

Avril
2017

Syndromes coronariens

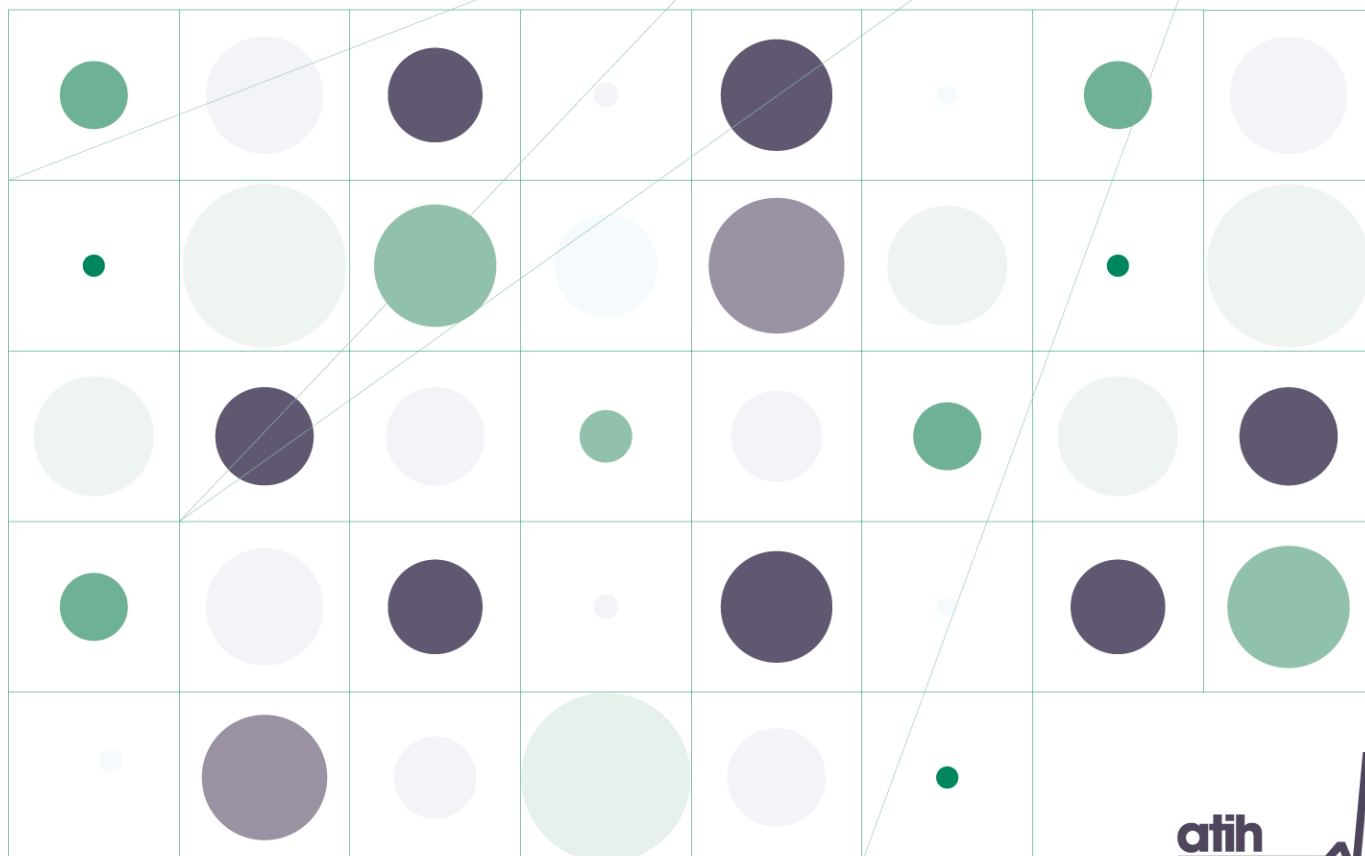


TABLE DES MATIÈRES

I. DÉFINITIONS	3
II. LES CODES.....	5
III. SYNDROMES CORONARIENS AIGUS OU SCA.....	6
III.1. Types de SCA : 3 premiers caractères du code CIM–10	6
III.2. Localisation anatomique de la lésion d'infarctus : 4 ^e caractère du code CIM–10	7
III.3. Modalités et délais de prise en charge du SCA : 5 ^e et 6 ^e caractères du code CIM–10 ..	7
III.4 Règles de codage des syndromes coronariens aigus en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO)	8
III.4.1 Syndrome coronarien aigu inaugural pris en charge avant 29 jours	8
III.4.2 Complications des infarctus	9
III.4.3 Séjour pour récurrence d'infarctus et infarctus ancien.....	10
III.4.4 Infarctus du myocarde de Type 2.....	10
IV AUTRES SYNDROMES CORONARIENS	11
IV.1 Autres formes d'angor que l'angor instable.....	11
IV.2 Ischémie myocardique silencieuse	11
IV.3 Occlusion ou sténose coronaire chronique	11
IV.4 Thrombose intrastent	11
IV.5 Suspicion de SCA non confirmée	12
ANNEXES.....	13

Codage des syndromes coronariens

Après avoir rappelé la définition de l'angine de poitrine ou angor et des infarctus, ce document précise :

- les codes de la 10^e révision de la *Classification internationale des maladies* (CIM-10) relatifs aux syndromes coronariens, qui permettent d'en décrire les manifestations cliniques et les complications ;
- les règles de codage pour le recueil PMSI des patients hospitalisés en court séjour en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO).

I. DÉFINITIONS

Ces définitions sont présentées pour donner quelques repères sémiologiques mais le diagnostic des différentes situations revient au clinicien qui le mentionnera dans le dossier du patient.

Syndrome coronarien aigu (SCA)¹

Le syndrome coronarien aigu (SCA) est un ensemble de symptômes provoqués par une réduction soudaine de l'apport sanguin au cœur. Le sang ne passant plus librement dans les artères coronaires, les tissus ne sont plus convenablement oxygénés.

Le terme SCA regroupe l'angor instable et l'infarctus du myocarde. Ces syndromes sont caractérisés le plus souvent par une douleur angineuse : médiastinothoracique, rétrosternale, en barre irradiant dans les épaules, les bras, la mâchoire inférieure, constrictive, à type d'oppression et de serrement. Ils se différencient par l'électrocardiographie (ECG), la concentration de Troponine et la clinique : évolution de la douleur, sensibilité aux dérivés nitrés.

- **Angor instable ou angine de poitrine instable**

Classiquement, on parle d'angor instable dans trois situations : lorsque la douleur est présente au repos, en cas d'apparition d'une symptomatologie angineuse nouvelle, ou intensification soudaine d'un angor préexistant telle que la survenue pour des efforts de moins en moins importants.

Sa durée est toujours brève et inférieure à 30 minutes. Il est soulagé en moins d'une minute par les dérivés nitrés. L'angor n'est jamais accompagné de susdécalage du segment ST à l'ECG et la troponine est en dessous du seuil décrit comme marqueur de l'infarctus.

- **Infarctus du myocarde**

Les infarctus du myocarde ont les mêmes caractéristiques cliniques que l'angor instable mais les symptômes durent souvent plus longtemps, résistent aux dérivés nitrés et s'accompagnent toujours d'une élévation de la troponine et/ou d'anomalies de mouvements pariétaux ventriculaires.

Les infarctus sont répartis en 2 classes :

- infarctus avec susdécalage du segment ST à l'ECG ; ou infarctus ST+ ou encore STEMI (*ST segment elevation myocardial infarction*) en anglais ;
- infarctus sans susdécalage du segment ST à l'ECG ; ou infarctus ST- ou encore NSTEMI (*non ST segment elevation myocardial infarction*) en anglais.

Lorsque l'ECG n'est pas interprétable, comme cela peut être parfois observé chez certains patients porteurs de pacemaker ou présentant des troubles du rythme, l'infarctus est considéré par convention comme un infarctus sans susdécalage du segment ST à l'ECG (Infarctus ST-).

¹ Guideline for the management of patients with non-ST-elevation acute coronary syndromes: executive summary: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. AHA/ACC, 2014

Lorsque le patient ne peut pas exprimer sa douleur : patient inconscient, affection mentale ou neurologique, etc., le diagnostic de SCA est alors posé sur les autres éléments paracliniques.

Infarctus du myocarde de type 2

Ils sont définis comme une nécrose myocardique due à un déséquilibre en oxygène entre les apports et les demandes du myocarde. Ils ne résultent pas d'une rupture et/ou complication d'une plaque d'athérome mais d'affections telles que : anémie, tachycardie, bradycardie, arythmie, insuffisance respiratoire, hypotension et hypertension avec ou sans hypertrophie ventriculaire gauche². Les coronaires peuvent être saines ou présenter des rétrécissements mais ces derniers ne sont pas directement responsables de la souffrance myocardique en cours.

Cette souffrance myocardique est révélée par une élévation de la troponine qui peut être accompagnée d'une modification de l'ECG.

Infarctus du myocarde ancien

Le diagnostic d'un infarctus ancien du myocarde est établi soit sur l'histoire clinique, soit sur au moins un des critères suivants³ :

- ondes Q pathologiques à l'ECG, avec ou sans symptômes, en l'absence de cause non ischémique ;
- présence, à l'imagerie, d'une région de perte de myocarde viable avec amincissement et akinésie pariétale, en l'absence de cause non ischémique ;
- signes anatomopathologiques d'infarctus du myocarde.

Angor stable ou angine de poitrine stable

C'est une douleur angineuse qui débute le plus souvent avec l'effort, surtout au froid et cède à l'arrêt de l'effort. L'angor stable est le plus souvent sensible aux dérivés nitrés et ne présente habituellement pas de susdécalage persistant du segment ST.

Ischémie myocardique silencieuse

L'ischémie myocardique silencieuse est définie⁴ par la présence d'une ischémie myocardique sans douleur thoracique angineuse ou équivalents angineux. Elle est attestée par :

- des modifications transitoires du segment ST à l'ECG,
- un déficit réversible de perfusion myocardique à la scintigraphie myocardique,
- ou des anomalies réversibles de mouvements pariétaux régionaux ventriculaires à l'échographie ou l'IRM.

Élévation de la troponine cardiaque (Troponine +)

Les troponines sont des protéines qui régulent la contraction musculaire. La troponine cardiaque (cTn) est le biomarqueur de choix dans le diagnostic des SCA car c'est le plus sensible et spécifique. Il existe deux types de Troponine en usage : la troponine I (cTnI) et la troponine T (cTnT). Aujourd'hui le dosage de la troponine est l'unique marqueur biologique recommandé par la Société européenne de cardiologie⁵.

Lorsque le muscle cardiaque est endommagé, la présence de troponine cardiaque est détectée dans le sang. On parle d'*élévation de la troponine* lorsque le dosage de troponine se situe au-dessus du seuil de normalité retenu par le laboratoire de biochimie. Cependant ce dosage nécessite une interprétation médicale car, dans certaines situations, le dosage peut être élevé sans traduire pour autant un infarctus du myocarde. De plus, dans d'autres situations, la cinétique de ce dosage - le cycle de la troponine - peut-être plus importante que le dosage lui-même.

² Thygesen K, Alpert J.S, Jaffe A.S and coll. Third Universal Definition of Myocardial Infarction. ESC Clinical Practice Guidelines, -European Heart Journal 2012;33:2551-2567.

Voir également le site de [cardiologie francophone](#).

³ Ibid

⁴ Helft J, Metzger JP. Ischémie myocardique silencieuse. EMC 11-030-C-10.

⁵ Thygesen K, Mair J, Katus H and coll. Recommendations for the use of cardiac troponin measurement in acute cardiac care. *Europ. Heart J*, Volume 31, Issue 18, 1 September 2010.

II. LES CODES

La CIM–10 décrit les cardiopathies ischémiques avec les catégories I20 *Angine de poitrine*, I21 *Infarctus aigu du myocarde*, I22 *Infarctus du myocarde à répétition*, I23 *Certaines complications récentes d'un infarctus aigu du myocarde*, I24 *Autres cardiopathies ischémiques aiguës* et I25 *Cardiopathie ischémique chronique*. Ces catégories sont elles-mêmes subdivisées en souscatégories.

Pour les catégories I21 et I22 un 5^e et un 6^e caractère précisent le type de prise en charge.

En 2015 l'OMS a pris en compte l'évolution de la classification des SCA en indiquant, par l'ajout d'une note d'inclusion, que les infarctus sans susdécalage du segment ST (Infarctus ST- ou NSTEMI) devaient être codés I21.4– *Infarctus sousendocardique aigu du myocarde*.

En 2015 l'OMS a également précisé que la souscatégorie I20.8 *Autres formes d'angine de poitrine* permettait de coder l'angor stable ainsi que le *Coronary slow flow syndrome*. Le libellé du code I25.4 *Anévrisme et dissection d'une artère coronaire* a été modifié pour ajouter la notion de dissection coronarienne.

Enfin, le code I20.0+0 *Angine de poitrine [angor] instable avec élévation des marqueurs biochimiques [enzymes] myocardiques* créé en 2002 par l'ATIH a perdu sa pertinence et est supprimé dans la version 2016 de la CIM–10 FR à usage PMSI.

Toutes ces modifications sont intégrées dans la version 2017 de la [CIM 10 FR à usage PMSI](#).

La totalité des codes et libellés des cardiopathies ischémiques, tels qu'ils apparaissent dans la CIM–10 FR 2017, est reprise en ANNEXE.

III. SYNDROMES CORONARIENS AIGUS OU SCA

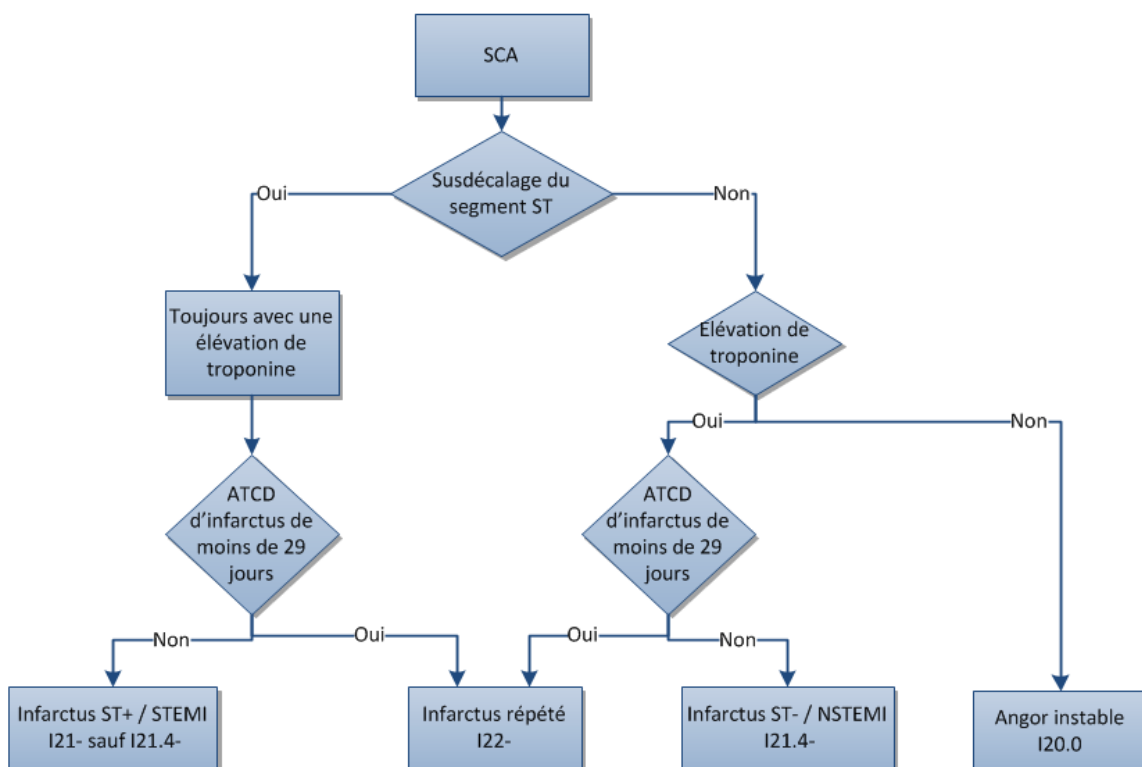
III.1. Types de SCA : 3 premiers caractères du code CIM-10

Les SCA se différencient par la présence ou non d'un susdépassement du segment ST à l'ECG ainsi que par le dosage de la troponine.

- Les SCA ST+ (ou Infarctus ST+) sont toujours accompagnés d'une élévation de la troponine. Ce sont des infarctus du myocarde et ils se codent avec les catégories I21, sauf le code I21.4, ou I22.
- Les SCA ST- avec élévation de la troponine correspondent aux infarctus sousendocardiques (Infarctus ST-) et se codent I21.4-.
- Les SCA ST- sans élévation de la troponine correspondent aux angors instables et se codent I20.0.

Les infarctus qui surviennent dans un délai de 28 jours, ou moins, après un précédent épisode, sont codés avec la catégorie I22- quel que soit le résultat de l'ECG et qu'il y ait, ou non, un susdépassement du segment ST.

Figure N° 1 : Situation de syndrome coronarien aigu : algorithme de codage en fonction des examens complémentaires et des antécédents :



III.2. Localisation anatomique de la lésion d'infarctus : 4^e caractère du code CIM-10

La localisation anatomique de la lésion cardiaque entre en jeu dans le choix du 4^e caractère des codes des catégories I21 *Infarctus aigu du myocarde* et I22 *Infarctus du myocarde à répétition*.

Par convention les infarctus sans susdécalage de ST (Infarctus ST-) se codent I21.4– *Infarctus sousendocardique aigu du myocarde*, quelle que soit la localisation anatomique de la lésion.

Les infarctus avec susdécalage du segment ST (Infarctus ST+) appelés par convention dans la CIM-10 'infarctus transmural', se codent avec la catégorie I21, et le 4^e caractère du code correspond à la localisation de l'infarctus :

- paroi antérieure du cœur : I21.0–
- paroi inférieure du cœur : I21.1–
- autre localisation précisée du cœur : I21.2–
- localisation non précisée du cœur : I21.3–

Le code I21.9– *Infarctus aigu du myocarde, sans précision* doit être évité car il est possible de faire la distinction entre un infarctus avec susdécalage de ST (Infarctus ST+) qui sera codé I21.3 si la localisation n'est pas précisée, et un infarctus sans susdécalage de ST (Infarctus ST-) qui sera toujours codé I21.4.

La récurrence d'un infarctus, dans un délai de 28 jours après un précédent infarctus est codée avec la catégorie I22.–, qu'il y ait ou pas de susdécalage de ST, et que la récurrence ait lieu ou non dans le même territoire. Le 4^e caractère du code correspond à la localisation de la lésion myocardique :

- paroi antérieure du cœur : I22.0–
- paroi inférieure du cœur : I22.1–
- autre localisation précisée du cœur : I22.8–
- localisation non précisée du cœur : I22.9–.

Par contre, si un nouvel infarctus survient plus de 28 jours après un premier, il est codé comme un infarctus inaugural avec la catégorie I21, la phase aiguë du premier infarctus étant considérée comme terminée.

III.3. Modalités et délais de prise en charge du SCA : 5^e et 6^e caractères du code CIM-10

Les 5^e et 6^e caractères des codes des catégories I21 et I22 correspondent au mode de prise en charge des infarctus. Ces extensions ont été créées en 2002 par l'ATIH. Elles ne sont présentes que dans la CIM10-FR à usage PMSI.

Lorsque le séjour hospitalier correspond à la prise en charge thérapeutique initiale de l'infarctus visant la reperfusion coronaire, que celle-ci soit médicale, interventionnelle ou chirurgicale, le 5^e caractère '0' doit être utilisé.

Si cette prise en charge de l'infarctus débute moins de 24 heures après le début des symptômes, on ajoute un 6^e caractère '0'.

Exemple : Infarctus transmural aigu du myocarde de la paroi antérieure, prise en charge initiale par thrombolyse à la 5^e heure se code infarctus de 24 heures ou moins : I21.000.

Dans tous les autres cas on ajoute le 5^e caractère '8'.

Exemple : Infarctus transmural aigu du myocarde de la paroi antérieure, prise en charge symptomatique code I21.08 qui signifie Infarctus (transmural) aigu du myocarde de la (paroi) antérieure, autre prise en charge.

Il faut noter cependant, comme l'indiquent la note située sous le titre du groupe des cardiopathies ischémiques et l'index alphabétique (volume 3) de la CIM-10, qu'un infarctus ne peut pas être codé

comme aigu lorsqu'il est pris en charge plus de 28 jours après le début des symptômes. Au-delà de ce délai, l'infarctus est considéré comme ancien et se code I25.2 *Infarctus du myocarde, ancien*.

III.4 RÈGLES DE CODAGE DES SYNDROMES CORONARIENS AIGUS EN MÉDECINE, CHIRURGIE, OBSTÉTRIQUE ET ODONTOLOGIE (MCO)

Les règles de codage sont répertoriées dans la CIM–10 et dans le *Guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité médicale et à sa facturation en MCO*.

III.4.1 Syndrome coronarien aigu inaugural pris en charge avant 29 jours

III.4.1.1 Un seul résumé d'unité médicale (RUM)

Lors du séjour initial de prise en charge, le codage du diagnostic principal de SCA (DP) emploie le code I20.0 pour décrire l'angor instable et ceux des catégories I21 et I22 pour décrire les infarctus.

III.4.1.2 Plusieurs RUM ou établissements

En cas de mutation dans une autre unité médicale ou de transfert dans un autre établissement de MCO, le SCA peut être codé comme DP dès lors qu'il continue d'être le sujet principal des soins.

Pour les catégories I21 et I22, les extensions de code en 5^e et 6^e position seront utilisées selon les règles décrites au paragraphe III.3.

Exemple n°1 :

Patient venu pour douleur thoracique dans un établissement A, un diagnostic d'infarctus est posé suite à un dosage positif de troponine réalisé dans une unité de post urgence ; un traitement médical de reperfusion (fibrinolyse) est débuté :

Devant la persistance des symptômes malgré un traitement médical optimal, le patient est transféré dans un établissement B pour réalisation d'une coronarographie et pose de *stent*.

L'établissement A code l'infarctus I21.–0 ou I22.–0, 0 traduisant la « prise en charge initiale » de reperfusion

L'établissement B code de la même façon l'infarctus I21.–0 ou I22.–0 de « prise en charge initiale ».

Exemple n°2 :

Patient venu aux urgences d'un établissement A pour douleur thoracique, un diagnostic d'infarctus est posé et un traitement médical symptomatique est débuté ; le patient est directement transféré dans un établissement B pour réalisation d'une coronarographie avec pose de *stent* :

L'établissement A ne code rien et ne réalise aucun RUM

L'établissement B code I21.–0 ou I22.–0 de « prise en charge initiale ».

Exemple N°3 :

Patient hospitalisé pour décompensation de diabète ; 3 jours après son arrivée, apparition d'une douleur thoracique : un diagnostic d'infarctus est posé et le patient est muté en unité de soins intensifs cardiologiques (USIC) pour le traitement de reperfusion.

Le premier RUM code en DAS l'infarctus I21.–8 ou I22.–8, traduisant un infarctus avec « autre prise en charge ».

Le deuxième RUM code en DP l'infarctus I21.–0 ou I22.–0, 0 traduisant la « prise en charge initiale » de reperfusion.

Exemple N°4a (avec prestation interétablissement PIE) :

Patient hospitalisé dans un établissement A dans lequel le diagnostic d'infarctus est posé.

Le patient est transféré moins de 2 journées civiles dans un établissement B pour réalisation d'une coronarographie avec pose de *stent*. Nous sommes dans le cas d'une PIE.

Le patient revient ensuite dans l'établissement A au sein duquel se poursuit la prise en charge médicale post infarctus (diététicienne, éducation sur le sel ...)

Conformément au Guide méthodologique, il est fortement recommandé de ne produire qu'un seul RUM pour le séjour dans l'établissement A, englobant la période de suspension de l'hospitalisation. L'établissement de santé demandeur A fait figurer dans son RUM :

- la prestation effectuée en B dont il assume la charge financière, notamment le code de l'acte s'il s'agit d'un acte médicotechnique inscrit à la Classification commune des actes médicaux ;
- et le code Z75.80 en position de diagnostic associé pour signaler qu'une prestation a été réalisée dans un autre établissement.

Le DP de ce RUM se code I21.-0 ou I22.-0, 0 traduisant un infarctus avec « prise en charge initiale ».

L'établissement B code en DP un infarctus I21.-0 ou I22.-0 de « prise en charge initiale ». Il produit un RSS dont les modes d'entrée et de sortie sont codés « 0 » (transfert provisoire). La prestation de B n'est pas facturée à l'assurance maladie mais à l'établissement A.

Exemple N°4b (sans PIE) :

Patient hospitalisé dans un établissement A dans lequel le diagnostic d'infarctus est posé.

Le patient est transféré plus de 48h (donc pas de PIE possible) dans un établissement B pour réalisation d'une coronarographie avec pose de *stent*.

Le patient revient ensuite dans l'établissement A au sein duquel se poursuit la prise en charge médicale post infarctus (diététicienne, éducation sur le sel ...)

Si un RUM est créé pour le premier séjour dans l'établissement A, le DP est codé : I21.-8 ou I22.-8, 8 traduisant un infarctus avec « autre prise en charge ».

L'établissement B code en DP I21.-0 ou I22.-0, infarctus de « prise en charge initiale ».

Lors du second séjour dans l'établissement A l'infarctus est codé : I21.-8 ou I22.-8, 8 traduisant un infarctus avec « autre prise en charge ».

Exemple N°5 :

Patient hospitalisé dans un établissement A dans lequel le diagnostic d'infarctus est posé.

Le patient est transféré plus de 48h (donc pas de PIE possible) dans un établissement B pour réalisation d'un pontage coronaire.

Le patient revient ensuite dans l'établissement A, dans lequel se poursuit la prise en charge médicale post infarctus (diététicienne, éducation sur le sel ...).

Si un RUM est créé pour le premier séjour dans l'établissement A, le DP est codé I21.-8 ou I22.-8, 8 traduisant un infarctus avec « autre prise en charge ».

L'établissement B code I21.-0 ou I22.-0 de « prise en charge initiale ».

Le DP du second séjour dans l'établissement A se code : Z48.0, l'essentiel de la prise en charge portant sur la surveillance des suites du pontage ; l'infarctus ne doit pas être codé ni en DP ni en DAS.

III.4.2 Complications des infarctus

Les complications récentes des infarctus de type ST+ ou ST-, c'est-à-dire survenant moins de 29 jours après le début de l'infarctus, sont codées avec la catégorie I23 (voir codes en annexe).

La note d'exclusion de la version originale de la CIM-10 précise que les codes de cette catégorie ne sont pas à utiliser lorsque ces complications coexistent, au cours du même séjour par exemple, avec la survenue de l'infarctus. Cette note d'exclusion n'est pas à respecter dans le cadre du PMSI où il est

possible de coder dans le même séjour le code d'infarctus (catégories I21 et I22) et le code de complication (catégorie I23).

Si le lien causal entre l'affection suspectée d'être une complication et l'infarctus n'est pas affirmé, l'affection doit être codée avec les codes habituels autres que ceux de la catégorie I23, notamment ceux des catégories I31 et I51.

Il en est de même si la complication survient plus de 28 jours après l'infarctus.

Exemples :

- Patient hospitalisé pour infarctus ; apparition le 3^e jour de son hospitalisation d'une insuffisance mitrale due à une rupture des cordages de la valve : code des catégories I21 ou I22, associé à I23.4 *Rupture des cordages tendineux comme complication récente d'un infarctus aigu du myocarde* ;
- Patient hospitalisé pour un hémopéricarde survenant 30 jours après un infarctus ST+ : I31.2 *Hémopéricarde, non classé ailleurs*.

III.4.3 Séjour pour récurrence d'infarctus et infarctus ancien

Une récurrence d'infarctus de type ST+ ou ST-, dont le premier épisode relève de la catégorie I21, doit être codée avec la catégorie I22 *Infarctus du myocarde à répétition* si elle se produit dans un délai de 28 jours. Comme I21, la catégorie I22 est donc destinée au codage de l'infarctus à sa phase aiguë.

Le codage de l'infarctus ancien, c'est à dire datant de plus de 28 jours, est I25.2 *Infarctus du myocarde, ancien*.

Exemples :

- Patient hospitalisé pour la prise en charge d'un infarctus inaugural à J1, puis hospitalisé à nouveau pour un second infarctus 10 jours après la survenue du premier :
Le premier séjour code I21.—.
Le deuxième séjour code I22.—;
- Patient hospitalisé pour la prise en charge d'un infarctus inaugural à J1 ; puis hospitalisé à nouveau pour un second infarctus 40 jours après. Le premier séjour code I21.—.
Le deuxième séjour code également I21— car il survient plus de 28 jours après le 1^{er} épisode ; l'infarctus de J1 est alors codé I25.2. en diagnostic associé significatif.

III.4.4 Infarctus du myocarde de Type 2

Par convention, les infarctus de type 2 sont codés comme les autres types d'infarctus même si leur physiopathologie est différente (cf. définitions en début de fascicule).

IV AUTRES SYNDROMES CORONARIENS

IV.1 Autres formes d'angor que l'angor instable

Le codage de l'angor diffère selon son mécanisme et fait appel à la catégorie I20 (voir codes en annexe).

L'angor stable se code I20.8.

L'angor dû à un spasme coronaire, dont l'angor de Prinzmetal, est codé I20.1 *Angine de poitrine avec spasme coronaire vérifié*.

Les angors dus à un autre mécanisme sont codés I20.8 *Autres formes d'angine de poitrine*.

Une douleur angineuse avec élévation des enzymes myocardiques doit être codée comme un infarctus aigu du myocarde avec la catégorie I21.

Le code I20.9 *Angine de poitrine, sans précision* doit être évité car moins précis.

IV.2 Ischémie myocardique silencieuse

Les ischémies silencieuses définies au point I se codent. I25.6 *Ischémie myocardique asymptomatique*.

Exemple : patient diabétique présentant plusieurs facteurs de risque cardiovasculaire, hospitalisé pour bilan cardiovasculaire dans le cadre d'un diabète. Lors de l'épreuve d'effort le patient présente un sous-décalage isolé du segment ST : code I25.6.

IV.3 Occlusion ou sténose coronaire chronique

Le code d'une occlusion ou d'une sténose chronique des artères coronaires est I25.1 *Cardiopathie artérioscléreuse*, y compris si celle-ci entraîne une pose de *stent*.

Exemple : les sténoses artérielles révélées au cours d'un bilan préopératoire de greffe rénale se codent I25.1.

IV.4 Thrombose intrastent

L'occlusion d'un *stent* coronaire responsable d'un infarctus se code comme un infarctus du myocarde, ce cas de figure ne justifie pas l'utilisation des codes d'infarctus répétés de la catégorie I22. On y associe les codes T82.8 *Autres complications précisées de prothèses, implants et greffes cardiaques et vasculaires*, Y84.0 *Cathétérisme cardiaque* et Z95.5 *Présence d'implant et de greffe vasculaires coronaires*.

L'occlusion de *stent* coronaire sans infarctus, se code : I24.0 *Thrombose coronaire n'entraînant pas un infarctus du myocarde* et on y associe les codes T82.8 *Autres complications précisées de prothèses, implants et greffes cardiaques et vasculaires*, Y84.0 *Cathétérisme cardiaque* et Z95.5 *Présence d'implant et de greffe vasculaires coronaires*.

IV.5 Suspicion de SCA non confirmée

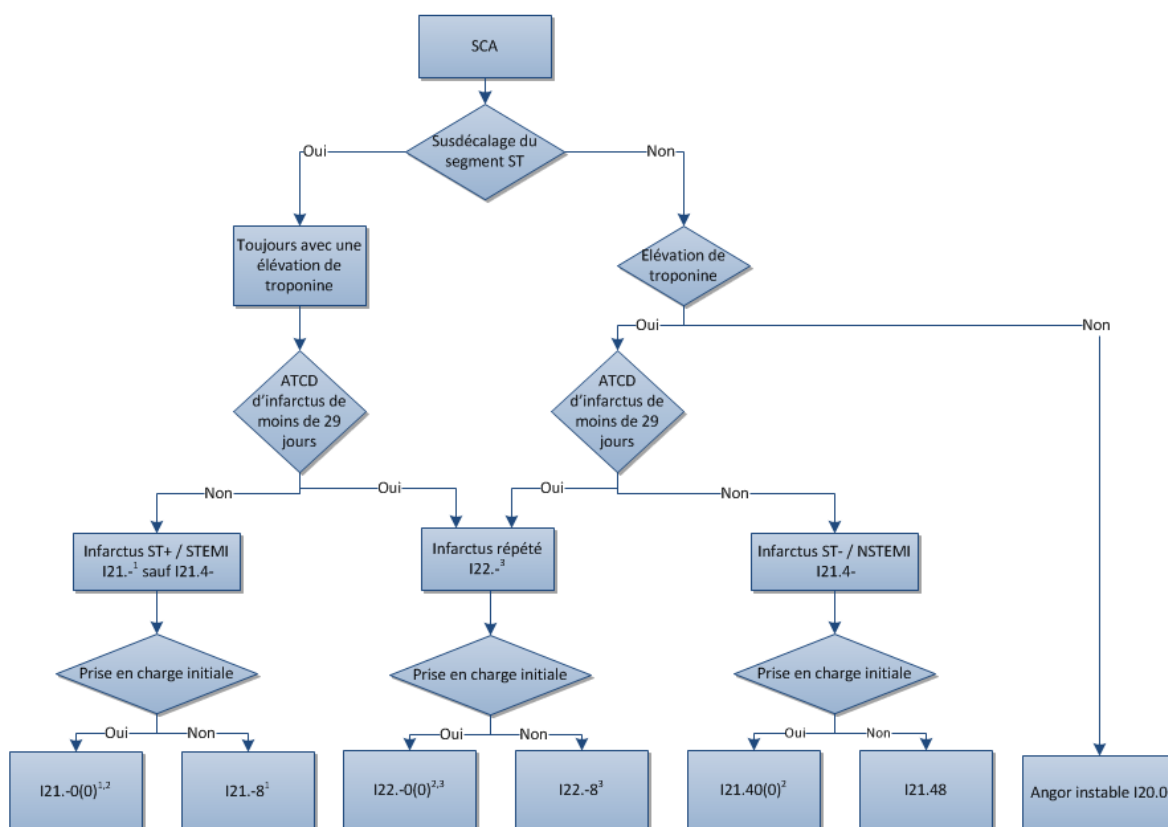
Deux situations peuvent conduire à la suspicion d'un SCA :

- l'exploration de symptômes tels que douleur thoracique, malaise ..., sans cause retrouvée : dans ce cas le symptôme sera codé en affection principale [règle D2 du Guide Méthodologique et règle (a) de l'introduction du chapitre XVIII de la CIM-10] ;
- la découverte d'une anomalie isolée de l'électrocardiogramme sans symptômes ni élévation de la troponine ; on code alors R94.3 *Résultats anormaux d'explorations fonctionnelles cardiovasculaires*, sauf si un code plus précis existe par ailleurs dans la CIM-10.

Remarque : Comme l'indique le paragraphe relatif aux catégories Z03 et Z04 du guide méthodologique, le code Z03.4 *Mise en observation pour suspicion d'infarctus du myocarde* doit être évité dans la mesure du possible dès lors qu'il y a un symptôme ou une élévation de troponine: « La règle générale est : le meilleur code est le plus précis par rapport à l'information à coder. [...] ».

ANNEXES

Figure A : Algorithme général de codage des SCA en fonction des examens complémentaires, du mode de prise en charge et des antécédents:



¹ La localisation de la lésion de l'infarctus transmural aigu du myocarde sera précisée par le 4^e caractère matérialisé par le tiret: .0 paroi antérieure ; .1 paroi inférieure ; .2 autre localisation précisée ; .3 non précisé.

² Ajouter un '0' en 6^e caractère si la prise en charge débute moins de 24h après le début des symptômes

³ La localisation de la lésion de l'infarctus du myocarde à répétition sera précisée par le 4^e caractère matérialisé par le tiret: .0 paroi antérieure ; .1 paroi inférieure ; .8 autre localisation précisée ; .9 non précisé.

Groupe des cardiopathies ischémiques de la CIM–10 FR 2016

Cardiopathies ischémiques (I20–I25)

Note : Pour la morbidité, le laps de temps dont il est fait mention en I21–I22 et I24–I25 est l'intervalle entre le début de l'épisode ischémique et l'admission pour soins. Pour la mortalité, le laps de temps est l'intervalle entre le début de cet épisode et la mort.

Comprend : avec mention d'hypertension (I10–I15)

Utiliser, au besoin, un code supplémentaire pour identifier l'existence d'hypertension.

- I20 Angine de poitrine**
- I20.0 Angine de poitrine instable**
Angine :
• accélérée
• aggravée à l'effort
• *de novo* à l'effort
Syndrome (de) :
• coronaire intermédiaire
• préinfarctus
- I20.1 Angine de poitrine avec spasme coronaire vérifié**
Angine de poitrine (de) :
• angiospastique
• due à un spasme
• Prinzmetal
• variable
- I20.8 Autres formes d'angine de poitrine**
Angine d'effort
Angine stable
Coronary slow flow syndrom
Sténocardie
- I20.9 Angine de poitrine, sans précision**
Angine de poitrine :
• SAI
• cardiaque
Douleur thoracique ischémique
Syndrome angineux

- I21 Infarctus aigu du myocarde**
Comprend : infarctus du myocarde précisé aigu ou d'une durée de 4 semaines (28 jours) ou moins depuis le début

Les subdivisions suivantes doivent être utilisées comme caractère supplémentaire après le quatrième caractère pour distinguer le moment de la prise en charge :

- 0 Prise en charge initiale
- 00 Prise en charge initiale, infarctus de 24 heures ou moins

8 Autres prises en charge

À l'exclusion de : certaines complications récentes d'un infarctus aigu du myocarde (I23.–)
infarctus du myocarde :
• ancien (I25.2)
• à répétition (I22.–)
• précisé chronique ou d'une durée de plus de 4 semaines au moins (plus de 28 jours) depuis le début (I25.8)
syndrome postinfarctus du myocarde (I24.1)

I21.0 Infarctus transmural aigu de la paroi antérieure du myocarde

Infarctus transmural (aigu) :

- antérieur (paroi) SAI
- antéroapical
- antérolatéral
- antéroseptal

I21.1 Infarctus transmural aigu de la paroi inférieure du myocarde

Infarctus transmural (aigu) (de) :

- inférieur (paroi) SAI
- inférolatéral
- paroi diaphragmatique
- postéro-inférieur

I21.2 Infarctus transmural aigu du myocarde d'autres localisations

Infarctus transmural (aigu) :

- latéral haut
- latéral (paroi) SAI
- latéroapical
- latérobasal
- postérieur (vrai)
- postérobasal
- postérolatéral
- postéroseptal
- septal SAI

I21.3 Infarctus transmural aigu du myocarde de localisation non précisée

Infarctus transmural du myocarde SAI

I21.4 Infarctus sousendocardique aigu du myocarde

Infarctus non transmural du myocarde SAI

Infarctus du myocarde sans susdécalage de ST [NSTEMI]

I21.9 Infarctus aigu du myocarde, sans précision

Infarctus du myocarde (aigu) SAI

I22

Infarctus du myocarde à répétition

Note : Pour le codage de la morbidité, cette catégorie doit être utilisée pour les infarctus de tous sites, survenant pendant 4 semaines (28 jours) à partir du précédent infarctus.

Comprend : infarctus du myocarde-:

- extensif
 - récidivant
- réinfarctus

Les subdivisions suivantes doivent être utilisées comme caractère supplémentaire après le quatrième caractère pour distinguer le moment de la prise en charge :

0 Prise en charge initiale

00 Prise en charge initiale, infarctus de 24 heures ou moins

À l'exclusion de : précisé chronique ou d'une durée de 4 semaines au moins (plus de 28 jours) depuis le début (I25.8)

I22.0 Infarctus de la paroi antérieure du myocarde à répétition

Infarctus répété (aigu) :

- antérieur (paroi) SAI
- antéroapical
- antérolatéral
- antéroseptal

I22.1 Infarctus de la paroi inférieure du myocarde à répétition

Infarctus répété (aigu) (de) :

- inférieur (paroi) SAI
- inférolatéral
- paroi diaphragmatique
- postéro-inférieur

I22.8 Infarctus d'autres localisations du myocarde à répétition

Infarctus du myocarde, à répétition (aigu) :

- latéral haut
- latéral (paroi) SAI
- latéroapical
- latérobasal
- postérieur (vrai)
- postérobasal
- postérolatéral
- postéroseptal
- septal SAI

I22.9 Infarctus du myocarde à répétition, de localisation non précisée

I23

Certaines complications récentes d'un infarctus aigu du myocarde

À l'exclusion de : états suivants :

- coexistant avec un infarctus aigu du myocarde (I21–I22)
- non précisés comme complication récente d'un infarctus aigu du myocarde (I31.–, I51.–)

I23.0 Hémopéricarde comme complication récente d'un infarctus aigu du myocarde

I23.1 Communication interauriculaire comme complication récente d'un infarctus aigu du myocarde

I23.2 Communication interventriculaire comme complication récente d'un infarctus aigu du myocarde

I23.3 Rupture de la paroi cardiaque sans hémopéricarde comme complication récente d'un infarctus aigu du myocarde

À l'exclusion de : avec hémopéricarde (I23.0)

I23.4 Rupture des cordages tendineux comme complication récente d'un infarctus aigu du myocarde

I23.5 Rupture du muscle papillaire comme complication récente d'un infarctus aigu du myocarde

I23.6 Thrombose de l'oreillette, de l'auricule et du ventricule comme complication récente d'un infarctus aigu du myocarde

I23.8 Autres complications récentes d'un infarctus aigu du myocarde

Autres cardiopathies ischémiques aiguës

À l'exclusion de : angine de poitrine (I20.-)

ischémie transitoire du myocarde du nouveau-né (P29.4)

I24.0

Thrombose coronaire n'entraînant pas un infarctus du myocarde

Embolie	coronaire (artère) (veine) n'entraînant
Occlusion	pas un infarctus du myocarde
Thromboembolie	

À l'exclusion de : précisée comme chronique ou d'une durée de 4 semaines au moins (plus de 28 jours) depuis le début (I25.8)

I24.1

Syndrome de Dressler

Syndrome postinfarctus du myocarde

124.8

Autres formes de cardiopathies ischémiques aiguës

Insuffisance coronaire

124.9

Cardiopathie ischémique aigüe, sans précision

À l'exclusion de : cardiopathie ischémique (chronique) SAI (I25.9)

125

Cardiopathie ischémique chronique

À l'exclusion de : maladie cardiovasculaire SAI (I51.6)

125.0

Athérosclérose cardiovasculaire, décrite ainsi

125.1

Cardiopathie artérioscléreuse

Athérome	des (artères) coronaires
Athérosclérose	
Maladie	
Sclérose	

125.2

Infarctus du myocarde, ancien

Infarctus du myocarde :

- ancien découvert par ECG ou autre moyen d'investigation, mais asymptomatique au moment de l'examen
- guéri

125.3

Anévrisme du cœur

Anévrisme :

- pariétal
- ventriculaire

125.4

Anévrisme et dissection d'une artère coronaire

Fistule artérioveineuse coronaire, acquise

À l'exclusion de : anévrisme congénital (de l'artère) coronaire (Q24.5)

125.5

Myocardiopathie ischémique

125.6

Ischémie myocardique asymptomatique

125.8

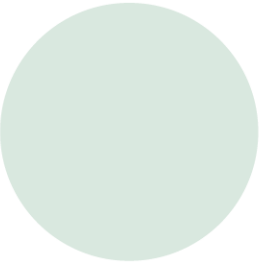
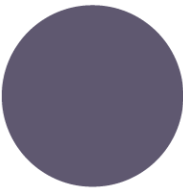
Autres formes de cardiopathie ischémique chronique

Tout état classé en I21–I22 et I24.– précisé chronique ou d'une durée de 4 semaines au moins (plus de 28 jours) depuis le début

125.9

Cardiopathie ischémique chronique, sans précision

Maladie ischémique du cœur (chronique) SAI

							
							
					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		
							
							