

Courrier des lecteurs

BPCO. On sait que la question du tabagisme est encore trop loin d'être systématiquement abordée en l'absence de plainte... On sait aussi que les plaintes spontanées sont tardives: il ne faut pas les attendre pour poser les bonnes questions, comme celles de la dyspnée ou de la réduction d'activité, souvent présentes mais inconscientes. Et une activité qui diminue parce que le sujet veut éviter d'être essoufflé constitue un facteur d'augmentation de la mortalité et du recours aux soins.

Certains répondront que le rapport coût/bénéfice n'est pas favorable au dépistage; en fait, nul ne le sait, car, avant d'aborder les coûts, il faut évaluer l'efficacité, et nous manquons encore de données à suffisamment long terme pour la chiffrer. D'autres soulèveront une question quasiment « existentielle »: en détectant la maladie à un stade non ou très peu symptomatique chez un individu, nous le faisons passer du statut de « sujet sain » à celui de « malade », ce qui pourrait en soi être délétère pour sa « qualité de vie ». Certes, mais n'oublions pas que ce sujet, qui se croyait sain, était quand

même à risque et le savait: ses motifs d'inquiétude devaient donc déjà n'être pas nuls. Surtout, demandons à la population des fumeurs et autres sujets à risque s'ils préfèrent vivre cinq ou dix ans de plus sans se savoir malade mais risquer simultanément de vivre cinq ou dix ans de plus avec un handicap, ou se savoir légèrement malade dès maintenant et gagner cinq ou dix ans sans grand handicap?

Cette question, qui peut sembler très théorique (elle l'est d'ailleurs largement) n'en mérite pas moins réflexion. Une autre, du même ordre, peut être posée: combien d'années sans événement cardiovasculaire gagne-t-on en appliquant les recommandations pour le dépistage de l'hypertension artérielle, et comment chiffrons-nous les contraintes liées à ce dépistage?

Une attitude contemplative, attentiste et passive ne paraît pas de mise devant les chiffres accablants des conséquences de la BPCO et devant les nouvelles possibilités de détection et de prise en charge.

Il faut donc intensifier nos efforts de lutte contre le tabagisme et nos efforts de

détection de cette maladie sans attendre la démonstration du bien-fondé de cette pratique, démonstration qui reste indispensable pour chiffrer le rapport coût/bénéfice de cette approche.

Absence de preuve n'est pas charge de preuve, bien au contraire, quand il s'agit de la détection précoce de la BPCO. ■

1. Biron E, *et al*, Programme d'actions en faveur de la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO). 2005-2010. Connaître, prévenir et mieux prendre en charge la BPCO. *Rev Mal Respir* 2006; 23 Spec No 3: 8S9-8S55.
2. Screening for chronic obstructive pulmonary disease using spirometry: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med* 2008; 148: 529-34.
3. Parkes G, *et al*, Effect on smoking quit rate of telling patients their lung age: the Step2quit randomised controlled trial. *BMJ* 2008; 336(7644): 598-600.
4. Recommandations de la Société de pneumologie de langue française sur la réhabilitation du malade atteint de BPCO. *Rev Mal Respir* 2005; 22: 696-704.
5. Suissa S, Medications to modify lung function decline in chronic obstructive pulmonary disease: some hopeful signs. *Am J Respir Crit Care Med*, 2008; 178(4): 322-3.

PMSI – Précisément Meticuleusement Sérieusement Impérativement



Essoufflé n'est pas joué !

L'insuffisance respiratoire chronique (IRC) est un sujet important qui est au cœur des préoccupations des pneumologues.

La T2A SSR demandera une précision de codage de plus en plus fine et cette fiche a pour but d'aider les praticiens à trouver le code correspondant au mieux à la description qu'ils souhaitent faire de leurs patients.

Le Pr Jean-François Muir, alors président de la SPLF, et moi-même avions rencontré le ministère en 2002 pour proposer la révision de certains codes, et en particulier souligné l'intérêt d'ajouter des digits aux codes CIM-10 de l'asthme et de la BPCO, nous fondant sur les stades de sévérité selon GOLD. Pour l'instant, et en

attendant la CIM-11 (sait-on jamais ?), les codes n'ont pas été changés et l'on doit toujours appliquer la règle en vigueur.

IRC obstructive (IRCO) ou IRC restrictive (IRCR) ?

- **IRCO** = maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC selon GOLD 2001), BPCO, asthme. Sont aussi définis les termes d'emphysème, de bronchite chronique, de bronchectasie, de bronchiolite.

- **IRCR** = connectivites, obésité, chirurgie, maladies neuromusculaires. Nous ne reviendrons pas ici sur la nosologie, ni sur les descriptions cliniques, gazométriques

et d'épreuves d'effort. Les praticiens les connaissent, et s'y réfèrent pour déterminer les degrés de gravités et adapter les traitements des diverses pathologies.

Nous laissons également le soin aux praticiens d'indiquer les éventuels codes de cancérologie associée. ■

Jérôme Talmud Médecin DIM

La Renaissance Sanitaire
hôpital Villiers Saint-Denis,
hôpital La Musse
@ : jerome.talmud@hirs-villiers.net

Fiche n° 2 Codes Cim-10 de l'IRC par ordre alphabétique

Aspergillose pulmonaire	J 172 et B 441 <i>car daque/astérisque</i>
Asthme	
État de mal asthmatique	J 46
Asthme non allergique	J 451
Asthme sans précision	J 459
Atélectasie	J 981
BPCO	
BPCO oblitérante	J 448
BPCO oblitérante avec épisode aigu	J 441
BPCO oblitérante infectée	J 440
Bronchectasie	J 47
Bronchite	
Bronchite du sujet de plus de 15 ans	J 40
Bronchite dite asthmatiforme (sans asthme, sans précision de germe)	J 209
Bronchite chronique simple, post-tabagique	J 410
Bronchite chronique mucopurulente	J 411
Bronchite chronique simple et mucopurulente	J 418
Bronchite infectieuse sans précision de germes	J 208
Bronchopneumopathie infectieuse par micro-organisme non précisé	J 180
Bronchospasme	J 980
Diaphragme	
Paralysie du diaphragme	J 9860
Autres maladies du diaphragme	J 9868
Douleur thoracique respiratoire	R 071
Dyspnée	
Dyspnée d'effort	R 490
Dyspnée aiguë, détresse respiratoire	R 060
Emphysème	
Emphysème centrolobulaire	J 432
Emphysème bulleux unilatéral, Syndrome de MacLeod	J 430
Emphysème interstitiel	J 982
Emphysème pan lobulaire	J 431
Épanchement pleural	
Épanchement pleural	J 90
Épanchement pleural au cours de maladies classées ailleurs	J 91 (<i>attention code daque : astérisque</i>)
Fibrose pulmonaire	
Fibrose pulmonaire	J 841
Fibrose pulmonaire radique	J 701
Fibrose pulmonaire par inhalation d'agents toxiques	J 684

Hémoptysie	R 042
Hoquet	R 066
Infections pulmonaires, pneumopathie : les codes bactériologiques des infections connues doivent être recherchés dans les chapitres A et B et notés également, par ailleurs consulter les pages 556 et suivantes, du volume III de la CIM-10	
Infection bronchopulmonaire	J 170 (<i>attention code daque/astérisque</i>)
Infection bronchique sans précision	J 209
Infection bronchique à Pyocyanique	J 151 et B 965
Infection pulmonaire à Chlamydia	J 160
Infection pulmonaire à E. Coli	J 155
Infection pulmonaire à Staphylocoque	J 152
Tuberculose miliaire : A 19... (cf. pp. 122 et 122 du volume III de la CIM-10)	
Tuberculose pulmonaire avec confirmation histologique	A 152
IRC obstructive	J 961+ 0 (<i>code très vague, mieux vaut préciser</i>)
IRC restrictive	J 961+ 1 (<i>code très vague, mieux vaut préciser</i>)
Insuffisance respiratoire consécutive à une intervention chirurgicale	J 953
Maladie du médiastin non classée ailleurs	J 985
OAP	
OAP, OAP chronique	J 81
OAP avec insuffisance cardiaque	I 501
Plaque pleurale	
Plaque pleurale avec asbestose	J 920
Plaque pleurale sans asbestose	J 929
<i>En ce qui concerne l'asbestose et autres pathologies du registre professionnel à retentissement pulmonaire, se reporter au volume III (index alphabétique) de la CIM-10 et aux pages 572 et suivantes du volume III de la CIM-10. Exemples</i>	
<i>Poumon de fermier</i>	J 670
<i>Sidérose pulmonaire</i>	J 634
<i>Silicose</i>	J 628
Pleurésie	
Inflammation de la plèvre	R 091
Pleurésie avec épanchement pleural	J 90
Pleurésie tuberculeuse (sans confirmation bactériologique)	A 165
Pyothorax avec fistule	J 860
Pyothorax sans fistule	J 869
<i>Pneumopathies : les codes des diverses pneumopathies virales et bactériennes sont décrits en pages 556 et suivantes du volume I de la CIM-10. S'y reporter.</i>	
Pneumopathie d'inhalation	J 698
Pneumopathie de déglutition	J 690
Pneumopathie interstitielle chronique médicamenteuse	J 703
Pneumopathie radique	J 700

Pneumothorax	
Pneumothorax spontané	J 930
Pneumothorax tuberculeux confirmé	A 150
Pneumothorax autre	J 938
Syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA)	J 80
Fièvre	R 500
Syndrome inflammatoire	R 700
Syndrome grippal	R 500
<i>Tabac : troubles mentaux et comportementaux liés à l'utilisation du tabac F 17... se reporter aux pages 338 et suivantes du volume III de la CIM 10 pour les digits correspondants à indiquer</i>	
Tabagisme	F 172
Tabagisme passif (effet toxique du tabac et de la nicotine)	T 652
Toux	R 05
La présence de greffe de cœur et poumon	Z 943
<i>Les dépendances envers un respirateur doivent également être codées</i>	
Dépendance envers un respirateur, ventilation par trachéostomie	Z 991+0
Dépendance envers un respirateur, ventilation par masque nasal	Z 991+1
Sans oublier le codage d'un éventuel facteur nosocomial	Y 95

Codes CCAM de ventilation

Actes classant PCTL	
GDLD001	Pose d'un masque laryngé ou d'un combitube.
GLLD002	Ventilation mécanique discontinue au masque facial ou par embout buccal pour kinésithérapie, par 24 heures.
GLLD012	Ventilation mécanique continue au masque facial pour suppléance ventilatoire, par 24 heures.
GLLD015	Ventilation mécanique intratrachéale avec pression expiratoire positive (PEP) ≤ 6 et FiO ₂ ≤ 60 % par 24 heures.
GLLD008	Ventilation mécanique intratrachéale avec pression expiratoire positive (PEP) > 6 et FiO ₂ > 60 % par 24 heures.
GLLD004	Ventilation mécanique intratrachéale avec pression expiratoire positive (PEP) > 6 et FiO ₂ > 60 %, avec technique de décubitus ventral alterné par 24 heures.
Actes classant PCL	
GGJB001	Drainage d'un épanchement de la cavité pleurale par voie transcutanée sans guidage.
GLLD003	Ventilation spontanée au masque facial, par canule nasale ou par canule nasopharyngée, sans aide inspiratoire, avec pression expiratoire positive (PEP), par 24 heures.