



Comprendre comment les accidents vasculaires cérébraux (AVC) sont classifiés dans la CIM-10-CA favorise la qualité de la codification en permettant de se concentrer uniquement sur les détails requis pour attribuer le code le plus exact et le plus précis possible.

Cet aide-mémoire examinera les différents types d'AVC et la façon dont ils sont catégorisés afin de déterminer quelles données doivent être recueillies dans la documentation pour attribuer le meilleur code possible.

La définition d'un accident vasculaire cérébral

De façon générale, il existe 2 types d'AVC : ischémique et hémorragique. Un AVC ischémique est plus courant qu'un hémorragique.

Un AVC ischémique est le dysfonctionnement soudain et la mort en quelques heures des cellules du cerveau dans une zone localisée en raison d'une circulation sanguine inadéquate. Il survient lorsque l'irrigation sanguine d'une partie du cerveau est interrompue. Lorsque le sang n'apporte plus l'oxygène ni les nutriments nécessaires et qu'il n'élimine plus les déchets, les cellules cérébrales commencent rapidement à mourir. L'AVC ischémique est parfois appelé « infarctus cérébral » ou « ictus cérébral », et dure plus de 24 heures.

Un AVC hémorragique (soit une hémorragie intracérébrale ou une hémorragie sous-arachnoïdienne) est le dysfonctionnement soudain et la mort en quelques heures des cellules du cerveau dans une zone localisée en raison de la toxicité du sang extravasculaire.

Les AVC sont classés dans les catégories I60, I61, I63 et I64 dans la CIM-10-CA. Les affections classées dans la catégorie I62 ne sont pas considérées comme des AVC aigus et ne sont donc pas incluses dans la présente discussion.



I60 Hémorragie sous-arachnoïdienne

La catégorie I60 comprend les AVC hémorragiques spontanés se produisant dans l'espace sous-arachnoïdien.

L'hémorragie sous-arachnoïdienne est le plus souvent causée par la rupture d'un anévrisme dans l'une des artères à la base du cerveau, ce qui entraîne une irruption de sang dans l'espace contenant le liquide céphalorachidien, situé entre l'arachnoïde et la pie-mère. Cependant, dans environ 10 % des cas, il n'y a aucune preuve d'un anévrisme.

La plupart des codes sous I60 sont structurés en fonction de l'artère d'où le sang provient.

Code de la CIM-10-CA	Titre du code de la CIM-10-CA
I60.0	Hémorragie sous-arachnoïdienne de la bifurcation et du siphon carotidien
I60.1	Hémorragie sous-arachnoïdienne de l'artère cérébrale moyenne
I60.2	Hémorragie sous-arachnoïdienne de l'artère communicante antérieure
I60.3	Hémorragie sous-arachnoïdienne de l'artère communicante postérieure
I60.4	Hémorragie sous-arachnoïdienne de l'artère basilaire
I60.5	Hémorragie sous-arachnoïdienne de l'artère vertébrale
I60.6	Hémorragie sous-arachnoïdienne d'autres artères intracrâniennes <ul style="list-style-type: none">• Ce code comprend les artères précisées autres que celles indiquées ci-dessus ainsi que l'atteinte de plusieurs artères intracrâniennes lorsqu'au moins 2 artères



I61 Hémorragie intracérébrale

La catégorie I61 comprend les AVC hémorragiques spontanés se produisant à l'intérieur du tissu cérébral.

Une hémorragie intracérébrale est une hémorragie se produisant à l'intérieur du tissu cérébral. Le cerveau est très sensible aux saignements et les dommages au tissu cérébral environnant surviennent rapidement. L'effet peut également se répandre en raison de la diminution de l'apport sanguin vers les tissus normalement alimentés par le vaisseau rompu (mais c'est très rare.) Tous les infarctus associés sont inclus dans le code d'hémorragie.

Dans cette catégorie, la sélection du code se fait en fonction de la zone du saignement, et non du vaisseau spécifique.

Code de la CIM-10-CA	Titre du code de la CIM-10-CA
I61.0	Hémorragie intracérébrale hémisphérique, sous-corticale <ul style="list-style-type: none">• Si le site de l'hémorragie hémisphérique est une structure sous le cortex, sous-corticale est attribué.• Certaines des structures sous-corticales du cerveau incluent le



Code de la CIM-10-CA	Titre du code de la CIM-10-CA
I61.6	Hémorragie intracérébrale, localisations multiples <ul style="list-style-type: none">● I61.6 est attribué en présence d'au moins 2 hémorragies intracérébrales distinctes se produisant en même temps (p. ex. des hémorragies multiples dans le même lobe ou des hémorragies distinctes du tronc cérébral et du cervelet).● Ce code n'est pas utilisé s'il y a extension d'une même hémorragie vers d'autres sites (voir la section Codes d'hémorragie multiples ci-dessous).
I61.8	Autre hémorragie intracérébrale <ul style="list-style-type: none">● I61.8 est attribué lorsqu'un site est précisé, mais qu'il n'est pas compatible avec les autres sous-catégories. Par exemple, la fosse postérieure est indexée ici. Cette partie du crâne abrite le tronc cérébral et le cervelet. Elle ne peut donc pas être classée ailleurs.
I61.9	Hémorragie intracérébrale, sans précision <ul style="list-style-type: none">● Lorsqu'il n'y a aucune mention du site de l'hémorragie intracérébrale, I61.9 est attribué.

Il faut une très bonne connaissance de l'anatomie du cerveau pour assigner les codes d'AVC appropriés. Un bon dictionnaire fait aussi l'affaire! Comme l'index alphabétique n'est pas exhaustif, il est important de faire une recherche si vous ne savez pas où est située une structure donnée.

Codes d'hémorragie multiples

Plusieurs codes d'hémorragie peuvent être attribués dans les cas suivants :

- Lorsqu'il y a hémorragies distinctes simultanées, des codes de catégories différentes peuvent être sélectionnés. Par exemple, si la rupture d'un anévrisme sacciforme entraîne une hémorragie sous-arachnoïdienne et que le patient souffre également d'une hémorragie intracérébrale causée par l'hypertension, I60.7 Hémorragie sous-arachnoïdienne d'une artère intracrânienne, sans précision et I61.9 Hémorragie intracérébrale, sans précision sont attribués.
- Un anévrisme rompu qui saigne de nouveau et qui est explicitement documenté ou une seconde hémorragie distincte peuvent également être codifiés séparément.

Remarque :



AVC ischémique

Un AVC ischémique est le résultat du blocage ou du rétrécissement d'un vaisseau sanguin qui alimente le cerveau, entraînant une diminution de l'apport sanguin et la mort des tissus environnants.

Les AVC ischémiques sont classés dans l'un des 9 codes de la catégorie I63 Infarctus cérébral. Les codes d'infarctus cérébraux sont essentiellement structurés selon l'étiologie de l'infarctus (thrombose, embolie, autre occlusion, sténose), puis selon le site touché (artères précérébrales, artères cérébrales, système veineux cérébral).

- Un code d'infarctus cérébral comprend toute hémorragie associée survenant dans le cours normal de l'infarctus, ainsi qu'un AVC en évolution. Il est courant qu'un AVC ischémique évolue avec une hémorragie mineure. Par exemple, le rapport d'une TDM ou d'une IRM du cerveau dans les 24 heures peut indiquer qu'il y a une évidence d'hémorragie pétiéchiiale dans la région de l'infarctus. Ceci est normal et fait partie de l'évolution d'un AVC ischémique; aucun code supplémentaire d'hémorragie n'est requis.
- Les AVC « anciens » ne sont pas classés ici. Cette catégorie ne comprend que les infarctus aigus et subaigus.

Examinons le rôle de l'étiologie et du site dans la classification des AVC ischémiques.

Thrombus

Un thrombus est un caillot sanguin qui se forme dans une artère ou une veine. Le thrombus peut se développer dans :

- une artère précérébrale — une artère qui mène au cerveau (extracrânienne) telle que les artères carotide, basilaire et vertébrale

ou

- une artère cérébrale — une artère qui est située dans le cerveau (intracrânienne) telle que les artères cérébrales antérieure, moyenne et postérieure. Toutes les artères situées dans le cerveau, petites ou grosses, sont considérées comme des artères cérébrales.

Code de la CIM-10-CA	Titre du code de la CIM-10-CA
I63.0	Infarctus cérébral dû à une thrombose des artères précérébrales
I63.3	Infarctus cérébral dû à une thrombose des artères cérébrales



Aide-mémoire



Autre et non précisé

Code de la CIM-10-CA	Titre du code de la CIM-10-CA
I63.8	Autre infarctus cérébral • Comprend seulement les termes qui précisent une étiologie autre qu'une occlusion ou une sténose.
I63.9	Infarctus cérébral, sans précision • I63.9 est attribué à un AVC ischémique sans autre indication ou qui ne peut être classé ailleurs. • L'infarctus du lobe occipital, l'infarctus thalamique et l'infarctus de la circulation postérieure font partie de ce code parce que ces énoncés ne sont pas assez détaillés pour nous permettre de déterminer l'étiologie de l'infarctus.

Directives générales à appliquer au moment de choisir un code de la catégorie I63

- Si une artère précise du cerveau est indiquée, attribuez un code compris entre I63.0 et I63.5.
- Si l'étiologie est une thrombose veineuse cérébrale, attribuez I63.6.
- Si une région précise du cerveau est indiquée, attribuez I63.9.
- Si une étiologie autre qu'une occlusion ou qu'une sténose est indiquée, attribuez I63.8.

Codes ischémiques multiples

Un second AVC ischémique explicitement documenté peut être codifié séparément. Par exemple, si un patient est victime d'un second infarctus pendant son séjour à l'hôpital, 2 codes de la catégorie I63 Infarctus cérébral sont sélectionnés :

I63.9 (M) Infarctus cérébral, sans précision



À retenir

- Lorsque le patient est retourné à son établissement d'origine et que les renseignements sur le transfert ne précisent pas le type d'AVC.
-



Processus de vérification

À lui seul, l'énoncé diagnostique ne comporte pas toujours assez de détails pour permettre l'attribution d'un code d'AVC exact et précis. Dans ce cas, vous devez rassembler autant d'information que possible à partir de la documentation au dossier. Le recours à un processus de vérification de la documentation efficace peut vous faciliter la tâche.

1. Se concentrer uniquement sur l'attribution d'un code d'AVC.

Lorsque vous procédez à la codification d'un AVC, concentrez-vous d'abord uniquement sur l'attribution du code d'AVC, c'est-à-dire un code des catégories I60, I61, I63 ou I64. Vous éviterez ainsi d'être distrait par d'autres détails qui figurent au dossier avant d'attribuer le code d'AVC.

& RGL ¿ HU j SDUWLU G¶XQ GRVVLHU FRPSOHW

Servez-vous toujours d'un dossier complet lors de la codification. Seul le produit final peut fournir toute l'information nécessaire pour l'attribution d'un code exact et précis.

eYDOXHU OD VSpFL¿FLWp GX GLDJQRVWLF¿QDO

Commencez par le diagnostic final indiqué dans le résumé à la sortie. Le diagnostic final est-il suffisamment



Mémoire

5HYRLU OHV FRQFOXVLRQV DSSDUDLVVDQW VXU OHV UDSSRUWV G
GH VSpFL¿FLWp

Si ce n'est pas le cas, consultez les conclusions apparaissant sur les rapports d'imagerie diagnostique pertinents. Les rapports d'imagerie diagnostique pertinents comprennent la TDM et les IRM. Il n'est pas attendu des codificateurs qu'ils revoient et interprètent les résultats radiologiques complexes indiqués dans les rapports d'imagerie diagnostique. L'énoncé est-il maintenant aussi précis que possible? Si c'est le cas, attribuez le code d'AVC.

Votre établissement peut disposer d'autres éléments de dossier utiles qui contiennent les renseignements dont vous avez besoin, comme une feuille sommaire. Les éléments de dossier indiqués dans le présent module ne sont que des repères. Toutefois, le message d'ensemble est important. Revoyez seulement les éléments clés du dossier ou d'un rapport. La plupart du temps, vous constaterez que vous n'avez pas besoin de creuser plus loin.

Étant assujettis à de nombreuses variables, les énoncés diagnostiques et la documentation associés aux cas d'AVC ne peuvent tous faire l'objet d'une revue dans le cadre du présent cours. Toutefois, vous disposez maintenant d'un outil de classification des AVC et d'un processus de vérification qui devraient vous permettre, si vous les utilisez méthodiquement, d'obtenir le résultat escompté, soit l'attribution du code d'AVC le plus exact et précis possible, de la manière la plus rapide qui soit.

À faire et à ne pas faire

À faire : Continuer à utiliser l'index alphabétique et la table analytique dans la CIM-10-CA.

L'outil de classification des AVC et processus de vérification ne vise aucunement à remplacer l'index alphabétique ou la table analytique de la CIM-10-CA. L'index alphabétique vous guidera vers le bon code si vous vous en servez judicieusement et tirez simultanément parti de la table analytique et de vos connaissances en matière de codification des AVC. L'outil de classification des AVC, comme son nom l'indique, vise à faciliter de manière temporaire ou permanente la compréhension et la mise en application des variables lorsqu'il s'agit de codifier les AVC.

→ QH SDV IORQHRQGUH OHV IDFWHXUV GH ULVTXH HW OHV D±HFWLRLQ
ORUVTX¶LO V¶DJLW GH FRGL¿HU XQ \$9&

Un facteur de risque ou une affection sous-jacente est un élément



Aide-mémoire

→ IDLUH 6XLYUH OD QRUPH JCHR FWGE ¿FROBFRQ ¿FRPQL ¿HU OD GHVFULS
GH O¶pWLRORJLH G¶XQ LQIDUFVUREDELEUXE G¶HOCFXHDSOLL¿POGH ©

Lorsqu'un diagnostic confirmé (p. ex. infarctus de l'artère cérébrale moyenne) est indiqué comme diagnostic final avec spécificité non confirmée (p. ex. probablement cardio-embolique), attribuez seulement le code sans précision au diagnostic (I63.5 Infarctus cérébral dû à une occlusion ou sténose des artères cérébrales, de mécanisme non précisé).

À ne pas faire : Se laisser tromper par des éléments de documentation ambigus ou contradictoires
DX VXMHW GH O¶\$9 &

Si certains éléments de documentation sont déroutants ou divergents, tenez compte des éléments les plus concluants ou trouvez d'autres moyens de vérifier le diagnostic.

Par exemple, si le diagnostic final figurant dans le résumé à la sortie indique un AVC, mais qu'une consultation initiale mentionnait un accident ischémique transitoire, le diagnostic énoncé dans le résumé à la sortie a priorité puisque celui-ci tient compte de tous les résultats sur le plan clinique et diagnostic pour l'ensemble de l'épisode de soins.

→ IDLUH\$HWULEXHU XQ FRGH GLVWLQFW DX[FRPSOLF DWLRQV VLJQL¿F

Lorsque la documentation fait état de complications survenues à la suite d'un AVC, il convient de les évaluer séparément : la complication satisfait-elle aux critères de comorbidité tels qu'ils ont été définis dans les normes de codification?

Par exemple, on n'attribue pas de code distinct à une hémorragie intraventriculaire lorsqu'il s'agit d'une extension de l'hémorragie survenue à un autre site. Toutefois, si l'hémorragie intraventriculaire entraîne une hydrocéphalie traitée au moyen d'un shunt ventriculaire, l'hydrocéphalie est codifiée séparément en tant que diagnostic de type significatif.

Dernier point à faire : Attribuer un code d'AVC ischémique si le diagnostic d'AVC hémorragique a été éliminé.

Nous avons discuté qu'il existait très peu de circonstances où le I64 Accident vasculaire cérébral, non précisé comme étant hémorragique ou par infarctus était valide. En effet, lorsqu'un patient présente les symptômes d'un AVC, la priorité est d'établir le type d'AVC dont il s'agit afin que le traitement approprié soit entrepris le plus rapidement possible.

Lorsque l'AVC est de type hémorragique, l'énoncé diagnostique l'indique habituellement très clairement. Lorsque l'énoncé diagnostique n'indique pas qu'il s'agit d'un AVC hémorragique, revoyez la documentation afin de recueillir des détails qui confirmeront la nature ischémique de l'AVC. Si la documentation ne comporte aucune indication à l'égard d'un AVC ischémique, la présence d'un rapport d'imagerie diagnostique éliminant la possibilité d'un AVC hémorragique est suffisante pour attribuer un code d'AVC ischémique.



Aide-mémoire