixième caractère** spécifie la **latéralité** (par exemple, droite, gauche ou non spécifiée) ainsi que le caractère **déplacé ou non déplacé** de la fracture.

Dans le cas d'une **fracture ouverte**, une plaie ouverte qui communique avec l'os est présente. Les termes qui indiquent une fracture ouverte sont les suivants : *composée, infectée, ponction, avec corps étranger*.

Les **fractures fermées** ne produisent pas de plaie ouverte. Elles sont décrites par des termes tels que *comminutif, par compression, en bois vert, en spirale, simple et transversal*.

Toute fracture non spécifiée comme ouverte ou fermée est classée comme fermée dans l'ICD-10-CM.

Une **fracture comminutive** est une fracture dans laquelle l'os est brisé, éclaté ou écrasé en plusieurs morceaux. On distingue une fracture comminutive d'une fracture composée étant une fracture ouverte dans laquelle l'os traverse la peau.

Voir figure 29.2 pour des exemples de fractures ouvertes et fermées.

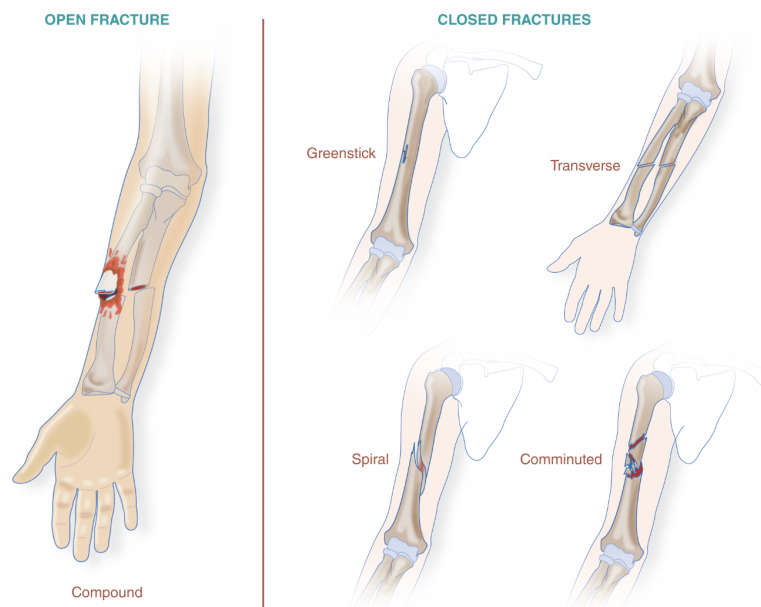


FIGURE 29.2 – Exemples de fractures ouvertes et fermées
Source : Copyright by Healthforum, inc., An American Hospital Association Company. All rights reserved

Si l'ICD-10-CM ne fournit pas de codes qui identifient à la fois le site et le type de fracture, le site de la fracture a la priorité sur le type de fracture dans l'attribution des codes. Par exemple, l'ICD-10-CM fournit des codes pour les fractures comminutives de la diaphyse d'os tels que l'humérus, le tibia, le cubitus et le péroné, mais pas pour les autres parties de ces os.

Exemple

La documentation du dossier patient fait référence à une fracture comminutive du tibia distal gauche

— **S82.392-**, autre fracture de l'extrémité distale du tibia gauche

Une fracture non indiquée comme étant déplacée ou non déplacée doit être codée comme déplacée.

Parfois, la **documentation du dossier patient mentionne des termes qui se rapportent à la fois aux fractures ouvertes et fermées**. Dans ce cas, le code de la fracture ouverte a toujours la priorité.

Exemple

La documentation mentionnant une *fracture comminutive composée* utilise des termes qui peuvent indiquer à la fois une fracture ouverte et fermée.

- Une telle fracture sera codée comme ouverte parce que le terme *composée* fait toujours référence à une fracture ouverte, même si le terme *comminutive* en lui-même fait référence à une fracture fermée.

Les principes du **codage multiple** des blessures doivent être suivis pour le codage des fractures.

Les **fractures de sites spécifiques** sont codées individuellement par site conformément aux dispositions des catégories **S02, S12, S22, S32, S42, S49, S52, S59, S62, S72, S79, S82, S89, S92 et S99** et au niveau de détail fourni par le contenu du dossier du patient.

Les **fractures multiples** sont classées en fonction de la sévérité de la fracture.

Notez que...

Il est à noter qu'un code de la catégorie **M80, ostéoporose avec fracture pathologique actuelle**, et non un code de fracture traumatique, doit être utilisé pour tout patient atteint d'ostéoporose connue qui subit une fracture - même si le patient a subi une chute ou un traumatisme mineur et si cette chute ou ce traumatisme ne briserait pas habituellement un os normal et sain.

29.8.1 Septième caractère pour les fractures

L'ICD-10-CM fait un usage intensif du **septième caractère** pour les fractures.

Alors que la plupart des catégories du chapitre 19, *lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes (S00-T88)* ont trois valeurs de septième caractère - A, contact initial; D, contact subséquent; et S, séquelles - les **valeurs du septième caractère pour les fractures** sont sensiblement différentes.

Plus important encore, le septième caractère peut varier en fonction des os affectés; il est donc impératif de revoir la liste systématique au niveau de chaque catégorie et sous-catégorie pour déterminer la valeur de code appropriée.

Exemples

- Les codes de la catégorie **S62, Fracture au niveau du poignet et de la main**, ont six valeurs de septième caractère disponibles.
- Les codes de la catégorie **S52, Fracture de l'avant-bras**, dispose de seize valeurs de septième caractère différentes (voir figure 29.3).

S52 Fracture of forearm

Note: A fracture not indicated as displaced or nondisplaced should be coded to displaced

A fracture not indicated as open or closed should be coded to closed

The open fracture designations are based on the Gustilo open fracture classification

Excludes1: traumatic amputation of forearm (S58.-)

Excludes2: fracture at wrist and hand level (S62.-)

S52.0 Fracture of upper end of ulna

Fracture of proximal end of ulna

Excludes2: fracture of elbow NOS (S42.40-)

fractures of shaft of ulna (S52.2-)

S52.00 Unspecified fracture of upper end of ulna

S52.001 Unspecified fracture of upper end of right ulna ⑦

The appropriate 7th character is to be added to all codes from category S52

- A initial encounter for closed fracture
- B initial encounter for open fracture type I or II or NOS
- C initial encounter for open fracture type IIIA, IIIB, or IIIC
- D subsequent encounter for closed fracture with routine healing
- E subsequent encounter for open fracture type I or II with routine healing
- F subsequent encounter for open fracture type IIIA, IIIB, or IIIC with routine healing
- G subsequent encounter for closed fracture with delayed healing
- H subsequent encounter for open fracture type I or II with delayed healing
- J subsequent encounter for open fracture type IIIA, IIIB, or IIIC with delayed healing
- K subsequent encounter for closed fracture with nonunion
- M subsequent encounter for open fracture type I or II with nonunion
- N subsequent encounter for open fracture type IIIA, IIIB, or IIIC with nonunion
- P subsequent encounter for closed fracture with malunion
- Q subsequent encounter for open fracture type I or II with malunion
- R subsequent encounter for open fracture type IIIA, IIIB, or IIIC with malunion
- S sequela

FIGURE 29.3 – Valeurs du septième caractère des codes dans la catégorie S52

Le **plus grand nombre de valeurs du septième caractère** ne signifie pas que les concepts de contact initial, de contact subséquent et de séquelles ne s'appliquent plus. Au contraire, ces valeurs comportent des **axes de classification supplémentaires**.

Exemple

Par exemple, les valeurs de code pour le contact initial (A, B, C) et le contact subséquent (D-H, J-N, P, Q, R) applicables à la catégorie **S52, Fracture de l'avant-bras** (figure 29.3), font également la distinction entre les fractures ouvertes (B, C, E, F, H, J, M, N, Q, R) et fermées (A, D, G, K, P). De plus, pour les contacts subséquents, les valeurs des codes spécifient une consolidation normale (D-F) ou s'il y a un problème tel qu'un retard de consolidation (G, H, J), une pseudarthrose (K-N) ou un cal vicieux (P-R).

Exemple

Un patient qui a subi une fracture traumatique de la diaphyse de l'humérus gauche un mois plus tôt est admis avec de la fièvre et des douleurs secondaires à une diverticulite. La fracture guérit bien et est traitée de façon minimale.

- **K57.92**, Diverticulite de l'intestin, partie non spécifiée, sans perforation ou abcès, sans hémorragie
- **S42.302D**, Fracture non spécifiée de la diaphyse de l'humérus, bras gauche, contact subséquent pour une fracture avec consolidation normale

Un jeune homme qui s'est fracturé la malléole latérale du péroné gauche six semaines auparavant est admis pour l'ablation des broches internes sous anesthésie locale.

- **S82.62XD**, Fracture déplacée de la malléole latérale du péroné gauche, contact subséquent pour une fracture avec consolidation normale

L'ICD-10-CM utilise la **classification de Gustilo** dans l'attribution de la valeur du septième caractère pour les fractures ouvertes pour les catégories :

- **S52**, S52, Fracture de l'avant-bras (voir figure 29.3)
- **S72**, Fracture du fémur
- **S82**, Fracture de la jambe inférieure, y compris la cheville

Le type de fracture ne peut pas être codé sans la documentation du prestataire de soins dans le dossier patient, même si la fracture peut être décrite en utilisant les termes de la classification de Gustilo (table 29.1).

I	Énergie basse ; plaie inférieures à 1 cm ;
II	Plaie supérieure à 1 cm avec lésion moyenne des tissus mous
III	Énergie importante ; plaie supérieure à 1 cm avec lésion étendue des tissus mous
IIIA	Couverture adéquate des tissus mous
IIIB	Couverture inadéquate des tissus mous
IIIC	Associée à lésion artérielle

TABLE 29.1 – Classification des fractures ouvertes selon Gustilo

Exemple

Par exemple, si la documentation fait état d'une *fracture ouverte avec une plaie de 2 centimètres et des lésions étendues des tissus mous*, elle ne doit pas être codée comme une fracture de Gustilo de type III sans confirmation et documentation du prestataire de soins.

Lorsque la **documentation fait état d'un contact initial pour une fracture ouverte, mais que le type de fracture ouverte de Gustilo n'est pas spécifié**, l'ICD-10-CM utilise par défaut la valeur du septième caractère B pour un contact initial pour une fracture ouverte de type I ou II.

Contact initial

La valeur **contact initial** du septième caractère (A, B, C) pour une fracture traumatique est attribuée pour chaque contact au cours duquel le patient reçoit un **traitement actif** pour la fracture.

Exemples

Des exemples de traitement actif sont :

- le traitement chirurgical pour réduire les fractures
- une admission aux urgences pour traitement des lacérations
- le débridement d'une plaie
- l'évaluation et la gestion des lésions traumatiques aiguës.

Contact subséquent

La valeur **contact subséquent** du septième caractère est attribué pour les admissions après que **le patient a terminé le traitement actif de la fracture** et reçoit des soins de routine pour la fracture pendant la phase de cicatrisation ou de récupération.

Exemples

- le changement ou le retrait d'un plâtre
- une radiographie pour vérifier l'état de cicatrisation de la fracture
- le retrait d'un dispositif de fixation externe ou interne
- l'ajustement des médicaments
- la révalidation et le suivi après le traitement de la fracture.

Les **contacts subséquents pour les complications des fractures**, telles que le cal vicieux et la pseudarthrose, doivent être codés avec les valeurs appropriées du septième caractère pour le contact subséquent avec pseudarthrose (K, M, N) ou les soins ultérieurs avec cal vicieux (P, Q, R).

Toutefois, si un patient tarde à se faire soigner pour une fracture et se présente pour des **soins initiaux pour une fracture, avec cal vicieux² ou pseudoarthrose³**, le septième caractère approprié pour contact initial, plutôt que pour contact subséquent, doit être attribué.

Les soins pour les **complications du traitement chirurgical pour la réparation d'une fracture pendant la phase de cicatrisation ou de récupération** doivent être codés avec les **codes de complication** appropriés plutôt qu'avec les valeurs du septième caractère.

2: Le **cal vicieux** implique que la cicatrisation osseuse a eu lieu mais que les fragments d'os sont en mauvaise position. Le traitement du cal vicieux implique généralement une excision chirurgicale de l'os (ostéotomie), le repositionnement de l'os et l'ajout d'un dispositif de fixation interne avec ou sans greffe osseuse. Le cal vicieux est souvent diagnostiqué alors que la fracture est encore en phase de cicatrisation; cependant, dans certains cas, l'intervention chirurgicale n'est pas effectuée dans l'espoir que le patient n'ait pas de problèmes fonctionnels à cause du cal vicieux.

3: La pseudarthrose, quant à elle, implique que la cicatrisation n'a pas eu lieu et qu'il y a encore une séparation des structures osseuses impliquées dans la fracture. Le traitement de la pseudarthrose implique généralement d'ouvrir la fracture, de gratter les tissus mous intermédiaires (généralement des tissus cicatriciels), de réaliser un débridement partiel de l'extrémité osseuse et de repositionner l'os. Le traitement d'une pseudarthrose est plus compliqué et plus difficile à réaliser que le traitement du cal vicieux.

29.8.2 Fractures du crâne et lésions traumatiques intracrâniennes

Les **fractures du crâne et des os de la face** sont classées dans la catégorie **S02** :

- Le **quatrième caractère** spécifie la zone du crâne (par exemple, la base) ou de la face (par exemple, la mandibule) fracturée.
- Le **cinquième et sixième caractère** fournissent une spécificité supplémentaire, comme l'os spécifique ou le type de fracture.

Toute **lésion intracrânienne associée** est codée séparément en utilisant un code de la catégorie **S06, lésion intracrânienne**, qui comprend les lésions traumatiques et est divisée en sous-catégories suivantes :

- **S06.0**, Commotion cérébrale
- **S06.1**, Œdème cérébral traumatique
- **S06.2**, Lésion traumatique cérébrale diffuse
- **S06.3**, Lésion traumatique cérébrale en foyer, avec d'autres subdivisions :
 - non spécifiée
 - contusion et lacération du cerveau droit, gauche ou non spécifié
 - hémorragie traumatique du cerveau droit, gauche ou non spécifié
 - contusion, lacération et hémorragie du cervelet ou du tronc cérébral
- **S06.4**, Hémorragie épidurale
- **S06.5**, Hémorragie sous-durale traumatique
- **S06.6**, Hémorragie sous-arachnoïdienne traumatique
- **S06.8**, Autres lésions intracrâniennes spécifiées (y compris lésion de l'artère carotide interne droite ou gauche, partie intracrânienne, et autre lésion intracrânienne)
- **S06.9**, Lésion intracrânienne non spécifiée

Si une lésion intracrânienne implique une **plaie ouverte** de la tête (**S01.-**) ou une fracture du crâne (**S02.-**), celles-ci sont codées séparément, comme indiqué dans les notes de la liste systématique.

Les codes pour les **lésions traumatiques intracrâniennes (S06.-)** ont des caractères supplémentaires pour indiquer :

- si une perte de conscience a été associée à la lésion traumatique.
- quelle a été la durée de l'état d'inconscience.
- si la perte de conscience a été supérieure à 24 heures
 - avec retour à un niveau de conscience préexistant
 - sans retour à un niveau de conscience préexistant avec survie du patient
- s'il y a eu une perte de conscience, quelle qu'en soit la durée, avec décès dû à une lésion traumatique cérébrale ou à toute autre cause, avant de reprendre conscience.

Le type d'information mentionné ci-dessus doit généralement être obtenu par un examen du **dossier patient**, en particulier le rapport du service des urgences et la note d'admission.

La **commotion cérébrale**⁴ (**S06.0X-**) est le type le plus courant de lésion traumatique cérébrale. Ces codes sont spécifiés comme suit :

- sans perte de conscience
- avec perte de conscience de 30 minutes ou moins
- avec perte de conscience de durée indéterminée

Si une **commotion cérébrale est documentée avec une perte de conscience de plus de 30 minutes**, le code **S06.0X9, commotion avec perte de conscience de durée indéterminée**, avec le septième caractère approprié, est attribué.

Lorsqu'il y a **documentation d'une commotion cérébrale avec d'autres lésions intracrâniennes classées dans la catégorie S06**, le code de la lésion intracrânienne spécifiée doit être attribué **au lieu d'un code de la sous-catégorie S06.0**. En d'autres termes, lorsque le traumatisme crânien est documentée comme une lacération cérébrale ou une contusion cérébrale, ou lorsqu'il est associé à une hémorragie sous-durale, sous-arachnoïdienne, à une autre hémorragie intracrânienne ou à une autre affection spécifiée classée dans la catégorie **S06**, le code de la commotion cérébrale n'est **pas** attribué.

Le code **F07.81, syndrome post-commotionnel**⁵, n'est généralement pas attribué lors de l'admission initiale pour le traitement de la commotion cérébrale. Lorsque le patient est traité pour des symptômes dans les 24 à 48 heures suivant la lésion traumatique et que le prestataire de soins documente un diagnostic de *syndrome post-commotionnel*, de *syndrome post-contusionnel* ou de *syndrome cérébral post-traumatique*, le prestataire de soins doit être demandé de confirmer et documenter que la commotion est toujours d'actualité. Si c'est le cas, elle doit être codée en **S06.0X-** plutôt qu'en **F07.81**.

Les **céphalées post-traumatiques** sont souvent associées au syndrome post-commotionnel. Si c'est le cas un code additionnel (**G44.3-**) est utilisé pour coder toute céphalée post-traumatique aiguë ou chronique associée, avec le code **F07.81**.

29.8.3 Fractures vertébrales

Les **fractures vertébrales** sont classées en fonction de la région touchée de la colonne vertébrale :

- colonne vertébrale cervicale (**S12.-**)
- colonne vertébrale thoracique (**S22.0-**)
- colonne vertébrale lombaire (**S32.0-**)

Le **quatrième caractère** de la catégorie **S12** spécifie la vertèbre (par exemple, la première vertèbre cervicale), tandis que le **cinquième et sixième caractère** spécifient des informations supplémentaires sur le type de fracture (par exemple, stable, instable, déplacée, non déplacée).

Le **cinquième caractère** des sous-catégories **S22.0** et **S32.0-** spécifie la vertèbre (par exemple, deuxième vertèbre thoracique, troisième vertèbre lombaire, etc.), tandis que le sixième caractère spécifie le type de fracture (par exemple, par compression en coin, fracture-éclatement stable).

4: Une **commotion cérébrale** désigne une contusion cérébrale qui entraîne parfois une perte de conscience passagère, souvent suivie d'une brève amnésie, de vertiges, de nausées et d'un pouls faible. Le patient peut souffrir de graves maux de tête et d'une vision floue après avoir repris conscience. La récupération s'effectue généralement dans les 24 à 48 heures. Les patients souffrant de ce type de traumatisme crânien sont souvent étourdis, et le prestataire de soins peut devoir se fier aux seules constatations cliniques pour poser un diagnostic de commotion cérébrale.

5: Le **syndrome post-commotionnel** comprend une variété de symptômes qui peuvent survenir pendant une période de temps variable après une commotion cérébrale, parfois jusqu'à quelques semaines. Les symptômes les plus souvent associés au syndrome post-commotionnel sont les suivants : maux de tête, étourdissements, vertiges, fatigue, difficultés de concentration, dépression, anxiété, acouphènes, palpitations cardiaques et apathie. L'une ou l'autre de ces affections peut amener le patient à rechercher un traitement.

Exemples

- **S12.030-**, fracture déplacée de l'arc postérieur de la première vertèbre cervicale
- **S22.020-**, fracture par compression en coin de la deuxième vertèbre thoracique
- **S32.031-**, fracture-éclatement stable de la troisième vertèbre lombaire

Des codes additionnels sont utilisés pour signaler toute **lésion associée de la moelle épinière**, comme suit :

- **S14.0, S14.1-**, Lésion traumatique de la moelle épinière cervicale
- **S24.0, S24.1-**, Lésion traumatique de la moelle épinière thoracique
- **S34.-**, Lésion traumatique de la moelle épinière et des nerfs spinaux lombaires

Si une **fracture des côtes, du sternum et de la colonne vertébrale thoracique entraîne également une lésion traumatique des organes intrathoraciques**, ceux-ci doivent être codés séparément en utilisant les codes de la sous-catégorie **S27**.

29.8.4 Fractures du bassin

Les **fractures du bassin**⁶ sont classées dans la catégorie **S32**.

L'ICD-10-CM fournit des codes pour identifier les **fractures pelviennes multiples** :

- avec (**S32.81-**) perturbation du cercle pelvien
- sans (**S32.82-**) perturbation du cercle pelvien.

L'ICD-10-CM utilise le **fournit également des** pour spécifier :

- si la fracture est ouverte ou fermée
- s'il s'agit d'un contact initial ou subséquent ou des séquelles.

29.8.5 Fractures des extrémités

Les codes de catégorie **S42, S49, S52, S59, S62, S72, S79, S82, S89** et **S92** classent les **fractures des extrémités**.

- le **quatrième caractère** spécifie en général une partie générale de l'os (par exemple, l'extrémité supérieure du cubitus)
- le **cinquième caractère** spécifie une partie plus spécifique de l'os (par exemple, le processus olécranien avec extension intra-articulaire du cubitus)
- le **sixième caractère** spécifie la latéralité (par exemple, droite, gauche ou non spécifiée) ainsi que sur le caractère déplacé ou non déplacé de la fracture.

Exemples

- **S42.142B**, Fracture déplacée de la cavité glénoïde de l'omoplate, épaule gauche, contact initial pour une fracture ouverte
- **S52.044C**, Fracture non déplacée de l'apophyse coronoïde du

6: Le **bassin** est formé par un groupe d'os (ischium, ilium, pubis, sacrum et coccyx) qui forment un cercle soutenant la colonne vertébrale et reliant le tronc aux extrémités inférieures. Tous ces os ou certains d'entre eux peuvent être fracturés; les fractures qui impliquent une perturbation du cercle pelvien sont considérées comme plus sévères.

cubitus droit, contact initial pour une fracture ouverte de type IIIA, IIIB ou IIIC

Les **fractures épiphysaires**⁷ (sous-catégories **S49.0-S49.1-**, **S59.0-S59.2-**, **S79.0-S79.1**, **S89.0-S89.3-**, en **S99.0-S99.2-**), qui incluent les fractures de la plaque de croissance, se réfèrent à une perturbation de la physique cartilagineuse des os longs qui peut ou non impliquer l'os épiphysaire ou métaphysaire. Pour les fractures épiphysaires, seul le code identifiant le type de fracture épiphysaire est codé. Un code distinct pour identifier l'os spécifique qui est fracturé n'est pas codé.

Il existe de nombreux systèmes de classification différents dans le monde en ce qui concerne les fractures de l'épiphysaire, comme par exemple la **classification de Salter-Harris (SH)**. L'ICD-10-CM prévoit un **cinquième caractère** pour saisir le type de fracture Salter-Harris (type I, II, III ou IV), **dans le cas où il est documenté par le prestataire de soins.**

7: Les **fractures épiphysaires** représentent 15 à 20 pourcent des fractures majeures des os longs et 34 pourcent des fractures de la main dans l'enfance. La plupart de ces fractures guérissent bien sans autre problème. Cependant, certaines entraînent un raccourcissement et une angulation cliniquement significatifs; d'autres entraînent des troubles dus à la destruction de la circulation épiphysaire, ce qui empêche le développement de la plaque de croissance ou la formation d'un pont osseux.

Exemples

- **S49.002A**, Fracture non spécifiée de l'extrémité supérieure de l'humérus, bras gauche, contact initial pour une fracture fermée
- **S49.011D**, Fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus, bras droit, Salter-Harris type I, contact subséquent pour une fracture avec consolidation normale

Les **fractures multiples du ou des mêmes os classés avec des subdivisions différentes à quatrième ou cinquième caractère (partie de l'os) dans la même catégorie à trois caractères sont codées individuellement par site.**

Exemples

Contact initial pour une fracture comminutive non déplacée de la diaphyse de l'humérus droit, avec une **fracture**-luxation fermée non déplacée de l'épaule droite impliquant la grande tubérosité.

- **S42.354A**, fracture comminutive non déplacée de la diaphyse de l'humérus, bras droit, contact initial pour une fracture fermée
- **S42.254A**, fracture non déplacée de la grande tubérosité de l'humérus droit, contact initial pour une fracture fermée

Contact initial pour fractures fermées de l'apophyse olécranienne et de l'apophyse coronoïde du cubitus gauche.

- **S52.022A**, Fracture déplacée de l'apophyse olécranienne sans extension intra-articulaire du cubitus gauche, contact initial pour une fracture fermée
- **S52.042A**, Fracture déplacée de l'apophyse coronoïde du cubitus gauche, contact initial pour une fracture fermée

29.8.6 Fractures pathologiques

Les **fractures pathologiques**⁸ sont classées parmi les affections musculo-squelettiques plutôt que parmi les lésions traumatiques et sont traitées au chapitre 22 de ce manuel.

Les **fractures pathologiques actuelles** sont codées en utilisant les catégories ou sous-catégories **M80**, **M84.4-**, **M84.5-**, et **M84.6-**.

Exemple

Un patient présentant une fracture pathologique vertébrale chronique avec des ordonnances pour des médicaments contre la douleur est admis pour une affection non associée.

— **M84.48XA**, Fracture pathologique, autre site, contact initial pour fracture

Le septième caractère D n'est pas appropriée car le patient n'a pas terminé son traitement actif.

8: Les os affaiblis par des affections telles que l'ostéoporose ou une maladie néoplasique développent souvent des **fractures pathologiques** qui se produisent sans traumatisme ou avec un traumatisme mineur qui n'entraînerait pas de fracture sur un os sain.

29.8.7 Fractures de compression

Les **fractures de compression** peuvent être dues à une maladie ou à un traumatisme.

Recherchez dans le dossier du patient tout **traumatisme important récent** ou toute indication d'une **maladie osseuse** concomitante qui pourrait indiquer une fracture pathologique. Si la documentation ne suffit pas pour coder le diagnostic, il faut demander au prestataire de soins de documenter des précisions supplémentaires.

29.8.8 Fractures de stress

Les **fractures de stress**⁹ sont classées parmi les affections musculo-squelettiques plutôt que parmi les lésions traumatiques et sont traitées au chapitre 22 de ce manuel.

9: Les **fractures de stress** diffèrent des fractures pathologiques en ce qu'elles sont dues à l'application d'une force répétitive avant que l'os et ses tissus de soutien n'aient eu le temps d'absorber cette force, alors que les fractures pathologiques sont toujours dues à un état physiologique, tel que le cancer ou l'ostéoporose, qui entraîne des lésions osseuses.

29.8.9 Fractures périprothétiques

Les **fractures périprothétiques**¹⁰ sont classées dans la catégorie **M97, fracture périprothétique autour d'une articulation prothétique interne**.

10: 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 le résultat des mêmes affections que les autres fractures, notamment des traumatismes ou des affections pathologiques. Ces fractures peuvent se produire autour de n'importe quelle prothèse, mais les sites les plus courants sont la hanche, le genou, la cheville, l'épaule et le coude.

29.8.10 Fractures dues à un traumatisme de naissance

Les fractures dues à un traumatisme de naissance ne sont pas classées dans le chapitre 19 de l'ICD-10-CM. Elles sont classées dans le chapitre des affections périnatales (catégorie **P13**) et sont traitées au chapitre 26 de ce manuel.

29.9 Procédures relatives aux fractures

Dans le traitement des fractures, l'**objectif principal** est d'obtenir un alignement correct de l'os et de le maintenir jusqu'à ce que la cicatrisation soit terminée et que la fonction normale puisse être restaurée.

Les **procédures** comprennent :

- la réduction ouverte et fermée
- la manipulation simple
- l'application de divers types de dispositifs de fixation et de traction.

Le **type de traitement** dépend de :

- l'état général du patient
- la présence d'éventuelles lésions traumatiques associées
- le type et de la localisation de la fracture

29.9.1 Réduction des fractures

L'ICD-10-PCS code la **réduction¹¹ d'une fracture déplacée** avec la procédure de base *Reposition*. L'application d'un plâtre ou d'une attelle en conjonction avec la procédure de base *Reposition* n'est pas codée séparément.

Le **traitement d'une fracture non déplacée** est selon avec la procédure effectuée; par exemple, le plâtre est classé selon la procédure de base *Immobilisation* dans la section *Placement*.

Dans une **réduction ouverte**, le chirurgien expose l'os en étendant la plaie ouverte sur la fracture ou en faisant une incision supplémentaire pour travailler directement sur l'os dans le but de rétablir un alignement correct.

- Le **débridement** est souvent nécessaire pour éliminer les débris ou autres matériaux qui ont pénétré dans un site de fracture ouvert.
- Si l'**irrigation et le débridement** sont effectués pour nettoyer la plaie dans le cadre de la réduction ouverte, le débridement n'est pas codé séparément.

Dans une **réduction fermée**, l'alignement est réalisé sans incision du site de la fracture. Le débridement de l'os n'est alors pas nécessaire.

29.9.2 Fixation interne

Pour une **fixation interne¹²** une incision est effectuée dans le but d'insérer les fils ou les broches de fixation interne; la procédure de base *Insertion* est attribué pour la fixation qui n'est pas associée à une réduction de la fracture.

La **fixation interne peut également être utilisée avec une réduction fermée** de la fracture. La petite incision nécessaire pour insérer le dispositif de fixation ne justifie pas de considérer l'intervention comme une réduction ouverte.

11: La **réduction des fractures** est le plus courant des fractures et consiste à déplacer les fragments osseux dans une position anatomique aussi normale que possible, avec une stabilisation pour maintenir l'os dans cette position jusqu'à ce qu'il soit suffisamment guéri pour empêcher tout déplacement.

12: La **fixation interne** comprend l'utilisation de broches, vis, agrafes, tiges et plaques qui sont insérées dans l'os pour maintenir l'alignement. Lorsque l'os fracturé est bien aligné et qu'aucune manipulation n'est nécessaire, la fixation interne peut être utilisée pour stabiliser l'os sans réduction de la fracture. La fixation interne est également utilisée sans réduction lorsqu'il est nécessaire de réinsérer un dispositif de fixation interne parce que l'original est déplacé ou cassé.

29.9.3 Fixation externe

Contrairement à la fixation interne, la **fixation externe** est généralement non invasive et comprend la **traction** ou l'**immobilisation** par l'utilisation de plâtres ou d'attelles.

La classification reconnaît essentiellement **quatre types de dispositifs de fixation externe** :

- système monoplaire
- système d'anneau
- système hybride
- dispositif d'allongement des membres.

Lorsque la **traction** est effectuée, un code de la section *Placement*, avec procédure de base *Traction*, est utilisé.

L'enlèvement des dispositifs de fixation externe est codé en utilisant la procédure de base *Removal* de la Section Médicale et Chirurgicale.

Les procédures visant à retirer les **attelles, les plâtres et les appareils orthopédiques** sont codées dans la section *Placement* avec la procédure de base *Removal*.

Bien que les dispositifs de traction soient généralement appliqués au moyen de **broches de Kirschner ou de Steinmann**, l'utilisation de ces matériaux n'est pas considérée comme une fixation interne.

Les **dispositifs de traction** comprennent les éléments suivants :

- **Traction cutanée**, comme les dispositifs de traction en ruban, en mousse ou en feutre appliqués directement sur la peau, avec une force longitudinale appliquée au membre
- **Traction squelettique** dans ou à travers l'os qui applique une force directement sur les os longs (les fils ou les broches sont percés transversalement à travers l'os et sortent par la peau)
- **Traction spinale cervicale**
- **Traction du membre supérieur**, comme la traction cutanée de Dunlap
- **Traction du membre inférieur**, comme la traction cutanée de Buck, la traction de Charnley, la traction de Hamilton-Russell, la traction par suspension balancée et la traction squelettique fixe.

29.10 Admissions pour soins de suivi orthopédique

Les patients qui ont subi une réduction de fracture nécessitent généralement des **soins de suivi pour l'enlèvement des fils, des broches, des plaques ou des dispositifs de fixation externe**. En outre, les patients souffrant de lésions traumatiques orthopédiques encore en phase de cicatrisation peuvent être admis pour des **affections non liées à la lésion traumatique, mais avec une certaine surveillance ou évaluation clinique de la lésion traumatique effectuée pendant l'admission**.

Les **soins de suivi des fractures traumatiques** sont codés en fonction de la fracture aiguë avec le septième caractère approprié pour les soins de suivi.

Les codes Z pour les soins de suivi **ne doivent pas être utilisés pour les soins de suivi des lésions traumatiques**. Pour le suivi d'une lésion traumatique, le code de lésion traumatique aiguë est attribué, avec le septième caractère appropriée pour le contact subséquent.

Exemple

Un patient a subi une fracture intertrochantérienne droite de la hanche qui a été réparée par une prothèse totale de la hanche. Il reçoit maintenant une thérapie de révalidation aiguë. Le patient a subi une prothèse totale de hanche et se trouve maintenant dans la phase de cicatrisation et de récupération du traitement de la fracture.

- **S72.141D**, Fracture intertrochantérienne déplacée du fémur droit, contact subséquent pour une fracture fermée avec consolidation normale
- **Z96.641**, Présence d'une prothèse de la hanche droite

Des **codes Z pour les admissions pour d'autres soins de suivi orthopédiques (non liés à une fracture)** :

- **Z47.1**, Soins de suivi après une chirurgie pour remplacement de prothèse articulaire
- **Z47.2**, Contact pour l'enlèvement d'un dispositif de fixation interne
 - **Z47.2**, ne doit pas être utilisé si le contact est pour l'enlèvement du dispositif de fixation interne en raison d'une infection ou d'une réaction inflammatoire à un dispositif de fixation interne (**T84.6-**) ou d'une complication mécanique d'un dispositif de fixation interne (**T84.1-**). Le code approprié de **T84.6-** ou **T84.1-** doit être utilisé à la place.
- **Z47.81**, Contact pour soins de suivi orthopédique après une amputation chirurgicale
- **Z47.82**, Contact pour des soins de suivi orthopédique après une chirurgie pour scoliose
- **Z47.89**, Contact pour autre soins de suivi orthopédique

Les **codes Z sont également fournis pour coder un statut orthopédique** lorsqu'il est significatif pour l'admission.

- **Z89.23**, Absence acquise de l'articulation de l'épaule
- **Z89.52**, Absence acquise de l'articulation du genou
- **Z89.62**, Absence acquise de l'articulation de la hanche
- **Z96.6-**, Présence d'implants articulaires orthopédiques
- **Z96.7**, Présence d'autres implants osseux et tendineux
- **Z97.1-**, Présence d'un membre artificiel (complet) (partiel)
- **Z98.1**, Statut d'arthrodèse

Les **codes d'absence acquise d'articulation** sont attribués lorsqu'un patient est en attente de l'implantation d'une prothèse articulaire. Ils indiquent que le patient a subi l'explantation d'une prothèse. Un code de la sous-catégorie **Z47.3-** est attribué pour les admissions impliquant des soins de suivi après l'explantation d'une prothèse articulaire :

- lorsqu'une prothèse est enlevée en raison d'une infection pour laisser le temps au site de guérir, et le patient est réadmis pour terminer la procédure de remplacement de l'articulation.
- lorsque l'admission actuelle n'est pas liée à l'implantation d'une nouvelle prothèse.
- les admissions pour une chirurgie de remplacement d'une articulation où il a été nécessaire de mettre en phase la procédure. Il peut y avoir une nécessité médicale d'enlever une prothèse articulaire existante (par exemple, en raison d'une infection ou d'un autre problème); cependant, il peut ne pas être possible de remplacer la prothèse lors de la même procédure, ce qui nécessite un contact de ultérieur pour insérer une nouvelle prothèse.
 - Lorsque les soins de suivi impliquent le remplacement de la prothèse de l'articulation de la hanche après une explantation antérieure, le code **Z47.32** est attribué.

Exemple

Un patient a développé une infection après une prothèse totale de hanche gauche et a été admis pour un traitement chirurgical. Lors de l'intervention chirurgicale, la prothèse a été enlevée. Un espaceur en ciment imprégné d'antibiotique a été inséré. L'infection s'étant résorbée, le patient a été réadmis pour le retrait de l'espaceur antibiotique et la révision de la prothèse totale de hanche avec insertion d'une nouvelle prothèse.

— Admission initiale :

- **T84.52XA**, Infection et réaction inflammatoire due à une prothèse interne de la hanche gauche, contact initial
- **Z96.64Z**, Présence d'une articulation artificielle de la hanche gauche
- **0SHB08Z**, Insertion d'un spacer dans l'articulation de la hanche gauche, voie d'abord ouverte
- **0SPB0JZ**, Enlèvement du substitut synthétique de l'articulation de la hanche gauche, voie d'abord ouverte

— Deuxième admission :

- **Z47.32**, Soins de suivi après explantation d'une prothèse de hanche
- **0SRB0JZ**, Remplacement de l'articulation de la hanche gauche avec substitut synthétique, voie d'abord ouverte
- **0SRE01Z**, Remplacement de l'articulation de la hanche gauche, surface acétabulaire par un substitut synthétique métallique, voie d'abord ouverte
- **0SRS01Z**, Remplacement de l'articulation de la hanche gauche, surface fémorale par un substitut synthétique métallique, voie d'abord ouverte
- **0SPB08Z**, Enlèvement du spacer de l'articulation de la hanche gauche, voie d'abord ouverte

Les codes de soins de suivi doivent être utilisés en conjonction avec d'autres codes de soins de suivi ou d'autres codes de diagnostic pour fournir plus de détails sur les spécificités d'une admissions visant des soins de suivi, sauf indication contraire de la classification. Le séquençage de plusieurs codes de postcure dépend des circonstances de l'admission.

Exemple

Un patient a subi une arthroplastie totale de la hanche droite en raison d'une arthrite dégénérative. Il suit maintenant une thérapie physique à domicile.

- **Z47.1**, Soins de suivi après une arthroplastie
- **Z96.641**, Présence d'une prothèse de hanche droite

Chaque code représente un élément d'information différent concernant les soins de suivi et est nécessaire pour décrire complètement l'admission.

29.11 Luxations et sublaxations

La **luxation ou la sublaxation**¹³ associée à une fracture est incluse dans le code de la fracture, et la **réduction de la luxation** est incluse dans le code de la réduction de la fracture.

La **luxation ou la sublaxation d'une articulation sans fracture associée** est classée dans les catégories suivantes :

- **S03**, Luxation et sublaxation des articulations et ligaments de la tête
- **S13**, Luxation et sublaxation des articulations et ligaments du cou
- **S23**, Luxation et sublaxation des articulations et ligaments du thorax
- **S33**, Luxation et sublaxation des articulations et ligaments de la colonne lombaire et du bassin
- **S43**, Luxation et sublaxation des articulations et ligaments de la ceinture scapulaire
- **S53**, Luxation et sublaxation des articulations et des ligaments du coude
- **S63**, Luxation et sublaxation des articulations et des ligaments du poignet et de la main
- **S73**, Luxation et sublaxation des articulations et des ligaments de la hanche
- **S83**, Luxation et sublaxation des articulations et des ligaments du genou
- **S93**, Luxation et sublaxation des articulations et des ligaments de la cheville, le pied et les orteils

L'**axe primaire** est le site général, tel que le poignet et la main, le **cinquième caractère** indiquant un site plus spécifique, tel que la luxation médio-carpienne du poignet. Le **sixième caractère** indique si la lésion traumatique est une sublaxation ou une luxation, et sa latéralité. Toute plaie ouverte ou lésion de la moelle épinière associée est codée séparément.

13: Une **luxation** articulaire se produit lorsque les os d'une articulation sont déplacés ou mal alignés et que les ligaments sont endommagés. Une **subluxation** est une luxation partielle ou incomplète.

La **réduction d'une luxation non associée à une fracture** est codée dans la section médico-chirurgicale, avec la procédure de base *Reposition*, la partie du corps étant l'articulation appropriée (plutôt que l'os lui-même, comme dans le cas des procédures de réduction des fractures).

29.12 Lésions traumatique internes du thorax, de l'abdomen et du bassin

Les lésions **traumatique internes du thorax, de l'abdomen et du bassin** sont classées dans les catégories **S24-S27** et **S34-S37**. Toute plaie ouverte associée est codée séparément.

Exemples

- **S27.0-**, Pneumothorax (traumatique) sans mention de plaie ouverte
- **S27.1- + S21.309-**, Hémithorax avec plaie ouverte de la paroi antérieure du thorax avec pénétration dans la cavité thoracique
- **S36.400-**, Lésion du duodénum sans mention de plaie ouverte dans la cavité
- **S26.91-**, Contusion du cœur

Les codes de la sous-catégorie **S37.0, Lésion traumatique du rein**, sont utilisés pour décrire une lésion traumatique interne du rein causée par un traumatisme.

Une **lésion rénale aiguë non traumatique** est codée **N17.9, Insuffisance rénale aiguë, non spécifiée**.

29.13 Lésions traumatiques des vaisseaux sanguins et des nerfs

Lorsqu'une **lésion traumatique primaire entraîne des lésions mineures aux nerfs périphériques ou aux vaisseaux sanguins**, la lésion primaire est codée en premier, avec des codes additionnels pour les lésions des nerfs et de la moelle épinière (comme la catégorie **S04**) et/ou les lésions des vaisseaux sanguins (comme la catégorie **S15**).

Cependant, lorsque la **lésion traumatique primaire concerne un vaisseau sanguin ou un nerf**, le code correspondant à cette lésion traumatique doit être codé en premier.

Exemple

Une plaie ouverte de la paroi abdominale sans pénétration dans la cavité péritonéale.

- **S35.00-**, Lésion traumatique de l'aorte abdominale
- **S31.109-**, plaie ouverte non spécifiée de la paroi abdominale, quadrant non spécifié sans pénétration dans la cavité péritonéale

29.14 Plaies ouvertes

Les **plaies ouvertes** telles que lacérations, perforations, coupures, morsures d'animaux, avulsions et amputations traumatiques non associées à une fracture sont codées séparément dans les catégories **S01, S11, S21, S31, S41, S51, S61, S71, S81, et S91**.

- Le **quatrième caractère** spécifie plus de spécificité concernant la région anatomique.
- Le **cinquième et sixième caractère** spécifient le type de plaie, comme une lacération, une plaie punctiforme ou une morsure ouverte, et la présence éventuelle d'un corps étranger.

Toute **lésion associée aux organes internes ou à l'infection de la plaie** est codée séparément.

La **cellulite et l'ostéomyélite** sont parfois des complications des plaies ouvertes. La **séquence des codes pour les plaies ouvertes** avec ces infections majeures dépend des circonstances de l'admission. Il est important de déterminer si l'affection primaire à traiter est la plaie ou l'infection qui en résulte.

Exemples

Un patient qui a eu une plaie ouverte de la main il y a six semaines peut être admis parce qu'une ostéomyélite s'est développée. Dans cette situation, l'ostéomyélite serait normalement codée en diagnostic principal, avec un code additionnel pour la plaie ouverte.

Un patient qui a subi une petite piqûre plus en début de semaine peut présenter des signes de cellulite à cet endroit. La plaie elle-même ne nécessite pas de soins. La raison de l'admission est la cellulite, et la cellulite est le diagnostic principal.

29.15 Amputations

Lorsqu'elle est documenté en tant que diagnostic, l'**amputation traumatique** est classée dans les sous-catégories suivantes plutôt que dans la catégorie des plaies ouvertes :

- **S08.1- à S08.8-**
- **S28.1- à S28.2-**
- **S38.1- à 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-**
- **S98.0- à S98.9-**

L'ICD-10-CM fait la distinction entre les **amputations traumatiques complètes et partielles**. Une amputation non identifiée comme partielle ou complète doit être codée comme amputation complète.

Exemples

- **S58.019-**, Amputation traumatique complète du bras au niveau du coude
- **S58.122-**, Amputation traumatique partielle du bras gauche au-dessous du coude
- **S88.011-**, Amputation traumatique complète de la jambe droite au niveau du genou

Le terme *amputation* est également utilisé pour désigner une procédure d'amputation, qui peut être réalisée pour diverses raisons autres que le traitement d'un traumatisme.

L'amputation est effectuée soit par **désarticulation**, soit par **section** de l'os.

Les **procédures d'amputation** sont classées dans l'ICD-10-PCS dans la section médicale et chirurgicale, procédure de base *Detachment*. La valeur de la partie du corps est le site du *Detachment*. Le cas échéant, un qualificatif est attribué pour spécifier le niveau où l'extrémité a été détachée.

Les procédures *Detachment* se trouvent **uniquement dans les systèmes anatomiques *Anatomical Regions, Upper Extremities* et *Anatomical Regions, Lower Extremities*** parce que les amputations sont effectuées sur les extrémités, à travers des couches corporelles qui se chevauchent (par exemple, peau, muscle, os), et ne peuvent donc pas être codées à un système anatomique musculo-squelettique spécifique, comme les os ou les articulations.

La procédure de base *Detachment* fait appel à des **qualificatifs spécifiques** qui dépendent de la valeur de la partie du corps dans les systèmes anatomiques *Anatomical Regions, Upper Extremities* et *Anatomical Regions, Lower Extremities*.

Les **définitions** des termes utilisés avec *Detachment* sont présentées dans le tableau 29.2.

Exemples

- **0X6J0Z0**, Désarticulation du poignet droit, complète, voie d'abord ouverte
- **0Y6M0Z0**, Amputation complète du pied droit
- **0Y6C0Z3**, Amputation au-dessus du genou droit, diaphyse distale du fémur
- **0X680Z2**, Amputation au niveau la diaphyse médiane, humérus droit

Partie du corps	Qualificatif
bras et cuisse	<p>Haut : amputation à hauteur de la partie proximale de la diaphyse de l'humérus ou du fémur</p> <p>Médian : amputation à hauteur de la partie médiane de la diaphyse de l'humérus ou du fémur</p> <p>Bas : amputation à hauteur de la partie distale de la diaphyse de l'humérus ou du fémur</p>
main et pied	<p>Complet : amputation à travers l'articulation carpo-métacarpienne/tarsométatarsienne de la main/du pied</p> <p>Partiel : amputation n'importe où au niveau de la diaphyse ou de la tête du métacarpien/métatarsien de la main/du pied</p>
pouce, doigt et orteil	<p>Complet : amputation à travers l'articulation métacarpophalangienne/ou métatarso-phalangienne</p> <p>Haut : amputation n'importe où au niveau de la phalange proximale</p> <p>Médian : amputation à travers l'articulation interphalangienne proximale ou n'importe où au niveau de la phalange médiane</p> <p>Bas : amputation à travers l'articulation interphalangienne distale ou n'importe où au niveau de la phalange distale</p>

TABLE 29.2 – Définitions des termes utilisés avec la procédure de base *Detachment*

29.16 Autres lésions traumatiques

Les lésions traumatiques superficielles telles que les contusions, les ampoules, les abrasions, les corps étrangers superficiels et les piqûres d'insectes sont classées dans les catégories **S00, S10, S20, S30, S40, S50, S60, S70, S80**, en **S90**.

- Le **quatrième et cinquième caractère** spécifient un site ou un type de blessure plus spécifique.
- Le **sixième caractère** indique la latéralité.

Lorsque ces lésions traumatiques sont **associées à une lésion traumatique majeure**, comme une fracture du même site, un code pour la lésion traumatique superficielle n'est pas codé.

Notez que...

Le terme *superficiel* ne fait pas référence à la sévérité de la lésion traumatique mais aux structures superficielles touchées, c'est-à-dire celles qui appartiennent à la surface ou qui sont situées près de celle-ci.

La présence d'un **corps étranger pénétrant par un orifice** est classée dans les catégories **T15-T19** :

- Lorsque le corps étranger est associé à une **plaie pénétrante**, il est codé comme une plaie ouverte, par site, avec du matériel étranger résiduel dans les tissus mous.

- Une **écharde sans plaie ouverte** est classée comme lésion traumatique superficielle par région corporelle.
- Un corps étranger laissé accidentellement pendant une procédure dans une plaie opératoire est considéré comme une complication d'une procédure et est codé avec un code **T81.5-**.
- Les codes compris entre **T15-T19** qui incluent la cause externe n'ont pas besoin d'un code additionnel de cause externe.

29.17 Complications précoces de traumatisme

Certaines **complications précoces de traumatisme** qui ne sont pas incluses dans le code de la lésion traumatique sont classées dans la catégorie **T79, certaines complications précoces de traumatisme, non classées ailleurs**.

Le **quatrième caractère** spécifie le **type de complication**, comme l'embolie d'air ou de graisse, l'hémorragie secondaire et récurrente traumatique et le sérome, le choc traumatique, l'anurie traumatique, l'ischémie musculaire traumatique, l'emphysème sous-cutané traumatique ou le syndrome du compartiment (également appelé le syndrome de loge) traumatique.

Habituellement, les codes de la catégorie **T79** sont codés en diagnostic secondaire, le code de la lésion traumatique étant codé en premier. Avec les durées de séjour plus courtes d'aujourd'hui et l'importance accrue des soins ambulatoires, la complication elle-même peut parfois être la raison de l'admission et constitue le diagnostic principal dans de tels cas.

La sous-catégorie **T79.A, syndrome de loge traumatique**, classe le syndrome de loge secondaire à un traumatisme.

Le **syndrome de loge non traumatique** est classé dans la catégorie **M79.A-**.

Le **syndrome de loge traumatique aigu** :

- est généralement une **séquelle** d'une lésion traumatique sévère aux extrémités inférieures ou supérieures, à l'abdomen ou à d'autres sites et peut entraîner des déficits moteurs et sensoriels importants, des douleurs, des raideurs et des déformations en l'absence de traitement.
- est **toujours associé** à des fractures, des luxations et/ou des blessures par écrasement.
- a comme **autres facteurs de risque** les lésions vasculaires et la coagulopathie.
- est diagnostiqué par des lectures multiples de la pression du compartiment.

Le **syndrome de loge traumatique** est codé comme suit :

- **T79.A0**, syndrome de loge, non spécifié
- **T79.A11**, syndrome de loge traumatique du membre supérieur droit
- **T79.A12**, syndrome de loge traumatique du membre supérieur gauche

- **T79.A19**, syndrome de compartiment traumatique du membre supérieur non spécifié
- **T79.A21**, syndrome de loge traumatique du membre inférieur droit
- **T79.A22**, syndrome de loge traumatique du membre inférieur gauche
- **T79.A29**, syndrome de loge traumatique du membre inférieur non spécifié
- **T79.A3**, syndrome de loge traumatique de l'abdomen
- **T79.A9**, syndrome de loge traumatique d'autres sites

29.18 Autres effets de causes externes

Les catégories **T66-T78** :

- classent les **effets autres et non spécifiés de causes externes** résultant de l'exposition à la chaleur ou au froid.
- classent une variété d'autres affections dues à des causes externes qui **ne peuvent être classées ailleurs dans l'ICD-10-CM**.
- ne sont pas attribués lorsqu'un code plus spécifique pour l'effet est disponible.

Exemples

La **colite sur radiothérapie** est codée **K52.0, Gastro-entérites et colites dues aux radiations**, car l'effet est identifié.

La **maladie des rayons** non spécifiées autrement et sans autre documentation sont codées sous **T66.-, Maladie des rayons**, non spécifiée.

Un diagnostic de **complication de la radiothérapie non spécifié autrement** et sans autre documentation est codé en fonction de la manifestation (par exemple, anémie) et on lui attribue le code **Y84.2, Acte radiologique et radiothérapie à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'accident au cours de l'intervention**.

Le code **T68.-** est attribué pour l'**hypothermie**, avec plusieurs exceptions :

- Si l'hypothermie est **due à l'anesthésie**, le code **T88.51** est attribué.
- Lorsque l'hypothermie n'est **pas due à une basse température**, le code **R68.0, Hypothermie non associée à une basse température ambiante**, est attribué. Un code additionnel est utilisé pour identifier la source d'exposition, comme l'exposition à un froid excessif d'origine humaine (**W93**) ou d'origine naturelle (**X31**).
- Trois codes sont prévus pour l'**hypothermie du nouveau-né** :
 - **P80.0**, Syndrome hypothermique du nouveau-né
 - **P80.8**, Autres formes d'hypothermie du nouveau-né
 - **P80.9**, Hypothermie du nouveau-né, non spécifiée

La catégorie **T78, Effets indésirables non classés ailleurs**, est utilisée pour classer une variété d'effets indésirables, tels que la réaction/le choc anaphylactique, les réactions alimentaires indésirables, l'oedème angioneurotique, l'allergie non spécifiée et le phénomène d'Arthus.

Les codes de la sous-catégorie **T78.0** sont attribués à la fois pour la **réaction anaphylactique et le choc anaphylactique**¹⁴ dû à une **réaction alimentaire indésirable**, avec un cinquième caractère spécifiant le type d'aliment en cause.

Exemple

Un patient ayant une allergie connue aux noix est admis aux urgences avec une respiration sifflante et de l'urticaire. Le patient est diagnostiqué comme ayant une réaction anaphylactique secondaire à la consommation de biscuits contenant des noix.

- **T78.05XA**, Réaction anaphylactique due aux noix et aux graines, contact initial

La **réaction anaphylactique due à l'administration correcte de substances médicamenteuses** est codée avec le code **T88.6-**, **Réaction anaphylactique due à l'effet indésirable d'un médicament ou d'une substance médicamenteuse correctement administrée**, suivi d'un code de **T36-T50**, avec le cinquième ou sixième caractère 5 pour spécifier le médicament.

Les codes de la sous-catégorie **T80.5**, **Réaction anaphylactique due au sérum**, décrivent les **réactions allergiques au sérum**, y compris les transfusions sanguines, les vaccinations et autres sérums.

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**.

Lorsque la **réaction anaphylactique est due à l'utilisation incorrecte d'un médicament**, d'une substance médicinale ou biologique, ou d'une matière toxique non principalement médicinale, la réaction est classée comme un empoisonnement, le code de l'empoisonnement étant codé en premier suivi d'un code de **T78.2-** étant attribué pour spécifier la réaction.

29.19 Séquelles de lésions traumatiques

Dans le codage des **séquelles de lésions traumatiques**, l'état résiduel ou le type spécifique de séquelles (telles que cicatrice, déformation ou paralysie) est codé en premier, suivi du code de la lésion traumatique avec le septième caractère S, séquelles.

Le septième caractère S est **également attribué au code de la cause externe** de la lésion traumatique.

Un **code initial pour une lésion traumatique** n'est jamais utilisé avec un code de séquelle pour le même type de lésion traumatique.

14: L'**anaphylaxie** est une réaction immunologique qui affecte plusieurs systèmes de l'organisme. Les réactions peuvent être légères (urticaire, démangeaisons, gonflement des yeux et des lèvres, congestion) ou mortelles (obstruction des voies respiratoires et collapsus cardiovasculaire). Le **choc** se produit lorsqu'il y a une fuite excessive de liquide des vaisseaux sanguins vers les tissus.

Aperçu

- Les catégories **T20-T32** sont attribuées pour toutes **les brûlures et les corrosions**, à l'exception des troubles de la peau et du tissu sous-cutané liés aux radiations et des coups de soleil.
- L'ICD-10-CM fait la **distinction** entre les brûlures et les corrosions.
 - Les **codes de brûlures** sont attribués aux brûlures thermiques dues à une source de chaleur.
 - Les **codes de corrosion** sont attribués aux brûlures dues à des produits chimiques.
- Les brûlures sont d'abord classées **en fonction du site anatomique général**.
 - Le **quatrième caractère** spécifie le type de brûlure en fonction de la profondeur : premier, deuxième ou troisième degré.
- Le séquençage des codes est déterminé par le degré de la brûlure. Le degré le plus élevé est codé en premier.
- Pour les **brûlures multiples sur le même site** seul le degré de brûlure le plus élevé est codé.
- Pour les **brûlures multiples sur différents sites** la brûlure la plus sévère est codé en premier suivi des codes additionnels pour les brûlures des autres sites.
- L'**étendue de la surface corporelle concernée** est estimée à l'aide de la règle des neuf, une ligne directrice qui est également utilisée pour aider à coder la brûlure.
- Les codes de cause externe sont utilisés pour coder :
 - le lieu de survenue
 - la source des brûlures et des corrosions, comme le feu, le courant électrique ou le liquide chaud
 - des situations telles que l'accident, l'agression et le suicide
- D'autres **lésions traumatiques associées aux brûlures** nécessitent souvent des codes additionnels.
- Certaines affections préexistantes peuvent avoir un impact sur le pronostic ou les soins du patient. Ces affections préexistantes doivent être codées en diagnostic secondaire.

30.1 Introduction	557
30.2 Site anatomique de brûlures	557
30.3 Profondeur des brûlures	558
Brûlures du premier degré	558
Brûlures du deuxième degré	558
Brûlures du troisième degré	559
30.4 Séquençage des codes des brûlures/corrosions et les affections associées	559
30.5 Septième caractère	560
30.6 Extension des brûlures	561
30.7 Brûlures solaires	563
30.8 Causes externes de brûlures	563
30.9 Lésions traumatiques et affections associées	564

Objectifs

Les objectifs de ce chapitre sont :

- Comprendre la différence entre les brûlures du premier, du deuxième et du troisième degré.
- Le séquençage approprié des codes pour les brûlures multiples et les affections associées.

- Comprendre comment l'étendue de la brûlure est calculée en utilisant la règle des neuf.
- Codage des lésions traumatiques et des maladies associées aux brûlures.

30.1 Introduction

Les codes des catégories **T20-T32** sont attribués pour les **brûlures et les corrosions**, à l'exception des :

- troubles de la peau et du tissu sous-cutané liés à la radiothérapie (catégories **L55-L59**)
- brûlures solaires (**L55.-**).

L'ICD-10-CM fait une **distinction** entre les brûlures et les corrosions.

- Les **codes de brûlures** concernent les brûlures thermiques, à l'exception des coups de soleil, qui résultent d'une source de chaleur (par exemple, un feu, un appareil chaud).
- Les **codes de corrosion** concernent les brûlures dues à des produits chimiques.

Les directives de codage sont les mêmes pour les brûlures et les corrosions.

Les **brûlures non cicatrisantes et la nécrose de la peau brûlée** sont codées comme des brûlures aiguës actuelles utilisant des codes des catégories **T20-T28**, avec le septième caractère A pour un contact initial ou D pour un contact subséquent.

Les **séquelles** (telles que cicatrices ou contracture) qui subsistent après la cicatrisation d'une brûlure sont classées en tant que séquelles utilisant des codes des catégories **T20-T28** avec le septième caractère S pour séquelles.

Comme les **brûlures guérissent à des rythmes différents**, un patient peut avoir des brûlures cicatrisées et non cicatrisées au cours d'une même admission. Pour cette raison, il est possible de coder les codes de brûlures actuelles en conjonction avec les codes de séquelles de brûlures au cours de la même admission (lorsqu'il existe à la fois une brûlure actuelle et des séquelles d'une ancienne brûlure).

30.2 Site anatomique de brûlures

L'**axe primaire** de classification des brûlures est le **site anatomique général**, avec un cinquième caractère ou un sixième caractère pour spécifier un site plus spécifique, comme suit :

- **T20-T25**, Brûlures et corrosions de la surface externe du corps, spécifiées par site
- **T26-T28**, Brûlures et corrosions confinées à l'œil et aux organes internes
- **T30-T32**, Brûlures et corrosions de régions corporelles multiples et non spécifiées

Lors du codage des brûlures, des **codes distincts sont attribués à chaque site** de brûlure.

Les **codes pour les sites multiples et la catégorie T30, Brûlure et corrosion, région du corps non spécifiée**, ne doivent être utilisés que si la localisation des brûlures n'est pas documentée. La catégorie **T30** est extrêmement vague et doit rarement être utilisée.

30.3 Profondeur des brûlures

Pour les catégories **T20-T25**, le quatrième caractère spécifie le type de brûlure ou de corrosion en fonction de la **profondeur ou le degré**, comme suit :

- Premier degré (érythème)
- Deuxième degré (vésicules)
- Troisième degré (atteinte de l'épaisseur totale de la peau)

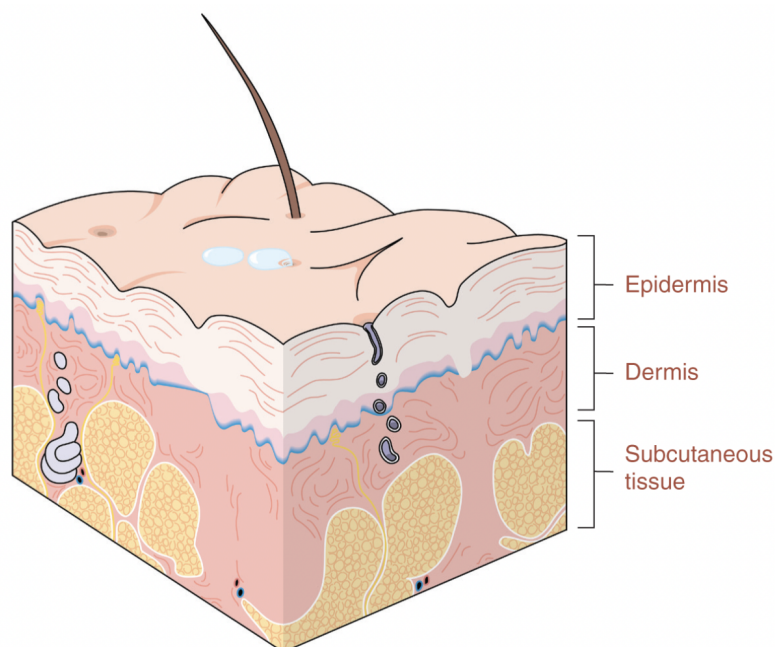


FIGURE 30.1 – Les couches de la peau

30.3.1 Brûlures du premier degré

Les lésions des **brûlures du premier degré** sont limitées à la couche externe de l'épiderme, avec un érythème et une sensibilité accrue. Les brûlures du premier degré présentent un bon remplissage capillaire et ne représentent pas une lésion significative en termes de besoins de remplacement liquidien.

30.3.2 Brûlures du deuxième degré

Les **brûlures du deuxième degré** représentent une lésion d'une portion du derme, qui peut être superficielle ou profonde. Les brûlures profondes

du second degré cicatrisent beaucoup plus lentement que les brûlures du premier degré et sont susceptibles à l'infection. Les brûlures du deuxième degré peuvent résulter en une cicatrice hypertrophique.

30.3.3 Brûlures du troisième degré

Dans les brûlures du troisième degré, la barrière dermique est perdue et la présence de tissu nécrotique entraîne une perte de volume de liquide avec des effets systémiques sur les capillaires bien éloignés du site de la brûlure. En outre, le site de la brûlure constitue un milieu de culture idéal pour l'infection, qui peut mettre la vie en danger.

L'**apport sanguin** est le facteur critique de la cicatrisation des brûlures du troisième degré. Les zones riches en sang, comme les follicules pileux et les glandes sudoripares, ont de meilleures chances de se réépithélialiser.

Les **brûlures profondes du troisième degré** sont caractérisées par une nécrose sous-jacente avec des vaisseaux thrombosés. Les codes pour les brûlures de cette profondeur ne sont attribués que sur la base d'un diagnostic spécifique documenté par le prestataire de soins.

30.4 Séquençage des codes des brûlures/corrosions et les affections associées

Lorsque les brûlures et les corrosions du même site anatomique et du même côté corporel sont de différents degrés (profondeur), elles sont codées avec des codes de la sous-catégorie identifiant le degré le plus élevé. Une brûlure du troisième degré a la priorité sur une brûlure du deuxième degré, et une brûlure du deuxième degré a la priorité sur une brûlure du premier degré.

Exemple

Des brûlures de deuxième et troisième degré de la cuisse droite.

- **T24.311-**, brûlure de troisième degré de la cuisse droite
- aucun code n'est attribué pour la brûlure de deuxième degré.

Lors du **codage des brûlures multiples**, le code qui reflète la brûlure du plus haut degré (la plus grave) est codé en premier suivi des codes additionnels pour les brûlures des autres sites.

Exemple

Un patient est admis avec des brûlures du troisième degré à la jambe inférieure et des brûlures du premier et du deuxième degré à l'avant-bras.

- **T24.339-**, brûlure du troisième degré de la jambe inférieure
- **T22.219-**, brûlure du deuxième degré de l'avant-bras

Les **brûlures de l'œil et des organes internes (T26-T28)** sont classées par site, mais pas par degré.

Les **circonstances de l'admission détermineront le diagnostic principal** si un patient présente à la fois des brûlures internes et externes.

Les **codes pour les brûlures de sites multiples** (par exemple, **T20.39-, brûlure du troisième degré de sites multiples de la tête, du visage et du cou**) ne doivent être attribués que lorsque la documentation du dossier du patient ne précise pas les sites individuels.

Lorsqu'un patient est admis pour des **brûlures et d'autres affections associées** telles que l'inhalation de fumée et/ou l'insuffisance respiratoire, les circonstances de l'admission déterminent le choix du diagnostic principal.

Lors du codage d'une corrosion, un code des catégories **T51-T65, effets toxiques de substances principalement non médicinales quant à la source**, doit être codé en premier pour spécifier le produit chimique et l'intention.

30.5 Septième caractère

Comme pour les autres codes de lésions traumatiques, les catégories **T20-T28** requièrent les valeurs du septième caractère suivantes :

- **A** Contact initiale
- **D** Contact subséquent
- **S** Séquelles

La valeur A (contact initial) :

- Cette valeur est utilisée pour chaque admission au cours de laquelle le patient reçoit un **traitement actif** pour la lésion traumatique.
- Les exemples de traitement actif sont :
 - le traitement chirurgical
 - le traitement au service des urgences
 - l'évaluation et la gestion des lésions traumatiques aiguës
- Bien que le patient puisse être vu par un nouveau ou un différent prestataire de soins au cours du traitement de la lésion traumatique, l'attribution du septième caractère est basée sur le fait que le patient reçoit un traitement actif, et non sur le fait que le prestataire de soins voit le patient pour la première fois.

La valeur D (contact subséquent) :

- Cette valeur est utilisée pour les admissions après que le patient a terminé le traitement actif de la lésion traumatique et reçoit des soins de routine pour la lésion traumatique pendant la phase de cicatrisation ou de récupération.
- Des exemples de traitement d'un contact subséquent sont :
 - l'ajustement des médicaments
 - d'autres soins de suivi
 - le suivi après le traitement de la lésion traumatique.
- Les codes Z de soins de suivi ne doivent pas être utilisés pour les soins de suivi des lésions traumatiques. Pour **les soins de suivi d'une lésion traumatique**, le code de la lésion traumatique aiguë avec un septième caractère D (contact subséquent) est attribué.

La valeur S (séquelles) :

- Cette valeur doit être utilisée pour les complications ou les affections qui résultent directement d'une lésion traumatique, comme la formation d'une cicatrice après une brûlure ; les cicatrices sont des séquelles de la brûlure.
- Lorsqu'on utilise la valeur S, il est nécessaire d'utiliser à la fois le code de la séquelle elle-même et le code de la lésion traumatique qui a précipité la séquelle.
- Le type spécifique de séquelle (par exemple, la cicatrice) est séquencé en premier, suivi du code de la lésion traumatique.
- La valeur S identifie la lésion traumatique responsable de la séquelle et est ajoutée uniquement au code de brûlure ou de corrosion, et non au code de séquelle.

Notez que...

Notez que l'utilisation du code **Z41.1, contact pour chirurgie esthétique**, est inappropriée pour les patients brûlés admis pour réparation de tissu cicatriciel, contracture de la peau ou autres séquelles. Pour ces patients, un code pour l'affection traitée doit être attribué.

30.6 Extension des brûlures

Les catégories **T31-T32** classent les brûlures et les corrosions en fonction de l'étendue de la surface corporelle concernée et de l'étendue de la surface corporelle présentant une brûlure ou une corrosion du troisième degré, mais pas en fonction de sites spécifiques.

- Le **quatrième caractère** indique le pourcentage total de la surface corporelle concernée par tous les types de brûlures (**T31**) ou de corrosions (**T32**), y compris les brûlures du troisième degré.
- Le **cinquième caractère** indique le pourcentage de la surface corporelle impliquée dans les brûlures du troisième degré uniquement.
- Comme le quatrième caractère se réfère à la surface corporelle totale touchée par des brûlures, le cinquième caractère (uniquement brûlures de troisième degré) ne peut jamais être supérieur à la quantité de surface corporelle totale touchée par des brûlures de toute degré.

- Le **cinquième caractère zéro (0)** est attribué lorsque moins de 10 pour cent de la surface corporelle (ou aucune surface corporelle) est touchée par une brûlure au troisième degré.

Exemple

Le code **T31.73, brûlures couvrant 70-79 pour cent de la surface corporelle avec 30-39 pour cent de brûlures du troisième degré**

- Le quatrième caractère spécifie que 70 à 79 pour cent de la surface corporelle a été touchée par des brûlures de n'importe quel degré
- Le cinquième caractère spécifie que les brûlures du troisième degré ont touché 30 à 39 pour cent de la surface corporelle.

L'**étendue de la surface corporelle** impliquée dans une brûlure est un facteur important de la mortalité par brûlure, et les hôpitaux dotés de centres de brûlés ont besoin de cette information pour évaluer la gestion des soins aux patients et pour préparer des données statistiques.

Lorsque **plus de 20 pour cent de la surface corporelle** est touchée par des brûlures du troisième degré, il est conseillé d'attribuer un code additionnel de la catégorie **T31**. Les centres de brûlés utilisent parfois un code de la catégorie **T31** comme code solo parce que beaucoup de leurs patients présentent des brûlures si étendues et si sévères impliquant de nombreux sites qu'il est difficile de coder les sites individuellement.

Les catégories **T31** et **T32** sont basées sur la **règle des neuf** classique pour estimer la quantité de surface corporelle impliquée dans une brûlure.

Les **pourcentages attribués** pour la tête et le cou chez les nourrissons et les petits enfants sont souvent modifiés, car les jeunes enfants ont une tête proportionnellement plus grande que celle des adultes. Le pourcentage peut également être modifié pour les adultes ayant de fesses, un abdomen ou des cuisses proportionnellement plus grands.

La **règle des neuf** permet d'estimer la surface corporelle touchée, comme suit :

- Tête et cou : 9 pour cent
- Chaque bras : 9 pour cent
- Chaque jambe : 18 pour cent
- Tronc antérieur : 18 pour cent
- Tronc postérieur : 18 pour cent
- Organes génitaux : 1 pour cent

Exemple

Sur la base de la règle des neuf, un prestataire peut documenter que les brûlures du premier degré impliquent 9 pour cent de la surface corporelle, les brûlures du deuxième degré 18 pour cent et les brûlures du troisième degré 36 pour cent. Si l'on additionne ces chiffres, 63 pour cent du corps a été touché par un type de brûlure.

- **T31.63**, brûlure de tout degré impliquant 60-69 pour cent de la surface corporelle, avec 30-39 pour cent impliqués dans une brûlure de troisième degré

Les professionnels du codage ne sont pas censés calculer l'étendue d'une brûlure, mais la compréhension de la règle des neuf peut les aider à reconnaître quand les brûlures sont si étendues qu'il faut demander des informations supplémentaires au prestataire de soins.

30.7 Brûlures solaires

Les **brûlures solaires et autres brûlures par rayonnement ultraviolet** sont classés au chapitre 12, *maladies de la peau et du tissu sous-cutané (L00-L99)* de l'ICD-10-CM.

Des codes de la catégorie **L55, Brûlures solaires**, sont attribués aux

- brûlures solaires du premier degré (**L55.0**)
- brûlures solaires du deuxième degré (**L55.1**)
- brûlures solaires du troisième degré (**L55.2**)
- brûlures solaires d'un degré non spécifié (**L55.9**)

Les **brûlures solaires dues à une autre exposition aux rayonnements ultraviolets**, comme un lit de bronzage, sont classés dans la catégorie **L56, autres altérations aiguës de la peau dues aux rayonnements ultraviolets**, ou dans la catégorie **L57, altérations de la peau dues à une exposition chronique aux rayonnements non ionisants**.

30.8 Causes externes de brûlures

Les **codes de causes externes**, y compris les codes de la catégorie **Y92, Lieu de survenue de la cause externe**, sont attribués pour les brûlures et les corrosions, comme indiqué au chapitre 29 de ce manuel, qui traite des autres lésions traumatiques. Les catégories de cause externe suivantes doivent être utilisées pour coder la source et l'intention :

- **X00-X08**, Exposition à la fumée, au feu et aux flammes
- **X10-X19**, Contact avec la chaleur et les substances chaudes
- **X75**, Lésion auto-infligée volontaire par une matière explosive
- **X76**, Lésion auto-infligée par la fumée, le feu et les flammes
- **X77**, Lésion auto-infligée par la vapeur, les vapeurs brûlantes et les objets brûlants
- **X96**, Agression par une matière explosive
- **X97**, Agression par la fumée, le feu et les flammes
- **X98**, Agression par la vapeur, les vapeurs brûlantes et les objets brûlants

30.9 Lésions traumatiques et affections associées

Lorsqu'une brûlure est documentée comme étant infectée, deux codes sont nécessaires. Le code pour la brûlure est séquencé en premier, avec un code supplémentaire pour l'infection.

Exemple

Contact initial, infection à staphylocoque, brûlure du deuxième degré de la paroi abdominale.

— T21.22XA + L08.89 + B95.8

D'autres lésions traumatiques se produisent fréquemment en conjonction avec des brûlures, et d'autres affections sont parfois causées par les brûlures.

- L'inhalation de fumée se produit souvent dans les cas de brûlures dues à des produits combustibles (catégorie T59). Elle est causée par l'inhalation ou l'exposition à des produits gazeux chauds de la combustion et peut entraîner de sévères complications respiratoires.
- Le code J68.9 est attribué à l'inhalation de fumée due à des fumées et des vapeurs chimiques.
- Le code J70.5 est attribué à une lésion traumatique par inhalation de fumée non autrement spécifiée.
- Un code additionnel est utilisé pour coder toute affection respiratoire associée, telle qu'une insuffisance respiratoire aiguë.
- Lorsqu'un patient présente une brûlure et une autre affection associée, comme l'inhalation de fumée ou l'insuffisance respiratoire, les circonstances de l'admission déterminent le choix du diagnostic principal.

Exemple

Un enfant qui a été secouru d'une maison en feu ne présente pas de brûlures évidentes, mais de la suie est présente autour de son nez et de sa bouche. Le patient est intubé et ventilé pendant moins de 48 heures en raison du risque d'œdème des voies respiratoires dû à la fumée. Le prestataire de soins diagnostique une inhalation de fumée.

- T59.811A, Effet toxique de la fumée, accidentel (non intentionnel), contact initial
- J70.5, Affections respiratoires dues à l'inhalation de fumée
- X00.1XXA, Exposition à la fumée dans un incendie non contrôlé dans un bâtiment ou une structure, contact initial
- 5A1945Z, Ventilation respiratoire, 24-96 heures consécutives
- 0BH17EZ, Insertion d'une tube endotrachéale dans la trachée, par un orifice naturel ou artificiel

Les brûlures électriques, telles que celles causées par des fils à haute tension, peuvent provoquer des arythmies ventriculaires (I49.-) qui nécessitent une attention immédiate.

Certaines substances provenant de produits en plastique peuvent produire du cyanure d'hydrogène. L'effet toxique du cyanure d'hydrogène est codé avec le code T57.3-.

Le **choc traumatique (T79.4-)** est souvent présent au moment de l'admission ou peut survenir plus tard.

Les **affections préexistantes** peuvent également avoir un impact sur le pronostic et la gestion des soins du patient brûlé et doivent donc être codées comme des diagnostics additionnels lorsqu'elles répondent par ailleurs aux critères des diagnostics.

Exemples

- Les **troubles cardiovasculaires** (tels que l'angine, l'insuffisance cardiaque congestive ou la valvulopathie) peuvent augmenter l'ischémie et précipiter l'infarctus du myocarde chez un patient souffrant de brûlures étendues du deuxième ou du troisième degré. Surveillance de la pression artérielle pulmonaire d'occlusion peut être requise dans ces cas.
- **L'asthme, la bronchite chronique et d'autres maladies pulmonaires obstructives chroniques** peuvent nécessiter une thérapie par ventilation.
- Les **ulcères gastriques ou duodénaux et la colite ulcéreuse** sont des affections préexistantes qui peuvent entraîner des saignements gastro-intestinaux et nécessitent un traitement en même temps que la brûlure.
- Une **maladie rénale** préexistante augmente le risque de nécrose tubulaire et d'insuffisance rénale chez les patients souffrant de brûlures du troisième degré ou de brûlures étendues du deuxième degré.
- **L'alcoolisme** peut constituer une menace de syndrome de sevrage alcoolique, nécessitant un traitement prophylactique contre le delirium tremens.
- Le **diabète sucré** ralentit le processus de guérison, et le diabète sucré avec des manifestations déclarées peut compliquer davantage la gestion des cas de brûlures.

Empoisonnement, effets toxiques, effets secondaires et sous-dosage de médicaments

31

Aperçu

- Une **affection causée par des médicaments ou d'autres substances ingérées** peut être considérée comme un effet secondaire, un effet toxique ou un empoisonnement.
- Le **sous-dosage** se réfère à la prise d'une quantité de médicament inférieure à celle prescrite par un prestataire de soins ou aux instructions du fabricant.
 - Les codes de sous-dosage ne peuvent **jamais être codés en diagnostic principal**.
 - Si le sous-dosage du médicament entraîne une **récidive ou une exacerbation** de l'affection médicale pour laquelle le médicament est prescrit, alors l'affection médicale elle-même doit être codée en premier.
- Un **effet secondaire** est un effet causé par un médicament correctement prescrit et utilisé.
 - Un code indiquant la nature de l'effet secondaire est attribué en premier.
 - Le **code combiné (T36-T50)** qui inclut l'effet secondaire et la substance responsable suit.
- L'**empoisonnement** est une affection causée par l'utilisation incorrecte d'un médicament ou d'une autre substance.
 - Un code des catégories **T36-T65** est attribué en premier.
 - Il est suivi du code correspondant à la **manifestation** de l'empoisonnement.
 - Lorsqu'aucune **intention** d'empoisonnement n'est indiquée, le code d'empoisonnement accidentel doit être attribué.
- Les **interactions** entre les médicaments thérapeutiques correctement utilisés et l'alcool ou les médicaments en vente libre sont considérées comme des empoisonnements.
- Les codes pour l'empoisonnement, les effets secondaires et le sous-dosage se trouvent dans le **tableau des médicaments et produits chimiques de l'ICD-10-CM**.
- **Aucun code additionnel de cause externe** n'est requis pour les codes d'empoisonnement, d'effet toxique, d'effet secondaire et de sous-dosage.
- Les **affections aiguës causées par l'abus d'alcool ou de drogues** sont considérées comme des empoisonnements, mais pas les affections chroniques.
- Les **effets tardifs** de l'empoisonnement, des effets secondaires et du sous-dosage sont codés avec le septième caractère S pour séquelles.

31.1 Introduction	567
31.2 Localisation des codes pour empoisonnement, effet secondaire et sous-dosage . . .	572
31.3 Directives de codage pour empoisonnement, effet secondaire, sous-dosage, effet toxique	573
31.4 Toxines environnementales	573
31.5 Effets secondaires non spécifiés de médicaments	574
31.6 Empoisonnement dû à l'abus ou la dépendance de substances	575
31.7 Séquelles d'empoisonnement, effet secondaire et sous-dosage	575

Objectifs

Les objectifs de ce chapitre sont :

- Faire la différence entre les effets secondaires et l'empoisonnement.
- Localiser les codes associés à l'empoisonnement et aux effets secondaires.
- Codage d'un empoisonnement dû à une toxicomanie.

31.1 Introduction

Les **affections dues aux médicaments et aux substances médicinales et biologiques** sont classées dans les catégories **T36-T50**.

Les codes de ces catégories sont des **codes combinés** qui précisent :

- la substance responsable
- s'il s'agit d'une intoxication (y compris l'intention, par exemple, accidentelle), d'un effet secondaire ou d'un sous-dosage, le cinquième ou sixième caractère étant utilisé pour préciser ce qui suit :
 1. Empoisonnement, accidentel (non intentionnel)
 2. Empoisonnement, auto-infligé
 3. Empoisonnement, agression
 4. Empoisonnement, indéterminé
 5. Effet secondaire
 6. Sous-dosage

Les effets toxiques de substances d'origine essentiellement non médicinales sont classés dans les catégories **T51-T65** :

- Ces catégories se composent des codes combinés qui précisent la substance responsable ainsi que l'intention (par exemple, accidentelle).
- L'effet secondaire et le sous-dosage ne sont pas applicables aux effets toxiques.

Comme pour les autres catégories du chapitre 19 de l'ICD-10-CM, les catégories **T33-T65** nécessitent des valeurs de septième caractère, comme suit :

- **A** pour le contact initial
- **D** pour le contact subséquent
- **S** pour les séquelles.

Ces valeurs sont décrites plus en détail au chapitre 29 de ce manuel.

Une affection classée comme effet secondaire peut être cliniquement la même qu'une affection classée comme empoisonnement, et le médicament responsable peut être le même dans les deux cas ; la détermination de la nature de l'empoisonnement ou de l'effet secondaire est basée sur la manière dont la substance a été utilisée :

- Il s'agit d'un **effet secondaire** lorsque la substance correcte a été administrée comme prescrit.
- Il s'agit d'un **empoisonnement** lorsque la substance a été utilisée de manière incorrecte ; avec le cinquième ou sixième caractère 1-4 approprié, selon l'intention de l'empoisonnement (par exemple, accidentel).

Notez que

L'utilisation du médicament prescrit moins fréquemment ou en plus petite quantité que ce qui est prescrit ou indiqué par le fabricant n'est pas codée comme un empoisonnement, mais comme un sous-dosage.

Lorsque le médicament a été **correctement prescrit et correctement administré**¹, un code pour la nature de l'effet secondaire est codé en premier, suivi d'un ou plusieurs codes additionnels pour l'effet secondaire du médicament (**T36-T50**, avec un cinquième ou sixième caractère 5, par exemple **T36.0X5-**).

Lorsque l'affection résulte de l'**interaction de deux ou plusieurs médicaments thérapeutiques, chacun étant utilisé correctement**, elle est classée comme un effet secondaire, et chaque médicament est codé individuellement, sauf si un code combiné figure dans le tableau des médicaments et produits chimiques.

Lorsque l'affection est une **intoxication**, le code d'intoxication (par exemple, **T36.0X1-**) est codé en premier, suivi de codes additionnels pour toutes les manifestations.

- Les codes d'**empoisonnement comportent une intention**, et la sélection du code est basée sur les circonstances de l'empoisonnement.
- Lorsque aucune **intention d'empoisonnement n'est indiquée**, le code d'empoisonnement accidentel doit être attribué.
- Les codes d'empoisonnement **indéterminé** (cinquième ou sixième caractère 4) sont utilisés uniquement lorsqu'il existe une documentation spécifique dans le dossier indiquant que l'intention de l'empoisonnement ne peut être déterminée.

Exemples

Le codage d'un diagnostic de coma dû à la codéine en fonction de la documentation sur l'intention de l'empoisonnement.

- **T40.2X1A + R40.20**, Coma dû à un empoisonnement accidentel à la codéine
- **T40.2X2A + R40.20**, Coma dû à la codéine prise lors d'une tentative de suicide
- **T40.2X4A + R40.20**, Coma dû à une surdose de codéine, cause inconnue
- **T40.2X1A + R40.20**, Coma dû à un empoisonnement à la codéine

S'il existe également un diagnostic d'abus ou de dépendance à la substance, l'abus ou la dépendance est également codé.

Comme les codes des catégories **T36-T65** incluent les substances responsables ainsi que la cause externe, aucun code additionnel de cause externe n'est requis pour ces codes.

Cependant, si l'**intention du sous-dosage est connue**, les codes de cause externe peuvent être utilisés pour signaler un mauvais dosage lors de soins médicaux et chirurgicaux (**Y63.6-Y63.9**) ou le sous-dosage d'un régime médicamenteux par le patient (**Z91.12-** ou **Z91.13-**).

1: Les **effets secondaires** des substances thérapeutiques correctement prescrites et administrées (toxicité, réaction synergique, effet secondaire et réaction idiosyncrasique) peuvent être dus (1) à des différences entre les patients, telles que l'âge, le sexe, la maladie et les facteurs génétiques, et (2) à des facteurs liés au médicament, tels que le type de médicament, la voie d'administration, la durée du traitement, le dosage et la biodisponibilité. Les manifestations des effets secondaires des médicaments peuvent aller d'effets mineurs ou temporaires à des troubles plus graves et parfois permanents. Les exemples d'effets secondaires comprennent les éruptions cutanées, la tachycardie, le délire, les hémorragies gastro-intestinales, les vomissements, l'hépatite, l'insuffisance rénale et l'insuffisance respiratoire.

Les **conséquences des substances nocives** ingérées ou entrant en contact avec une personne sont classées comme effets toxiques. La plupart sont affectés aux catégories **T51-T65, effets toxiques de substances d'origine essentiellement non médicinale**; l'exception est le contact avec et l'exposition (suspectée) à des substances toxiques (**Z77.-**).

Exemples

- **T57.2X1-**, Effet toxique chronique au manganèse
- **T57.0X1-**, Effet toxique due à l'exposition à un pesticide arsenical
- **Z77.090**, Effet toxique due à l'exposition à l'amiante

Les codes d'effets toxiques doivent être codés en premier, suivis du ou des codes appropriés pour identifier **toutes les manifestations associées à l'effet toxique**, comme les affections respiratoires dues à des agents externes (**J60-J70**).

Comme pour les codes d'empoisonnement, les **codes d'effets toxiques** sont des codes combinés qui incluent la substance et indiquent l'intention associée par l'utilisation du cinquième ou sixième caractère suivant :

1. accidentel
2. lésion auto-infligée intentionnelle
3. agression
4. indéterminé

Également similaire aux codes d'empoisonnement, lorsqu'**aucune intention n'est documentée**, le code d'intention accidentelle (cinquième ou sixième caractère 1) doit être attribué.

Les codes d'**indiquée** (cinquième ou sixième caractère 4) sont réservés à une utilisation lorsque le dossier indique spécifiquement que l'intention de l'effet toxique ne peut être déterminée.

La **documentation d'un effet toxique, de toxicité ou d'intoxication due à un médicament sur prescription**, comme la digitaline ou le lithium, sans autre qualification, fait généralement référence à un effet secondaire d'un médicament sur prescription correctement administré. L'effet secondaire doit être codé comme tel, sauf si la documentation du dossier du patient indique le contraire.

Les **termes suivants dans le dossier patient** indiquent généralement un usage correct et identifient l'affection comme un **effet secondaire** : *réaction allergique, effet cumulatif du médicament (toxicité), hypersensibilité au médicament, réaction idiosyncrasique, réaction paradoxale, réaction synergique*.

Lorsque le **dossier patient documente une erreur de dosage ou d'administration**, l'affection doit être codée comme un **empoisonnement**. Les termes qui identifient généralement l'affection comme un empoisonnement sont les suivants : *mauvais médicament administré, mauvais médicament pris, erreur commise dans la prescription du médicament, mauvaise dose administrée, mauvaise dose prise (à moins qu'il ne soit spécifié qu'il s'agit d'un sous-dosage, ou d'une dose inférieure à celle prescrite), surdosage intentionnel de médicament, médicament non prescrit pris avec un médicament correctement prescrit et correctement administré*.

Le code d’empoisonnement est codé en premier, suivi du code de la manifestation. Cette séquence est déterminée par la directive spécifique au chapitre. Par conséquent, il s’applique même si l’empoisonnement a déjà été traité.

Exemple

Un patient dans le coma est admis via les urgences. Il souffre d’une insuffisance respiratoire aiguë due à une surdose de médicaments. Le patient subit un lavage gastrique pour le surdosage de médicaments. Il est également intubé, ventilé par un ventilateur mécanique invasif et transféré dans un autre hôpital pour un suivi toxicologique plus poussé et le traitement de l’insuffisance respiratoire aiguë.

- L’empoisonnement reste codé en diagnostic principal à l’hôpital destinataire.

Lorsqu’une affection est le résultat de l’**interaction d’un médicament thérapeutique utilisé correctement avec un médicament en vente libre ou avec de l’alcool**, elle est classée comme une intoxication. Des codes d’empoisonnement sont également attribués pour chaque médicament.

Exemple

Codage d’un diagnostic de coma documenté comme un effet secondaire de benzodiazépines prises correctement mais associé à la consommation d’alcool.

- **T51.0X1A**, Empoisonnement dû à l’alcool, accidentel
- **T42.4X1A**, Empoisonnement dû aux benzodiazépines, accidentel
- **R40.20**, Coma

La **prise d’une dose plus importante ou plus fréquente** que celle prescrite est classée comme un **empoisonnement**.

Notez que...

- La prise d’une quantité inférieure ou l’interruption de l’utilisation d’un médicament prescrit n’est pas classée comme une intoxication ou un effet secondaire, mais comme un sous-dosage.
- L’arrêt par le patient de sa propre initiative (non dirigé par le prestataire de soins du patient) de l’utilisation d’un médicament prescrit est également classé comme un sous-dosage.

Les **codes de sous-dosage** ne doivent jamais être codés en diagnostic principal. Si la réduction de la dose prescrite du médicament entraîne une rechute ou une exacerbation de l’affection pour laquelle le médicament est prescrit, alors l’affection elle-même doit être codée en premier.

Exemple

Un patient s'est vu prescrire un antiarythmique pour contrôler sa fibrillation auriculaire. Le patient a arrêté de lui-même de prendre le médicament prescrit il y a une semaine, car il a dit que le médicament lui donnait des nausées. Il est maintenant admis pour le contrôle de la fibrillation auriculaire et l'ajustement du médicament.

- **I48.91**, Fibrillation auriculaire **T46.2X6A**, Sous-dosage d'un antiarythmique **Z91.14**, Non-observance d'un régime médicamenteux par le patient

La figure 31.1 illustre un processus de codage des réactions secondaires aux médicaments ou empoisonnements.

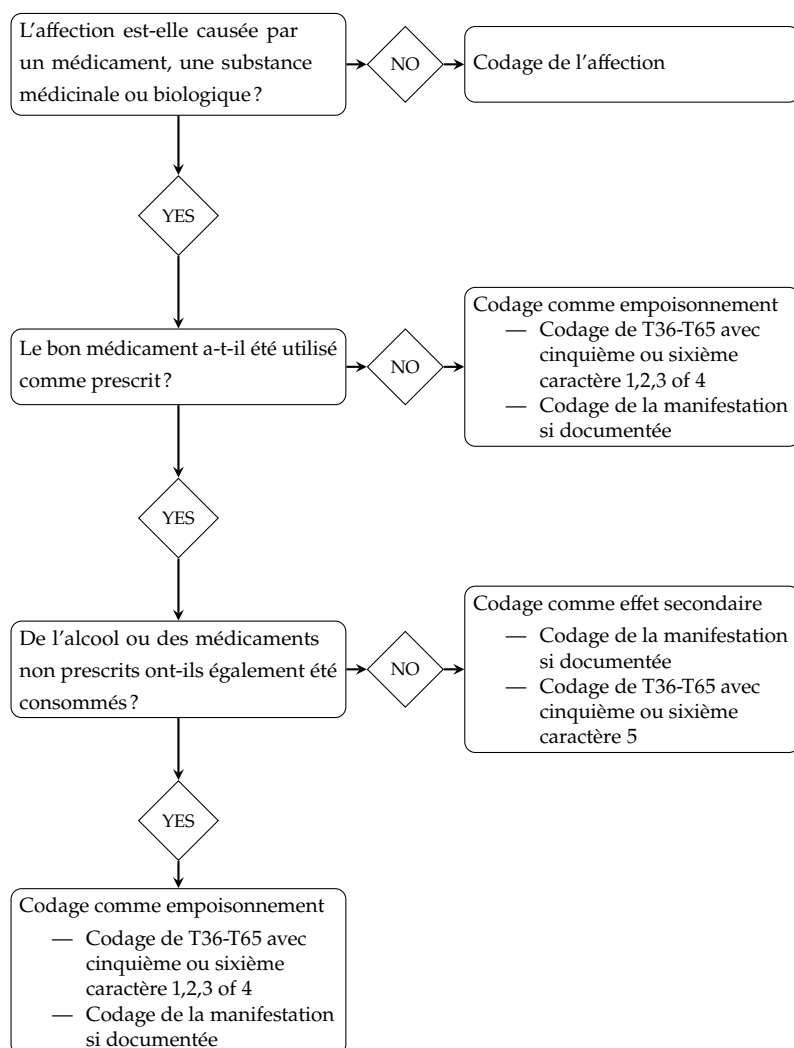


FIGURE 31.1 – Arbre de décision pour le codage d'effet secondaire de ou d'empoisonnement par médicaments ou substances médicinales ou biologiques

31.2 Localisation des codes pour empoisonnement, effet secondaire et sous-dosage

Les codes relatifs aux empoisonnements, aux effets secondaires et au sous-dosage sont plus facilement repérables en se référant au tableau ICD-10-CM des médicaments et des substances chimiques (voir figure 31.2).

Substance	Poisoning, Accidental (unintentional)	Poisoning, Intentional self-harm	Poisoning, Assault	Poisoning, Undetermined	Adverse effect	Underdosing
l-propanol	T51.3X1	T51.3X2	T51.3X3	T51.3X4		

FIGURE 31.2 – Tableau ICD-10-CM des médicaments et des substances chimiques

Les **médicaments et autres substances chimiques** sont classés par ordre alphabétique dans la colonne de gauche du tableau :

- la première colonne à droite indiquant le code d’empoisonnement accidentel pour cette substance.
- les autres colonnes donnant les codes d’empoisonnement pour les autres circonstances externes (lésion auto-infligée intentionnelle, agression et indéterminée), pour l’effet secondaire et pour le sous-dosage.

Si un **médicament spécifique** ne peut pas être trouvé dans le tableau, il peut généralement être trouvé par le nom générique ou la classe ou le type de médicament (par exemple, antibiotique).

Le **pharmacien** de l’hôpital peut également être une source d’information importante.

Les codes ne doivent pas être attribués directement à partir du tableau des médicaments et des substances chimiques sans **vérification dans la liste systématique**. Le tableau est vaste et très détaillé, mais il ne tient pas compte des notes d’instruction de la liste systématique.

Exemple

Le tableau des médicaments et des substances chimiques énumère les codes de la catégorie **T36, empoisonnement par, effet secondaire de et sous-dosage d’antibiotiques systémiques**, mais la note d’exclusion indiquant que les codes de la sous-catégorie **T45.1** doivent être utilisés pour les antibiotiques antinéoplasiques n’est trouvée qu’en recherchant la catégorie **T36** dans la liste systématique.

31.3 Directives de codage pour empoisonnement, effet secondaire, sous-dosage, effet toxique

Lorsque deux ou plusieurs médicaments ou substances médicinales ou biologiques sont documentés comme étant responsables d'un empoisonnement, d'un effet secondaire, d'un sous-dosage ou d'un effet toxique, **chaque substance doit être codée individuellement, à moins que** le même code ne décrive l'agent causal de plus d'un effet secondaire, d'un empoisonnement, d'un sous-dosage ou d'un effet toxique.

- En d'autres termes, autant de codes que nécessaire doivent être codés pour décrire complètement toutes les substances responsables; toutefois, lorsqu'un code spécifie plus d'une substance responsable, ce code n'est codé qu'une seule fois.

Exemples

- **I49.1 + T46.0x5A + T42.4X5A**, Battements prématurés supraventriculaires secondaires à l'utilisation de digitaline et de benzodiazepines, tous deux utilisés comme prescrits, contact initial
- **R50.83 + T50.A15A** Nourrisson présentant une forte fièvre due à l'administration correcte du vaccin DTP
- **R68.2 + L29.9 + T42.3x5A** Patient souffrant de sécheresse buccale et de démangeaisons suite à la prise de phénobarbital comme prescrit par son médecin (soit **R68.2** soit **L29.9** peut être codé en diagnostic principal)

31.4 Toxines environnementales

La sous-catégorie **T65.82, Effet toxique des algues nuisibles et des toxines d'algues**, décrit les effets toxiques de l'exposition à une efflorescence d'algues nuisibles, tels que l'effet toxique de l'efflorescence d'algues bleues, l'efflorescence de cyanobactéries et la marée rouge².

Le code **Z77.121** est utilisé pour coder un contact et une exposition possibles à des algues nuisibles et à des toxines d'algues. Ce code peut être attribué lorsque le patient a pu se trouver à proximité d'une efflorescence d'algues mais n'a pas développé de symptômes, ou lorsque le patient présente des symptômes suspects d'exposition à une efflorescence d'algues mais que la cause définitive des symptômes n'a pas été confirmée.

L'**exposition à la brevetoxine** peut également affecter les personnes qui nagent dans un océan pollué par des brevetoxines ou qui inhalent des brevetoxines dans l'air. Les symptômes peuvent inclure une irritation des yeux, du nez et de la gorge, des picotements des lèvres et de la langue, une toux, une respiration sifflante et un essoufflement.

2: *Karenia brevis* (*K. brevis*) est une algue marine microscopique à croissance rapide qui crée des efflorescences appelées **marées rouges** et produit une toxine puissante appelée **brevetoxine**. Lorsque les coquillages se nourrissent de *K. brevis*, la brevetoxine se concentre dans les coquillages. Les personnes qui consomment des coquillages contaminés par la brevetoxine développent une intoxication neurotoxique par les coquillages. Ce type d'intoxication alimentaire entraîne des symptômes gastro-intestinaux et neurologiques sévères.

Exemple

Un patient développe de sévères douleurs abdominales, des vomissements et une sensation de picotement dans les doigts après avoir mangé des crustacés. Le patient est diagnostiqué avec une intoxication neurotoxique par les mollusques due aux marées rouges.

- **T65.821A**, effet toxique d'algues nocives et toxines d'algues, accidentel (involontaire), contact initial

31.5 Effets secondaires non spécifiés de médicaments

La ICD-10-CM fournit le code **T88.7-**, **Effet secondaire d'un médicament, non spécifié**, pour identifier les effets secondaires lorsque la nature de la réaction n'est pas documentée, or l'utilisation du code **T88.7-** dans le milieu hospitalier aigu est inappropriée.

- Si le patient présente des **symptômes ou des signes**, le code correspondant à cet état doit être attribué.
- Un code additionnel des catégories **T36-T50**, avec le cinquième ou sixième caractère 5 est codé le cas échéant, pour spécifier le médicament responsable.

Si l'**effet secondaire ne peut être spécifié**, l'un des codes suivants doit être attribué :

- **R82.5**, Augmentation dans les urines du taux de médicaments et de substances biologiques
- **R82.6**, Taux anormal dans les urines de substances d'origine principalement non médicinale
- **R89.2**, Résultats anormaux de prélèvements effectués sur d'autres organes, appareils et tissus : taux d'autres substances médicamenteuses et biologiques
- **R89.3**, Résultats anormaux de prélèvements effectués sur d'autres organes, appareils et tissus : taux de substances d'origine principalement non médicinale

L'ICD-10-CM fournit des sous-catégories **T50.90-**, **Empoisonnement par, effet secondaire et sous-dosage de drogues, médicaments et substances biologiques non spécifiés**, et **T50.91-**, **Empoisonnement par, effet secondaire et sous-dosage de plusieurs drogues, médicaments et substances biologiques non spécifiés**, pour les cas où la documentation médicale ne précise pas la ou les médicaments ou substances responsables de l'empoisonnement, de l'effet secondaire ou du sous-dosage.

31.6 Empoisonnement dû à l'abus ou la dépendance de substances

Un **affection aiguë** due à une réaction résultant de l'interaction de l'alcool et d'une ou plusieurs drogues/médicaments ou due à une drogue/un médicament impliquée dans l'abus ou la dépendance est codée comme un **empoisonnement**. Des codes additionnels sont attribués à la fois pour la manifestation aiguë de l'empoisonnement et pour la dépendance ou l'abus.

Exemple

T40.1X1A + J81.0 + F11.20, Œdème pulmonaire aigu dû à une surdose accidentelle d'héroïne chez un patient héroïnomane

Les **affections chroniques** liées à l'abus ou à la dépendance à l'alcool ou aux drogues ne sont pas codées comme des empoisonnements. Le code de l'affection chronique est codé en premier, suivi d'un code pour l'abus ou la dépendance.

Exemples

- **K70.30 + F10.20**, Cirrhose alcoolique du foie; dépendance chronique à l'alcool
- **K70.10 + F10.20**, Hépatite alcoolique; dépendance chronique à l'alcool, épisodique
- **F14.14**, État dépressif médicamenteux dû à l'abus de cocaïne.

31.7 Séquelles d'empoisonnement, effet secondaire et sous-dosage

Lors du codage des **effets tardifs d'un empoisonnement**, le code du médicament ou de la substance responsable est placé en premier (code des catégories **T36-T65**), avec le septième caractère S pour la séquelle, suivi du type spécifique de séquelle (par exemple, lésion cérébrale).

Lors du codage des **effets tardifs d'un effet secondaire**, la nature de l'effet secondaire (séquelles) est codée en premier, suivi du code pour le médicament ou la substance responsable (**T36-T50**, avec le cinquième ou sixième caractère 5), avec le septième caractère S pour les séquelles.

Les **effets chroniques à long terme d'un médicament sur prescription** pris sur une certaine période - et toujours pris au moment de l'apparition des effets chroniques - sont codés comme des **effets secondaires actuels**.

Exemple

Le diabète induit par les stéroïdes peut être codé comme un effet secondaire d'un médicament correctement administré, un empoisonnement ou un effet tardif d'un empoisonnement.

- Si un patient qui développe un diabète induit par les stéroïdes prend actuellement des stéroïdes comme prescrit, l'affection est codée comme un effet secondaire (**E09.-** + **T38.0X5A**).
- Cependant, si le patient présente des effets tardifs qui sont apparus ou persistent longtemps après l'arrêt du stéroïde, le code **E09.-** est attribué en premier, suivi du code **T38.0X5S**.

Exemples

- **G93.9** + **T36.0X5A** Lésion cérébrale due à une réaction allergique à la pénicilline (médicament actuel)
- **G93.9** + **T36.0X5S** Lésion cérébrale due à une réaction allergique à la pénicilline (utilisation du médicament interrompue depuis six mois)

Aperçu

- Les catégories **T80-T88** de l'ICD-10-CM couvrent les **complications des soins médicaux et chirurgicaux** qui ne sont pas déjà classées ailleurs.
- Les complications qui surviennent dans un **site anatomique spécifique** sont classées dans le chapitre de l'ICD-10-CM correspondant à ce site.
- Les codes des **complications intraopératoires et postopératoires** se trouvent dans les chapitres des systèmes anatomiques, avec des codes spécifiques aux organes et structures de ce système anatomique.
- Les affections survenant après chirurgie ou des soins médicaux doivent répondre à certains **critères** pour être classées comme des complications.
 - Il doit s'agir d'une affection **inattendue ou anormale**.
 - Il doit y avoir une **relation documentée** entre l'affection et les soins.
 - Il doit y avoir une **indication** qu'il s'agit d'une complication.
- Il existe plusieurs **notes d'instruction** (en particulier, les notes d'exclusion) relatives aux complications.
- Un **code est localisé** par un sous-terme indiquant une affection postopératoire ou iatrogène.
 - Le terme principal *Complication* doit être référé si aucun sous-terme n'est trouvé dans l'entrée particulière de l'affection.
- Les complications impliquant un **dispositif interne, un implant ou une greffe** sont classées en premier.
- Il est important de faire la **distinction** entre l'admission pour des complications et l'admission pour des soins de routine et soins de suivi programmés.

32.1 Introduction	578
32.2 Localisation des codes de complication dans l'index alphabétique	580
32.3 Affections postopératoires non classées comme complications	581
32.4 Complications affectant certains systèmes anatomiques	583
32.5 Complications après infusion, transfusion, injection thérapeutique	586
32.6 Complications dues à la présence d'un dispositif interne, implant ou greffe	588
32.7 Complications de transplantations	590
32.8 Complications de rattachement ou amputation	592
32.9 Complications de procédures non classées ailleurs	593
32.10 Complications de corps étranger laissé accidentellement lors d'une intervention chirurgicale	594
32.11 Autres complications de soins chirurgicaux et médicaux non classés ailleurs	595
32.12 Complications versus soins de suivi	596
32.13 Statut post	596
32.14 Soins chirurgicaux et médicaux comme cause externe	597

Objectifs

Les objectifs de ce chapitre sont :

- Clarifier quand et quand ne pas coder une affection comme une complication.
- Localiser les codes de complication.
- Apprendre à utiliser toutes les notes d'instruction présentes dans l'ICD-10-CM pour classer correctement une affection causée par une complication des soins médicaux ou chirurgicaux.

32.1 Introduction

chapitre 19, *lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes (S00-T88)*

Les catégories **T80-T88** sont prévues dans l'ICD-10-CM pour les **complications des soins médicaux et chirurgicaux non classées ailleurs**.

Les catégories **T80-T85** et **T88** nécessitent un **septième caractère**¹ pour spécifier le contact initial (A), le contact subséquent (D) ou la séquelle (S), comme les autres codes du chapitre 19, *lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes (S00-T88)* de l'ICD-10-CM.

1: Voir chapitre 29 de ce manuel pour une explication plus détaillée sur l'utilisation des septièmes caractères.

Notez que...

L'attribution du septième caractère est basée sur le fait que le patient subit un traitement actif ou ultérieur et non sur le fait que le prestataire de soins voit le patient pour la première fois.

Pour les codes de complication, le **traitement actif** fait référence au traitement de l'affection décrite par le code, même si elle peut être liée à un problème antérieur qui l'a précipité.

Exemple

Le code **T82.7XXA, infection et réaction inflammatoire dues à d'autres matériels, implants et greffes cardiaques et vasculaires, contact initial**, est utilisé lorsqu'un traitement actif est fourni pour l'infection, même si l'affection est liée à un dispositif, un implant ou une greffe vasculaire qui a été mise en place lors d'un contact précédent.

Notez que...

Toutes les affections qui surviennent à la suite d'une chirurgie ou d'autres soins aux patients ne sont pas classées comme des complications. Les complications sont déterminées par **plusieurs critères**.

- Tout d'abord, l'affection doit **s'écarter de l'évolution normale** en matière de soins chirurgicaux ou médicaux.
 - Par exemple, on s'attend à une quantité importante de saignement lors d'une chirurgie de remplacement d'une articulation; l'hémorragie ne doit pas être considérée comme une complication de cette procédure à moins que le saignement ne soit particulièrement excessif.
- De plus, une **relation de cause à effet** entre les soins administrés et l'affection doit être documentée, y compris l'indication de l'affection comme complication - par opposition à une affection postopératoire dans laquelle aucune complication n'est présente, comme l'absence d'un membre.

Dans certains cas, **la relation de cause à effet est implicite**, comme dans le cas d'une complication due à la présence d'un dispositif interne, d'un implant ou d'une greffe ou due à une transplantation.

L'attribution d'un code pour les complications postprocédurales est **basée sur la documentation** du prestataire de soins concernant la relation entre la complication et la procédure. Il faut toujours demander au prestataire de soins de confirmer et de documenter lorsqu'une complication postprocédurale n'est pas documentée clairement. La directive concernant l'attribution d'un code sur la base de la documentation du prestataire de soins sur la relation entre l'affection et les soins ou la procédure s'étend à **toutes les complications des soins, quel que soit le chapitre dans lequel se trouve le code.**

Notez que...

Le terme *complication* tel qu'il est utilisé dans l'ICD-10-CM **n'implique pas que des soins inappropriés ou inadéquats** soient responsables du problème.

Aucune limite de temps n'est définie pour le développement d'une complication. Elle peut survenir pendant l'épisode hospitalier au cours duquel les soins ont été dispensés, peu de temps après, ou même des années plus tard.

- Lorsqu'une **complication survient pendant l'admission** au cours de laquelle une chirurgie ou des autres soins ont été administrés, elle est attribuée comme un code additionnel.
- Lorsqu'une complication se développe plus tard et constitue la raison de l'admission à l'hôpital, elle est codée en diagnostic principal.

Les **complications des soins chirurgicaux et médicaux** sont classées dans l'ICD-10-CM comme suit :

- Les complications qui surviennent dans un **site anatomique spécifique** sont classées dans le chapitre de l'ICD-10-CM correspondant à ce site.
- Les complications qui affectent **plusieurs sites ou systèmes anatomiques** sont généralement classées dans les catégories **T80-T88**.
- Des **codes additionnels** sont attribués, le cas échéant, pour identifier l'affection spécifique résultant de la complication.
- Les codes de complications intraopératoires et postprocédurales se trouvent dans les chapitres de l'ICD-10-CM relatifs aux systèmes anatomiques, avec des codes spécifiques aux organes et aux structures de ce système anatomique. Ces codes doivent être codés en premier, suivis d'un ou plusieurs codes pour la complication spécifique, le cas échéant.
- Les **complications de l'avortement, de la grossesse, le travail ou l'accouchement** sont classées au chapitre 15 de l'ICD-10-CM.

Il est impératif d'utiliser l'**index alphabétique** avec soin et de suivre toutes les notes d'instruction. Les **notes d'exclusion** sont assez étendues dans cette section et dirigent souvent le professionnel du codage ailleurs. Il y a plusieurs exclusions de base pour les catégories **T80-T88** qui doivent être respectées :

- Les complications des médicaments, tels que les effets secondaires, l'empoisonnement et les effets toxiques des médicaments et des substances chimiques.
- Tout contact avec des soins médicaux pour des affections postopératoires dans lesquelles aucune complication n'est présente, telles que la présence d'un orifice artificiel, la fermeture d'une stomie externe, ou l'ajustement et le réglage d'une prothèse externe.
- Brûlures et corrosions provenant de traitements locaux et d'irradiation.
- Complication mécanique d'un respirateur ou d'un ventilateur
- Fièvre postprocédurale
- Complications de l'affection pour laquelle la chirurgie a été effectuée
- Complications des procédures chirurgicales pendant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité.
- Affections spécifiées classées ailleurs, telles que les complications de stomie, le syndrome postlaminectomie, les syndromes de dumping ou le syndrome du lymphoedème post-mastectomie.
- Toute affection classée ailleurs dans l'index alphabétique lorsqu'elle est documentée comme étant due à une intervention ou à des soins médicaux (l'adjectif *iatrogène* est souvent utilisé pour indiquer que l'affection est le résultat d'un traitement.)
- Les codes de lésions traumatiques du chapitre 19 ne doivent pas être attribués pour des lésions traumatiques survenues au cours ou à la suite d'une intervention médicale. Dans ce cas, il faut attribuer le(s) code(s) de complication approprié(s).

Lors de l'attribution des codes provenant des catégories **T80-T88, Complications des soins chirurgicaux et médicaux, non classées ailleurs**, utilisez un code additionnel pour identifier la complication spécifique si le code additionnel fournit une plus grande spécificité quant à la nature de l'affection. Si, toutefois, le code de complication décrit parfaitement l'affection, aucun code additionnel n'est nécessaire.

32.2 Localisation des codes de complication dans l'index alphabétique

Il faut d'abord **se référer au terme principal de l'affection** et rechercher un sous-terme indiquant une affection postopératoire ou une autre affection iatrogène.

Lorsque aucune entrée pertinente ne peut être trouvée sous le terme principal de l'affection, il faut **se référer au terme principal *Complication*** et rechercher un sous-terme approprié, tel que l'un des suivants :

- La **nature de la complication**, telle que *corps étranger, ponction accidentelle ou hémorragie*
- Le **type d'intervention**, telle que *colostomie, dialyse ou shunt*

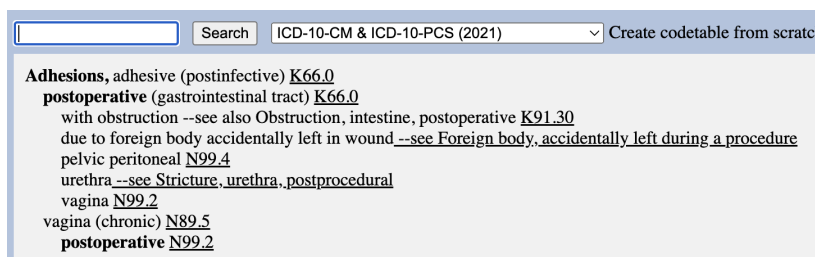
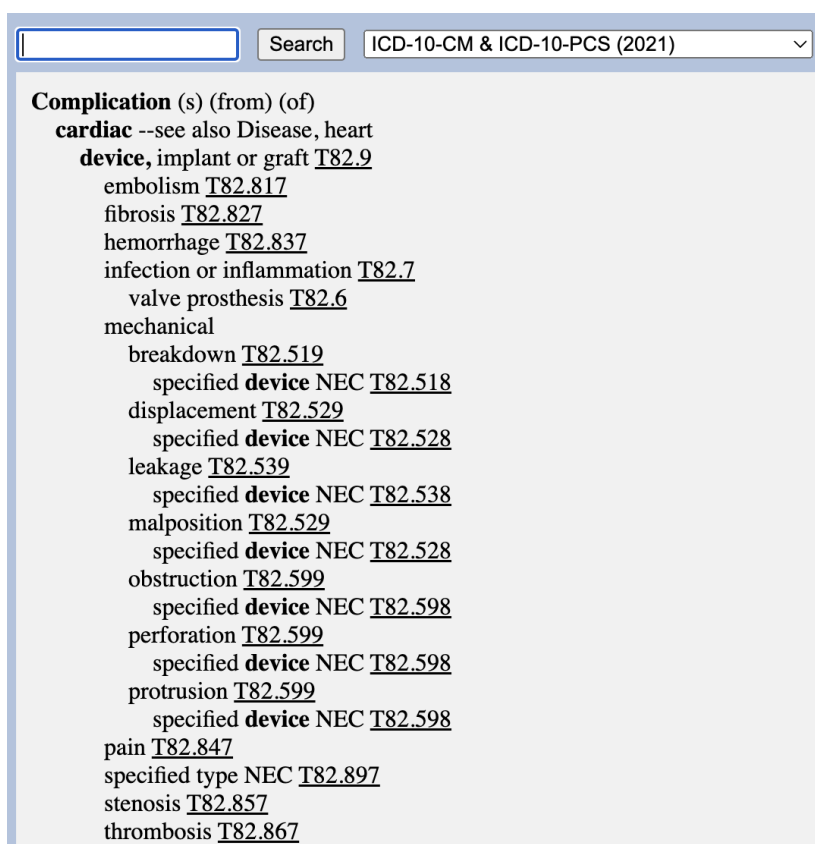


FIGURE 32.1 – Localisation des codes de complication dans l'index alphabétique

- Le **site anatomique ou le système anatomique affecté**, tel que *corporel*
- **Termes généraux**, tels que *mécanique, infection ou greffe*

FIGURE 32.2 – Localisation des codes de complication dans l'index alphabétique par le terme principal *Complication*

32.3 Affections postopératoires non classées comme complications

Certaines affections résultant de soins médicaux ou chirurgicaux sont des **séquelles** d'une intervention, sans aucun facteur de complication n'est impliqué.

Exemple

Par exemple, le syndrome postlaminectomie survient souvent après une laminectomie, mais il s'agit d'une séquelle de l'intervention, et non d'une complication.

La **longue liste d'exclusions** accompagnant les catégories **T80-T88** est utile pour faire certaines de ces distinctions.

Exemples

- **K56.52**, Adhérences intestinales ou péritonéales postopératoires avec obstruction complète
- **K94.12 + B95.4**, Infection de l'entérostomie due à un streptocoque du groupe C
- **N73.6**, Adhérences pelviennes postopératoires (femme)

Certaines **affections qui surviennent en postopératoire** ne sont pas classées comme des complications, et elles n'ont pas de codes spéciaux pour indiquer qu'elles sont de nature postopératoire.

Exemple

Par exemple, la douleur postopératoire non associée à une complication postopératoire spécifique est attribuée au code de douleur postopératoire approprié de la catégorie **G89**.

Un **code pour la douleur postopératoire** n'est attribué que si la douleur n'est pas habituelle ou si la douleur postopératoire n'était pas attendue immédiatement après la chirurgie. De plus, la douleur postopératoire doit répondre aux critères d'un diagnostic à coder.

Les patients présentent souvent des douleurs et/ou des nausées et des vomissements après une intervention, mais ce sont des **symptômes courants pendant la récupération postopératoire** et ils ne sont pas codés dans les catégories **T80-T88** à moins que le prestataire de soins ne les documente spécifiquement comme des complications de la chirurgie.

- Le **diagnostic principal** est le symptôme ou l'autre affection qui provoque l'admission postopératoire.

Parfois, le patient est **admis en raison d'une préoccupation générale** plutôt qu'en raison de symptômes spécifiques. Bien que le prestataire de soins puisse déclarer que l'admission se fait à des fins d'observation, ce type de situation n'est généralement pas codé dans la catégorie **Z03, mise en observation et examen médical pour suspicion de maladies, non confirmées**.

- Si aucune affection spécifique n'est identifiée, le diagnostic principal est l'admission pour soins post-procédure (**Z48.-**).

L'**anémie postopératoire** est rarement considérée comme une complication de la chirurgie.

- Lorsque le prestataire de soins documente une anémie postopératoire due à une perte de sang, le code **D62, anémie post-hémorragique aiguë**, est attribué, mais aucun code de complication n'est attribué, sauf si le prestataire de soins documente une hémorragie excessive comme complication.
- Le fait que du **sang soit administré pendant une intervention chirurgicale** n'indique pas une anémie postopératoire. Des transfusions sont parfois administrées à titre prophylactique pour éviter l'anémie postopératoire. L'anémie n'est pas attribuée uniquement parce que le patient a reçu une transfusion ; le prestataire de soins doit la documenter comme affection.

Un diagnostic d'**hypertension postopératoire** signifie souvent seulement que le patient souffre d'une hypertension essentielle préexistante ou d'une pression artérielle élevée. Si le prestataire de soins identifie clairement l'hypertension comme une complication postopératoire, le code **I97.3, hypertension postprocédurale**, est attribué.

32.4 Complications affectant certains systèmes anatomiques

L'ICD-10-CM classe de nombreux **codes de complications intraopératoires et postprocédurales dans les chapitres consacrés aux systèmes anatomiques**, avec des codes spécifiques aux organes et structures de ce système anatomiques. Ces codes doivent être codés en premier, suivis d'un ou plusieurs codes pour la complication spécifique, le cas échéant.

Les **complications et les affections intraopératoires et postprocédurales dans les chapitres relatifs aux systèmes organiques** sont classées selon les catégories énumérées ci-dessous :

- **D78**, Rate
- **E36** en **E89**, Système endocrinien
- **G97**, Système nerveux
- **H59**, Œil et annexes
- **H95**, Oreille et apophyse mastoïde
- **I97**, Système circulatoire
- **J95**, Système respiratoire
- **K91** en **K94**, Système digestif
- **L76**, Peau et tissu sous-cutané
- **M96** en **M97**, Système musculo-squelettique
- **N99**, Système génito-urinaire

Les catégories ci-dessus (à l'exception de **E89** et **K94**) fournissent des **caractères supplémentaires pour spécifier des complications** telles que :

- l'hémorragie intraopératoire ou postprocédurale (sous-catégorie **D78.2**)
- l'hématome post-procédural (code **D78.31** ou **D78.32**)
- le sérome post-procédural (code **D78.33** ou **D78.34**)

- la perforation et la lacération accidentelles (par exemple déchirures ou lacérations non intentionnelles) pendant une procédure.

En outre, les codes permettent de **distinguer** si les affections **résultent d'une intervention sur l'organe spécifié ou de complications d'autres interventions**.

Exemples

- L'hémorragie après réparation d'une lacération de la rate est codée avec **D78.21, Hémorragie post-procédurale de la rate suite à une intervention sur la rate**.
- L'hématome après réparation d'une lacération de la rate est codé avec **D78.31, Hématome de la rate après une intervention sur la rate**.
- La lacération accidentelle de la rate secondaire à une colectomie est codée avec **D78.12, Ponction et lacération accidentelles de la rate au cours d'une autre intervention**.

Plusieurs des catégories énumérées ci-dessus fournissent **une spécificité supplémentaire pour certaines autres procédures ou d'autres complications** que l'hémorragie intraopératoire ou postprocédurale, le sérome et l'hématome, et la perforation et la lacération accidentelles.

La catégorie **E89, Complications et troubles endocriniens et métaboliques post-procédure, non classés ailleurs**, est encore subdivisée pour fournir des codes spécifiques pour les types de complications suivants :

- **E89.0**, Hypothyroïdie postprocédurale
- **E89.1**, Hypoinsulinémie postprocédurale
- **E89.2**, Hypoparathyroïdie postprocédurale
- **E89.3**, Hypopituitarisme postprocédural
- **E89.40**, Insuffisance ovarienne postprocédurale asymptomatique
- **E89.41**, Insuffisance ovarienne postprocédurale symptomatique
- **E89.5**, Hypofonctionnement testiculaire postprocédural
- **E89.6**, Hypofonctionnement surrénalien (-médullaire) postprocédural
- **E89.810**, Hémorragie post-procédure d'un organe ou d'une structure du système endocrinien suite à une intervention sur le système endocrinien
- **E89.811**, Hémorragie post-procédure d'un organe ou d'une structure du système endocrinien suite à une autre intervention
- **E89.820**, Hématome post-procédure d'un organe ou d'une structure du système endocrinien suite à une intervention sur le système endocrinien
- **E89.821**, Hématome postprocédural d'un organe ou d'une structure du système endocrinien à la suite d'une autre intervention
- **E89.89**, Autres complications et troubles endocriniens et métaboliques postprocéduraux

La catégorie **G97, Complications intraopératoires et postprocédures et troubles du système nerveux, non classés ailleurs**, comprend des codes additionnels pour les problèmes liés à la ponction spinale ou lombaire et au pontage ventriculaire, tels que les suivants :

- fuite de liquide céphalorachidien à la suite d'une ponction spinale (**G97.0**)
- autre réaction à la ponction spinale ou lombaire (**G97.1**)
- hypotension intracrânienne suite à un pontage ventriculaire (**G97.2**).

La catégorie **H95, Complications intraopératoires et postprocédures et troubles de l'oreille et de l'apophyse mastoïde, non classés ailleurs**, fournit des codes additionnels pour les problèmes liés à la postmastoi-dectomie, tels que :

- l'inflammation chronique (**H95.11-**)
- la granulation (**H95.12-**)
- le kyste muqueux (**H95.13-**)
- autres troubles après mastoi-dectomie (**H95.19-**)
- la sténose postprocédures du conduit auditif externe (**H95.81-**).

La catégorie **I97, Complications intraopératoires et postprocédures et troubles du système circulatoire, non classés ailleurs**, comprend également des codes pour des affections telles que :

- le syndrome postcardiotomie (**I97.0**)
- d'autres troubles fonctionnels cardiaques postprocédures (**I97.11-I97.191**),
- le syndrome du lymphœdème postmastectomie (**I97.2**)
- l'hypertension postprocédures (**I97.3**)
- les troubles fonctionnels cardiaques peropératoires (**I97.71-I97.791**)
- autres complications telles que l'infarctus cérébrovasculaire peropératoire ou postprocédures (**I97.81-I97.821**).

La catégorie **J95, Complications intraopératoires et postprocédures et troubles du système respiratoire, non classés ailleurs**, comprend des codes spécifiques pour plusieurs autres complications, telles que les suivantes :

- **J95.00-J95.09**, Complications de trachéotomie
- **J95.1, J95.2**, Insuffisance pulmonaire aiguë après chirurgie thoracique (**J95.1**) et après chirurgie non thoracique (**J95.2**)
- **J95.3** Insuffisance pulmonaire chronique après chirurgie
- **J95.4**, Pneumopathie chimique due à l'anesthésie
 - Ce code est attribué pour la pneumonie chimique due à l'anesthésie et comprend la pneumonie par aspiration postprocédures et le syndrome de Mendelson lorsqu'ils résultent d'une intervention.
 - Un code additionnel pour effet secondaire, le cas échéant, est attribué pour identifier l'anesthésie (**T41.-**, avec le cinquième ou sixième caractère 5).
 - Ce code n'est pas attribué ensemble avec un code de la catégorie **J69-**, **pneumonie due aux solides et aux liquides**, puisque le code **J95.4** décrit parfaitement la nature de la complication.
- **J95.5**, Sténose sous-glottique postprocédures
- **J95.81-**, Pneumothorax postprocédures
- **J95.82-**, Insuffisance respiratoire postprocédures

- **J95.83-**, Hémorragie post-procédure d'un organe ou d'une structure du système respiratoire suite à une intervention
- **J95.84**, Lésion pulmonaire aiguë liée à une transfusion (TRALI)
- **J95.85-**, Complication du respirateur, qui comprend la pneumonie sous ventilation mécanique²
- **J95.86-**, Hématome et sérome post-procédure d'un organe ou d'une structure du système respiratoire suite à une intervention

2: Voir le chapitre 19 de ce manuel pour une discussion plus détaillée.

Le code **K91.86** est utilisé pour signaler la **rétention de lithiases biliaires après une cholécystectomie**. Cette affection n'est pas rare après une cholécystectomie laparoscopique car les lithiases biliaires peuvent tomber dans le canal biliaire, la cavité abdominale ou la paroi abdominale, provoquant une obstruction ou une infection ultérieure.

La catégorie **M96, Complications intraopératoires et postprocédurales et troubles de l'appareil locomoteur, non classés ailleurs**, comprend des codes spécifiques pour les affections suivantes :

- **M96.0**, Pseudarthrose après fusion ou arthrolyse
- **M96.1**, Syndrome postlaminectomie, non classé ailleurs
- **M96.2, M96.3**, Kyphose post-radiation (**M96.2**) et postlaminectomie (**M96.3**)
- **M96.4**, Lordose post-chirurgicale
- **M96.5**, Scoliose post-radiation
- **M96.6-**, Fracture de l'os suite à l'insertion d'un implant orthopédique, d'une prothèse articulaire ou d'une plaque osseuse

L'ICD-10-CM fait la différence entre les **troubles fonctionnels cardiaques** qui surviennent en peropératoire au cours d'une chirurgie cardiaque ou d'un autre type de chirurgie (**I97.7-**) et les effets fonctionnels cardiaques post-procédure après une chirurgie cardiaque ou autre (**I97.1-**).

Exemples

- **K81.0, + I97.191, + I49.9**, Cholécystite aiguë ; arythmie cardiaque postopératoire (même admission)
- **I97.130 + I50.9** Insuffisance cardiaque consécutive à une chirurgie cardiaque pratiquée lors de l'admission précédente ; patient sorti un mois auparavant
- **I97.131 + I50.21**, Insuffisance cardiaque systolique aiguë le deuxième jour postopératoire après une cholécystectomie
- **I97.710**, Arrêt cardiaque pendant un pontage cardiaque

32.5 Complications après infusion, transfusion, injection thérapeutique

La catégorie **T80** comprend les **complications suivantes suite à une perfusion, une transfusion et une injection thérapeutique** :

- **T80.0**, Embolie gazeuse
- **T80.1**, Complications vasculaires
- **T80.2-**, Infections
- **T80.3-**, Réaction d'incompatibilité ABO due à la transfusion
- **T80.4-**, Réaction d'incompatibilité Rh

- **T80.A-**, Réaction d'incompatibilité non-ABO
- **T80.5-**, Choc anaphylactique dû au sérum
- **T80.6-**, Autres réactions sériques (par ex, intoxication, maladie des protéines, éruption sérique, maladie sérique, urticaire sérique)
- **T80.81-**, Extravasation d'agents vésicants
- **T80.89-**, Autres complications
- **T80.9-**, Complication non spécifiée

Les codes **T80.211-** et **T80.212-** distinguent les infections systémiques et locales dues aux cathéters veineux centraux³ et aux cathéter artériel pulmonaire⁴.

- Les infections sanguines associées aux cathéters centraux sont des **infections systémiques** et sont codées sous le code **T80.211-**.
- Une **infection locale**⁵ due à un cathéter central veineux ou artériel pulmonaire se voit attribuer le code **T80.211-**.

Lorsqu'il y a une infection documentée due à un cathéter veineux central ou artériel pulmonaire, mais que **l'infection n'est pas précisée quant à son caractère systémique ou local**, il faut attribuer le code **T80.219-**.

Le code **T80.22-** décrit une infection aiguë consécutive à une transfusion, une perfusion ou une injection de sang et de produits sanguins⁶.

- Ce code doit être utilisé pour les **infections aiguës**, et non pour les cas chroniques.
- En outre, si l'infection transmise par transfusion a été **spécifiquement documentée comme étant le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)**, il faut d'abord attribuer un code pour la maladie du VIH.

L'ICD-10-CM fournit des codes pour coder les **réactions transfusionnelles dues à une incompatibilité** du sang ou des produits sanguins, comme suit :

- **T80.30-T80.39**, Réaction d'incompatibilité ABO due à la transfusion de sang ou de produits sanguins
- **T80.40-T80.49**, Réaction d'incompatibilité Rh due à la transfusion de sang ou de produits sanguins
- **T80.A0-T80.A9**, Réaction d'incompatibilité non ABO due à la transfusion de sang ou de produits sanguins

Ces codes fournissent également des informations sur les différents types de **réactions transfusionnelles hémolytiques**⁷, y compris la réaction transfusionnelle hémolytique aiguë et la réaction transfusionnelle hémolytique retardée.

Les **réactions anaphylactiques suite à la transfusion de sang et de produits sanguins**⁸ sont codées avec un code sous **T80.51-**.

Exemple

Un patient s'est présenté avec des plaintes de vertiges, de faiblesse et de fatigue. Le prestataire de soins a documenté la faiblesse et la fatigue dues à une anémie aiguë due à une perte de sang, et le patient a ensuite reçu deux unités de concentrés de globules rouges par voie intraveineuse. Pendant l'administration de la deuxième unité, le patient a développé de la fièvre, un enrouement et un œdème facial.

3: Les exemples de **cathéters veineux centraux** incluent le cathéter Hickman, le cathéter central inséré par voie périphérique (PICC), le port-a-cath, le cathéter veineux ombilical et le cathéter à triple lumière.

4: Un **cathéter artériel pulmonaire** est également connu sous le nom de cathéter de Swan-Ganz ou de cathéter cardiaque droit.

5: Les **infections locales des cathéters** comprennent les infections du site de sortie ou d'insertion, les infections du port ou du réservoir, ou les infections du tunnel, qui sont des infections sanguines confirmées en laboratoire non dues à une infection d'un autre site.

6: Les **infections transfusionnelles** comprennent tout organisme infectieux (bactérie, virus, parasite ou autre) transmis par transfusion, perfusion ou injection de sang ou de produits sanguins (sang total, globules rouges, plasma, plaquettes ou autre).

7: Une **réaction transfusionnelle hémolytique** est une réponse systémique de l'organisme à l'administration de sang incompatible avec le sang du receveur, entraînant la destruction des globules rouges. Cette affection peut entraîner une insuffisance rénale aiguë et/ou une coagulation intravasculaire disséminée.

8: Les **réactions anaphylactiques suite à la transfusion de sang et de produits sanguins** sont attribuées à des substances solubles dans le plasma du donneur. Les réactions transfusionnelles les plus courantes sont la fièvre, les frissons, le prurit ou l'urticaire, qui peuvent se résoudre sans traitement spécifique ni complications.

- **D62**, Anémie post-hémorragique aiguë
- **T80.51XA**, Réaction anaphylactique due à l'administration de sang et de produits sanguins, contact initial
- **T45.8X5A**, Réaction secondaire aux d'autres substances essentiellement systémiques et hématologiques, contact initial
- **30233N1**, Transfusion de globules rouges non autologues dans une veine périphérique, voie d'abord percutanée.

D'autres problèmes liés à la transfusion sont codés dans d'autres chapitres :

- l'hémochromatose due à des transfusions répétées de cellules sanguines (**E83.111**),
- la surcharge circulatoire associée à la transfusion (**E87.71**)
- le purpura post-transfusionnel (**D69.51**)
- la fièvre post-transfusionnelle (**R50.84**).

Le code **T80.52-** est utilisé pour déclarer les **réactions anaphylactiques dues à la vaccination**⁹, et le code **T80.59-** est réservé aux **réactions anaphylactiques dues à d'autres sérums**.

Les codes **T80.61-**, **T80.62-** et **T80.69-** décrivent respectivement les **autres réactions sériques**¹⁰ dues à l'administration de sang et de produits sanguins, les autres réactions sériques dues à la vaccination et les autres réactions sériques.

Les codes suivants sont attribués pour décrire les **complications suite à l'extravasation d'un agent vésicant**¹¹ :

- **T80.810-**, Extravasation de chimiothérapie antinéoplasique vésicante
- **T80.818-**, Extravasation d'un autre agent vésicant

32.6 Complications dues à la présence d'un dispositif interne, implant ou greffe

Les catégories **T82-T85** classent les affections qui surviennent uniquement en raison de la présence d'un dispositif interne, d'un implant ou d'une greffe.

Ces complications sont **classées en fonction du système anatomique**, comme suit :

- **T82**, Complications des prothèses, implants et greffes cardiaques et vasculaires
- **T83**, Complications des prothèses, implants et greffes génito-urinaires
- **T84**, Complications des prothèses, implants et greffes orthopédiques internes
- **T85**, Complications des autres prothèses, implants et greffes internes

Les complications de ce type sont d'abord classées selon qu'elles sont de **nature mécanique**¹² ou **non mécanique**. Les **complications de nature mécanique** sont classées selon le type de complication mécanique et le type de dispositif concerné.

9: Bien qu'une **réaction anaphylactique à un vaccin** soit rare, elle peut se développer lorsqu'une personne ayant des anticorps IgE préformés contre un constituant du vaccin reçoit un vaccin contenant cette substance. Les réactions médiées par les IgE sont généralement causées par des composants du vaccin autres que l'agent immunisant.

10: La **maladie sérique** est une réaction similaire à une allergie. Elle implique une réaction du système immunitaire à certains médicaments, à des protéines injectées utilisées pour traiter des affections immunitaires ou à l'antisérum (la partie liquide du sang qui contient des anticorps qui aident à se protéger contre des substances infectieuses ou toxiques).

11: L'**extravasation** est l'infiltration accidentelle de médicaments perfusés par voie intraveineuse dans les tissus environnants. Les **agents vésicants** sont des substances chimiquement actives, comme certains médicaments antinéoplasiques, qui peuvent produire des cloques en cas de contact direct avec la peau ou les muqueuses. Dans les cas plus légers, l'extravasation peut provoquer une douleur, une rougeur ou une irritation au niveau de l'aiguille de perfusion. Dans les cas les plus sévères, les lésions tissulaires peuvent entraîner une nécrose des tissus et conduire à la perte du membre.

12: Une **complication mécanique** est celle qui résulte d'une défaillance du dispositif, de l'implant ou de la greffe, telle qu'une panne, un déplacement, une fuite ou un autre dysfonctionnement.

Exemples

- **T82.111-**, Générateur d'impulsions cardiaques défectueux
- **T82.49-**, Obstruction d'un cathéter de dialyse artério-veineux
- **T82.511-**, Défaillance mécanique d'un shunt artério-veineux créé chirurgicalement
- **T83.39-**, Perforation de l'utérus par un dispositif contraceptif intra-utérin
- **T84.195-**, Protrusion d'un clou intramédullaire dans le fémur gauche
- **T85.621-**, Déplacement d'un cathéter de dialyse péritonéale

La sous-catégorie **T84.0, complications mécaniques d'une prothèse articulaire interne**, classe une série de **complications impliquant des implants articulaires prothétiques**, avec des caractères supplémentaires pour identifier l'articulation spécifique (par ex, genou droit, hanche gauche). Les complications mécaniques spécifiques sont indiquées comme suit :

- **T84.01-**, Prothèse articulaire interne cassée
- **T84.02-**, Luxation de la prothèse articulaire interne
- **T84.03-**, Descellement mécanique de la prothèse articulaire interne
- **T84.05-**, Ostéolyse périprothétique de la prothèse articulaire interne
- **T84.06-**, Usure de la surface d'appui articulaire de la prothèse articulaire interne
- **T84.09-**, Autre complication mécanique de la prothèse articulaire interne

Les **infections et les réactions inflammatoires dues à la présence d'un dispositif, d'un implant ou d'une greffe qui fonctionne correctement** sont classées avec les codes et sous-catégories suivants. Des codes additionnels doivent être attribués pour identifier l'infection.

- **T82.6-**, Infection et réaction inflammatoire dues à une prothèse valvulaire cardiaque
- **T82.7-**, Infection et réaction inflammatoire dues à d'autres prothèses, implants et greffes cardiaques et vasculaires
 - Ce code est utilisé pour les infections dues à des cathéters artériels, de dialyse ou veineux périphériques ou à un cathéter de perfusion non spécifié ailleurs.
 - Les infections sanguines dues aux cathéters veineux centraux et aux cathéters d'artère pulmonaire doivent être attribuées au code **T80.211-** plutôt qu'au code **T82.7-**.
- **T83.5-**, Infection et réaction inflammatoire dues à une prothèse, un implant et une greffe de l'appareil urinaire
- **T83.6-**, Infection et réaction inflammatoire dues à une prothèse, un implant et une greffe de l'appareil génital
- **T84.5-**, Infection et réaction inflammatoire dues à une prothèse articulaire interne
 - Codes in subcatégorie **T83.51, infection et réaction inflammatoire dues à un cathéter urinaire**, doivent être accompagnés par des codes additionnels pour l'infection spécifique, telle que cystite ou septicémie, et pour l'organisme responsable si cette information est disponible.

- **T84.6-**, Infection et réaction inflammatoire dues à un appareil de fixation interne
- **T84.7-**, Infection et réaction inflammatoire dues à d'autres prothèses, implants et greffes orthopédiques internes
- **T85.7-**, Infection et réaction inflammatoire dues à d'autres prothèses, implants et greffes internes

Exemples

- **T82.7XXA**, Poche de stimulateur cardiaque infectée, contact initial
- **T85.71XA + B96.20**, Infection à *Escherichia coli* due à un cathéter de dialyse péritonéale, contact initial
- **T83.511A + N30.11**, Cystite interstitielle chronique avec hématurie due à un cathéter urétral à demeure, contact initial

Les sous-catégories **T82.8**, **T83.8**, **T84.8** et **T85.8** classent les autres complications dues à la présence d'une prothèse interne, d'un implant ou d'une greffe. Ces sous-catégories comprennent également les **complications non mécaniques**, avec des caractères supplémentaires indiquant l'embolie, la fibrose, l'hémorragie, la douleur, la sténose ou la thrombose.

Lorsque la complication est documentée comme une **douleur postopératoire due à la présence d'un dispositif, d'un implant ou d'une greffe laissés dans un site chirurgical**, un code additionnel de la catégorie **G89** est utilisé pour identifier la douleur aiguë (**G89.18**) ou chronique (**G89.28**) due à la présence du dispositif, de l'implant ou de la greffe.

Le code **T82.857-** est attribué pour l'**occlusion d'un pontage coronarien**, sauf si l'occlusion est identifiée par le prestataire de soins comme étant due à l'artériosclérose.

Les **occlusions artériosclérotiques** d'un pontage coronarien ou d'un cœur transplanté sont classées dans les sous-catégories **I25.7** et **I25.8**, avec des caractères supplémentaires pour indiquer le type de greffe (veine autologue, artère autologue, greffe biologique non autologue, cœur transplanté, pontage du cœur transplanté et autre pontage coronarien).

L'**occlusion de l'artère coronaire en l'absence d'antécédents de pontage** est classée comme artériosclérose des artères coronaires natives (**I25.10-I25.119**).

32.7 Complications de transplantations

La catégorie **T86, complications des organes et tissus transplantés**, est réservée aux **complications de la transplantation** telles que l'échec, l'infection, le rejet ou la malignité associés à la transplantation d'un organe, le quatrième, cinquième ou sixième caractère indiquant l'organe concerné.

- En cas d'**infection**, un code des catégories **B95-B97** doit être attribué comme code additionnel.
- Un code de complication de transplantation n'est attribué que si la **complication affecte la fonction de l'organe transplanté**.

- Des codes additionnels sont attribués pour identifier d'**autres complications de la transplantation**, telles que :
 - la maladie aiguë du greffon contre l'hôte (**D89.810**)
 - les malignités associées à la transplantation d'organes (**C80.2**)
 - les troubles lymphoprolifératifs post-transplantation (**D47.Z1**).

Deux codes sont nécessaires pour coder complètement une complication de transplantation :

1. le code approprié de la catégorie **T86**
2. un code additionnel qui identifie la complication.

Exemples

- **T86.09** + **D89.810**, Maladie aiguë du greffon contre l'hôte résultant de complications d'une greffe de moelle osseuse
- **T86.19** + **C80.2** + **C64.9**, Néoplasme malin du rein transplanté
- **T86.858** + **D47.Z1**, Trouble lymphoprolifératif post-greffe intestinale

Le code **T86.5** est utilisé pour coder les **complications des greffes de cellules souches**¹³.

Les affections préexistantes ou celles qui se développent après la transplantation ne sont pas codées comme des complications, **sauf** si elles affectent la fonction des organes transplantés. Les complications chirurgicales post-transplantation qui ne concernent pas la fonction de l'organe transplanté sont classées selon la complication spécifique.

Exemple

Une infection post-chirurgicale après une transplantation est codée comme une infection de plaie postopératoire, et non comme une complication de transplantation.

Cependant, les infections affectant la fonction des organes transplantés sont bien classées dans la catégorie **T86**, telle que **T86.812, infection de la transplantation pulmonaire**.

Les patients post-transplantation qui sont admis pour un traitement sans rapport avec l'organe transplanté se voient attribuer un code de la catégorie **Z94, statut de l'organe et du tissu transplanté**, pour saisir le statut de transplantation du patient. Un code de la catégorie **Z94** ne doit jamais être utilisé avec un code de la catégorie **T86** pour le même organe.

Pour les affections qui affectent la fonction du rein transplanté - autres que les maladies rénales chroniques - un code de la sous-catégorie **T86.1** doit être attribué, ainsi qu'un code additionnel qui spécifie l'affection.

Les patients atteints d'une **maladie rénale chronique à la suite d'une transplantation** ne peuvent **pas** être considérés comme souffrant d'un échec de la transplantation ou d'un rejet, **à moins que** cela ne soit documenté par le prestataire de soins.

13: Les greffes de cellules souches peuvent être réalisées en utilisant les propres cellules souches du patient (greffe de cellules souches autologues) ou les cellules souches du donneur (greffe de cellules souches allogéniques). La plupart des procédures de transplantation de cellules souches sont réalisées à partir de cellules souches prélevées dans le sang périphérique. Des complications peuvent survenir à la suite d'une greffe de cellules souches, notamment la maladie du greffon contre l'hôte, la défaillance des cellules souches (greffe), les lésions organiques, les cataractes, les cancers secondaires et la mort.

- Les patients qui ont subi une transplantation rénale peuvent encore présenter une certaine forme de maladie rénale chronique, car il se peut que la transplantation ne rétablisse pas complètement la fonction rénale. Par conséquent, la présence d'une maladie rénale chronique ne constitue pas à elle seule une complication de la transplantation. Pour les patients atteints de maladie rénale chronique à la suite d'une transplantation rénale et qui ne présentent pas de complication de la transplantation telle qu'une défaillance ou un rejet, il convient d'attribuer le code **Z94.0, sujet porteur de rein**, au lieu d'un code de la sous-catégorie **T86.1**.
- Si la documentation confirme la présence d'une défaillance, d'une infection, d'un rejet ou d'une autre complication de la transplantation, il convient d'attribuer un code de la sous-catégorie **T86.1, complications de la transplantation rénale**, suivi du code de maladie rénale chronique approprié (**N18.-**).

Exemple

Un patient souffrant d'une insuffisance rénale terminale due à une anomalie congénitale des voies urinaires est admis après une transplantation rénale droite avec un retard de la reprise du fonction rénale et une hyperkaliémie sévère persistante, qui a nécessité une hémodialyse intermittente de moins de six heures par jour.

- **T86.19**, Autre complication de la transplantation rénale
- **N18.6**, Insuffisance rénale terminale
- **Q64.9**, Malformation congénitale de l'appareil urinaire, non spécifiée
- **Z99.2**, Dépendance envers une dialyse rénale
- **E87.5**, Hyperkaliémie
- **5A1D70Z**, Exécution de la filtration urinaire, intermittente, moins de 6 heures par jour

32.8 Complications de rattachement ou amputation

Les **complications des extrémités rattachées et du moignon amputé** sont classées dans la catégorie **T87**.

Les **complications des extrémités rattachées** :

- peuvent concerner le membre supérieur (**T87.0X-**)
- peuvent concerner le membre inférieur (**T87.1X-**)
- utilisent le **sixième caractère** pour indiquer la latéralité.

Les **complications des autres parties du corps rattachées** sont codées avec le code **T87.2**.

Les **complications du moignon d'amputation** comprennent :

- le neurinome (**T87.30-T87.34**)
- l'infection (**T87.40-T87.44**)
- la nécrose (**T87.50-T87.54**)
- la déhiscence du moignon d'amputation (**T87.81**)
- autre complication du moignon d'amputation (**T87.89**).

- Ce code comprend la contracture du moignon d'amputation, la contracture de l'articulation proximale suivante, la flexion, l'œdème et l'hématome.

Le **cinquième caractère** des sous-catégories **T87.3- à T87.5-** précisent si l'affection concerne le **membre supérieur ou inférieur**, ainsi que la **latéralité**.

Le **syndrome du membre fantôme**¹⁴ n'est pas codé avec un code de la catégorie T87, mais avec le code **G54.6** ou **G54.7**, selon qu'il y a ou non une douleur associée.

14: Le **syndrome du membre fantôme** est une affection relativement fréquente après une amputation, dans laquelle le patient perçoit des sensations, incluant généralement une douleur, dans un bras ou une jambe après que le membre ait été amputé.

32.9 Complications de procédures non classées ailleurs

La catégorie **T81, complications des procédures, non classées ailleurs**, est utilisée pour classer un **groupe divers de complications postopératoires**. Des codes additionnels ne sont généralement pas nécessaires car le code de complication lui-même fournit une spécificité suffisante. La catégorie **T81** nécessite l'ajout d'un septième caractère à chaque code pour préciser le contact initial (A), le contact subséquent (D) ou les séquelles (S).

Exemples

- **T81.11-**, Choc cardiogénique postopératoire
- **T81.31-**, Désunion d'une plaie opératoire (chirurgicale) externe, non classée ailleurs
- **T81.83-**, Fistule postprocédurale persistante

Le code **T81.11x, choc cardiogénique postprocédural**, est utilisé pour coder un **choc cardiogénique**¹⁵ dû à une intervention chirurgicale.

Les infections postopératoires provenant de la plaie, des poumons ou d'un cathéter vasculaire peuvent entraîner un **choc septique postopératoire**¹⁶. Le code **T81.12X** est attribué pour un choc septique postopératoire.

Le code **T81.19X** est attribué pour le **choc hypovolémique postchirurgical** (le type le plus courant de choc postopératoire), qui se produit lorsque de grandes quantités de liquides sont perdues en raison d'une hémorragie ou d'une sévère déshydratation.

15: Le **choc cardiogénique** est causé par un cœur affaibli qui n'est pas en mesure de pomper suffisamment de sang vers les organes du corps. Les causes du choc cardiogénique comprennent l'infarctus du myocarde, la tamponnade péricardique et l'insuffisance cardiaque.

16: Voir chapitre 14 de ce manuel pour des informations supplémentaires sur le codage du choc septique postprocédural et de la septicémie due à une infection postprocédurale.

Exemple

Un patient a développé un choc cardiogénique réfractaire, qui a nécessité un support temporaire d'oxygénation par membrane extracorporelle (ECMO) veino-veineuse périphérique, après avoir subi un remplacement de la valve aortique (mécanique) en raison d'une sévère sténose aortique.

- **I35.0**, Sténose (valvulaire) aortique non rhumatismale
- **T81.11XA**, Choc cardiogénique postprocédural, contact initial
- **02RF0JZ**, Remplacement de la valve aortique par un substitut synthétique, voie d'abord ouverte

- **5A1522H**, Oxygénation extracorporelle, membrane, veino-veineuse périphérique

L'ICD-10-CM fournit des codes pour distinguer la **déhiscence des plaies**¹⁷ chirurgicales internes (**T81.32-**) et externes (**T81.31-**) ainsi que la déhiscence de la réparation d'une blessure traumatique (**T81.33-**).

Exemple

Un patient de huit ans a eu une lacération traumatique à la jambe inférieure qui a été suturée il y a plusieurs semaines. Le patient a été admis aux urgences deux semaines après le retrait des sutures en raison d'une désunion de la suture de la plaie.

- **T81.33XA**, Désunion de la suture d'une plaie d'une lésion traumatique, contact initial

17: La **déhiscence d'une plaie** implique la rupture partielle ou totale d'une ou de toutes les couches d'une plaie opératoire. Les causes courantes de déhiscence de la plaie comprennent une tension excessive sur les bords suturés, une nécrose des bords de la plaie, un sérome ou un hématome provoquant une pression sur la plaie, et une infection de la plaie.

32.10 Complications de corps étranger laissé accidentellement lors d'une intervention chirurgicale

La sous-catégorie **T81.5, Complications d'un corps étranger laissé accidentellement dans le corps à la suite d'une procédure** :

- est attribuée aux **situations** dans lesquelles il y a **rétenion involontaire d'un corps étranger (p. ex. une éponge) dans un patient après une chirurgie ou une autre intervention**¹⁸. L'occurrence de la rétenion involontaire d'objets à tout moment **après la fin de l'intervention chirurgicale**¹⁹ doit être saisie, quel que soit le contexte.
- ne peut **pas** être utilisé lorsque le prestataire **laisse intentionnellement un corps étranger** pendant l'intervention chirurgicale pour éviter de soumettre le patient au risque supplémentaire de retrait.
- est encore subdivisée pour préciser la complication due au corps étranger, comme :
 - les adhérences (**T81.51-**)
 - l'obstruction (**T81.52-**)
 - la perforation (**T81.53-**)
 - une autre complication (**T81.59-**)
 - une complication non spécifiée (**T81.50-**).
- Le **sixième caractère** précise si le corps étranger a été laissé accidentellement :
 - à la suite d'une opération chirurgicale (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)
 - à la suite du retrait d'un cathéter ou d'un emballage (7)

18: La rétenion involontaire d'un corps étranger chez un patient après une chirurgie ou une autre procédure invasive comprend les occurrences de rétenion involontaire d'objets à n'importe quel moment après la fin de l'intervention chirurgicale/de la procédure, quel que soit le cadre (salle de réveil, bloc opératoire, service des urgences, chevet du patient) et que l'objet doive être retiré ou non après sa découverte. Il s'agit des objets retenus involontairement (y compris des éléments tels que du matériel de conditionnement de la plaie, des éponges, des embouts de cathéter, des trocarts, des fils guides).

19: La **chirurgie se termine** après que toutes les incisions ou voies d'accès procédurales ont été entièrement fermées, que le ou les dispositifs tels que les sondes ou les instruments ont été retirés et, le cas échéant, que les décomptes chirurgicaux finaux confirmant l'exactitude des décomptes et résolvant toute divergence ont pris fin et que le patient a été emmené hors de la salle d'opération/de procédure.

- à la suite d'une autre procédure (8)
- à la suite d'une procédure non spécifiée (9).

Exemple

Lors d'une intervention chirurgicale sur le thorax, une suture s'est détachée de l'aiguille et l'aiguille a été perdue. Les multiples tentatives pour la retrouver ont été infructueuses. Une radiographie n'a pas révélé l'aiguille et le thorax a été fermé. Une autre radiographie montre que l'aiguille était positionnée à droite de la valve aortique. Le thorax est rouvert mais l'aiguille ne peut toujours pas être localisée. Le chirurgien décide que la poursuite de la recherche de l'aiguille causerait un préjudice au patient, le thorax est donc fermé et le patient est transféré à l'unité de soins intensifs dans un état stable.

- Dans ce cas, le code **T81.500A, complication non spécifiée due à un corps étranger laissé accidentellement dans le corps à la suite d'une opération chirurgicale, contact initial**, car le chirurgien a pris la décision de laisser l'aiguille pour éviter de nuire au patient.

Exemple

Un patient a été admis pour une hémiarthroplastie de la hanche droite en raison d'une fracture du col du fémur. Pendant les soins post-anesthésiques, les radiographies postopératoires ont révélé un fragment de ciment libre dans l'articulation. Le patient est renvoyé en chirurgie pour une exploration avec retrait du fragment de ciment.

- Dans cet exemple, le code **T81.590A, autre complication d'un corps étranger laissé accidentellement dans le corps à la suite d'une opération chirurgicale, contact initial**, doit être attribué parce que l'opération était terminée et que le patient a dû être renvoyé en chirurgie pour retirer le fragment de ciment.

La réaction aiguë à une substance étrangère (plutôt qu'à un corps étranger) laissée accidentellement lors d'une intervention est codée dans la sous-catégorie **T81.6**, plutôt que dans la sous-catégorie **T81.5**.

La catégorie **T81** fournit également des codes pour des complications d'une artère suite à une intervention, comme :

- l'artère mésentérique (**T81.710-**)
- l'artère rénale (**T81.711-**)
- une autre artère (**T81.718-**)
- une artère non spécifiée (**T81.719-**).

32.11 Autres complications de soins chirurgicaux et médicaux non classés ailleurs

La catégorie **T88, autres complications des soins chirurgicaux et médicaux, non classés ailleurs**, est utilisée pour classer un certain nombre

d'affections spécifiques qui peuvent survenir à la suite de presque tout type d'intervention.

Exemples

- T88.0-, Septicémie suite à une vaccination
- T88.1-, Vaccinia généralisée
- T88.2-, Choc dû à l'anesthésie
- T88.4-, Intubation ratée ou difficile

32.12 Complications versus soins de suivi

Comme nous l'avons vu précédemment, il est important de **faire la différence entre une admission pour une complication de la chirurgie ou des soins médicaux et une admission pour soins de suivi.**

Une **admission pour soins de suivi** :

- est généralement planifiée à l'avance
- est destinée à prendre en charge un soin résiduel attendu ou pour effectuer une activité de suivi, comme le retrait de broches ou de plaques placées lors d'une chirurgie orthopédique antérieure.
- est classée dans les catégories **Z42-Z51**.
 - Les codes Z pour soins de suivi ne doivent pas être utilisés pour les soins de suivi des lésions traumatiques. Pour le suivi d'une lésion traumatique, le code de lésion traumatique aiguë est attribué avec la valeur appropriée du septième caractère pour le contact subséquent²⁰.

20: Voir chapitre 29 de ce manuel

La sous-catégorie **Z48.0, contact pour surveillance des sutures, pansements et drains**, distingue les contacts pour :

- le changement ou enlèvement d'un pansement non chirurgical (**Z48.00**)
- le changement ou enlèvement d'un pansement chirurgical (**Z48.01**)
- ablation de sutures (**Z48.02**)
- le retrait de drains (**Z48.03**).

Des codes de complication ne peuvent pas être attribués pour les soins de suivi de routine.

Exemples

- **Z47.2**, Admission pour retrait des broches du fémur
- **Z47.33**, Admission pour remplacement d'une prothèse de genou après explantation d'une prothèse articulaire infectée
- **Z46.89**, Contact pour l'enlèvement du plâtre.

32.13 Statut post

Le terme *status post* utilisé dans les dossiers patients ne doit pas être interprété comme signifiant qu'il y a une complication postopératoire; ce terme est rarement destiné à avoir cette signification.

Le terme status post indique généralement que le patient a **subi une intervention à un moment donné dans le passé**.

Une affection status post est généralement classé dans les catégories **Z80-Z87**.

Cependant, ce status **n'est codé que s'il est significatif pour l'admission en cours**. S'il est non pertinent pour l'admission actuelle, il n'est pas codé.

32.14 Soins chirurgicaux et médicaux comme cause externe

Comme pour certains autres codes du chapitre 19 de l'ICD-10-CM, certains codes de complication de soins incluent **la cause externe (le type d'intervention à l'origine de la complication) ainsi que la nature de la complication**. Par conséquent, aucun code de cause externe indiquant le type d'intervention n'est nécessaire pour ces codes.

Exemple

Par exemple, le code **M96.621, fracture de l'humérus suite à l'insertion d'un implant orthopédique, d'une prothèse articulaire ou d'une plaque osseuse, bras droit**, inclut 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 osseuse).

En outre, l'ICD-10-CM fournit **trois ensembles de codes de cause externe pour indiquer que les soins médicaux ou chirurgicaux sont à l'origine d'une complication** :

- **Y62-Y69**, Accidents et complications du patient au cours d'actes médicaux et chirurgicaux
 - ne sont utilisés que lorsque l'affection est documentée comme étant due à une **erreur au cours des soins médicaux ou chirurgicaux** :
 - Asepsie insuffisante au cours d'actes médicaux et chirurgicaux (**Y62.0-Y62.9**)
 - Erreur de dosage (**Y63.0-Y63.9**)
 - Substances médicales ou biologiques contaminées (**Y64.0-Y64.9**)
 - Autres accidents et complications (**Y65.0-Y65.53**)
 - Le code **Y65.51** est attribué lorsque la mauvaise opération (procédure) est effectuée sur le bon patient ou comprend un mauvais dispositif implanté dans un site chirurgical correct.
 - Le code **Y65.52** est attribué pour la réalisation d'une opération (procédure) sur un patient non prévu pour une intervention chirurgicale. Cela inclut la réalisation d'une procédure destinée à un autre patient et la réalisation d'une procédure sur le mauvais patient.

- Le code **Y65.53** est attribué pour la réalisation de l'opération (procédure) correcte sur le mauvais côté/la mauvaise partie du corps.
- Autres accidents et complications spécifiées (**Y65.8**)
- Non-administration de soins médicaux et chirurgicaux (**Y66**)
- Accidents et complications non spécifiées (**Y69**).
- **Y70-Y82**, dispositifs médicaux associés à des accidents au cours d'actes diagnostiques et thérapeutiques
- **Y83-Y84**, actes médicaux et chirurgicaux à l'origine de réactions anormales du patient, sans mention d'incident au cours de l'intervention

Exemples

Quelques exemples d'utilisation des codes de cause externe pour indiquer que les mauvaises interventions subies par les patients pendant les soins chirurgicaux et médicaux sont la cause d'une complication :

- **J70.0 + Y63.2**, Pneumopathie radique due à une erreur de dosage de radiothérapie
- **T81.89x- + Y65.51**, Composant fémoral gauche inséré dans la jambe droite au lieu du composant fémoral droit lors d'une arthroplastie totale du genou

Les catégories **Y70-Y82** sont utilisées pour signaler la détérioration ou le mauvais fonctionnement d'un dispositif médical lors d'une intervention, après implantation, au cours de l'utilisation. Ces codes sont utilisés pour coder les incidents indésirables concernant les types de dispositifs suivants :

- **Y70**, Appareils d'anesthésiologie
- **Y71**, Appareils cardio-vasculaires
- **Y72**, Appareils oto-rhino-laryngologiques
- **Y73**, Appareils utilisés en gastro-entérologie et en urologie
- **Y74**, Appareillage hospitalier et d'usage personnel
- **Y75**, Appareils utilisés en neurologie
- **Y76**, Appareils utilisés en obstétrique et en gynécologie
- **Y77**, Appareils utilisés en ophtalmologie
- **Y78**, Appareils utilisés en radiologie
- **Y79**, Appareils orthopédiques
- **Y80**, Appareils de médecine physique
- **Y81**, Appareils utilisés en chirurgie générale et esthétique
- **Y82**, Appareils, autres et non spécifiés

Les codes des catégories **Y83-Y84** sont utilisés lorsque l'affection est documentée comme étant **due à des soins médicaux ou chirurgicaux, mais sans mention d'erreurs ou d'incidents**.

En raison des conséquences juridiques potentiels qui peuvent découler du codage de certains codes de cause externe, **une erreur ne peut jamais être supposée** ; de tels codes ne devraient être attribués que lorsque le prestataire de soins a documenté un diagnostic clair à cet effet.