

Le Résumé d'Unité Médicale (RUM) en hémato-oncologie :

Guide de bonnes pratiques pour le codage en hémato-oncologie

sfh

Octobre 2006

Avec le soutien institutionnel de

Roche

Éditorial

La majorité d'entre nous a choisi de devenir hématologiste pour la grande élégance de la discipline, pour son bouillonnement et la variété de ses facettes... L'efficacité que nous appelions de nos vœux a eu un coût, cible désormais privilégiée du rationalisme économique affiché.

Ainsi, l'activité de codage que nous nous imposons spontanément pour des raisons médicales a vu sa logique dériver sous l'effet d'une véritable contrainte budgétaire. Nous devrions, comme vous le savez, mettre en congruence en temps réel le reflet exact de la situation médicale, la correcte représentation des moyens mis en œuvre lors du séjour, et la relative rigidité des items. La tâche s'avère fastidieuse, modérément exaltante (nous n'oserions écrire valorisante...) mais clairement indispensable. Quelques collègues des DIM et des hématologistes que nous savions rompus à cet exercice d'un genre nouveau ont accepté de confronter leurs points de vue, sur la base de situations fréquentes.

Nous sommes heureux de pouvoir vous proposer le fruit de leur expérience, dans le cadre du programme PHORS établi en partenariat avec les laboratoires ROCHE. Que ceci soit l'occasion de saluer la mémoire de Félix REYES, membre déterminant de la réflexion sur l'organisation des soins en Hématologie, et de ce groupe de travail.

Jean-Yves CAHN

Norbert IFRAH

Le Résumé d'Unité Médicale (RUM) en hémato-oncologie

Comité de rédaction

Docteur Daniel Antonioli

DIM, CHU, Nantes

Docteur Antoine Buemi

DIM, Centre hospitalier, Mulhouse

Professeur Cyrille Colin

DIM, Hospices civils de Lyon

Docteur Jean-Claude Eisenmann

Hématologue, Centre hospitalier, Mulhouse

Docteur Steven Le Guill

Hématologue, CHU, Nantes

Docteur Anne Thiébaud

Hématologue, Hôpital Edouard Herriot, Lyon

Comité de validation pour la SFH

Professeur Jean-Yves Cahn

Hématologue, CHU Grenoble

Président de la Société française d'hématologie

Professeur Norbert Ifrah

Hématologue, CHU Angers

Président du Collège de la Société française

d'hématologie

Les comités de rédaction et de validation remercient l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (docteur Jean-François Noury) pour l'aide qu'elle a apportée à la réalisation de ce document.

Ce document, destiné aux praticiens exerçant dans les services d'hématologie oncologique, se veut avant tout synthétique et pratique.

Il ne saurait être considéré comme exhaustif ou réglementaire, et n'est pas opposable en cas de litige avec les tutelles.

S'il souhaite une vision globale et détaillée, le lecteur est invité à se référer au ***Guide méthodologique de production des résumés de séjour du PMSI en médecine, chirurgie et obstétrique***, publié au Bulletin officiel et dont la version en cours date de mars 2006.

Tous les textes et toute l'actualité du PMSI sont consultables sur le site internet de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH).

<http://www.atih.sante.fr>

Sommaire

Préambule _____ p 8

1

Méthodologie _____ p 9

- Les grands principes
- Les définitions
- Les situations cliniques en hémato-oncologie
- Les outils de codage disponibles

2

Cas cliniques types _____

p 23

- Pour chaque cas clinique :
 - Hiérarchisation des diagnostics et codage
 - Arguments, règles et raisonnement associés

3

Foire aux Questions _____

p 59

(Questions / Réponses pour le codage en hématologie)

- 4 exemples de questions disponibles sur le site de l'ATIH

4

Lexique _____

p 67

Préambule

Apparu en France en 1985, le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) s'est progressivement imposé aux établissements de soins des secteurs public et privé comme l'outil de description et de valorisation de leur activité.

Avec le passage à la tarification à l'activité (T2A) il devient essentiel d'assurer la meilleure qualité de la production d'information au regard de la réglementation en vigueur.

L'application de cette réglementation aux prises en charge en hématologie oncologique peut soulever des difficultés d'interprétation. L'objectif de cette plaquette est de fournir quelques pistes en vue d'une bonne hiérarchisation des informations lors de la rédaction des résumés d'unité médicale (RUM).

La méthodologie évoluant avec chaque nouvelle version de la classification en groupes homogènes de malades (GHM), les conseils figurant dans cette plaquette doivent à l'avenir être adaptés à ces évolutions. La présente édition se réfère à la version 10 de la classification des GHM, en vigueur le 15 mars 2006.

1

Méthodologie

Les grands principes

Un résumé d'unité médicale (RUM) est établi chaque fois qu'un patient quitte une unité d'hospitalisation de court séjour.

Les soins prodigués à un patient externe ne font pas l'objet d'un RUM.

À la sortie du patient, sa prise en charge est analysée en termes de situations cliniques.

Toutes les informations du RUM doivent être conformes au contenu du dossier du patient.

Aucun texte n'oblige les médecins à hiérarchiser les informations médicales. Cela dépend du degré de centralisation-décentralisation de chaque établissement.

Par contre, le médecin ayant dispensé les soins, est garant de l'exhaustivité et de la qualité des informations qu'il transmet pour traitement au médecin responsable de l'information médicale.

Les définitions

Diagnostic principal - DP

C'est le motif qui a mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant au cours de l'hospitalisation :

- maladie, syndrome, symptôme des chapitres I à XIX de la CIM-10
- entité du chapitre XXI de la CIM-10

Le diagnostic principal est déterminé :

- à la fin du séjour dans une unité médicale
- en connaissance de l'ensemble des informations médicales concernant ce séjour, et notamment les résultats d'examens d'anatomie pathologique ou de laboratoire parvenant après la sortie du patient (dans la mesure où ils sont disponibles dans les délais réglementaires de production des RUM)
- après une analyse en termes de situations cliniques
- en connaissant les possibilités de codage offertes par la CIM-10 et les règles interdisant certains diagnostics en DP et DR.

Diagnostic relié – DR

Associé au diagnostic principal lorsque celui-ci n'y suffit pas, le diagnostic relié rend compte de la prise en charge du patient en termes médico-économiques.

Le diagnostic relié est déterminé en respectant trois principes :

- le diagnostic principal est un code « en Z » de la CIM-10 (chapitre XXI)
- le diagnostic relié est une maladie chronique ou de longue durée, ou un état permanent, présent au moment du séjour faisant l'objet du RUM
- le diagnostic relié répond à la question : pour quelle maladie, ou état, la prise en charge mentionnée en diagnostic principal a-t-elle été faite ?

Exemple :

| | |
|----------|--------------------------------------|
| DP Z51.1 | Séance de chimiothérapie pour tumeur |
| DR C83.3 | Lymphome diffus à grandes cellules |

Diagnostic associé significatif – DAS

Toute morbidité (maladies, symptômes et autres motifs de recours) associée au diagnostic principal et **ayant donné lieu à une prise en charge diagnostique ou thérapeutique supplémentaire au cours du séjour**, dans le cadre :

- d'une affection nouvelle, telle une affection aiguë intercurrente
- ou d'une affection préexistante : évolution d'une affection connue ou affection chronique stable en cours de traitement

Tous les chapitres de la CIM-10 peuvent être utilisés pour le codage des DAS.

Remarques :

- Les antécédents guéris, les maladies stabilisées ou les facteurs de risque n'ayant bénéficié d'aucune prise en charge, les symptômes ou résultats anormaux d'examen inhérents à une maladie codée par ailleurs dans le RUM, ne sont pas des diagnostics associés significatifs.
- Il est essentiel de n'oublier aucun DAS :
 - pour ne pas risquer d'omettre une complication ou morbidité associée (CMA)
 - parce que la liste des CMA évolue
 - pour satisfaire à l'obligation de qualité de l'information
 - parce que des bases nationales de bonne qualité permettent de faire évoluer la classification des GHM

- Il est rappelé que la description correcte et complète des effets indésirables des médicaments nécessite que soient codés la nature de l'effet indésirable (par exemple : mucite post-chimiothérapie - K91.8) et le médicament responsable de ces effets indésirables (codes Y40. - à Y59. - du chapitre XX de la CIM-10, et notamment Y43. -). La recherche du bon code est facilitée par la consultation du tableau des médicaments et substances chimiques figurant dans le volume 3 (index alphabétique) de la CIM-10, pages 627 à 758.

Donnée associée documentaire - DAD

Il s'agit de tout type d'information nécessaire à la bonne analyse de l'activité au sein de l'établissement, mais n'influant en rien le groupage en GHM ou la tarification. Les DAD ne sont pas transmises à la tutelle.

Actes

Si tous les actes réalisés doivent faire l'objet d'une déclaration à des fins notamment d'analyse de l'activité, seuls certains actes doivent obligatoirement figurer dans le RUM :

- les actes classants de la classification des GHM
- les actes de suppléance vitale (actes marqueurs de réanimation)
- les actes de prélèvement d'organes

Seuls les actes figurant dans la classification commune des actes médicaux (CCAM) sont à mentionner dans le RUM.

Complication ou morbidité associée – CMA

Certains diagnostics associés dont la présence augmente la durée de séjour d'au moins 24 h (dans au moins 75 % des cas), font partie de la liste des complications ou morbidités associées, permettant d'orienter certains séjours vers des GHM mieux valorisés.

Un sous-ensemble de cette liste constitue des complications ou morbidités associées sévères (CMAS) orientant vers des GHM « lourds ».

Remarques :

- les listes de CMA et CMAS sont susceptibles d'évoluer entre deux versions de la classification des GHM
- les codes de ces listes sont analysés en fonction du diagnostic principal avant d'être effectivement considérés comme alourdissant la prise en charge

Les situations cliniques en hémato-oncologie

Situation de diagnostic

Séjour permettant de diagnostiquer la cause du ou des symptômes présentés par le patient à son admission, avec ou sans traitement.

Situations équivalentes :

- bilan initial d'extension d'un cancer (stadification préthérapeutique) réalisé au cours du même séjour que le diagnostic initial ou d'un séjour ultérieur
- acutisation d'une maladie chronique

Le diagnostic principal du RUM est le diagnostic établi, le cancer objet du bilan initial, ou la maladie chronique acutisée.

Situation de traitement unique

C'est le cas, par exemple, du traitement d'une leucémie par greffe de moelle osseuse.

La pathologie traitée est le diagnostic principal du RUM.

Situation de traitement répétitif

Prise en charge pour séance de chimiothérapie ou de transfusion sanguine.

Le diagnostic principal est un code du chapitre XXI de la CIM-10 :

- Z51.1 – Séance de chimiothérapie pour tumeur
- Z51.3 – Transfusion sanguine

L'affection traitée est mentionnée en diagnostic relié (si elle répond à la définition du DR, si non elle est mentionnée en DAS).

Situation de surveillance négative

Le patient est hospitalisé pour surveillance d'une affection connue (diagnostiquée, éventuellement traitée) et aucune affection nouvelle n'est découverte.

Situation équivalente :

- patient avec une maladie chronique ou de longue durée connue, hospitalisé pour surveillance, sans mise en évidence d'affection nouvelle ou de complication.

Le diagnostic principal est un code du chapitre XXI de la CIM-10, à choisir dans les catégories Z08.- (Examen de contrôle après traitement d'une tumeur maligne) et Z09.- (Examen de contrôle après traitement d'affections autres que les tumeurs malignes).

L'affection surveillée est à mentionner en diagnostic relié.

Remarque :

- la modification du traitement d'une affection connue ne transforme pas la situation de surveillance en situation de traitement (l'affection surveillée ne peut pas figurer en diagnostic principal).

Situation de surveillance positive

Au cours d'une hospitalisation de surveillance, une affection nouvelle est découverte : complication de l'affection surveillée ou affection intercurrente.

Situations équivalentes :

- complication d'une maladie chronique ou de longue durée, ou complication de son traitement
- affection intercurrente indépendante d'une affection chronique ou de longue durée sous-jacente
- «bilan» aboutissant au diagnostic d'une affection

L'affection nouvellement diagnostiquée est le diagnostic principal.

L'affection surveillée est un diagnostic associé significatif.

Les outils de codage disponibles

Les maladies, symptômes et autres motifs de recours aux services de soins se codent avec la 10^e révision de la **Classification internationale des maladies** (CIM-10), qui comporte trois volumes, dont deux sont indispensables : le volume 1 (table analytique), et le volume 3 (table alphabétique).

Les codes du chapitre XX – *Causes externes de morbidité et de mortalité* sont interdits en diagnostic principal et en diagnostic relié.

Il existe une liste de **diagnostics interdits en diagnostic principal et en diagnostic relié**, consultable sur le site de l'**ATIH**.

Certains codes spécifiques à l'usage par le PMSI sont créés par l'ATIH. Ils figurent avec les mises à jour officielles de la CIM-10, sur le site de l'ATIH. Il est important d'en tenir compte afin d'être assuré d'une bonne valorisation de l'activité déclarée.

Les actes médicaux, diagnostiques et thérapeutiques, se codent avec la **Classification commune des actes médicaux** (CCAM), 2^e version.

L'utilisation de **thésaurus**, aussi bien en CIM-10 qu'en CCAM, est assez largement répandue.

Il s'agit de documents, soit élaborés par des sociétés savantes, soit élaborés au sein d'un service pour son propre usage.

D'un intérêt indéniable dans leur utilisation en routine, ces documents sont à compléter par un recours aux ouvrages de référence chaque fois que la description exacte de la pathologie ou de l'action à décrire ne s'y trouve pas.

Différents outils informatisés d'**aide au codage** sont disponibles.

Ils ne sont d'un réel intérêt que lorsque l'utilisateur connaît bien la structure de la classification, et s'il se reporte toujours aux ouvrages de référence avant de valider le choix d'un code proposé par ces systèmes.

2

Cas cliniques types

Cas clinique 1 : Diagnostic et traitement d'une hémopathie au cours d'une même hospitalisation

Homme de 65 ans hospitalisé pour altération de l'état général.

Antécédents : diabète non insulino-dépendant traité par voie orale, adénome de prostate et HTA.

Examen clinique : perte de poids de 6 kg, sueurs nocturnes profuses. Présence de nombreuses adénopathies sus et sous diaphragmatiques, splénomégalie.

L'examen anatomopathologique pose le diagnostic de lymphome malin non hodgkinien à grandes cellules de phénotype B.

L'ensemble du bilan iconographique et biologique est réalisé. La biopsie ostéo-médullaire confirme l'envahissement médullaire.

Au terme du bilan : LMNH-B de haut grade de malignité, stade IV et score IPI élevé, la chimiothérapie est initiée.

Période d'hospitalisation:

- Syndrome infectieux pendant la période d'aplasie sans point d'appel clinique et début d'une antibiothérapie à large spectre par voie intraveineuse. Les différents examens ne permettent pas de trouver d'agent pathogène. La fièvre cesse 72h après le début des antibiotiques. Les antibiotiques sont arrêtés en sortie d'aplasie.
- Transfusion de 2 concentrés érythrocytaires et de 2 concentrés plaquettaires.
- Décompensation du diabète qui nécessite la mise en place d'une insulinothérapie par voie IV.

Le patient sort au bout de 3 semaines d'hospitalisation.

Cas clinique 1 : Situation de diagnostic

| | Code | Libellé | Commentaires |
|-----|--------|---|---|
| DP | C83.1 | Lymphome diffus non hodgkinien à grandes cellules | <p>Le diagnostic de lymphome est établi au cours de cette hospitalisation : il est le diagnostic principal.</p> <p>Le choix du code aurait pu être C85.1-<i>Lymphome à cellules B sans précision</i>, mais la note figurant sous cette catégorie renvoie à un code plus précis.</p> |
| DR | | | <p>Le diagnostic principal n'étant pas un "code Z", il n'y a pas lieu de mentionner un diagnostic relié.</p> |
| DAS | Z51.1 | Séance de chimiothérapie pour tumeur | <p>Z51.1 s'applique à toutes les séances de chimiothérapie pour tumeur, quel que soit le type de prise en charge (hôpital de jour ou hospitalisation complète).</p> |
| | D61.1 | Aplasie médullaire médicamenteuse | |
| | B99.+1 | Syndrome infectieux sans cause trouvée | |

| Code | Libellé | Commentaires |
|---------------|---|---|
| E11.9 | Diabète sucré non insulino-dépendant sans complication | Le diabète décompensé s'apparente à une acutisation d'une affection chronique et se code en DAS. |
| DAD N40 | Hyperplasie de la prostate | On conserve en DAD l'hyperplasie de prostate car elle n'a pas mobilisé de ressources. Si le patient est sondé, elle passera en DAS. |
| I10 | Hypertension essentielle | |
| Actes FDHB002 | Biopsie ostéomédullaire par voie transcutanée | |
| FCFA012 | Exérèse de nœud lymphatique du cou à visée diagnostique par cervicotomie | |
| FELF011 | Transfusion de concentré de globules rouges d'un volume inférieur à une demi-masse sanguine | Le code Z51.3 - <i>Transfusion sanguine</i> - ne figure ni en DAS, ni en DAD, car l'acte médical rend compte de cette activité. |
| FELF006 | Transfusion de produit sanguin labile non érythrocytaire | |

Cas clinique 2 : Traitement en hospitalisation complète pour une affection connue

Femme de 56 ans

Diagnostic de leucémie aiguë myéloïde lors d'une précédente hospitalisation.

Pas d'anomalie du caryotype au diagnostic, fratrie non compatible.

2^e hospitalisation d'un mois pour consolidation protocolaire par chimiothérapie à J1 et J4.

- Pose d'une voie veineuse centrale tunnalisée.
- Hospitalisation en chambre à flux laminaire
- 15 jours d'aplasie
- Transfusions de 4 concentrés érythrocytaires, 3 concentrés plaquettaires
- Aplasie fébrile justifiant le début d'une antibiothérapie intra-veineuse
- Pas de point d'appel clinique, pas de documentation bactériologique
- Pas de suspicion de pneumopathie pendant le séjour
- Sortie d'aplasie sans complication notable
- Bonne tolérance biologique de la cure

Cas clinique 2 : Situation de traitement itératif

| | Code | Libellé | Commentaires |
|-----|--------|---|---|
| DP | Z51.1 | Séance de chimiothérapie pour tumeur | Le diagnostic principal est la chimiothérapie : traitement itératif d'une affection connue. Z51.1 s'applique à toutes les séances de chimiothérapie pour tumeur, quel que soit le type de prise en charge (hôpital de jour ou hospitalisation complète) |
| DR | C92.0 | Leucémie myéloïde aiguë | La mention d'un diagnostic relié se justifie car : <ul style="list-style-type: none">- le diagnostic principal est en "code Z"- la leucémie myéloïde aiguë est une maladie de longue durée présente le jour du traitement- elle explique la chimiothérapie mentionnée en DP |
| DAS | D61.1 | Aplasie médullaire médicamenteuse | |
| | Y43.3 | Complications d'autres médicaments antitumoraux | |
| | B99.+1 | Syndrome infectieux sans cause trouvée | Une aplasie fébrile sans germe identifié ne doit pas être codée en septicémie |

| Code | Libellé | Commentaires |
|---------------|---|---|
| DAD | | |
| Actes EPLF002 | Pose d'un cathéter veineux central par voie transcutanée | |
| FELF011 | Transfusion de concentré de globules rouges d'un volume inférieur à une demi-masse sanguine | Le code Z 51.3 - <i>Transfusion sanguine</i> - ne figure ni en DAS ni en DAD, car l'acte médical rend compte de cette activité. |
| FELF006 | Transfusion de produits sanguins labiles non érythrocytaires | |

Cas clinique 3 : Traitement en hôpital de jour pour une affection connue

Patient admis en hôpital de jour pour une 3^e cure de chimiothérapie d'une maladie de Hodgkin à cellularité mixte

Cas clinique 3 : Situation de traitement itératif en séance

| | Code | Libellé | Commentaires |
|----|-------|--|---|
| DP | Z51.1 | Séance de chimiothérapie pour tumeur | <p>Le diagnostic principal est la chimiothérapie : traitement itératif d'une affection connue.</p> <p>Z51.1 s'applique à toutes les séances de chimiothérapie pour tumeur, quel que soit le type de prise en charge (hôpital de jour ou hospitalisation complète) et quel que soit le produit antitumoral utilisé.</p> |
| DR | C81.2 | Maladie de Hodgkin à cellularité mixte | <p>La mention d'un diagnostic relié se justifie car :</p> <ul style="list-style-type: none">- le diagnostic principal est en "code Z"- la maladie de Hodgkin est une maladie chronique ou de longue durée présente le jour du traitement- la maladie de Hodgkin explique la chimiothérapie mentionnée |

| Code | Libellé | Commentaires |
|-------|---------|--|
| DAS | | Il n'y a ni DAS, ni DAD, ni acte car le compte-rendu ne mentionne rien de tel. |
| DAD | | S'il y a modification du traitement antitumoral par rapport à la séance précédente, la hiérarchisation et le codage restent les mêmes, le changement se manifeste le cas échéant par la prise en compte des molécules onéreuses. |
| Actes | | La CCAM V.2 ne comporte plus d'actes de chimiothérapie intraveineuse. |

Cas clinique 4 : Report du traitement en raison d'une anémie

Patient admis en hôpital de jour pour une 3^e cure de chimiothérapie d'une maladie de Hodgkin à cellularité mixte. Le bilan pré-chimiothérapique pratiqué la veille révèle une anémie. Une transfusion sanguine (2 concentrés érythrocytaires) est réalisée. Un nouveau rendez-vous est pris pour la 3^e cure de chimiothérapie.

Cas clinique 4 : Situation de diagnostic et de traitement unique

| | Code | Libellé | Commentaires |
|-------|---------|---|---|
| DP | D61.1 | Aplasie post chimiothérapie | |
| DR | | | Le diagnostic principal n'étant pas un "code Z", il n'y a pas lieu de mentionner un diagnostic relié. |
| DAS | C81.2 | Maladie de Hodgkin à cellularité mixte | |
| DAD | Z53.0 | Acte non réalisé en raison de contre-indication | La mention de non réalisation de l'acte initialement prévu n'est pas obligatoire mais complète la description de la prise en charge du jour et figure en DAD. |
| Actes | FELF011 | Transfusion de concentré de globules rouges d'un volume inférieur à une demi-masse sanguine | Le code Z51.3 - <i>Transfusion sanguine</i> - ne figure ni en DAS ni en DAD, car l'acte médical rend compte de cette activité. |

Cas clinique 5 : Séance de chimiothérapie et traitement d'une anémie

Patient admis en hôpital de jour pour une 3^e cure de chimiothérapie d'une maladie de Hodgkin à cellularité mixte. Le bilan pré-chimiothérapique pratiqué la veille révèle une anémie. Une transfusion sanguine (2 concentrés érythrocytaires) est réalisée. La séance de chimiothérapie est réalisée le jour même.

Cas clinique 5 : Séance de chimiothérapie avec traitement d'une anémie

| | Code | Libellé | Commentaires |
|-------|---------|---|--|
| DP | Z51.1 | Séance de chimiothérapie pour tumeur | Si l'on considère que la chimiothérapie est plus consommatrice de ressource (hors molécules onéreuses), elle est mentionnée en diagnostic principal. |
| DR | C81.2 | Maladie de Hodgkin à cellularité mixte | La mention d'un diagnostic relié se justifie car : <ul style="list-style-type: none">- le diagnostic principal est en "code Z"- la maladie de Hodgkin est une maladie chronique ou de longue durée présente le jour du traitement- la maladie de Hodgkin explique la chimiothérapie mentionnée |
| DAS | D61.1 | Aplasie post chimiothérapie | |
| Actes | FELF011 | Transfusion de concentré de globules rouges d'un volume inférieur à une demi-masse sanguine | |

Cas clinique 6 : Séjour ne donnant lieu à aucune prise en charge

Patient admis en hôpital de jour pour une 3^e cure de chimiothérapie d'une maladie de Hodgkin à cellularité mixte. Le patient présente un syndrome infectieux fébrile contre-indiquant la chimiothérapie. Il est immédiatement adressé en service d'hospitalisation conventionnelle.

Cas clinique 6 : Situation de non prise en charge

| Code | Libellé | Commentaires |
|-------|---------|--|
| DP | | Ce passage programmé en hôpital de jour ne donne lieu à aucune prise en charge dans cette unité médicale. |
| DR | | Il n'y a pas lieu de produire un RUM en hôpital de jour. |
| DAS | | Si l'admission administrative est enregistrée, elle doit être annulée et remplacée par une admission en unité médicale d'hospitalisation complète. |
| Actes | | |

Cas clinique 7 : Hospitalisation pour soins palliatifs programmés

Hospitalisation pour prise en charge palliative d'un patient atteint d'une leucémie aiguë myéloblastique en phase terminale

Cas clinique 7 : Soins palliatifs programmés

| | Code | Libellé | Commentaires |
|-------|-------|-------------------------|--|
| DP | Z51.5 | Soins palliatifs | Dès lors que la définition des soins palliatifs est respectée, le diagnostic principal doit toujours être codé Z51.5, à l'exclusion de tout autre code. |
| DR | C92.0 | Leucémie myéloïde aiguë | La mention d'un diagnostic relié se justifie car : <ul style="list-style-type: none">- le diagnostic principal est en "code Z"- la leucémie myéloïde aiguë est une maladie de longue durée présente le jour du traitement- elle explique les soins palliatifs mentionnés en DP |
| DAS | | | |
| Actes | | | |

Cas clinique 8 : Prise en charge curative se poursuivant en soins palliatifs

Patiente atteinte d'un lymphome T périphérique non spécifié, hospitalisée pour une troisième rechute . Une chimiothérapie de rattrapage est débutée. Dans les jours qui suivent, la patiente est fébrile et sa numération montre une pancytopenie. Une bi-antibiothérapie à large spectre est débutée. Une semaine après la fin de la nouvelle cure, la maladie progresse de nouveau. L'état général s'aggrave dans un contexte de détresse respiratoire qui nécessite une oxygénothérapie. Devant le caractère réfractaire de la maladie et l'état général de la patiente qui ne cesse de se dégrader, l'équipe médicale décide de mettre en place une prise en charge palliative. La patiente décède trois semaines après.

Cas clinique 8 : Soins palliatifs en fin de prise en charge curative

| | Code | Libellé | Commentaires |
|-------|--------|--|--|
| DP | Z51.5 | Soins palliatifs | Bien qu'apparaissant secondairement, les soins palliatifs prédominent dans cette prise en charge et figurent en diagnostic principal. |
| DR | C84.5 | Lymphomes à cellules T, autres et non précisés | La mention d'un diagnostic relié se justifie car : <ul style="list-style-type: none">- le diagnostic principal est en "code Z"- le lymphome T est une maladie chronique ou de longue durée présente le jour du traitement- le lymphome T explique les soins palliatifs mentionnés en diagnostic principal. |
| DAS | Z51.1 | Séance de chimiothérapie pour tumeur | |
| | D61.1 | Aplasie médullaire médicamenteuse | |
| | B99.+1 | Syndrome infectieux sans cause trouvée | |
| | J96.0 | Insuffisance respiratoire aiguë | |
| DAD | | | |
| Actes | | | |

Cas clinique 9 : Prise en charge avant transfert

Patient arrivé en anémie et neutropénie fébrile. Diagnostic d'une leucémie aiguë nécessitant une chimiothérapie aplasante. Manque de place en secteur protégé, motivant le transfert dans une autre structure. Transfusion et traitement symptomatique mis en route.

Cas clinique 9 : Situation de diagnostic

| | Code | Libellé | Commentaires |
|-------|---------|---|--|
| DP | C95.0 | Leucémie aiguë à cellules non précisées | Le diagnostic est fait dans l'unité : la leucémie est le diagnostic principal. |
| DR | | | Le diagnostic principal n'étant pas un "code Z", il n'y a pas lieu de mentionner un diagnostic relié. |
| DAS | D63.0 | Anémie au cours de maladies tumorales | Le patient ayant bénéficié d'une transfusion, l'anémie se justifie en diagnostic associé significatif. |
| | D70 | Agranulocytose | |
| | R50.9 | Fièvre | |
| Actes | FELF011 | Transfusion de concentré de globules rouges d'un volume inférieur à une demi-masse sanguine | Le code Z51.3 - <i>Transfusion sanguine</i> - ne figure ni en DAS ni en DAD, car l'acte médical rend compte de cette activité. |

Cas clinique 10 : Prise en charge d'une récurrence

Jeune patient porteur d'une leucémie aiguë myéloïde, ayant reçu un traitement initial par chimiothérapie aplasante et autogreffe du fait de l'absence de donneur intrafamilial. Au 3^e mois, le diagnostic de récurrence est posé. Le patient est hospitalisé pour une aplasie blastique et un traitement symptomatique est instauré en attente de l'identification d'un donneur, en vue d'allogreffe.

Cas clinique 10 : Situation de diagnostic (récidive)

| | Code | Libellé | Commentaires |
|-------|---------|---|--|
| DP | C92.0 | Leucémie aiguë myéloïde | |
| DR | | | Le diagnostic principal n'étant pas un "code Z", il n'y a pas lieu de mentionner un diagnostic relié. |
| DAS | D61.8 | Autres aplasies médullaires précisées | |
| | Z94.800 | Porteur d'autogreffe de moelle osseuse | |
| DAD | | | |
| Actes | FELF011 | Transfusion de concentré de globules rouges d'un volume inférieur à une demi-masse sanguine | Le code Z51.3 - <i>Transfusion sanguine</i> - ne figure ni en DAS ni en DAD, car l'acte médical rend compte de cette activité. |

Cas clinique 11 : Allogreffe

Femme de 42 ans, leucémie aiguë myéloïde secondaire à une myélodysplasie avec caryotype de mauvais pronostic. Obtention d'une rémission complète après une cure d'induction. Complication infectieuse pendant la deuxième cure : septicémie à *Candida* avec candidose hépato-splénique.

Hospitalisation actuelle pour allogreffe géno-identique de moelle avec conditionnement conventionnel, candidose hépato-splénique contrôlée biologiquement et scanographiquement. Hospitalisation en chambre à flux laminaire pendant 40 jours.

- Conditionnement : Endoxan , TBI (12Gy)
Prévention GVH : Ciclosporine + Méthotrexate, J1, J3, J6, J11
- Aplasie de J0 à J21
Transfusions : 4 PGR, 8 CPA
- Syndrome fébrile de J-3 à J7, 1 hémoculture positive à Staphylocoque coagulase négatif à J0
Traitement par triple antibiothérapie et prophylaxie secondaire antifongique.
Alimentation parentérale de J1 à la sortie d'aplasie.
- GVHD cutanée aiguë de grade 2, cortico-sensible.
- Mucite grade IV
Nausées-vomissements grades III
Diarrhées grade III

Cas clinique 11 : Situation de traitement unique

| | Code | Libellé | Commentaires |
|-----|--------|--|--|
| DP | C92.0 | Leucémie myéloïde aiguë | Traitement unique d'une affection maligne : l'affection traitée est mentionnée en diagnostic principal, même si l'acte est une allogreffe de moëlle osseuse (cf page 17). |
| DR | | | Le diagnostic principal n'étant pas un "code Z", il n'y a pas lieu de mentionner un diagnostic relié. |
| DAS | D61.1 | Aplasie médullaire médicamenteuse | Même si dans ce cas, et en l'état actuel de la classification, les diagnostics associés significatifs n'apportent rien de plus au sens du PMSI, il est important de tous les déclarer. |
| | K91.8 | Autres atteintes de l'appareil digestif après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, non classées ailleurs | |
| | T86.01 | Réaction aiguë d'un greffon de moelle osseuse contre l'hôte | |
| | D69.5 | Thrombopénie secondaire | |
| | A41.1 | Septicémie à d'autres staphylocoques précisés | |

| Code | Libellé | Commentaires |
|---------------|---|--|
| DAD B37.8 | Autres localisations de candidose | S'agissant d'un antécédent, la candidose hépatosplénique ne peut être mentionnée qu'en donnée associée documentaire. |
| Actes FELF009 | Injection intraveineuse d'un produit de thérapie cellulaire pour allogreffe | L'orientation vers un GHM d'allogreffe (ou autogreffe) est conditionnée par la présence du code CCAM correspondant (acte classant non opératoire). |
| HSLF002 | Alimentation parentérale avec apport de 20 à 35 kcal/kg/jour, par 24 heures | La quantité de l'apport calorique n'étant pas précisée dans l'observation clinique, c'est la valeur la plus basse qui est retenue. |
| FELF006 | Transfusion de produit sanguin labile non érythrocytaire | |
| FELF011 | Transfusion de concentré de globules rouges d'un volume inférieur à une demi-masse sanguine | Le code Z51.3 - <i>Transfusion sanguine</i> - ne figure ni en DAS ni en DAD, car l'acte médical rend compte de cette activité. |

Cas clinique 12 : Prise en charge par plusieurs unités médicales

Femme de 64 ans, diagnostic de LAM, en première rémission complète après l'induction, hospitalisée pour première consolidation.

■ *Hospitalisation en chambre à flux laminaire pendant toute l'hospitalisation en unité d'hématologie.*

Aplasie pendant 18 jours.

- Transfusions : 8 concentrés érythrocytaires et 11 concentrés plaquettaires d'aphérèse.
- Fièvre non documentée à J8, début de l'antibiothérapie à large spectre en IV.
- Persistance d'un syndrome fébrile non documenté avec frissons en sortie d'aplasie.
- Scanner thoracique : pneumopathie interstitielle bilatérale.
- Apparition de signes de détresse respiratoire justifiant une mutation en réanimation.

- *En réanimation : documentation d'une infection pulmonaire à cytomégalo virus avec polymérase chain reaction sanguine positive et culture positive sur biopsie pulmonaire.*
 - Syndrome de détresse respiratoire aiguë justifiant une intubation pendant 13 jours et une corticothérapie à forte dose.
 - Nouvelle mutation en hématologie pour poursuite de la prise en charge.

- *Hospitalisation pendant 15 jours en hématologie en chambre conventionnelle pour poursuite de la prise en charge de la pneumopathie.*
 - Amélioration de l'état respiratoire avec sevrage de l'oxygénothérapie et diminution des corticoïdes.
 - Amélioration progressive de l'état général avec reprise de l'alimentation permettant un arrêt de l'alimentation parentérale.
 - Pendant cette 2^{ème} hospitalisation : transfusion de 2 concentrés érythrocytaires.

- *Transfert en unité de soins de suite dans un établissement de la région pour convalescence.*

Cas clinique 12 : Multi-RUM

RUM1

| | Code | Libellé | Commentaires |
|------------|-------------|--|--|
| DP | Z51.1 | Séance de chimiothérapie pour tumeur | Le diagnostic principal est la chimiothérapie : traitement itératif d'une affection connue. Z51.1 s'applique à toutes les séances de chimiothérapie pour tumeur, quel que soit le type de prise en charge (hôpital de jour ou hospitalisation complète) |
| DR | C92.0 | Leucémie myéloïde aiguë | |
| DAS | D61.1 | Aplasie médullaire médicamenteuse | |
| | B99.+1 | Syndrome infectieux sans cause trouvée | |
| | J96.0 | Insuffisance respiratoire aiguë | Il est justifié de mentionner J96.0 en diagnostic associé significatif car ce diagnostic a mobilisé des moyens en hématologie |

| Code | Libellé | Commentaires |
|---------------|---|--|
| DAD | | |
| Actes FELF006 | Transfusion de produit sanguin labile non érythrocytaire | |
| FELF011 | Transfusion de concentré de globules rouges d'un volume inférieur à une demi-masse sanguine | Le code Z51.3 - <i>Transfusion sanguine</i> - ne figure ni en DAS ni en DAD, car l'acte médical rend compte de cette activité. |

Remarque :

Seuls les RUM relevant du service d'hématologie sont pris en compte ici :

- RUM 1
- RUM 3

| | Code | Libellé | Commentaires |
|-------|---------|---|--|
| DP | J17.1 | Pneumopathie au cours de maladies virales classées ailleurs | Il s'agit d'une continuité de prise en charge : l'affection prise en charge en réanimation dans sa phase aiguë est encore présente lors du séjour en hématologie et motive l'essentiel des ressources consommées. |
| DR | | | |
| DAS | B25.0 | Pneumopathie à cytomégalovirus | |
| | C92.0 | Leucémie myéloïde aiguë | La leucémie reste une affection présente et surveillée au cours de cette hospitalisation. |
| | D61.1 | Aplasie médullaire médicamenteuse | L'aplasie ou l'anémie ne sont pas mentionnées dans l'observation, mais deux concentrés érythrocytaires sont transfusés. Vérifier que la justification de ces transfusions est présente dans le dossier du patient. |
| DAD | | | |
| Actes | HSLF002 | Alimentation parentérale avec apport de 20 à 35 kcal/kg/jour, par 24 heures | La quantité de l'apport calorique n'étant pas précisée dans l'observation clinique, c'est la valeur la plus basse qui est retenue. |
| | FELF011 | Transfusion de concentré de globules rouges d'un volume inférieur à une demi-masse sanguine | Le code Z51.3 - <i>Transfusion sanguine</i> - ne figure ni en DAS ni en DAD, car l'acte médical rend compte de cette activité. |

Cas clinique 13 : réaction aiguë du greffon contre l'hôte après allogreffe de cellules souches hématopoïétiques

Homme, 55 ans, atteint de leucémie aiguë myéloïde avec critères cytogénétiques de mauvais pronostic, en première rémission complète après l'induction. Allogreffe géno-identique de cellules souches périphériques conditionnée par Fludarabine, Misulban, SAT.

■ *J60 post allogreffe, réhospitalisation en urgence pour diarrhée aiguë fébrile et éruption cutanée :*

- Atteinte de l'état général sans point d'appel infectieux à l'examen clinique.
- Oesogastroskopie et coloscopie avec biopsies : preuve histologique de réaction du greffon contre l'hôte (modérée à sévère) et recherche de cytomégalovirus positive.
- Hyperbilirubinémie (180 $\mu\text{mol/l}$).
- Traitement : corticothérapie (échec), Leukotac® et antibiothérapie à large spectre.

■ *Evolution pendant l'hospitalisation :*

- Pas d'amélioration de la réaction du greffon contre l'hôte.
- Aplasies médullaires médicamenteuses itératives et transitoires.
- Aggravation de la baisse de l'état général avec grabatisation et cachexie malgré l'alimentation parentérale.
- Septicémie à *E. coli* d'abord, à *Enterococcus durans* ensuite.
- Insuffisance rénale aiguë terminale avec anurie, sans transfert du patient.
- Décès à J140 postgreffe.

Cas clinique 13 : Situation de diagnostic

| | Code | Libellé | Commentaires |
|-------|---------|---|--|
| DP | T86.01 | Réaction aiguë d'un greffon de moelle osseuse contre l'hôte | Le diagnostic principal n'étant pas un «code Z» il n'y a pas lieu de mentionner un diagnostic relié |
| DR | | | |
| DAS | Z94.801 | Présence d'allogreffe de moelle osseuse | Le type de coloscopie n'étant pas précisé, c'est l'acte le plus «léger» qui est codé |
| | D61.1 | Aplasia médullaire médicamenteuse | |
| | B25.9 | Maladie à cytomégalovirus | |
| | A41.8 | Autres septicémies précisées | |
| | Z74.00 | Grabataire | |
| | N17.9 | Insuffisance rénale aiguë | |
| | C92.0 | Leucémie myéloïde aiguë | |
| Actes | HEQE002 | Endoscopie oeso-gastro-duodénale | Le type de coloscopie n'étant pas précisé, c'est l'acte le plus «léger» qui est codé |
| | HHQE004 | Coloscopie partielle au-delà du côlon sigmoïde | |
| | HZHE002 | Biopsie de la paroi du tube digestif au cours d'une endoscopie diagnostique | L'apport calorique n'étant pas précisé, c'est la valeur la plus basse qui est retenue. Ce code est à répéter chaque jour de réalisation de l'acte. |
| | HSLF002 | Alimentation parentérale avec apport de 20 à 35 kcal/kg/j , par 24 heures | |

3

Foire aux Questions

Questions-réponses pour le codage en onco-hématologie

Pour approfondir...

Il existe une Foire aux Questions sur le site internet de l'ATIH

www.atih.sante.fr

Voici quelques exemples de questions traitées.

Chimiothérapie ou soins palliatifs ?

Question : *Est-il logique d'utiliser le code Z51.5 de soins palliatifs lorsqu'une chimiothérapie est administrée à visée palliative à un malade ?*

Réponse : *Non, cette démarche n'est pas recommandée car le patient n'est pas hospitalisé pour motif palliatif*

La réalisation d'un **geste particulier de nature palliative**, quel qu'il soit (résection ou anastomose chirurgicale palliative, chimiothérapie palliative...), ne suffit pas pour considérer que des **soins palliatifs** sont délivrés.

Leur définition va bien au-delà. Le guide méthodologique (BO 2004/2 bis) souligne l'importance de cette définition et cite en référence la loi 99-477 du 9 juin 1999.

Il s'y ajoute deux circulaires publiées par la DHOS en 2002 et 2004, les recommandations que l'ANAES a faites en 2003 et les réflexions émises dans le cadre du suivi du programme national de développement des soins palliatifs 2002-2005.

Ce sont ces textes qui définissent aujourd'hui les soins palliatifs, au regard de la T2A et de la planification.

Sélection des DAS significatifs

Question : *Quel intérêt y a-t-il à saisir des diagnostics associés significatifs n'appartenant pas à la liste des CMA ?*

Réponse : *limiter les diagnostics associés significatifs (DAS) aux seules CMA est fortement déconseillé pour les raisons suivantes :*

- Rechercher, pour chaque DAS, si son code est dans la liste des CMA avant de le saisir, est une perte de temps ; il est plus «économique» de saisir tous les DAS codés (de toute façon il faut que le DAS soit codé pour utiliser la liste).
- La classification des GHM évolue (en 2006 on en est à sa 10^{ème} version) et, avec elle, les listes de CMA et d'exclusions ; ne saisir que les CMA de la version en cours c'est obérer le suivi de son activité (de son *casemix*).

- La saisie des DAS ne doit pas se limiter aux CMA mais prendre en considération la réalité du séjour. Un code qui n'était pas une CMA peut le devenir, encore faut-il que son incidence puisse être étudiée ; pour cela il doit être présent dans les bases nationales, donc dans les RUM. La bonne référence pour le codage est le patient : c'est lui qu'on résume, non en fonction du contenu, une année donnée, de la classification médico-économique, mais selon ses problèmes de santé et sa prise en charge réels au cours du séjour.
- Le contrôle de la qualité de l'information par l'assurance maladie ne se limitera pas aux informations classantes, que sont les CMA ; il vérifiera plus largement si les établissements « satisfont à leur obligation de qualité de l'information ». La référence étant le dossier du malade (arrêté du 31 décembre 2003), le codage de l'ensemble des DAS, selon leur définition (guide méthodologique) et non selon la liste des CMA, est bien concerné.

Choix du diagnostic principal

Un patient est hospitalisé pendant trois semaines pour chimiothérapie (quatre jours) dans le cadre d'une leucémie aiguë avec, dans les suites, une aplasie médullaire médicamenteuse compliquée d'une septicémie aspergillaire.

Question : *Les hématologues n'arrivent pas à trancher pour le choix du diagnostic principal et proposent la leucémie aiguë. Est-ce correct ?*

Réponse : *Le diagnostic principal (DP) n'est pas la leucémie. Il est à choisir parmi la chimiothérapie, l'aplasie et la septicémie. Il est celui des trois qui a mobilisé le plus d'efforts.*

Pour savoir lequel, il faut interroger le médecin qui a eu la charge du malade ou prendre connaissance du dossier médical. Si les trois ont mobilisé des efforts comparables, le DP est laissé parmi eux au choix de l'établissement

Est-il utile d'ajouter au diagnostic principal tous les diagnostics associés ?

Question : *Est-il utile d'ajouter au diagnostic principal tous les diagnostics associés ?*

Réponse :

- Il est essentiel que le résumé de séjour décrive le plus exactement possible le séjour du malade, notamment sans oublier aucun Diagnostic associé significatif (DAS).
- Le DAS correspond à une affection supplémentaire, venant en sus du diagnostic principal, le compliquant ou compliquant son traitement.
- Des diagnostics associés voire des actes sont omis parce qu'ils sont sans rapport avec la spécialité de l'unité médicale qui produit le résumé du séjour. Mais celui-ci n'a pas pour objectif un recueil d'information limité à la discipline de l'unité. Il importe qu'il résume le séjour réel du malade, y compris le cas échéant les soins liés à des problèmes situés hors du champ de cette discipline, sans omission et avec une précision homogène.
- De plus, un codage exhaustif et de bonne qualité des diagnostics associés dans les bases nationales de résumés de sortie anonymisés (RSA) est nécessaire pour faire évoluer la classification des GHM.

4

Lexique

Lexique des termes utilisés

ANAES Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé

ATIH Agence technique pour l'information hospitalière

CCAM Classification commune des actes médicaux

CIM-10 Classification internationale des maladies, 10^e révision

CMA Complication ou morbidité associée

CMAS Complication ou morbidité associée sévère

DAD Donnée associée documentaire

DAS Diagnostic associé significatif

DIM Département d'information médicale

DHOS Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins

DP Diagnostic principal

DR Diagnostic relié

GHM Groupe homogène de malades

GHS Groupe homogène de séjours

PMSI Programme de médicalisation du système d'information

RUM Résumé d'unité médicale

T2A Tarification à l'activité

Roche

52, boulevard du Parc
92521 Neuilly-sur-Seine cedex

Tél. : 01 46 40 43 31
Fax : 01 46 40 43 30
www.roche.fr