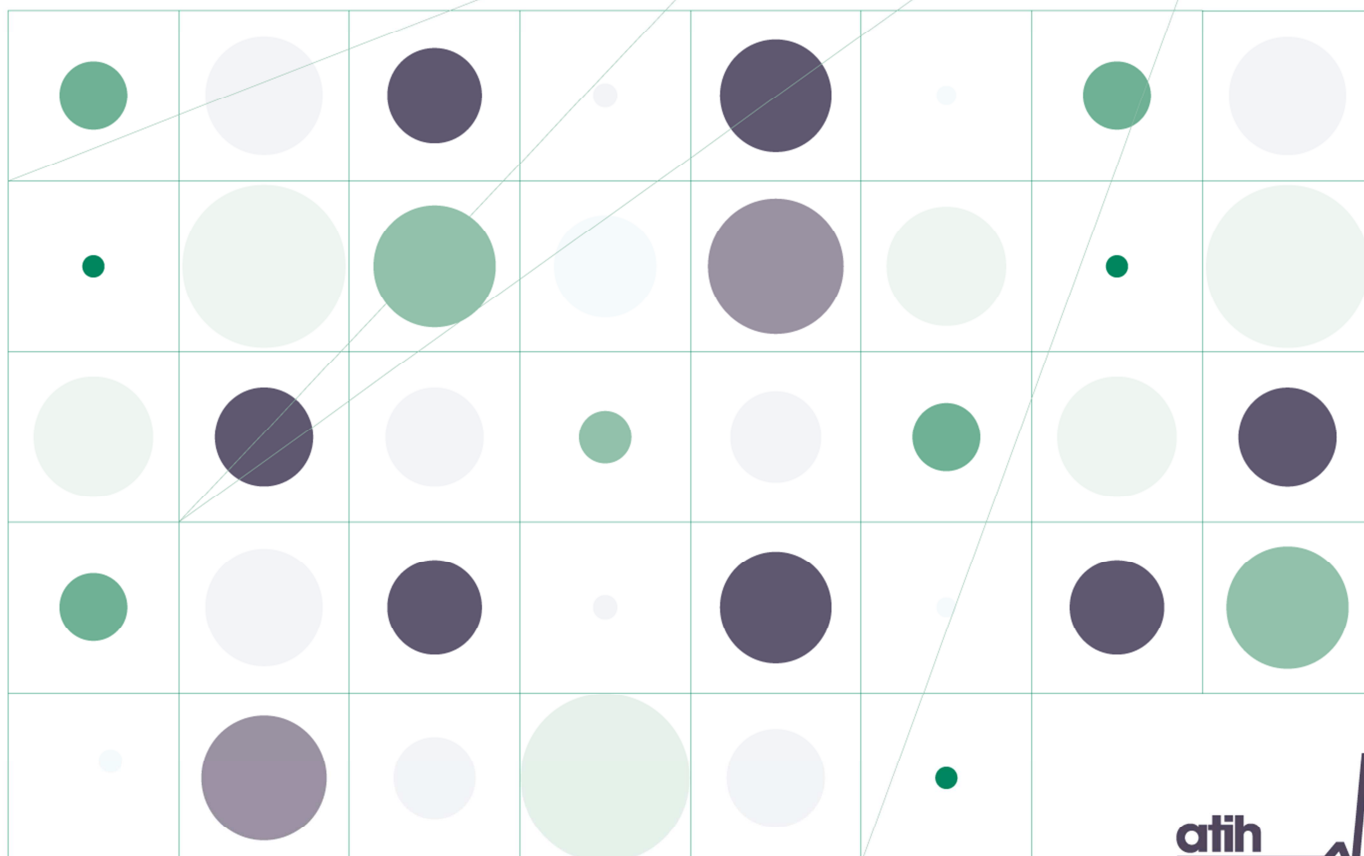


Novembre
2015

Maladies de l'appareil digestif



TUBE DIGESTIF

Communication buccosinusienne

La CIM-10 ne propose pas de codage précis de cette affection. Nous conseillons d'employer **K13.7 Lésions de la muqueuse buccale, autres et sans précision**, car les fistules buccales y sont incluses.

Créé le 15 mars 2008

Complications d'anneau ajustable périgastrique

L'anneau gastrique ajustable est un dispositif implantable circulaire placé autour de la partie supérieure de l'estomac, partageant celui-ci en deux « chambres ». Il se compose de l'anneau silicone proprement dit comportant un ballonnet gonflable interne et d'une chambre d'injection (boîtier) placée sous la peau et reliée au ballonnet de l'anneau par un fin tuyau (cathéter). L'injection de liquide dans le boîtier permet de gonfler le ballonnet de l'anneau, de diminuer ainsi son diamètre et donc de réduire le passage entre les deux « chambres » de l'estomac.

Des *complications fonctionnelles* peuvent s'observer. Elles ne sont dues directement au dispositif, mais traduisent les répercussions des modifications du fonctionnement gastrique. Elles sont variées et ne peuvent être toutes décrites ici. Elles se codent selon leur manifestation, comme à l'ordinaire. On peut citer par exemple :

Vomissements :	K91.0
Pyrosis :	R12
Œsophagite :	K20
Dysphagie :	R13
Carence en fer :	E61.1
Carence en folates :	E53.8
Carence en vitamine B ₁₂ :	E53.8

Des *complications mécaniques* peuvent survenir tant au niveau de l'anneau que de la chambre d'injection. Les complications mécaniques liées à la chambre d'injection et au cathéter se codent **T85.6 Complication mécanique d'autres prothèses, implants et greffes internes précisés**. Les complications mécaniques liées à l'anneau se codent **T85.50 Complication mécanique due à un dispositif implantable périgastrique de gastroplastie pour obésité morbide**.

Conformément aux règles de codage des complications, le code T85.50 est à employer seul pour décrire la complication quand aucun code plus précis n'est proposé par la CIM-10. Dans le cas contraire, le code le plus descriptif est le code prioritaire. Voici quelques exemples de codage de ces complications :

Rupture de l'anneau :	T85.50	
Glissement de l'anneau :	T85.50	
Fuite du ballonnet de l'anneau :	T85.50	
Dilatation de la poche gastrique :	K31.8	T85.50
Érosions gastriques :	K25.7	T85.50
Perforation gastrique :	K25.1¹	T85.50
Hémorragie gastrique, sans perforation :	K25.4	T85.50
Hémorragie gastrique, avec perforation :	K25.2²	T85.50
Occlusion de la bouche gastrique de passage à travers l'anneau :	K31.2	T85.50.

¹ si l'on admet que la perforation liée au dispositif est un phénomène aigu ; K25.5 si elle est signalée chronique ou non précisée

² si l'on admet que la perforation liée au dispositif est un phénomène aigu ; K25.6 si elle est signalée chronique ou non précisée

Les *complications infectieuses* sont plus souvent dues à la chambre d'injection qu'à l'anneau lui-même. Leur codage suit les règles habituelles préconisées par l'OMS (cf CIM-10, volume 2, page 140 de l'édition de 2008³) : c'est le code de la manifestation de cette infection qui est le code prioritaire. Le code du chapitre XIX l'accompagne ; dans les deux cas, il s'agit du code **T85.7 Infection et réaction inflammatoire dues à d'autres prothèses, implants et greffes internes**.

Dans tous les cas exposés ci-dessus, un code supplémentaire du chapitre XX est utilisable pour en signaler le caractère iatrogène : **Y83.1 Intervention chirurgicale avec implantation d'une prothèse interne [à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'accident au cours de l'intervention]**. En cas d'infection, on ajoute le code **Y95 Facteurs nosocomiaux** si elle répond à la définition d'une infection nosocomiale.

Créé le 15 mars 2008

Appendicite aigüe

En 2011 l'OMS a remanié la catégorie K35. Les codes K35.0, K35.1 et K35.9 sont supprimés et remplacés par de nouveaux codes :

- **K35.2 Appendicite aigüe avec péritonite généralisée**. Ce code sera utilisé pour toute collection intrapéritonéale purulente diffuse (sans signe de limitation) au cours d'une appendicite accompagnée le plus souvent d'une perforation ou d'une rupture de l'appendice ;
- **K35.3 Appendicite aigüe avec péritonite localisée**. Ce code inclut l'appendicite aigüe avec abcès péritonéal ainsi que l'appendicite aigüe avec péritonite SAI ou localisée. Les expressions abcès péritonéal, collection intrapéritonéale (périappendiculaire) ou péritonite localisée sont équivalentes. Pour porter le diagnostic d'abcès, il convient que soit affirmée la présence d'une collection purulente dans une cavité circonscrite par la réaction des viscères et/ou des mésos, dans laquelle se trouve habituellement l'appendice, qu'il soit ou non perforé ou rompu. C'est cette limitation de la diffusion de l'épanchement purulent dans la cavité péritonéale qui marque la différence avec la péritonite généralisée ;
- **K35.8 Appendicites aigües, autres et non précisées**. Ce code inclut les appendicites sans mention de péritonite. La présence de fausses membranes recouvrant l'appendice, d'abcès dans la paroi de l'appendice, d'un épanchement louche dans la gouttière latérocolique, la fosse iliaque ou le cul-de-sac de Douglas ne doivent pas être considérées comme des éléments suffisants pour utiliser un des 2 codes précédents ; on parle ici d'appendicite aigüe suppurée. Le code K35.8 sera donc celui à utiliser quand les conditions pour affirmer la présence d'une péritonite généralisée ou d'un abcès d'origine appendiculaire ne sont pas réunies. Dans la pratique française, c'est le code qui sera le plus souvent employé.

Créé le 15 mars 2008

Modifié le 1^{er} novembre 2015

Colite collagène

La colite collagène est une forme de colite microscopique d'étiologie inconnue. La CIM-10 ne propose pas de code plus précis que **K52.8 Autres gastroentérites et colites non infectieuses précisées** pour cette affection. Une inclusion a d'ailleurs été spécifiquement créée par l'OMS en 2010 sous ce code.

Créé le 15 mars 2008

Complété le 1^{er} novembre 2015

³ Pages 107-108 dans l'édition de 1993.

Subocclusion

La subocclusion est une occlusion partielle de l'intestin. Elle se code ainsi que l'indique le volume alphabétique (à *Occlusion (partielle)(totale)(transitoire) de l'intestin*) comme une occlusion, sauf si elle est d'origine fonctionnelle. Dans ce cas on emploie **K59.8** *Autres troubles fonctionnels précisés de l'intestin*.

Créé le 15 mars 2008

Modifié le 1^{er} novembre 2015

Polypes du côlon

Le codage des polypes du côlon fait appel à plusieurs catégories :

- les *polypes du côlon* se codent avec la catégorie **D12.**– s'ils sont précisés *adénomateux* ;
- s'ils sont le siège d'un cancer (*polype dégénéré*), ils doivent être codés comme des *tumeurs malignes du côlon* ;
- **K63.5** code les *polypes non tumoraux du côlon* et les *polypes dont la nature histologique n'est pas précisée*.

Créé le 15 mars 2008

À la demande d'un groupe d'étude en gastroentérologie, l'Atih a créé des subdivisions de codes qui permettent de signaler différentes formes de polypose héréditaire (D12.6+–) et de les distinguer de formes de polypose non héréditaire (K63.5+–). L'emploi de ces codes étendus est facultatif.

Créé le 15 janvier 2009

Diarrhées

La décision de l'OMS de subdiviser le code A09 et de supprimer la note d'utilisation qui l'accompagnait jusqu'alors modifie radicalement la façon de coder le diagnostic de « diarrhée sans précision ». Désormais le diagnostic de *diarrhée* (de gastroentérite, d'entérite ou de colite) se code **A09.0** *Gastroentérites et colites d'origine infectieuse, autres et non précisées* quand son origine infectieuse est affirmée – en l'absence de précision sur le germe en cause. Précisée d'origine non infectieuse, cette affection est codée **K52.9** *Gastroentérite et colite non infectieuse, sans précision*. Sans information sur l'origine infectieuse ou non, le diagnostic doit être codé **A09.9** *Gastroentérite et colite d'origine non précisée*.

Cette modification de la CIM–10 est introduite le 1^{er} janvier 2009 pour les besoins du PMSI.

Créé le 15 janvier 2009

Hemoccult® positif

Le test Hemoccult® vise à rechercher la présence de sang dans les selles. Il est utile en cas d'absence de saignement cliniquement évident ; sa positivité signe alors la présence occulte de sang dans les selles. L'OMS a créé une inclusion spécifique au code **R19.5** *Autres anomalies de matières fécales* pour décrire ce signe.

Créé le 15 mars 2008

Stomies

Il est important de différencier l'emploi des catégories **Z43** *Surveillance de stomies* et **Z93** *Stomies*.

La première fait partie du groupe Z40-Z54 *Sujets ayant recours aux services de santé pour des actes médicaux et des soins spécifiques*. Elle concerne donc des patients pris en charge pour un motif thérapeutique. **Z43.3** *Surveillance de colostomie* est ainsi employé, par exemple, pour une modification de la colostomie ou une fermeture programmée en l'absence de complications.

Z93 fait partie du groupe Z80-Z99 *Sujets dont la santé peut être menacée en raison d'antécédents personnels et familiaux et de certaines affections*. Il s'agit ici de signaler un état particulier qui n'est pas l'objet de soins durant l'épisode concerné par le recueil. Ainsi pour un patient porteur d'une colostomie dont il assure lui-même les soins, on pourra coder **Z93.3 Colostomie**.

L'emploi de ces catégories peut être soumis à des règles particulières qu'il convient de lire dans les guides méthodologiques relatifs aux différents champs.

Créé le 15 mars 2008

Les pièges de la catégorie K57.–

Deux pièges se cachent dans l'utilisation des souscatégories K57.–.

La catégorie **K57** décrit la présence de diverticules intestinaux compliqués ou non, quelle qu'en soit la localisation. La version d'origine de la CIM–10 y range les diverticules de l'intestin grêle et du gros intestin, ce qui intègre les exceptionnels diverticules du rectum. Le terme *côlon*, plus restrictif que l'on trouve dans les libellés de certaines souscatégorie K57.– des éditions initiales de la version française de la CIM–10 est une confusion de traduction corrigée dans la version 2015 de la CIM–10 FR.

La conjonction **et** est employée dans 2 sens différents dans les souscatégories K57.–. Elle a le sens de **avec** dans l'expression *Diverticulose du gros intestin et de l'intestin grêle* : K57.4 et K57.5 ne servent bien à coder que des diverticuloses atteignant à la fois l'intestin grêle et le gros intestin. Elle a par contre le sens de **et/ou** dans l'expression *avec perforation et abcès*. Les quatrième caractères .0, .2, .4 et .8 repèrent les formes compliquées de perforation, d'abcès ou de ces deux phénomènes.

Créé le 15 juillet 2008

Modifié le 1^{er} novembre 2015

Mucite buccale

Depuis 2011 la mucite buccale se code K12.3.

Créé le 1^{er} novembre 2015

Hémorroïdes

En 2013 l'OMS a supprimé la catégorie **I84 Hémorroïdes** et a déplacé ces affections dans le chapitre XI des maladies de l'appareil digestif. À compter de 2014 en France les hémorroïdes seront codées avec la catégorie **K64 Hémorroïdes et thrombose veineuse périanale**.

La distinction des différentes formes cliniques ne se fonde plus sur le caractère interne ou externe de la lésion mais sur le degré de procidence en accord avec la nouvelle classification des hémorroïdes.

Créé le 1^{er} novembre 2015

Ulcères digestifs

La catégorie **K28 Ulcère gastrojéjunale** est à utiliser pour le codage des ulcères anastomotiques après intervention. L'inclusion pour l'ulcère peptique SAI est à entendre dans son sens premier d'ulcère peptique anastomotique.

L'ulcère peptique non anastomotique se code comme un ulcère selon sa localisation. L'ulcère peptique non anastomotique SAI se code **K27 Ulcère digestif, de siège non précisé**.

Créé le 1^{er} novembre 2015

FOIE, PANCRÉAS ET VOIES BILIAIRES

Cirrhose décompensée

Il n'existe pas de code spécifique pour signaler qu'une cirrhose est décompensée : cette forme se code comme une cirrhose, qu'elle soit d'origine alcoolique (K70.0, K70.3) ou non. Il est possible de coder les différentes manifestations prises en charge dont les principales sont les suivantes – en respectant les règles de recueil propres à chaque champ du PMSI – :

- ascite : **R18** ;
- hémorragie digestive par rupture de varices œsophagiennes : **I98.3** ;
- ulcère gastrique ou duodénal aigu hémorragique : **K25.0, K26.0** ;
- encéphalopathie hépatique : **K72.–** ;
- syndrome hépatorénal : **K76.7**.

Créé le 15 janvier 2009

Hépatosidérose métabolique

Cette affection associe une surcharge en fer hépatique et un syndrome d'insulinorésistance. La pathologie hépatique est variable et sera codée comme telle : fibrose, sclérose, cirrhose, stéatose. L'anomalie du métabolisme du fer sera signalée par le code **E83.1 Anomalies du métabolisme du fer**. La résistance à l'insuline ne peut se coder autrement que **R73.9 Hyperglycémie, sans précision**.

Créé le 15 mars 2008

Ascite infectée

La *Société nationale française de gastroentérologie* (SNFGE) a proposé de coder **R18 Ascite** les infections du liquide d'ascite et cette décision a été validée par l'ATIH. Lorsqu'un germe est mis en évidence, on fait appel aux catégories B95-B96 pour l'identifier.

Il n'est donc pas autorisé d'employer un code de péritonite dans cette situation.

Créé le 15 mars 2008

Foie de choc et foie cardiaque

Le syndrome de nécrose anoxique aiguë du foie (dite aussi « foie de choc ») est défini par l'ensemble des manifestations hépatiques secondaires à une diminution de l'apport en oxygène aux cellules hépatiques. On peut la rencontrer en cas de myocardite aiguë ou de trouble du rythme supraventriculaire au cours d'une cardiopathie chronique...

Le foie cardiaque congestif est défini par l'ensemble des manifestations hépatiques secondaires à une élévation de la pression veineuse centrale (SNFGE).

On emploiera **K76.2 Nécrose hémorragique centrale du foie** pour coder le foie de choc et **K76.1 Congestion passive chronique du foie** pour le foie cardiaque. Ce dernier code est toutefois accessoire par rapport à celui de l'affection cardiaque causale.

Créé le 15 mars 2008

Cytolyse hépatique

La cytolys hépatique est l'ensemble des perturbations liées à la destruction des hépatocytes. Elle peut être observée au cours de différentes affections (hépatites virales, toxiques, cirrhoses...), mais son diagnostic est biologique : on observe dans ce cas, parmi d'autres perturbations, une élévation des transaminases sériques. Lorsque la cytolys entre dans le cadre d'une affection enregistrée par

ailleurs elle ne doit pas être codée. Si elle est isolée on emploie le code **R74.0** *Augmentation des taux de transaminase et de la lactico-déshydrogénase [LDH]*⁴.

Créé le 15 mars 2008

Drain de Kehr

Ce drain est utilisé après une cholécotomie pour effectuer une dérivation externe momentanée de la bile. Si on souhaite coder un séjour pour son ablation programmée, en l'absence de complication, on emploie **Z43.4** *Surveillance d'autres stomies de l'appareil digestif*, le drain de Kehr devant être considéré comme une stomie digestive.

Créé le 15 mars 2008

Rupture de varices œsophagiennes

En l'absence de code de la CIM-10 pour signaler exactement cette affection quand elle survient au cours de l'évolution d'une cirrhose, l'ATIH a créé le libellé *Varices œsophagiennes au cours de maladies classées ailleurs, hémorragiques (I98.20*)* en 2002. L'OMS a réparé cette insuffisance en créant un libellé identique codé **I98.3*** ; parallèlement, elle a modifié le sens du libellé codé **I98.2***, dont l'emploi est désormais limité à la survenue de *varices œsophagiennes non hémorragiques au cours de maladies classées ailleurs*. Cette évolution de la CIM-10 est introduite au 1^{er} janvier 2009 pour les besoins du PMSI. Les codes I98.20 et I98.29 ont alors été déconseillés pendant une période transitoire avant leur suppression complète en 2011.

Si le caractère hémorragique n'est pas précisé les varices œsophagiennes doivent être considérées comme non hémorragiques et se codent I98.2.

Créé le 15 janvier 2009

Complété le 1^{er} novembre 2015

⁴ Dans la version originale de la CIM-10 en français le libellé est *Augmentation des taux de transaminase et d'acide lactique déshydrogénase*. Ce libellé a été modifié dans la version 2015 de la CIM-10 FR à usage PMSI.

PAROI

Éventration et éviscération

Il existe parfois une confusion entre ces deux termes.

Une éventration est l'issue d'une partie du contenu de l'abdomen à travers un orifice naturel ou non de la paroi abdominale. Elle peut être spontanée (s'il y a une déficience de la paroi) ou traumatique (due à une plaie ou au relâchement d'une cicatrice de laparotomie). On emploie pour la coder la catégorie **K43** *Autres hernies de la paroi abdominale antérieure* complétée par un code de la catégorie **Y83** dans le cas d'une complication postopératoire.

L'éviscération est l'extériorisation des organes abdominaux provoquée par la désunion d'une plaie opératoire dans les suites immédiates d'une intervention – le plus souvent par laparotomie. Elle se code **T81.30** *Éviscération postopératoire* associé à un code Y83.– pour préciser la nature de l'intervention initiale.

En 2013 l'OMS a remanié la catégorie **K43** *Autres hernies de la paroi abdominale antérieure*. Cette catégorie individualise désormais les éventrations postopératoires et les hernies péristomiales. Les éventrations spontanées (non postopératoires) se codent désormais K43.6, K43.7 ou K43.9. Dans ce cas le code T81.38 *Désunions d'une plaie opératoire non classées ailleurs, autres et non précisées* ne doit pas être associé.

Pour les autres codes le caractère postopératoire étant soit inscrit dans le libellé (K43.0, K43.1, K43.2) soit implicite (K43.3, K43.4, K43.5), on ne doit pas associer non plus T81.38.

Créé le 15 mars 2008

Modifié le 15 janvier 2009 puis le 1^{er} novembre 2015

Annexe – Anciennes consignes

Sont ici reproduits les textes des versions précédentes du fascicule de codage des maladies digestives et qui ont fait l'objet d'une mise à jour significative en termes de pratique de codage dans le présent fascicule. Ces textes sont reproduits à titre documentaire et ne doivent plus être utilisés pour le codage.

Appendicite aigüe

La modification et l'ajout de notes par l'OMS sous les libellés codés **K35.0** *Appendicite aigüe avec péritonite généralisée* et **K35.9** *Appendicite aigüe, sans précision* sont facteurs de confusion dans leur utilisation correcte. Il est demandé de ne pas en tenir compte. Les consignes pour le codage des appendicites aigües sont donc les suivantes :

- **appendicite aigüe avec péritonite généralisée : K35.0.** Ce code sera utilisé pour toute collection intrapéritonéale purulente diffuse (sans signe de limitation) au cours d'une appendicite accompagnée le plus souvent d'une perforation ou d'une rupture de l'appendice ;
- **appendicite aigüe avec abcès : K35.1.** Les expressions abcès péritonéal, collection intrapéritonéale (périappendiculaire) ou péritonite localisée sont équivalentes. Pour porter le diagnostic d'abcès, il convient que soit affirmée la présence d'une collection purulente dans une cavité circonscrite par la réaction des viscères et/ou des mésos, dans laquelle se trouve habituellement l'appendice, qu'il soit ou non perforé ou rompu. C'est cette limitation de la diffusion de l'épanchement purulent dans la cavité péritonéale qui marque la différence avec la péritonite généralisée ;
- **appendicite aigüe sans péritonite ou sans précision : K35.9.** La présence de fausses membranes recouvrant l'appendice, d'abcès dans la paroi de l'appendice, d'un épanchement louche dans la gouttière latérocolique, la fosse iliaque ou le cul-de-sac de Douglas ne doivent pas être considérées comme des éléments suffisants pour utiliser un des 2 codes précédents ; on parle ici d'appendicite aigüe suppurée. Le code K35.9 sera donc celui à utiliser quand les conditions pour affirmer la présence d'une péritonite généralisée ou d'un abcès d'origine appendiculaire ne sont pas réunies. Dans la pratique française, c'est le code qui sera le plus souvent employé.

Créé le 15 mars 2008

Les pièges de K57.–

Deux pièges se cachent dans l'utilisation des souscatégories K57.–.

La catégorie **K57** décrit la présence de diverticules intestinaux compliqués ou non, quelle qu'en soit la localisation. La version d'origine de la CIM–10 y range en effet les diverticules de l'intestin grêle et du gros intestin. Cette dernière locution a été traduite en français par le terme côlon, plus restrictif. On doit donc employer cette catégorie pour coder les exceptionnels diverticules du rectum. Cette confusion de traduction se retrouve ailleurs dans la CIM–10 : il faut par exemple remplacer le terme côlon des libellés de la catégorie Q42 par gros intestin.

La conjonction ...

Créé le 15 juillet 2008

Éventration et éviscération

Il existe parfois une confusion entre ces deux termes.

Une éventration est l'issue d'une partie du contenu de l'abdomen à travers un orifice naturel ou non de la paroi abdominale. Elle peut être spontanée (s'il y a une déficience de la paroi) ou traumatique (due à une plaie ou au relâchement d'une cicatrice de laparotomie). On emploie pour la coder la catégorie **K43** Autre hernie de la paroi abdominale antérieure complétée par un code de la catégorie **Y83** dans le cas d'une complication postopératoire. Le code T81.3 ne doit pas être utilisé dans cette situation.

L'éviscération est l'extériorisation d'organes abdominaux provoquée par la désunion d'une plaie opératoire dans les suites immédiates d'une intervention – le plus souvent par laparotomie. Elle se code **T81.3** Désunion d'une plaie opératoire, non classée ailleurs associé à un code Y83.– pour préciser la nature de l'intervention initiale.

Créé le 15 mars 2008

La création d'une subdivision du code T81.3 à l'initiative de l'ATIH et des précisions sur le signalement des complications postopératoires entraînent la modification des consignes ci-dessus pour le codage de l'éventration postopératoire et de l'éviscération. Il convient désormais de coder la première **K43.– + T81.38** ; l'éviscération se code **T81.30**. Ces changements intervenus le 1^{er} janvier 2009 prennent effet le 1^{er} mars 2009 pour le recueil du PMSI en MCO.

Créé le 15 janvier 2009

INDEX

A

Anneau gastrique (Complications d').....	1
Appendicite aiguë.....	2
Ascite infectée.....	5

C

Cirrhose décompensée.....	5
Colite collagène.....	2
Communication buccosinusienne.....	1
Cytolyse hépatique.....	6

D

Décompensation cirrhotique.....	5
Diarrhée.....	3
Diverticulose intestinale.....	4
Drain de Kehr.....	6

E

Éventration.....	7
Éviscération.....	7

F

Foie cardiaque.....	5
Foie de choc.....	5

H

Hemocult® positif.....	3
Hémorroïdes.....	4
Hépatosidérose métabolique.....	5

K

K35, catégorie.....	2
K43, catégorie.....	7
K57, catégorie.....	4
K64, catégorie.....	4
Kehr (Drain de).....	6

M

Mucite buccale.....	4
---------------------	---

P

Polype colique.....	3
Polypose intestinale.....	3

S

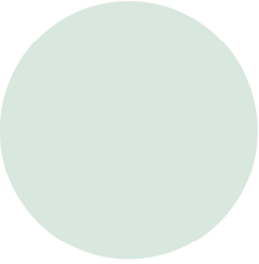
Stomies intestinales.....	3
Stomies intestinales (Présence de).....	4
Stomies intestinales (Soins à).....	3
Subocclusion (intestinale).....	3

U

Ulcère gastrojéjunal.....	4
Ulcères digestifs.....	4

V

Varices œsophagiennes (hémorragiques).....	6
--	---

							
							
					ATIH 117, bd Marius Vivier Merle 69329 Lyon cedex 03 Tél. 04 37 91 33 10 Fax 04 37 91 33 67 www.atih.sante.fr Pour plus d'informations: nomenclatures-de-sante@atih.sante.fr		
							
							