

7^{ème} Atelier codage PMSI

Date de la réunion : 15/10/2020	Présents : L. Prime, C. Leveque, JL Simenel (Réseau de Périnatalité) F. Lefort, D. Ilongo, (CHU Caen) JP Helye (GHT Normandie Centre et CHU de Caen) AL Herbinière (CH Lisieux)
Date de rédaction : 16/10/2020 Rédacteur : L.PRIME, F. LEFORT Révision : F. LEFORT, D. ILONGO	
Excusés : A. Larue (CH Argentan) V. Muguet, C. Dupont-Cheval (GH Le Havre) F. Lenoir (CH Saint-Lô) JM. Guilbaud, P. Loisel (CHU Rouen) C. Vandercoilden (CH Mont-Saint-Aignan) V. Costentin-Pignol (CH Avranches-Granville)	N. Desoubaux, D. Mostier (CH Aunay-Bayeux) P. Davoust, C. Mathis, S. Joliveau (CH Cherbourg) J. Barbieu, J. Hue, S. Martot (CH Fécamp) F. Vernier, E. Baron, C. Villeneuve (CH Avranches-Granville) V. Tharel-Olivier, S. Salinas, C. Pastor, C. Blangy, M. Moiroud, L. Lejeune, F. Lopez (CH Mont-Saint-Aignan) F. Briand (CHU Rouen) L. Boulet, M. Lucas (GHT Estuaire de la Seine, GH Le Havre)

THEMES ABORDES	Décisions
Brefs rappels sur le codage	
<p>> Accouchement : si ≥ 22 SA sinon avortement ; DP en O80.- uniquement si aucune autre affection.</p> <p>> Accouchement hors hôpital : Accouchement déclaré 'hors hôpital' même si la délivrance est effectuée en salle de naissance. DP = Z39.00, Z37.- en DAS.</p> <p>> Naissance : si ≥ 22 SA et/ou 500g sinon pas de RUM ; Mode d'entrée « N »</p> <p>> Avortement : si < 22 SA. DP en O04.- ou O03.-. On distingue IMG et IVG. On ajoute Z64.0 pour les IVG et les échecs d'IVG.</p> <p>> Naissance vivante : DP en Z38.- avec mode d'entrée « N » pour les enfants nés dans l'établissement</p> <p>> IMG ≥ 22 SA : DP en O35.- pour la mère si cause fœtale. Code en Z37.- avec extension '1'. DP = P95+0 pour l'enfant.</p> <p>> MFIU ≥ 22 SA : DP = O36.4 pour la mère. Code en Z37.- avec extension '0'. DP = P95+1, +2 ou +8 selon le cas pour l'enfant.</p> <p>> Soins du post-partum : DP = Z39.08 pour la mère ; DP = Z76.2 pour l'enfant quand l'enfant va bien.</p>	
Harmonisation du codage	
<p>> Codage des allo-immunisations : Hétérogénéité du codage au sein du réseau</p> <p>> Groupe 9 de la classification de Robson (Positions transverses ou obliques) : Hétérogénéité du codage au sein du réseau</p>	<p>Vigilance sur l'utilisation des codes O36.0 / O36.1 ; pour les deux maternités qui ont un taux anormalement haut d'allo-immunisation, il s'agit vraisemblablement d'une erreur de codage</p> <p>Les femmes porteuses d'un enfant en position transverse ou oblique (notamment après échec d'une éventuelle version par ME) devraient être césariées entre 80% et 100% des cas. Or, plusieurs maternités ont un taux plus bas de césariennes ; il peut s'agir d'une sous utilisation des codes O32.2 et O64.4 → d'où vigilance sur ces codes.</p>

Les maternités souhaitant connaître leur taux de césar pour le groupe 9 de la classification doivent adresser leur demande à Ludovic Prime.

Information Générale

Nouvelle instruction frontière du 10/09/2020 :

Nécessité de remplir la gradation des soins selon le contexte patient et/ou l'administration d'une molécule de la réserve hospitalière et/ou le nombre d'intervenants pour l'ambulatoire médicale.

Plusieurs situations étaient discutées du temps du précédent texte, les participants de l'atelier refont le point :

-La Version par ME (acte JQEP001) étant éligible à un forfait SE3 (Sécurité Environnement), il convient de continuer à la facturer en externe

-Injection de Fer (Ferinject/Venofer) : molécules de la réserve hospitalière, elles justifient à elles seules l'HDJ; deux codages possibles : si sériel, car programmées dans le temps et bien souvent deux injections à 48 h d'écart, codage sous forme de séance Z51.2 en DP et l'anémie en DR (et pas de gradation des soins à remplir) ; si ponctuel, on peut coder l'anémie en DP, mais remplir alors la gradation des soins avec « molécule de la RH = « oui »)

-Diabète gestationnel : remplir la gradation des soins qui permettra le maintien de l'HDJ à tarif plein si > 3 intervenants

Cas pratiques de codage

Cas pratique #1 : Séjour hors grossesse

Patiente hospitalisée après un AVP :

- Utilisation des codes de la nomenclature générale ?
- Comment objectiver qu'il n'y a pas de conséquence sur la grossesse ?

Guide méthodo :

« La catégorie Z33 permet, dans le cas d'une femme enceinte hospitalisée pour un motif sans rapport avec sa grossesse, d'enregistrer celle-ci comme diagnostic associé lorsqu'elle se déroule normalement.

Exemple : traumatisme de la jambe chez une femme enceinte ; DP : la lésion de la jambe ; diagnostic associé : Z33 »

Bien que la règle soit parfaitement explicite, il paraît toujours bizarre de coder le Z33 grossesse constatée fortuitement.

Comme une écho fœtale sera bien souvent réalisée, on peut coder en DAS un Z35.- qui n'est pas bloquant au groupage. Certaines maternités le codent systématiquement à la place du Z33 d'ailleurs.

Le codage du séjour sera identique que la femme enceinte soit hospitalisée en surveillance intensive en maternité ou dans un autre service de l'établissement.

Cas pratique #2 : Post-partum

Hématome de paroi en cours de surinfection à J10 d'une césar. Drainage chirurgical nécessaire

Codage proposé :

Quid après 5 semaines (durée du post-partum ?)

Utilisation du code O94

DP = O86.0 infection d'une plaie d'origine obstétricale chirurgicale

On peut compléter par un L02.2 « abcès cutané du tronc », en DAS, qui vient apporter une précision supplémentaire mais ne valorisera pas le séjour.

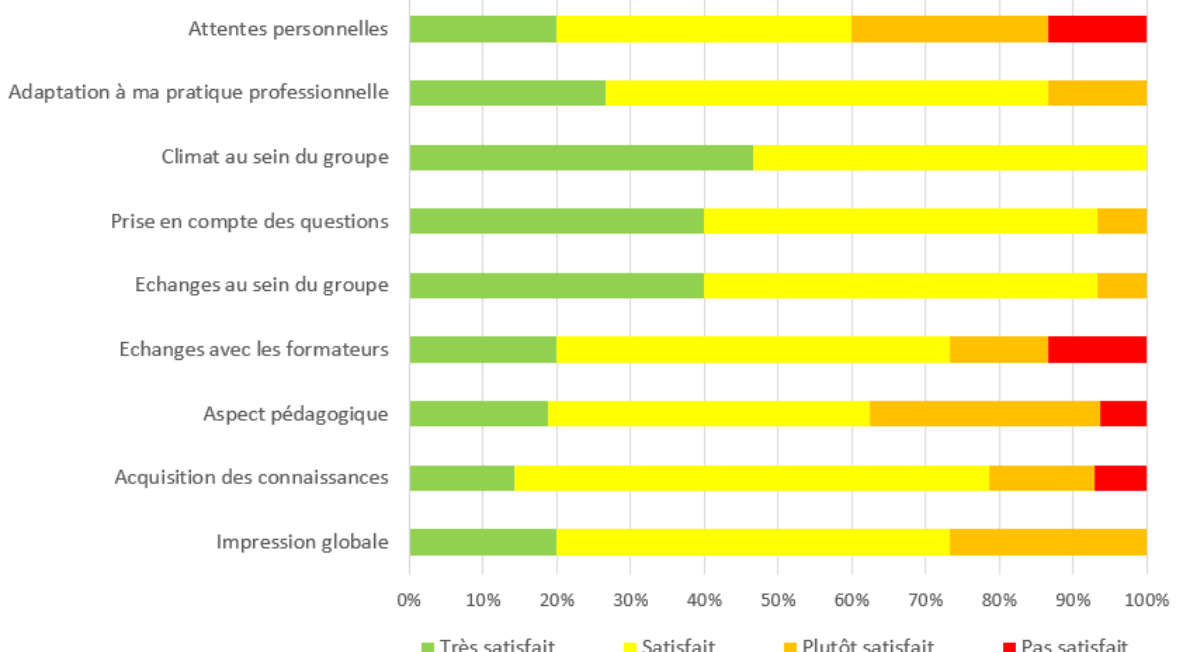
Le T81.4 est exclu car le code O86.0 est suffisamment précis et contient déjà dans son libellé la notion de iatrogénie.

On peut ajouter le(s) germe(s) isolé(s).

Pas d'utilisation du O94, les séquelles impliquent d'être définitives et fixées.

	<p>Rappel : le post partum correspond à la période jusqu'au retour de couches. Comme on ne connaît pas toujours le retour de couches, on décide de prendre la limite de <u>28 jours</u>.</p> <p>Donc jusqu'à 28 jours, DP = O86.0 ; au-delà de 28 jours le codage deviendrait DP = L02.2 + T81.4 qui n'est plus exclu + germe</p>
<p>Cas pratique #3 : AEH Amenée par le SAMU après accouchement à domicile, non encore délivrée, délivrance dans l'établissement de santé</p>	<p>Le codage proposé a été accepté : DP = Z39.00 ; DAS = O70.1 + O80.0 + Z37.0 ; acte JMCA002 DP enfant = Z38.1 « enfant unique né hors d'un hôpital ». Un accouchement sur le parking de l'hôpital, dès lors que le parking est privé et qu'il appartient donc à l'établissement, peut engager la responsabilité de l'hôpital, donc pas d'AEH.</p>
<p>Cas pratique #3 : AEH bis Déni de grossesse, Accouchement sous X à 30 SA dans le camion des pompiers dans le SAS de l'établissement. Expulsion du bébé finalement réanimé, poche intacte, révision utérine, Refus d'hospitalisation Rencontre avec le pédopsy de garde, mais patiente peu expressive</p> <p>Utilisation de code pour repérer les accouchements sous X et les dénombrer ?</p>	<p>Pas d'utilisation de tels codes pour l'accouchement sous X. Repérage à l'aide de l'identité fictive.</p> <p>Décision collégiale de ne pas utiliser le Z64.0 grossesse non désirée pour coder le déni de grossesse surtout qu'une référence Agora de 2009 la N° #15672 existe :</p> <p>Laurence Durif le 20 juin 2009 à 17h41 #15672</p> <p>Bonjour, veuillez excuser le retard de cette réponse. Il y a deux sortes de dénis : celui de la psychotique et celui de la femme qui "oublie", incluant les adolescentes. Le plus marquant de la prise en charge pour ces patientes c'est, au-delà du problème psychologique, l'insuffisance de soins prénatals, Nous conseillons donc de coder Z35.3 et R41.8 ('anosognosie) qui correspond bien au symptôme observé. En cas de psychose avéré un code du chapitre V peut être associé. Cordialement</p> <p>On convient de coder la psychose éventuelle sous-jacente que si le psychiatre en fait le diagnostic.</p> <p>Question sur le O80.9 proposé : car la poche étant intacte, les pompiers n'ont pas su définir la présentation de l'enfant</p> <p>On code l'acte d'accouchement car survenu dans le SAS, ce qui permet de coder aussi la révision</p>
<p>Cas pratique #4 : COVID RPM à 39 SA avant le travail ; portage asymptomatique diagnostiqué par dépistage systématique à l'entrée AVB en présentation céphalique</p> <p>Codage proposé en séance en 3 RUMs : SIG, Accouchement et fin du séjour en unité COVID, dont le DP serait le U0712</p> <p>Si RUM unique DP = O420 et pour les principaux DAS : O756, O800, Z223, B951, U0712, Z370 + Acte d'accouchement</p>	<p>Pour le COVID : U07.12 + Z11.5 « Examen spécial de dépistage d'autres maladies à virus » selon Décision Agora #196484 :</p> <p>Fabrice DANJOU le 10 juin 2020 à 16h15</p> <p>Bonjour, En dehors du dépistage des personnes contacts, co-exposées ou suspectes de COVID-19, nous conseillons d'utiliser le Z11.5 seul. Si le résultat est positif, vous pouvez coder le U07.12. Cordialement,</p> <p>Discussion sur le Z22.3 assorti du B95.1 strepto B : en fait la mère est porteuse saine mais ce portage a nécessité une antibioprofylaxie, raison pour laquelle on serait tenté de coder B95.1.</p> <p>En théorie, si le sujet est porteur sain, le germe n'est pas codable sauf en DAD, il faut coder Z22.3 « sujet porteur d'autres maladies bactériennes précisées ». Le guide methodo rappelle que « la catégorie Z22, dans la suite logique de Z21, est la catégorie des colonisations (« portages sains ») : bactéries, antigène d'hépatite virale... »</p>

	<p>Pourquoi pas le O80.0 en DP ? il faut réserver le O80.0 en DP que si aucune autre pathologie ne s'est déclarée.</p>
<p>Cas pratique #5 : Décès per-partum Définition du décès per-partum Quel code Z37 choisir pour le codage de la mère</p> <p>Discussion du groupe sur la définition de l'accouchement = jusqu'à la délivrance ?</p>	<p>Enfant vivant en début de travail (RCF) qui ne l'est plus à la naissance (APGAR à 1 min = 0) dans ce cas P95+2 pour l'enfant et Z37.1 pour la mère.</p> <p>Enfant vivant en début de travail (RCF) né vivant (APGAR à 1 min = 1), dans ce cas Z38.0 et coder la cause de la mort si connue en DAS, vraisemblablement P21.0 avec mode de sortie décès, Z37.0 pour la mère.</p>
<p>Cas pratique #6 : Grossesse gémellaire</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mme D., 28 ans, 1^{ère} grossesse, FIV, grossesse gémellaire - RPDE à 17 SA et expulsion de J1 à 21 SA. - Cerclage à 21SA+6 et poursuite de la grossesse placenta de J1 resté in utero - Hospitalisation programmée à 23SA+5 pour PEC active de la grossesse - A l'arrivée pyrexie à 38,2°C, GB=30000 → ablation du cerclage - Accouchement rapide par VB de J2 mort-né (560 g) - Suite de couches : E. coli et Corynébactérium amycolatum retrouvé au PV 	<p>Pour J1, avortement et pas de RUM à réaliser car avant 22 SA</p> <p>Pour J2 : accouchement car après 22 SA et J2 pesant 560 g</p> <p>Le groupe a du mal à décider si c'est une gémellaire avec un accouchement d'un singleton ou si c'est une gémellaire avec accouchement d'une gémellaire</p> <p>L'ATIH a été interpellée par les DIM de la maternité de Cherbourg pour avis sur le codage car on ne sait pas quel Z37 choisir entre Z37.10 (unique) et Z37.40 (gémellaire), voici la réponse :</p> <p>Yasmine MOKADDEM le 13 novembre 2020 à 14h23 #203755</p> <p>Bonjour, Pour le 2e séjour, il s'agit d'un "accouchement" unique de J2 puisque J1 a été expulsé avant 22 SA même s'il y a eu rétention de placenta de J1. Bien cordialement</p>
<p>Cas pratique #7 : Grossesse gémellaire bis</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mme G., 40 ans, 3^{ème} geste, grossesse gémellaire obtenue après don d'ovocytes - Grossesse marquée par un diabète gestationnel équilibré sous régime seul sans macrosomie - A 34SA est diagnostiquée la mort fœtale in utero de J1 sur diminution des MAF - Bilan étiologique négatif, après discussion collégiale → accouchement à 36 SA par voie basse après maturation - Naissance de J1 sans vie par voie basse - Naissance de J2, par césarienne pour ARCF et sténose cervicale, APGAR 8/10/10, pesant 2855g - Suites de couches simples 	<p>Discussion intense...</p> <p>Si les participants sont tous d'accord pour coder les deux actes (VB pour J1 mort et César en urgence pour J2), la discussion porte sur le codage des 3 diagnostics O80.0 : pour J1 + O82.1 accouchement par césar d'urgence pour J2 + O84.8 autres accouchements multiples</p> <p>Certains préféreront garder le détail des voies d'accouchement donc coderont les 3, les autres s'en tiendront au O84.8 seul, car la présence des 2 actes est suffisamment précise.</p> <p>Après recherche, la CIM 10 nous apporte la réponse : en effet, la mention en haut du paragraphe O84 stipule « Utiliser au besoin un code supplémentaire (O80-O83) pour indiquer la méthode d'accouchement pour chaque fœtus ou nouveau-né ».</p>

<p>Cas pratique #8 : Hépatite B</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mme S., 34 ans - ATCD : 1 accouchement, hépatite B chronique non active - Grossesse marquée par macrosomie sans diabète - Accouchement à 40SA par VB spontanée en présentation céphalique - Enfant de sexe masculin pesant 4320g - Suites de couches simples 	<p>Discussion autour du terme « Hépatite B chronique non active » avec le codage du B16.9 « Hépatite (aigüe) B (sans agent delta et sans coma hépatique) » proposé. Il y a par ailleurs les codes en B18.- d'hépatite virale B chronique avec ou sans agent delta et selon la phase d'immunos tolérance qui semblent plus pertinents d'utiliser ?</p> <p>Si l'hépatite chronique n'est pas active, peut-on considérer qu'elle complique la grossesse ? Enfin, le risque est aussi pour l'enfant qu'il faudra protéger par les immunoglobulines puis vacciner.</p> <p>Le DIM du CHU de Caen propose de demander à leurs référents hépatologues. La réponse se trouve en annexe.</p>																																																		
<p>Cas pratique #9 : Détresses respiratoires</p>	<p>L'APGAR utilisé pour les codes P21.- est l'APGAR à 1 min (cf CIM10) et non le plus petit enregistré entre 1', 5' et 10'</p>																																																		
<p>Cas pratique #10 : Rappel</p> <ul style="list-style-type: none"> - Patiente groupe B Rh-, RAI-, toxoplasmose-, rubéole+, IMC à 30,5. - ATCD : 1 accouchement par césarienne - Grossesse sans particularité - Accouchement par césarienne à 41 SA, enfant de sexe masculin APGAR 10/10 - <u>CRO</u> : - Césarienne en urgence en cours de travail sous rachianesthésie - Indication : Procidence du bras 	<p>Rappel N°1 : sur l'obésité</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'IMC est bien celui du début de grossesse - Coder le O99.2 : maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques compliquant... <p>Rappel N° 2 : le O34.2 est le DP d'un séjour si l'indication d'une césarienne programmée est la cicatrice due à la césarienne antérieure</p> <p>Le DP de ce séjour est le O64.4 dystocie due à une présentation de l'épaule, qui comprend la procidence du bras</p>																																																		
<p>Résultats des questionnaires de satisfaction :</p> <p>Les résultats sont sans appel, ce ne fût pas le meilleur cru de notre atelier, mais nous avons quand même 100 % de satisfaits sur l'impression globale. Ceci étant dû en grande majorité à la visioconférence. A l'année prochaine donc en espérant pouvoir organiser l'atelier en présentiel !</p>																																																			
 <table border="1"> <caption>Données du graphique de satisfaction</caption> <thead> <tr> <th>Catégorie</th> <th>Très satisfait</th> <th>Satisfait</th> <th>Plutôt satisfait</th> <th>Pas satisfait</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Attentes personnelles</td> <td>20%</td> <td>40%</td> <td>20%</td> <td>20%</td> </tr> <tr> <td>Adaptation à ma pratique professionnelle</td> <td>25%</td> <td>60%</td> <td>15%</td> <td>0%</td> </tr> <tr> <td>Climat au sein du groupe</td> <td>45%</td> <td>55%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> </tr> <tr> <td>Prise en compte des questions</td> <td>40%</td> <td>55%</td> <td>5%</td> <td>0%</td> </tr> <tr> <td>Echanges au sein du groupe</td> <td>40%</td> <td>55%</td> <td>5%</td> <td>0%</td> </tr> <tr> <td>Echanges avec les formateurs</td> <td>20%</td> <td>55%</td> <td>15%</td> <td>10%</td> </tr> <tr> <td>Aspect pédagogique</td> <td>20%</td> <td>45%</td> <td>25%</td> <td>10%</td> </tr> <tr> <td>Acquisition des connaissances</td> <td>15%</td> <td>65%</td> <td>15%</td> <td>5%</td> </tr> <tr> <td>Impression globale</td> <td>20%</td> <td>55%</td> <td>20%</td> <td>0%</td> </tr> </tbody> </table>		Catégorie	Très satisfait	Satisfait	Plutôt satisfait	Pas satisfait	Attentes personnelles	20%	40%	20%	20%	Adaptation à ma pratique professionnelle	25%	60%	15%	0%	Climat au sein du groupe	45%	55%	0%	0%	Prise en compte des questions	40%	55%	5%	0%	Echanges au sein du groupe	40%	55%	5%	0%	Echanges avec les formateurs	20%	55%	15%	10%	Aspect pédagogique	20%	45%	25%	10%	Acquisition des connaissances	15%	65%	15%	5%	Impression globale	20%	55%	20%	0%
Catégorie	Très satisfait	Satisfait	Plutôt satisfait	Pas satisfait																																															
Attentes personnelles	20%	40%	20%	20%																																															
Adaptation à ma pratique professionnelle	25%	60%	15%	0%																																															
Climat au sein du groupe	45%	55%	0%	0%																																															
Prise en compte des questions	40%	55%	5%	0%																																															
Echanges au sein du groupe	40%	55%	5%	0%																																															
Echanges avec les formateurs	20%	55%	15%	10%																																															
Aspect pédagogique	20%	45%	25%	10%																																															
Acquisition des connaissances	15%	65%	15%	5%																																															
Impression globale	20%	55%	20%	0%																																															
<p>Divers :</p> <p>Cette synthèse et le diaporama de l'atelier seront mis en ligne dès que possible sur le site du réseau (section professionnels) : http://www.perinatbn.org/</p> <p>Et n'oubliez pas : si vous êtes confronté à un cas pratique de codage, ou si vous avez une problématique de codage que vous souhaiteriez voir abordée n'hésitez pas à nous en faire part par mail : contact@perinatbn.org</p>																																																			

Annexe : réponse du Dr Catherine GUILLEMARD, hépatologue, en charge du réseau hépatite et du suivi des patients, CHU de Caen ; la question initiale est en fin d'annexe

De : GUILLEMARD CATHERINE

Envoyé : mardi 20 octobre 2020 12:19

À : LEFORT FRANCOISE <lefort-f@chu-caen.fr>

Objet : RE: demande d'avis concernant l'hépatite B chronique "active" et "non active"

Bonjour Françoise,

La grossesse a très peu d'influence sur l'évolution de l'hépatite B chronique et réciproquement sauf si on a une réactivation de l'hépatite chronique B, qui dans ce cas n'est plus en phase de portage inactif.

Pour moi le codage de l'hépatite B chronique en phase inactive correspond à **B181 soit hépatite chronique B sans agent delta** (la phase est spécifiée : phase inactive), **en aucun cas cela peut être considéré comme une hépatite aigüe.**

Si l'hépatite chronique n'est pas active, peut-on considérer qu'elle complique la grossesse ? L'hépatite chronique B ne complique pas la grossesse et n'est pas une cause connue de malformations pour l'enfant, mais elle peut être responsable d'une augmentation du risque de diabète gestationnel et dans ce cas uniquement on pourrait rajouter **O98.4 « Hépatite virale compliquant la grossesse » par survenue du diabète gestationnel.**

Marqueurs phase inactive : antigène HBs +, antigène HBe -, Anti corps anti-HBe +, charge virale B faible, transaminases normales, pas de fibrose hépatique

Par contre, en cas d'hépatite aigüe chez une femme enceinte, cela peut entraîner un risque d'avortement spontané, comme pour toute infection virale importante, mais ce qui n'est pas ici le cas.

A quoi correspond la phase d'immunotolérance ? c'est la phase de réplication très importante du virus sans que cela n'ait d'impact sur l'immunité donc avec un bilan hépatique qui reste normal et l'absence de fibrose hépatique.

Dans ce cas un traitement est débuté chez la femme enceinte pour diminuer le risque de transmission qui est lié à l'importance de la charge virale B (codage B1810)

Marqueurs phase d'immunotolérance : antigène HBs +, antigène HBe +, Anti corps anti-HBe -, charge virale B élevée, transaminases normales, pas de fibrose hépatique

Par rapport au codage proposé, je dirai :

DP = O63.1 « Prolongation de la 2^{ème} période »

DAS =

- **B16.9 « Hépatite (aigüe) B (sans agent delta et sans coma hépatique) » → NON : B181**
- O36.6 « Soins maternels pour croissance excessive du fœtus »
- O70.1 « Déchirure obstétricale du périnée, 2^{ème} degré »
- O80.0 « Accouchement spontané par présentation du sommet »
- **O98.4 « Hépatite virale compliquant la grossesse » NON car pas de diabète gestationnel**
- Z37.0 « Naissance unique, enfant vivant »

Marqueurs en cas d'hépatite chronique B active : antigène HBs +, Antigène HBe neg ou pos, AN antiHBe neg ou pos, transaminases élevées, possible fibrose hépatique (il existe un impact sur le foie).

Résultats des Marqueurs biologiques du virus de l'hépatite B			Interprétation
Ag HBs -	Anti-HBc -	Anti-HBs -	Pas d'infection par le VHB : personne à vacciner en fonction de l'âge et des facteurs de risque
	Anti-HBc -	Anti-HBs +	Personne vaccinée
	Anti-HBc +	Anti-HBs +	Personne guérie
	Anti-HBc + IgM anti-HBc +	Anti-HBs -	Infection aiguë en voie de guérison : phase "fenêtre" : l'Ag HBs a disparu, l'Ac anti-HBs n'est pas encore apparu
	Anti-HBc + IgM anti-HBc -	Anti-HBs -	Infection ancienne et guérie à la suite de laquelle l'Ac anti-HBs a fini par disparaître
Ag HBs +	Anti-HBc + IgM anti-HBc +	Anti-HBs -	Infection aiguë ou réactivation chez un porteur chronique de l'Ag HBs
	Anti-HBc + IgM anti-HBc -	Anti-HBs -	Porteur chronique ou hépatite chronique B (Ag HBs + depuis plus de 6 mois)
Ag HBs + (> 6 mois)	ADN viral + (> 10 ⁵ copies/ml)	Ag HBe + Anti-HBe -	Phase répliquative d'une hépatite chronique B Ag HBe positif
	ADN viral + (> 10 ⁵ copies/ml)	Ag HBe - Anti-HBe + (Transaminases élevées)	Phase répliquative d'une hépatite chronique B Ag HBe négatif (virus mutant)
	ADN viral - (< 10 ⁵ copies/ml)	Ag HBe - Anti-HBe + (Transaminases normales)	Porteur inactif de l'Ag HBs

Je ne sais pas si ce tableau peut aider...

J'espère avoir répondu à tes questions ? et reste disponible pour en discuter de vive voix bien sur....

Amicalement,

Catherine

De : LEFORT FRANCOISE

Envoyé : mardi 20 octobre 2020 11:35

À : GUILLEMARD CATHERINE <guillemard-c@chu-caen.fr>

Objet : demande d'avis concernant l'hépatite B chronique "active" et "non active"

Bonjour Catherine

Comme convenu hier, je me permets de t'interpeller suite à l'atelier codage en obstétrique de la semaine dernière, atelier organisé par le réseau normand de périnatalité. Nous présentons des cas de codage pour discussion et cette année, l'un des cas qui nous a posé problème concerne patiente enceinte porteuse d'une hépatite chronique B « non active ».

Voilà le cas clinique présenté :

- Mme XXX., 34 ans
- ATCD : 1 accouchement, hépatite B chronique non active [NDLR : c'est écrit comme ceci dans le dossier d'obstétrique de la femme]
- Grossesse marquée par macrosomie sans diabète
- Accouchement à 40SA par VB spontanée en présentation céphalique
- Enfant de sexe masculin pesant 4320g
- Suites de couches simples

Codage vivement débattu notamment discussion autour du terme « Hépatite B chronique non active » et la proposition de codage du B16.9 « Hépatite (aigüe) B (sans agent delta et sans coma hépatique) ».

Maincare Solutions - Choix du code diagnostic CIM

Plusieurs Codes CIM débutent par B16 - Veuillez préciser votre saisie.

CODE	LIBELLE
B160	Hépatite aiguë B avec agent delta, avec coma hépatique
B161	Hépatite aiguë B avec agent delta, sans coma hépatique
B162	Hépatite aiguë B sans agent delta, avec coma hépatique
B169	Hépatite (aiguë) B (sans agent delta et sans coma hépatique)

Comme il existe les codes en B18.- d'hépatite virale B chronique avec ou sans agent delta et selon la phase d'immunotolérance, ces codes semblaient plus pertinents à utiliser pour certains codeurs :

Maincare Solutions - Choix du code diagnostic CIM

Plusieurs Codes CIM débutent par B18 - Veuillez préciser votre saisie.

CODE	LIBELLE
B180	Hépatite virale chronique B avec agent delta
B1800	Hépatite virale chronique B avec agent delta, phase d'immunotolérance
B1809	Hépatite virale chronique B avec agent delta, phase autre et non spécifiée
B181	Hépatite virale chronique B sans agent delta
B1810	Hépatite virale chronique B sans agent delta, phase d'immunotolérance
B1819	Hépatite virale chronique B sans agent delta, phase autre et non spécifiée
B182	Hépatite virale chronique C
B188	Autres hépatites virales chroniques
B189	Hépatite virale chronique, sans précision

Enfin, le risque est aussi pour l'enfant qu'il faudra protéger par les immunoglobulines puis vacciner.

Je te précise les charges virales :

1 mois avant l'accouchement : 836 U / Log 2.92

2 mois avant l'accouchement : 1763 U / Log 3.24

Comme on ne maîtrise pas la compréhension de la physiopath de la maladie donc les cinétiques des antigènes et des anticorps ni la définition de l'Hépatite chronique active, nous avons raisonnablement conclu qu'il fallait demander un avis d'expert !

Peux-tu nous éclairer sur les différentes phases et cinétiques des antigènes et anticorps ?

Un grand merci d'avance,

Dans l'attente de ton retour, Bien amicalement

Dr Françoise LEFORT

Dept d'Information Médicale

CHU de Caen

Poste 20 35

(02 31 27 20 35)