

Société Française de Médecine Générale

n° 62
Décembre 2005

DICTIONNAIRE DES RÉSULTATS DE CONSULTATION EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Révision 2003-2004

*DOCUMENTS
DE RECHERCHES
EN MÉDECINE GÉNÉRALE*

SFMG

Le plaisir de comprendre

Le travail sur les 200 premières définitions de l'édition 96 a été effectué
dans le cadre d'un contrat avec la CNAM.
Contrat CNAM-SFMG N° 1397/93

Directeur de Publication : Francis RAINERI
Rédacteur en chef : Didier DUHOT
Comité de rédaction : Pascal CLERC, Didier DUHOT, Rémy DURAND,
Elisabeth GRIOT, Luc MARTINEZ
Relecture du document : Rosemonde MOHN, Catherine MARTIN

Mise en page : Micro Paddy (Courriel : macpaddy@free.fr) / Impression : Pralon Graphic
N° ISSN0767-1407 • Dépôt légal : Décembre 2005

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	5
Le dictionnaire des Résultats de Consultation en 10 points	6
Maquette de présentation du Résultat de Consultation	7
Les différentes fonctions du Résultat de Consultation	8
Risques (dangers liés à une situation clinique)	9
Les positions diagnostiques	10
Dénominations hors listes (DHL)	11
Symboles graphiques utilisés dans la présentation	12
Les 39 Résultats de Consultation révisés en 2003 et 2004	13
Liste des 271 Résultats de Consultation et des 18 DHL	53

Documents de Recherches en Médecine Générale n° 62

Rédacteurs : Pierre FERRU, Olivier KANDEL

Secrétariat du DDRC : Pierre FERRU, Bernard GAVID, Daniel HOFNUNG, Olivier KANDEL, Jean François MAUGARD, Gilles GABILLARD

Membres du département 2005 : Guy AMELINEAU, Philippe BOISNAULT, Patrick BOSSUET, Yvonnick CLEMENCE, Rachel COLLIGNON PORTES, Didier DUHOT, René FICQUET, Elisabeth GRIOT, Michel IKKA, Philippe JACOT, Michel JAMBON, Jean-François LEMASSON, Jean-Luc LEEUWS, Etienne PACE, Jean Noël MICHE, François RAINERI, Philippe SZIDON, Michel THENAISY, Brigitte TISCORNIA, Yann THOMAS-DESESSART, Gérard VERY, Boris ZILBERT.

INTRODUCTION

La mise à jour 2003-2005 du Dictionnaire des Résultats de Consultation peut surprendre puisque plusieurs définitions, déjà modifiées en 2001, l'ont été à nouveau cette année! C'est en particulier le cas d'INSUFFISANCE CARDIAQUE. Alors qu'aucune révolution récente dans le domaine du diagnostic n'est apparue depuis deux ans, cette définition a été entièrement révisée. En effet, à l'usage, la version 2001 s'est révélée difficile (voire impossible) à utiliser en l'état car trop dichotomique dans ses critères d'inclusion. C'est aussi le cas d'HTA, dont la position diagnostique est revenue à la position « symptôme », car le concept « d'HTA-maladie » que sous-tendait la position C adoptée précédemment nous est apparu excessif pour être conservé: que serait donc cette « maladie hypertensive » qui disparaîtrait en supprimant la consommation d'alcool ou en faisant maigrir le patient? C'est enfin le cas de DIABÈTE de TYPE 2 dont les critères d'inclusion ont été élargis.

Les plus anciens d'entre nous – peut-être nostalgiques de la saignée en urgence - regretteront sans doute la disparition d'OAP: il n'a plus ni la fréquence, ni la forme majeure qu'ils ont connues et de ce fait, il a été intégré à la définition « INSUFFISANCE CARDIAQUE ».

Une deuxième disparition: celle de TACHYCARDIE qui a été incluse dans TROUBLE DU RYTHME (AUTRE) remanié.

Nous n'osons à peine annoncer le regroupement, sous la même définition, de « RHINOPHARYNGITE » et « RHUME ». L'un et l'autre ne se différenciaient que par le caractère purulent ou non de l'écoulement du nez. Mais l'exploitation statistique de la base de données de l'Observatoire de la médecine générale (OMG) a montré qu'ils connaissent une évolution per-annuelle rigoureusement parallèle et qu'on désignait certainement ainsi, de deux façons différentes, le même phénomène morbide.

PROSTATITE, dont le titre seul avait été introduit en 2001, a été définie par des critères d'inclusions qui, nous le souhaitons, seront assez rigoureux pour être maintenus. Le réseau de l'OMG nous dira dans les mois à venir si ces critères sont justifiés: si les rares « cystites » de l'homme disparaissent des relevés, c'est que nous aurons eu raison.

PYÉLONÉPHRITE, dont la définition trop fermée empêchait parfois qu'elle soit choisie malgré un ensemble de symptômes et signes pourtant assez caractéristiques, a été modifiée dans ce sens.

Tous ces changements montrent à l'évidence que notre Dictionnaire n'est pas un outil figé: il vit par son utilisation et grâce à ses utilisateurs. Il est confronté chaque jour à la réalité de ce que nous observons dans nos cabinets de médecine générale. Toute définition qui tenterait d'échapper à cette réalité de terrain, doit être rapidement révisée: n'hésitez donc pas à nous signaler les difficultés que vous rencontrez. N'hésitez pas non plus à nous proposer les améliorations (modifications ou créations de définitions) qui vous semblent nécessaires.

Pierre FERRU

- 1 Toute science commence par le **dénombrement des objets** ou phénomènes observés dans son champ d'application. La médecine générale, comme toutes les autres spécialités médicales, ne peut pas se développer scientifiquement sans avoir rempli cette condition.
- 2 Le dictionnaire, **n'est pas une classification, mais une nomenclature**. Une classification « distribution systématique en diverses catégories d'après des critères précis » consisterait à grouper les résultats de consultation (RC) qu'il contient, selon certains caractères communs pour les réunir en classes. Alors qu'une nomenclature, « ensemble de termes techniques d'une science » classés, par ordre alphabétique, est bien un dictionnaire.
- 3 Le dictionnaire permet au praticien de retrouver facilement dans une liste alphabétique, les 271 dénominations qu'il utilise le plus souvent dans son exercice journalier. En vertu de la **Loi de répartition régulière des cas**, tout praticien exerçant la médecine générale, sous la même *latitude*, doit s'attendre à retrouver de façon régulière environ 300 RC, pourvu qu'il les désigne toujours de la même manière.
- 4 Le dictionnaire permet au médecin de relever par le RC, la **certitude clinique** (le plus haut niveau de preuve) qu'il a en fin de séance, en fonction des éléments en sa possession au moment de la consultation. Le RC décrit le *problème* que le médecin prend en compte (qu'il a à résoudre) pendant la séance (consultation ou visite).
- 5 Les **271 RC recouvrent 95 %** des phénomènes pathologiques rencontrés par un praticien généraliste dans son exercice. Il ne doit pas pour autant, méconnaître les 5 % d'affections qu'il observera plus rarement.
- 6 Les quatre **positions diagnostiques** (symptôme, syndrome, tableau de maladie et diagnostic certifié) possibles n'ont pas de valeur hiérarchique mais elles sont équivalentes en tant que certitude clinique en fin de séance. En revanche, elles définissent le degré d'ouverture diagnostique de la situation clinique relevée c'est à dire la possibilité d'évoluer vers un tableau clinique plus caractéristique.
- 7 En consultant, la liste des Risques et aussi celle des *voir aussi*, le praticien pourra s'assurer qu'aucun RC plus caractéristique ne peut correspondre à la situation clinique qu'il a à résoudre.
- 8 Le dictionnaire ne répond pas seulement à une nécessité de langage commun, mais à la **triple exigence** de rationalité (modéliser l'information), de transparence (« c'est bien la situation que j'ai observée ») et de justification (« ce que j'ai observé, me sert à prendre ma décision »).
- 9 La correspondance de chaque définition du dictionnaire avec la **CIM-10** est la garantie d'un langage transversal et international commun à toutes les spécialités médicales.
- 10 Chaque définition comporte des **critères d'inclusion** et des **compléments sémiologiques**, mais aussi les **risques** de la situation observée.

MAQUETTE DE PRÉSENTATION D'UN RÉSULTAT DE CONSULTATION

Le titre - la dénomination

C'est le nom ou la désignation du RC. Son expression doit éviter de contenir des références physiopathologiques ou reproduire des termes employés dans les critères d'inclusion. C'est le premier élément de classement du RC.

Les critères d'inclusion

Ils correspondent à l'expression strictement nécessaire et suffisante pour relever la situation clinique par le titre en question. C'est l'élément taxinomique du RC. Ils permettent une bonne discrimination entre deux RC. Ils définissent la position diagnostique *par défaut* c'est à dire le degré de certitude (ou niveau de preuve) auquel le praticien parvient en fin de séance.

Risque(s)

Les « Risques » (danger lié à la situation clinique observée) font partie intégrante de la théorie professionnelle de BRAUN. Ils ont une double fonction : taxinomique et décisionnelle.

D'une part, associés aux critères d'inclusion, ils participent au bon étiquetage de la situation clinique ; le médecin devant vérifier avant de choisir un RC, si les troubles de santé présentés par son malade ne sont pas les symptômes d'une maladie plus caractérisée à évolution péjorative requérant des soins particuliers urgents.

D'autre part, ils participent aussi à la démarche décisionnelle ; le médecin tenant compte des risques graves liés au RC lors de ses décisions. Ils laissent au praticien un large espace de liberté décisionnel : il sait qu'il n'est pas nécessaire de mener une démarche poussée d'investigations complémentaires, dès lors qu'il a soigneusement éliminés (mais gardés en mémoire) ces risques graves.

Les positions diagnostiques

Le concept de position diagnostique est l'axe principal de la théorie professionnelle de Braun. Au nombre de 4 (A symptôme, B syndrome, C tableau de maladie et D diagnostic certifié), elles qualifient, une fois le RC choisi, le degré d'ouverture de la situation clinique. Si certains RC n'ont qu'une position possible, d'autres en comportent plusieurs. Elles sont alors déterminées par les critères d'inclusion (ou leurs associations) et parfois les compléments sémiologiques.

L'évolution clinique peut faire apparaître d'autres critères ou compléments sémiologiques. La position diagnostique du cas, pourra alors évoluer dans le sens $A \Rightarrow B \Rightarrow C \Rightarrow D$. La position 0 disparaît et, pour éviter toute confusion, une position diagnostique Z permettra de relever les RC *non pathologiques* notamment pour les actes de prévention.

Les compléments sémiologiques

Ces critères ne sont pas nécessaires pour le choix de la définition. Ils n'ont donc pas de fonction taxinomique. En revanche, ils permettent de mieux décrire l'observation, de documenter le dossier médical, de préciser le contexte pour l'analyse des risques, d'affiner la position diagnostique, de participer à la démarche décisionnelle et aussi d'assurer une correspondance plus détaillée avec la CIM-10.

La correspondance CIM-10

La correspondance entre les définitions du dictionnaire et la CIM-10 existe depuis la première version, mais il est possible et souhaitable de l'affiner. Nous avons actuellement un code CIM-10 pour chaque dénomination, nous aurons maintenant plusieurs codes CIM-10 possibles en fonction des combinaisons d'items (critères d'inclusion et compléments sémiologiques).

Les « voir aussi »

C'est une aide à l'utilisation du dictionnaire. Chaque liste est constituée exclusivement de titres de RC présents dans le dictionnaire. Sa lecture aide le médecin à vérifier *qu'il ne s'est pas trompé* de dénomination. Les listes de « voir aussi » ne contiennent que des RC voisins ou concurrents, les plus proches sémiologiquement et non les risques évitables. Pour chaque RC, la liste se fait exclusivement à partir des critères d'inclusion et non pas à partir des compléments sémiologiques.

L'argumentaire

Chaque RC possède un argumentaire. C'est l'explication de la dénomination et de chacune de ses rubriques. Il apporte une *aide en ligne* pour une bonne utilisation de la définition.

LES DIFFÉRENTES FONCTIONS DU RÉSULTAT DE CONSULTATION

- ↳ le **titre** +
- ↳ les **critères d'inclusion** +
- ↳ les **risques**

↳ permettent de **choisir, relever le cas** = Taxinomie

- ↳ le **titre** +
- ↳ les **compléments sémiologiques** +
- ↳ la **position diagnostique** +
- ↳ le **code suivi**

↳ permettent de **documenter le dossier médical**

- ↳ Le **titre** +
- ↳ les **critères d'inclusion** +/-
- ↳ les **compléments sémiologiques**

↳ permettent la **correspondance avec la CIM 10**

- ↳ les « **voir aussi** » et
- ↳ l'**argumentaire**

↳ sont **une aide** pour les nouveaux utilisateurs, afin de choisir le bon RC du dictionnaire

- ↳ Le **titre** +
- ↳ les **compléments sémiologiques** +
- ↳ les **positions diagnostiques** +
- ↳ les **risques** +
- ↳ le **code suivi**

↳ permettent **d'étayer les décisions** du médecin

RISQUES (évitables)

La fonction première du praticien n'est pas de « trouver » le résultat de consultation adapté à la situation clinique. C'est plutôt, dans un premier temps, de s'assurer que les troubles de santé présentés par son malade ne sont pas **les symptômes d'une maladie grave dont l'évolution péjorative pourrait être évitée par une intervention médicale urgente adaptée: c'est la définition du « risque évitable »**

Il est vrai que la majorité des problèmes de santé concerne des événements relativement bénins. Devant toute situation clinique, le risque de gravité est donc faible mais pas nul. Dans une minorité de cas, les symptômes évoluent de façon dramatique. Déceler une évolution critique évitable, au stade ou aucun autre trouble n'est encore manifeste, est le rôle essentiel du médecin.

Dans le même temps, le praticien sait aussi qu'il n'est pas nécessaire de mener une démarche poussée d'investigations complémentaires, dès lors qu'il a soigneusement éliminés (mais gardés en mémoire) ces risques par un examen attentif. Si un doute persiste, deux solutions sont possibles :

- soit l'envoi au service d'urgence qui va fonctionner comme un centre d'investigation diagnostique,
- soit l'utilisation du facteur temps (l'observation, la vigilance) : à savoir que suivant sa disponibilité, les moyens de transmission à disposition, et la capacité du patient ou de sa famille à les utiliser, il est possible de réévaluer la situation 6, 12 ou 24 heures plus tard et de mettre en route d'autres procédures.

C'est pourquoi chaque définition de résultat de consultation comporte une liste de « Risques », qui a une double fonction :

AVANT le choix du résultat de consultation : évoquer l'évolution grave voire mortelle d'une maladie pouvant « imiter » les critères d'inclusion du cas observé.

et

APRÈS le choix du résultat de consultation : participer à **la DÉCISION**. C'est l'un des déterminants de *l'espace de liberté*.

En s'aidant :

- ⇒ de la probabilité de ces DIAGNOSTICS dans la population observée,
- ⇒ de l'intensité des troubles, de leur durée d'évolution,
- ⇒ du contexte (âge, sexe, co-morbidité, profession, antécédents personnels et familiaux...),
- ⇒ des compléments sémiologiques du RC choisi.

Ces facteurs permettent de contextualiser la liste des « Risques évitables », en en éliminant certains et en classant les autres par ordre de fréquence.

Le praticien restera conscient néanmoins que tout risque n'est pas évitable, comme l'a souligné BRAUN : « Quelle que soit la façon dont on s'y prenne, le risque inhérent à la pratique de la médecine générale n'en demeure pas moins élevé. Que l'on ait exclu un diabète chez Madame F. n'empêchera pas qu'il puisse exister chez elle un glaucome sans symptôme ou un cancer débutant »

Les risques **ne sont pas** les « VOIR AUSSI » de la définition. Ces derniers sont uniquement des RC contenus dans le dictionnaire et ayant des critères d'inclusion proches. Ce n'est qu'une aide à l'utilisation du dictionnaire.

Le concept de position diagnostique est l'axe principal de la théorie professionnelle de Braun. Au nombre de 4 (A symptôme, B syndrome, C tableau de maladie et D diagnostic certifié), elles qualifient, une fois le choix du RC fait, le degré d'ouverture de la situation clinique. Si certains RC n'ont qu'une position possible, d'autres en comportent plusieurs.

⇒ **La position A** qualifiée de symptomatique correspond à la classe « signe cardinal » voulant dire « qui sert de pivot - principal ». Ainsi par exemple, des CEDEME DES MEMBRES INFÉRIEURS avec ou sans compléments sémiologiques ne doivent être relevés qu'en position A. Si dans ce RC, certains critères peuvent orienter la démarche du médecin, il n'empêche que l'axe principal reste les oedèmes.

⇒ **La position B** correspond à la classe des groupes de symptômes ou syndromes pas assez caractéristique pour aboutir à un tableau de maladie ou un diagnostic certifié. On comprendra bien avec le RC ETAT FEBRILE : une fièvre isolée est en position A, mais, avec des critères écoulement nasal, toux et autres selles molles, en position B.

⇒ **La position C** correspond à un tableau de maladie, mais il y manque une confirmation étiologique souvent une preuve biologique, graphique ou anatomo-pathologique par exemple PNEUMOPATHIE AIGUË.

⇒ **La position D** correspond à un diagnostic médical complet avec une preuve étiologique par exemple PLAIE ou CANCER.

Les positions diagnostiques ne sont pas des « niveaux de diagnostic » hiérarchisés. A propos du petit risque ou du degré de complexité de l'acte, la complexité de l'acte réside entre autre dans la position d'ouverture de la situation clinique.

Exemple : Devant un ULCERE GASTRIQUE qui a une position diagnostique D on est dans une position assez confortable avec des procédures définies, claires. Alors que devant une EPIGASTRALGIE de position diagnostique A, la situation est plus complexe avec des risques dans le champ gastrique, mais aussi pancréatique, voire cardiologique

L'évolution de la position diagnostique d'un résultat de consultation dans le temps ne peut se concevoir que s'il apparaît des symptômes ou des signes nouveaux. En cas d'équilibre de l'HTA, nous maintiendrons la position A, de même pour le diabète la position C. En revanche, l'apparition de nouveaux signes peut donner lieu à une réévaluation de la position, par exemple de A vers B ou de B vers C. C'est toujours la position diagnostique la plus caractérisée qui sera retenue pour qualifier le RC même si le tableau venait à réduire la présence de tout ou partie des symptômes.

Ainsi, ajouté au RC et sa définition, la position diagnostique permet de préciser le « **degré d'ouverture** » de la situation clinique. Ceci a pour effet de sécuriser la démarche du médecin qui, à l'instant de la consultation, doit prendre des décisions en tenant compte de l'incertitude de la situation clinique. Ainsi, le maintien sur plusieurs consultations d'un RC en position A ou même B, doit-il alerter le praticien et l'inviter à explorer plus en détail la situation.

Dans la pratique du médecin généraliste 72 % des « diagnostics » ont une position A ou B et 28 % une position C ou D. La moitié des actes ont un RC en position B et plus d'un quart en position A.

L'élargissement du dictionnaire à la prise en compte des états non pathologiques a conduit à créer une nouvelle « position diagnostique » : **Z** = Etats non pathologiques.

DÉNOMINATIONS HORS LISTES (DHL)

Après le séminaire du comité de mise à jour du dictionnaire à Bagnolet en juin 2001, le secrétariat du département DRC s'est efforcé d'analyser les DHL issues du recueil du réseau de la SFMG.

Les DHL sont des résultats de consultation ou des diagnostics certifiés dont la fréquence, inférieure à 1 cas par médecin et par an, ne permet pas qu'ils fassent partie de la liste des RC du dictionnaire.

L'analyse des quelques 40000 lignes de DHL recueillies dans le réseau de l'OMG a débouché sur une liste de 390 "vraies DHL". Cette différence s'explique par la dispersion des écritures (orthographes différentes, dénominations multiples possibles, fautes de frappe, etc.). Ces DHL ont été étudiées selon :

- 1 - la possibilité **d'inclure une DHL dans un RC existant**,
- 2 - leur classement en fréquence par patient.

Puis un seuil minimum de patients par DHL a été retenu. Ce travail aboutit à la constitution d'une liste de 110 DHL.

Un certain nombre de ces Dénominations Hors Liste ont été définies. La fréquence de leur utilisation dira s'il faut les garder dans le DRC.

- **PROSTATITE** - AFFECTION INFLAMMATOIRE DE LA PROSTATE : N41
- **POLYARTHRITE RHUMATOÏDE**, SANS PRÉCISION : M06.9
- **CIRRHOSE ALCOOLIQUE DU FOIE** : K701
- **TROUBLE DU LANGAGE**
 - DYSLEXIE : R48.0
 - BEGAIEMENT : F98.5
 - BREDOUILLEMENT - LANGAGE PRÉCIPITÉ : F98.6
 - TROUBLES DU LANGAGE, NON CLASSÉS AILLEURS : R47
- **PPR - HORTON**
- **SCLÉROSE EN PLAQUE** : G35

La centaine de DHL restant constitue **le premier thesaurus des DHL**. L'objectif est d'en faciliter la saisie pour les utilisateurs, d'en limiter la dispersion des modes d'écriture et d'en permettre une validation par une analyse statistique plus simple. Nous avons choisi de les regrouper par chapitre de la CIM-10. Ceci facilitera leur recherche et optimisera donc les relevés.

En 2004, le département de mise à jour du dictionnaire à actualisé les chapitres : V, troubles mentaux et du comportement, VI, maladies du système nerveux, IX, maladies de l'appareil circulatoire, XII, maladies de la peau et des tissus cellulaires sous cutané, et XII, maladie du système ostéo-articulaire et du tissu conjonctif.

La Pseudo Polyarthrite Rhizomélique est incluse dans le résultat de consultation PPR-HORTON.

SYMBOLES GRAPHIQUES UTILISÉS DANS LA PRÉSENTATION

++++ signifie CRITÈRE D'INCLUSION

Les critères d'inclusion précédés par ce symbole doivent être OBLIGATOIREMENT présents au cours de la séance pour choisir cette dénomination.

Exemple: ANGINE

++++ amygdale(s) rouge(s)

Il n'est pas possible de classer la dénomination « ANGINE » si les amygdales ne sont pas rouges.

++x| signifie LE CHOIX D'AU MOINS X CRITÈRES EST OBLIGATOIRE

C'est à dire qu'il faut la présence obligatoire d'au moins x (1, 2, 3 ou plus) des critères reliés par le signe |

Exemple: RHINITE

++1 | SAISONNIER

++1 | CIRCONSTANCE DÉCLENCHANTE IDENTIFIÉE

++1 | PERANNUEL

++1 | PÉRIODIQUE

} 1 minimum parmi les 4

Exemple: DÉPRESSION

++++ DOULEUR MORALE (perte de l'espoir)

++2 | auto dévaluation

++2 | tristesse

++2 | idée(s) suicidaires ou idée(s) récurrente(s) de la mort

} 2 minimum parmi les 3

Exemple: ARTHROSE

++++SIGNES d'IMAGERIE d'ARTHROSE (Radiographie, Scanner, IRM)

++1 | pincement d'un interligne articulaire

++1 | ostéophytes

} 1 minimum parmi les 2

+ - désigne les COMPLÈMENTS SÉMIOLOGIQUES

Ces critères non discriminants peuvent être présents ou non dans le tableau décrit.

Ils ne sont pas obligatoires pour classer le cas sous cette dénomination, mais ils viennent enrichir la description sémiologique.

Exemple: ARTHROSE

+ - genoux

+ - hanches

+ - doigts

+ - rachis

++1 | cervical

++1 | dorsal

++1 | lombaire

Certains de ces compléments sémiologiques peuvent être également à choix multiples, distingués par le symbole ++1 | comme dans l'exemple ci-dessus.

Dans les exemples ci-dessus, une partie seulement de chaque définition est reproduite.

Le lecteur devra se reporter au texte intégral pour juger ces définitions dans leur ensemble.

DÉFINITION

- ++++ ROUGEUR de l'OROPHARYNX
 - ++1 | diffuse du pharynx
 - ++1 | d'une (ou des) amygdale(s)
- ++++ ABSENCE d'ÉCOULEMENT NASAL CARACTÉRISTIQUE
- + - douleur
- + - fièvre ou sensation de fièvre
- + - hypertrophie
- + - enduit pultacé
- + - adénopathie sous angulo-maxillaire
- + - unilatérale
- + - vésicules
- + - ulcération
- + - fausses membranes
- + - toux
- + - vomissement
- + - douleur abdominale
- + - score de Mac Isaac > = 4
- + - TDR positif
- + - présence bactérienne
- + - récurrence
- asymptomatique

RISQUE(S)

CANCER
CORPS ÉTRANGER
DIPHTHÉRIE
ENDOCARDITE
GLOMÉRULONÉPHRITE
LEUCÉMIE (hémopathies)
SIDA

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

C, D

VOIR AUSSI

ÉTAT FÉBRILE
ÉTAT MORBIDE AFÉBRILE
HERPES
MAL DE GORGE
OTALGIE
PHLEGMON DE L'AMYGDALITE
RHINOPHARYNGITE

CORRESPONDANCE CIM - 10

J02.9
J03.9
J03.0
J03.8

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Cette définition permet d'inclure toutes les atteintes inflammatoires (rougeur) de l'oropharynx (amygdales et/ou pharynx). En effet, elles présentent toutes le même risque et doivent donc bénéficier du même processus décisionnel.

Critères d'inclusion

Ils précisent la topographie des lésions et l'aspect exact des atteintes amygdaliennes. Il ne doit pas y avoir d'écoulement nasal allégué ou constaté. Dans ces cas là il faut inclure le cas dans le RC RHINOPHARYNGITE.

Compléments sémiologiques

Ils permettent de noter les signes les plus souvent associés aux atteintes oropharyngées et que vous jugez faire partie du même processus pathologique. Mais, en fonction de leurs intensités, ils peuvent éventuellement être relevés avec leurs RC spécifiques.

Le score de Mac Isaac peut être calculé en fonction de l'âge du patient et de la présence ou de l'absence de certains des compléments sémiologiques. Le TDR constitue un argument de présomption fort vis à vis d'une origine streptococcique sans en faire véritablement la preuve bactériologique. La présence effective d'un germe retrouvé par prélèvement bactériologique pourra être notée (pour les germes autres que le streptocoque, en préciser la nature exacte en commentaire).

Position(s) diagnostique(s)

C: Sans présence bactérienne ou seulement TDR positif

D: Avec présence bactérienne certifiée par un prélèvement

CORRESPONDANCE CIM - 10

J02.9: (code par défaut) pharyngite aiguë, sans précision, car elle inclut aussi bien l'angine que la pharyngite sous toutes leurs formes et sans indication de leurs étiologies.

J03.9: si ++1 d'une (ou des) amygdale(s)

J03.0: si + - TDR positif

J03.8: si + - présence bactérienne

DÉFINITION

- ++1 | GENE FONCTIONNELLE ARTICULAIRE
- ++1 | DOULEUR ARTICULAIRE
 - ++1 | de type mécanique (cède aux repos)
 - ++1 | de type inflammatoire (douleur nocturne)
 - ++1 | autres (à préciser en commentaire)

- ++1 | épaule
- ++1 | coude
- ++1 | poignet
- ++1 | main, doigt (à préciser en commentaire)
- ++1 | sacro-iliaque
- ++1 | hanche
- ++1 | genou
- ++1 | cheville
- ++1 | orteils
- ++1 | autres (à préciser en commentaire)

++++ ABSENCE de TRAUMATISME RÉCENT

- + - atteintes symétriques
- + - augmentation de volume
- + - rougeur chaleur locale augmentée
- + - épanchement
- + - déformation

- + - limitation des mouvements actifs
- + - limitation des mouvements passifs
- + - notion de traumatisme ancien

- + - récurrence

asymptomatique

RISQUE(S)

ARTHRITE INFECTIEUSE

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

A, B

VOIR AUSSI

ALGODYSTROPHIE
 ARTHROSE
 DOULEUR NON CARACTÉRISTIQUE
 ÉPAULE DOULOUREUSE
 ÉPICONDYLITE
 GOUTTE
 LUXATION
 POLYARTHRITE RHUMATOÏDE
 PPR - HORTON
 TARSALGIE METATARSALGIE
 TENDON (RUPTURE)
 TENOSYNOVITE

CORRESPONDANCE CIM - 10

M25.9
 M13

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

En cas de souffrance d'une région articulaire, il n'est pas toujours possible dans un premier temps, d'identifier une atteinte articulaire ou périarticulaire ou les deux, ni de faire par le seul examen clinique un diagnostic plus précis.

Cette définition permet de laisser le diagnostic ouvert, tout en précisant cependant les caractéristiques de la pathologie, inflammatoire ou mécanique en fonction des caractéristiques de la douleur et des signes locaux. Ainsi elle regroupe, en attendant une éventuelle qualification plus précise, les atteintes mono ou polyarticulaires, inflammatoires ou non.

Critères d'inclusion

L'un des deux critères à choix multiples permet de choisir cette dénomination : soit simple gêne, soit douleur. La ou les localisations en seront précisées par les autres critères d'inclusion à choix multiples.

L'absence de traumatisme récent (identifié) est également obligatoire.

Compléments sémiologiques

Ils précisent les données de l'examen clinique.

Risques

On retiendra en particulier celui d'une ARTHRITE INFECTIEUSE, dont le retard de prise en charge peut être dramatique.

Voir Aussi

Si un ligament est clairement identifié comme étant à l'origine des phénomènes douloureux, le cas sera classé à TENOSYNOVITE en notant en commentaire le nom du tendon responsable.

En l'absence de certitude sur l'origine articulaire ou périarticulaire de la symptomatologie on choisira DOULEUR NON CARACTÉRISTIQUE. ÉPICONDYLITE est particulier par sa localisation.

Position(s) diagnostique(s)

A : Lorsqu'il n'existe qu'une gêne ou douleur.

B : Si l'un des compléments sémiologiques est choisi

CORRESPONDANCE CIM - 10

M25.9 : Affection articulaire sans précision
 M13 : Autres arthrites

DÉFINITION

++++ DOULEUR DU RACHIS CERVICAL

- ++1 | spontanée
- ++1 | lors des mouvements (actifs ou passifs)
- ++1 | à la palpation
 - ++1 | pression axiale d'épineuse
 - ++1 | pression latérale d'épineuse
 - ++1 | pression latérale contrariée
 - ++1 | pression des ligaments inter-épineux
 - ++1 | pression friction des massifs articulaires postérieurs

++++ ABSENCE de NÉVRALGIE

- + - hyperalgique
- + - effort déclenchant
- + - début brutal
- + - notion de traumatisme ancien
- + - position antalgique
- + - rythme mécanique
- + - rythme inflammatoire
- + - contracture musculaire
- + - irradiation
- + - syndrome périosto-cellulo-téno-myalgique (cellulalgie au pincé roulé, myalgie unilatérale...)
- + - récédive

asymptomatique

RISQUE(S)

CANCER
FRACTURE-TASSEMENT
SPONDYLODISCITE
TUMEUR

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

A

VOIR AUSSI

ARTHROSE
CÉPHALÉES
DOULEUR NON CARACTÉRISTIQUE
MUSCLE (ÉLONGATION)
MYALGIE
NÉVRITE NÉVRALGIE

CORRESPONDANCE CIM - 10

M54.2

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Il s'agit de douleur du rachis cervical pouvant être identifiées comme telles au terme de l'examen.

Critères d'inclusion

Il doit exister une douleur du rachis cervical soit spontanée soit à la mobilisation active ou passive, soit à la palpation selon au moins une des techniques indiquées. Il ne doit pas y avoir de névralgie antérieure, essentiellement névralgie cervico-brachiale, par opposition à l'atteinte de la branche postérieure du nerf rachidien responsable du syndrome cellulo-périosto-myalgique.

Compléments sémiologiques

Ils permettent de noter les informations recueillies lors de l'examen et notamment le type de la douleur mécanique ou inflammatoire, les irradiations, ou l'association de douleurs musculaires associées à la cervicalgie.

Risques

Essentiellement tumeurs, infection, fracture et tassement.

Voir aussi

ARTHROSE : associé au complément sémiologique + douleur, s'il existe une arthrose confirmée radiologiquement associée à des douleurs.

DOULEUR NON CARACTÉRISTIQUE : si l'origine rachidienne de la douleur ne peut pas être affirmée.

MUSCLE (ÉLONGATION) OU MYALGIE : lorsque la douleur peut-être attribuée uniquement à un muscle de la région cervicale.

NÉVRITE NÉVRALGIE : l'existence de névralgie même s'il existe des douleurs cervicales doit faire classer le cas dans ce RC.

CORRESPONDANCE CIM - 10

M54.2 : cervicalgie

DÉFINITION

- ++1 | TABLEAU de CIRRHOSE DU FOIE
 - ++3 | angiomes stellaires, érythrose palmaire, subictère
 - ++3 | hyper bilirubinémie
 - ++3 | hypo albuminémie
 - ++3 | diminution du taux de prothrombine (TP)
 - ++3 | bloc Bêta Gamma
 - ++3 | échographie du foie évocatrice
 - ++3 | varices œsophagiennes
- ++1 | FIBROSE DIFFUSE DU FOIE AVEC NODULES DE RÉGÉNÉRATION (biopsie hépatique)

- + - ictère
- + - hépatomégalie
- + - ascite
- + - cytolysse (augmentation des transaminases, GGT)
- + - cholestase (augmentation de la bilirubine ou phosphatase alcaline)
- + - autre (à préciser en commentaire)

asymptomatique

RISQUE(S)

CANCER DU FOIE
 DÉCOMPENSATION ASCITIQUE
 ENCÉPHALOPATHIE HÉPATIQUE
 HÉMORRAGIE DIGESTIVE

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

C, D

VOIR AUSSI

ANOMALIE BIOLOGIQUE SANGUINE
 CANCER
 HÉPATITE VIRALE

CORRESPONDANCE CIM - 10

K74.6

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Cette définition regroupe les cirrhoses du foie quelque soit leur étiologie. Il s'agit d'une affection irréversible et diffuse du foie caractérisée par une fibrose cicatricielle, évolutive ou non.

Critères d'inclusion

Le diagnostic peut avoir été confirmé par la mise en évidence des lésions histologiques spécifiques par biopsie hépatique. Mais la preuve histologique n'est pas nécessaire pour retenir ce diagnostic pour peu qu'on retrouve 3 des 7 items correspondant aux lésions d'insuffisance hépatique et d'hypertension portale.

Compléments sémiologiques

Ils permettent d'une part, de relever les symptômes et signes accessoires nécessaires au suivi ou signe de complication de la cirrhose. Ils permettent aussi de préciser l'étiologie. L'alcoolisme est responsable de 50 à 75 % des cirrhoses, mais on retrouve une hépatite C dans 15 à 25 % des cas, une hépatite B dans 5 % et d'autres causes dans 5 % (médicamenteuse, hémochromatose, auto-immune...).

Risques

Certains peuvent apparaître brutalement ou rapidement (hémorragie digestive, décompensation ascitique, encéphalopathie) d'autre plus lentement comme le cancer (10 à 20 ans).

Voir aussi

Dans le cas ou la combinaison des troubles biologiques ne permettrait pas de relever ce RC, on choisira ANOMALIE BIOLOGIQUE SANGUINE.

Position(s) diagnostique(s)

D : si la confirmation histologique par biopsie hépatique à été réalisée.
 C : dans l'autre cas.

CORRESPONDANCE CIM - 10

K74.6 : cirrhose du foie, autres et sans précision (SAI...)

Il s'agit d'un code par défaut, car K74 exclut la cirrhose alcoolique (K70.3). On se contentera néanmoins de ce code afin d'éviter une correspondance excessivement compliquée, faisant appel à des notions d'histologie.

DÉFINITION

- ++1 | ANOMALIE MACROSCOPIQUE
 - ++1 | ectropion
 - ++1 | œufs de Naboth
 - ++1 | polype
 - ++1 | ulcération
 - ++1 | modification de l'orifice cervical
 - ++1 | rétrécissement, sténose du col
 - ++1 | déchirure ancienne du col
 - ++1 | autre (à préciser en commentaire)
- ++1 | ANOMALIE MICROSCOPIQUE
 - ++1 | dysplasie
 - ++1 | dysplasie légère
 - ++1 | dysplasie moyenne
 - ++1 | dysplasie sévère (sauf CIN III)
 - ++1 | papillome du col (HPV)
 - ++1 | cervicite (à préciser en commentaire)

+ - saignement du col

+ - récédive

asymptomatique

RISQUE(S)

CANCER

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

C, D

VOIR AUSSI

LEUCORRHE
 POST PARTUM (SUIVI)
 UTÉRUS (HYPERTROPHIE FIBROME)
 VULVITE VAGINITE

CORRESPONDANCE CIM - 10

N72
 N86
 N88.8
 N84.1
 N86
 N88.2
 N88.1
 N87.0
 N87.1
 N87.2
 D26.0
 N72

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Cette définition regroupe les affections inflammatoires ou non, macroscopiques et microscopiques du col de l'utérus, évitant ainsi de les disperser dans plusieurs résultats de consultation.

Critères d'inclusion

Deux entrées sont possibles :

- soit par l'aspect macroscopique (sténose du col, ectropion, ulcération, polype muqueux de l'endocol, œufs de Naboth etc),
- soit par l'aspect histologique du frottis : dysplasie, histologie évoquant une infection papillomateuse ou une cervicite (préciser alors l'agent infectieux en commentaire).

Compléments sémiologiques

Permet de signaler le saignement spontané ou au simple contact du spéculum ou de l'écouvillon.

Risques

Celui du CANCER DU COL

Voir aussi

LEUCORRHE : il s'agit alors de leucorrhées non caractéristiques, sans lésion associée du col

VULVITE VAGINITE : l'aspect du col est en rapport avec la vulvo-vaginite. Cependant, un aspect particulier du col pourra être mentionné en plus par la définition COL UTÉRIN (anomalie du)

FIBROME : si le polype accouché par le col a l'aspect d'un polype endométrial.

POST PARTUM suivi : toute anomalie du col en relation avec l'accouchement sera classée ici et non pas à COL UTÉRIN (anomalie du)

Positions diagnostiques

C si ++1 | ANOMALIE MACROSCOPIQUE
 D si ++1 | ANOMALIE MICROSCOPIQUE

CORRESPONDANCE CIM - 10

N72 : (code par défaut)

Fonction des critères d'inclusion choisis :

N86 : si ++1 | ectropion

N88.8 : si ++1 | œufs de Naboth

N84.1 : si ++1 | polype

N86 : si ++1 | ulcération

N88.2 : si ++1 | rétrécissement, sténose du col

N88.1 : si ++1 | déchirure ancienne du col

N87.0 : si ++1 | dysplasie légère

N87.1 : si ++1 | dysplasie moyenne

N87.2 : si ++1 | dysplasie sévère (sauf CIN III)

D26.0 : si ++1 | papillome du col (HPV)

N72 : si ++1 | cervicite (à préciser en commentaire)

DÉFINITION

- ++++ APPARITION PROGRESSIVE de :
- ++++ TROUBLE de la MÉMOIRE
- ++1 | MMSE de 27 à 25 trouble mnésique léger
 - ++1 | MMSE < 24 démence moyenne
 - ++1 | MMSE < 10 démence sévère
- ++1 | TROUBLE COGNITIF
- ++1 | trouble du langage
 - ++1 | trouble praxique (savoir faire...)
 - ++1 | trouble gnosiq (reconnaissance)
 - ++1 | trouble des fonctions exécutives (jugement, projet, pensée abstraite)
- ++1 | RETENTISSEMENT SOCIOPROFESSIONNEL ou FAMILIAL
- ++1 | troubles psycho comportementaux
 - ++1 | trouble de l'alimentation
 - ++1 | trouble de l'affectivité, labilité émotionnelle
 - ++1 | agressivité
- + - anomalie au test de l'horloge (praxie)
- + - anomalie à l'épreuve des 5 mots (mémoire)
- + - anomalie de l'IADL, QPC (retentissement sur la vie socioprofessionnelle et sociale)
- + - démence d'Alzheimer (mémoire, cognition, praxie...)
- + - démence à corps de Lewy (cognition, sd extra pyramidal, chute, aggravation par les neuroleptiques, hallucinations, fluctuation des troubles...)
- + - démence temporo frontale (comportement, affectivité...)
- + - démence vasculaire (terrain, lacunes à l'imagerie)

RISQUE(S)

HÉMATOME SOUS DURAL
 HYPOTHYROÏDIE
 SIDA
 TROUBLE IONIQUE
 TUMEUR CÉRÉBRALE

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

B

VOIR AUSSI

ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL
 ALCOOL (PROBLÈME AVEC L')
 COMPORTEMENT (TROUBLE DU)
 DÉPRESSION
 HUMEUR DÉPRESSIVE
 MÉMOIRE (PERTE DE)
 PARKINSONIEN (SYNDROME)
 PSYCHIQUE (TROUBLE)
 SÉNILITÉ

CORRESPONDANCE CIM - 10

F03
 F00.9
 F01.9

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Ce RC permet de décrire le syndrome de « démence », défini par convention, sans préjuger de son étiologie.

Critères d'inclusion

Par convention :

- l'apparition des troubles doit être progressive,
- les troubles de la mémoire sont nécessaires et doivent être objectivés par le MMSE (Mini Mental Status Examination),
- ils doivent s'accompagner, soit de troubles cognitifs, soit d'un retentissement dans la vie socioprofessionnelle ou familiale, soit des deux.

Compléments sémiologiques

Ils permettent de préciser :

- le type de tests utilisés pour objectiver les troubles praxiques ou de la mémoire et le retentissement dans la vie courante : QPC (Questionnaire de Plainte Cognitive) et IADL (Instrumental Activity of Daily Living) test d'activité instrumentale de la vie courante,
- le type de démence vers lequel le praticien s'oriente en fonction des éléments cliniques et du contexte.

Risques

Sont citées les affections pouvant entraîner un syndrome démentiel et pour lesquels une cause éventuellement curable peut-être retrouvée (en particulier Hypothyroïdie et Hématome sous-dural ou troubles ioniques).

Voir aussi

ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL : a début brutal
 COMPORTEMENT (TROUBLE DU) : pourrait éventuellement être choisi avant que le syndrome démentiel soit affirmé
 MÉMOIRE (PERTE DE) : le trouble de la mémoire est isolé
 PARKINSONIEN (SYNDROME) : peut être associé.

Position(s) diagnostique(s)

Quels que soient les aspects cliniques, pouvant évoquer telle ou telle forme de démence, il ne s'agit que d'un syndrome (B).

CORRESPONDANCE CIM - 10

F03 : (code par défaut)
 F00.9 : si maladie d'Alzheimer
 F01.9 : si démence vasculaire

Cette définition ne permet pas de correspondance CIM-10 pour les autres démences au cours d'autres maladies classées ailleurs.

DÉFINITION

- ++1 | GLYCÉMIE à JEUN $\geq 1,26$ g/l (7mmol/l) mesurée à deux reprises au moins (chez la femme enceinte les critères de l'hyperglycémie (1.10 à 1,25 g/l) permettent de parler de diabète gestationnel)
 - ++1 | GLYCÉMIE 2h après charge de 75 g de glucose > 2 g/l (11 mmol/l)
 - ++1 | GLYCÉMIE à JEUN $\geq 1,26$ g/l (un seul dosage) avec signes cliniques de diabète
 - + - indice de Masse Corporelle > 27
 - + - absence de cétonurie
 - + - antécédent familial de diabète de type 2
 - + - diabète compliqué (à relever par le RC correspondant)
 - + - diabète secondaire
 - + - récidive
- asymptomatique

RISQUE(S) CRITIQUE(S) ÉVITABLE(S) (RCE)

COMA (HYPOGLYCÉMIQUE OU HYPEROSMOLAIRE)

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

C

VOIR AUSSI

DIABÈTE DE TYPE 1
HYPERGLYCÉMIE

CORRESPONDANCE CIM - 10

E11.9

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Cette dénomination correspond à l'ancien diabète dit non insulino-dépendant. Il peut cependant requérir transitoirement ou définitivement l'usage de l'insuline (insulino-requérant ou insulino-nécessitant).

Critères d'inclusion

Ils reprennent les recommandations de l'ANAES :

- Soit glycémie à jeun > 7 mmol/l (soit 1,26 g/l), ce chiffre ayant été vérifié au moins à deux reprises.
- Soit glycémie > 2 g après charge de 75 g de glucose
- Soit glycémie à jeun > 7 mmol/l (soit 1,26 g/l) mesuré une fois mais s'accompagnant d'autres manifestations cliniques de diabète.

Compléments sémiologiques

Ils ont pour objet :

D'indiquer la présence de complications liées au diabète (qui seront cependant notées à part, au Résultat de Consultation correspondant).

De signaler s'il s'agit d'un éventuel diabète secondaire.

Ils reprennent également les critères de l'ANAES en faveur d'un diabète de type 2 : en particulier l'absence de cétonurie (habituelle mais non obligatoire, en particulier si les chiffres de glycémie sont très élevés), l'indice de masse corporelle élevé au delà de 27 et l'existence d'antécédents familiaux de diabète de type 2.

Risques critiques évitables (RCE)

Essentiellement le coma (hypoglycémique ou hyperosmolaire).

Voir aussi

Ils désignent les résultats de consultation proches qu'il convient d'éliminer avant de choisir DIABÈTE de TYPE 2.

HYPERGLYCÉMIE : glycémie $> 1,25$ g mesurée pour la première fois.

DIABÈTE de TYPE 1 : présence d'une cétonurie (en ayant néanmoins à l'esprit que même un « Diabète de type 2 » peut s'accompagner parfois d'une cétonurie en cas de chiffres très élevés de glycémie).

DÉFINITION

++++ SELLES FRÉQUENTES, MOLLES OU LIQUIDES

++1 NAUSÉES

++1 VOMISSEMENTS

+ - borborygme

+ - cas semblables dans l'entourage

+ - perte de poids

+ - abattement, lassitude, myalgies, céphalées, courbatures

+ - douleur abdominale

+ - déshydratation

+ - glaires

+ - sang dans les selles

+ - fièvre ou sensation de fièvre

+ - retour de voyage

+ - récurrence

asymptomatique

RISQUE(S)

TUMEURS MALIGNES

AFFECTIONS PANCRÉATIQUES

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

B

VOIR AUSSI

ABDOMEN DOULOUREUX AIGU

COLIQUE (SYNDROME)

DIARRHÉE ISOLÉE

ÉTAT FÉBRILE

ÉTAT MORBIDE AFÉBRILE

NAUSÉE OU VOMISSEMENT

PLAINTÉ ABDOMINALE

CORRESPONDANCE CIM – 10

A09

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Cette dénomination permet d'inclure les cas de diarrhée récente accompagnée de nausées ou de vomissements avec ou sans fièvre, puisque le vomissement peut manquer et qu'il n'existe qu'un simple état nauséux. Elle correspond dans le langage courant aux « gastro-entérites », « gastro-entérites virales », ou « gripes intestinales ».

Critères d'inclusion

Il s'agit d'une diarrhée d'apparition récente, caractérisée par des selles fréquentes, molles ou liquides, dont l'importance fait de ce résultat de consultation une entité distincte de l'ÉTAT FÉBRILE qui peut inclure aussi des modifications des selles.

Elle doit s'accompagner sinon de vomissements, du moins d'un état nauséux.

Compléments sémiologiques

Ils décrivent les manifestations éventuellement associées.

Voir aussi

ABDOMEN DOULOUREUX AIGU : si la douleur peut être aussi intense, il existe en plus des signes locaux ou généraux particuliers

COLIQUE (SYNDROME) : n'a pas l'aspect aigu et récent

DIARRHÉE ISOLÉE : sans nausée ni vomissement

ÉTAT FÉBRILE : la fièvre est au premier plan et la modification des selles accessoire

ÉTAT MORBIDE AFÉBRILE : la modification des selles n'est qu'accessoire

NAUSÉE OU VOMISSEMENT : ne s'accompagne pas de trouble du transit

PLAINTÉ ABDOMINALE : c'est la plainte abdominale qui domine, les troubles du transit n'étant qu'accessoires

CORRESPONDANCE CIM – 10

A09 : diarrhée et gastro-entérite d'origine présumée infectieuse

DÉFINITION

++++ SELLES FRÉQUENTES, MOLLES OU LIQUIDES
 ++++ ABSENCE DE NAUSÉE OU DE VOMISSEMENT

+ - stries sanglantes
 + - aspect glaireux
 + - aspect grassex
 + - ténesme, épreintes
 + - retentissement général (perte d'appétit, de poids)
 + - déshydratation

+ - récursive

asymptomatique

RISQUE(S)

AFFECTION PANCRÉATIQUE
 CANCER

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

A

VOIR AUSSI

COLIQUE (SYNDROME)
 CONSTIPATION
 DIARRHÉE-NAUSÉES-VOMISSEMENT
 ÉTAT AFÉBRILE
 ÉTAT MORBIDE AFÉBRILE
 PLAINTÉ ABDOMINALE

CORRESPONDANCE CIM - 10

K59.1

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Permet d'inclure une diarrhée récente, prolongée ou inhabituelle, dominant le tableau clinique. Ce résultat de consultation se distingue de DIARRHÉE NAUSÉE VOMISSEMENT, par l'absence de nausée de vomissement ou de fièvre.

Critères d'inclusion

Ils déterminent qu'il s'agit d'une diarrhée isolée, ne s'accompagnant ni d'un état nauséux, ni de vomissements.

Compléments sémiologiques

Ils permettent de décrire certains caractères de la diarrhée.

Déshydratation ; signifie la prise en compte du risque de la perte hydrique
 Altération de l'état général : peut orienter la recherche étiologique et la décision.

Voir aussi

COLIQUE (SYNDROME) : les troubles du transit sont habituels et s'accompagnent de douleurs voire de crampes de la région abdominale.

ÉTAT MORBIDE AFÉBRILE : les selles molles éventuelles ne sont pas au premier plan

PLAINTÉ ABDOMINALE : il ne s'agit ici que d'une « tendance » à la diarrhée qui s'accompagne de douleurs abdominales spontanées ou provoquées.

CORRESPONDANCE CIM - 10

K59.1 : diarrhée fonctionnelle

DÉFINITION

++++ DIFFICULTÉ DANS LA SCOLARITÉ

- ++1 | évoquées par les enseignants
- ++1 | évoquées par les parents
- ++1 | plainte du patient
- ++1 | révélées par le médecin

++++ SE MANIFESTANT PAR

- ++1 | retard dans les acquisitions
- ++1 | refus de l'école (pleurs, fugue, etc.)
- ++1 | trouble de l'attention
- ++1 | difficulté dans la gestion des devoirs

+ - entourage reçu pendant la séance

+ - récursive

asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

Z

VOIR AUSSI

COMPORTEMENT (TROUBLES)
 LANGAGE (TROUBLE DU)
 PROBLÈME DE COUPLE
 PROBLÈME FAMILIAL
 PSYCHIQUE (TROUBLE)

CORRESPONDANCE CIM - 10

Z55.3

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Permet de relever les difficultés concernant la scolarité de la maternelle à l'université. Exclut celles au cours des stages professionnels et de la formation professionnelle continue, qui seront relevées par le RC plus spécifique « PROBLÈME PROFESSIONNEL ».

Critères d'inclusion

Ils précisent :

- qui a soulevé le problème
- les types de manifestation rencontrés, à l'exclusion des troubles du langage qui seront classés ailleurs. La liste des manifestations n'est pas exhaustive mais correspond aux troubles rencontrés le plus fréquemment.

Compléments sémiologiques

Un seul permettant de savoir si l'entourage (parents ou autre) a été reçu pendant la séance.

CORRESPONDANCE CIM - 10

Z55.3 (code par défaut) : mauvais résultats scolaires

DÉFINITION

- ++++ DOULEUR du RACHIS DORSAL
- ++1 | spontanée
 - ++1 | lors des mouvements actifs
 - ++1 | à la palpation
 - ++1 | pression axiale d'épineuse
 - ++1 | pression latérale d'épineuse
 - ++1 | pression latérale contrariée
 - ++1 | pression des ligaments inter-épineux
 - ++1 | pression friction des massifs articulaires postérieurs
- ++++ ABSENCE de NÉVRALGIE
- + - hyperalgique
- + - effort déclenchant
- + - début brutal
- + - notion de traumatisme ancien
- + - position antalgique
- + - rythme mécanique
- + - rythme inflammatoire
- + - contracture musculaire
- + - irradiation
- + - syndrome périosto-cellulo-téno-myalgique (cellulalgie au pincé roulé, myalgie unilatérale...)
- + - récédive

asymptomatique

RISQUE(S)

CANCER
FRACTURE TASSEMENT
SPONDYLODISCITE
TUMEUR

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

A

VOIR AUSSI

ARTHROSE
DOULEUR NON CARACTÉRISTIQUE
MUSCLE (ÉLONGATION)
MYALGIE
NÉVRITE NÉVRALGIE

CORRESPONDANCE CIM - 10

M54.6

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Il s'agit de douleur du rachis dorsal pouvant être identifiées comme telles au terme de l'examen.

Critères d'inclusion

Il doit exister une douleur du rachis dorsal soit spontanée soit à la mobilisation active ou passive, soit à la palpation selon au moins une des techniques indiquées. Il ne doit pas y avoir de névralgie antérieure, essentiellement névralgies intercostales, par opposition à l'atteinte de la branche postérieure du nerf rachidien responsable du syndrome cellulo-périosto-myalgique.

Compléments sémiologiques

Ils permettent de noter les informations recueillies lors de l'examen et notamment le type de la douleur mécanique ou inflammatoire, les irradiations, ou l'association de douleurs musculaires associées à la dorsalgie.

Risques

Essentiellement tumeurs, infection, fracture, et tassement.

Voir aussi

ARTHROSE : associé au complément sémiologique + douleur, s'il existe une arthrose confirmée radiologiquement associée à des douleurs.

DOULEUR NON CARACTÉRISTIQUE : si l'origine rachidienne de la douleur ne peut pas être affirmée.

MUSCLE (ÉLONGATION) OU MYALGIE : lorsque la douleur peut-être attribuée uniquement à un muscle de la région dorsale.

NÉVRITE NÉVRALGIE : l'existence de névralgie même s'il existe des douleurs cervicales doit faire classer le cas dans ce RC.

CORRESPONDANCE CIM - 10

M54.6 : Rachialgies dorsales

DÉFINITION

++++ DOULEUR ARTICULAIRE ou PÉRIARTICULAIRE
 ++++ SECONDAIRE à un MOUVEMENT ANORMAL
 ++1 | reproduit par la mise en tension du ligament
 ++1 | avec point douloureux ligamentaire à la palpation

++1 | de la tibio-tarsienne
 ++1 | du genou
 ++1 | du doigt
 ++1 | d'une autre localisation (à préciser en commentaire)

+ - craquement lors du traumatisme
 + - épanchement articulaire
 + - ecchymose
 + - hématome
 + - mouvements actifs difficiles
 + - mouvements passifs difficiles
 + - mouvement passif anormal
 + - appui unipodal impossible
 + - signes d'imagerie (à préciser en commentaire)

+ - récurrence

asymptomatique

RISQUE(S)

FRACTURE

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

C, D

VOIR AUSSI

ALGODYSTROPHIE
 ARTHROPATHIE-PÉRIARTHROPATHIE
 BLESSURES COMBINÉES LÉGÈRES
 BLESSURES COMBINÉES SÉVÈRES
 CONTUSION
 DOULEUR NON CARACTÉRISTIQUE
 FRACTURE
 LUXATION
 TENDON (RUPTURE)

CORRESPONDANCE CIM - 10

T14.3
 M83.6
 S63.6
 M93.4
 S00 - T14

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Ce RC décrit toutes les entorses, quelle qu'en soit la localisation. En langage populaire « foulure » ou « élévation ».

Critères d'inclusion

La douleur doit être secondaire à un mouvement anormal, par traumatisme indirect de l'articulation et non à un choc direct (voir contusion).

Elle peut être strictement articulaire ou périarticulaire, un peu à distance de l'article concerné.

La mobilisation dans le sens du mouvement anormal doit être retrouvée. Sinon, il faut au moins retrouver une douleur à la palpation de la région ligamentaire concernée.

La localisation doit être notée : figurent ici les localisations les plus fréquentes (cheville, genou, doigt). Des localisations plus rares seront notées à « Autres localisations ».

Compléments sémiologiques

Leur mention a pour but de présumer qu'il s'agit d'une entorse grave, justifiant ainsi d'emblée (éventuellement) une radiographie.

Il en est ainsi :

- d'un craquement audible lors du traumatisme initial,
- de mouvements passifs anormaux (varus, valgus, tiroirs excessifs),
- d'un épanchement articulaire (séreux ou hématique si ponction, en particulier pour le genou, choc rotulien uniquement sur le genou),
- d'une ecchymose ou d'un hématome : la précocité d'un hématome en « œuf de pigeon » est un élément péjoratif,
- de l'impotence qui est un terme vague qui doit être précisé par au moins l'un des trois critères (difficulté des mouvements passifs des mouvements actifs, ou impossibilité de l'appui unipodal, ceci s'appliquant naturellement uniquement à la cheville),
- des signes radiologiques qu'il faudra préciser (degré du varus, du valgus, du tiroir) en commentaire.

Risques

Il s'agit essentiellement des FRACTURES.

Voir aussi

Penser en particulier à tout ce qui n'est pas caractéristique d'une entorse. En cas d'association à d'autres lésions, le cas sera classé à BLESSURES COMBINÉES LÉGÈRES ou SÉVÈRES.

Position(s) diagnostique(s)

C : quelle que soit la gravité de l'entorse, il ne peut s'agir que d'un « tableau de maladie » et en aucun cas d'un « symptôme » ou d'un « syndrome ».

D : si constatation per-opératoire de la lésion ligamentaire.

CORRESPONDANCE CIM - 10

T14.3 (code par défaut)
 M83.6 : si ++1 | du genou
 S63.6 : si ++1 | du doigt
 M93.4 : si ++1 | de la tibio-tarsienne
 S00 - T14 : si ++1 | d'une autre localisation (à préciser en commentaire)

DÉFINITION

- ++++ DOULEUR de l'ÉPAULE MAJORÉE par les MOUVEMENTS
- ++1 | d'abduction contrariée (supra épineux)
 - ++1 | d'élévation contrariée main en supination (long biceps)
 - ++1 | de rotation latérale contrariée (infra épineux)
 - ++1 | de rotation médiane contrariée (sous scapulaire et/ou du petit rond)
 - ++1 | autre (à préciser en commentaire)
- + - hyperalgique
- + - favorisée par des gestes répétitifs
- + - douleur nocturne
- + - douleur à la pression de la tête humérale
- + - calcification à la radiographie
- + - autre image radiologique (ascension de la tête humérale, acromion agressif etc.)
- + - traumatisme antérieur
- + - récurrence

asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

B

VOIR AUSSI

ALGODYSTROPHIE
 ARTHROPATHIE PÉRIARTHROPATHIE
 ARTHROSE
 CONTUSION
 DOULEUR NON CARACTÉRISTIQUE
 HORTON - PPR
 LUXATION
 NÉVRALGIE NÉVRITE
 TENDON (RUPTURE)
 TENOSYNOVITE

CORRESPONDANCE CIM - 10

M75
 M75.1
 M75.2
 M75.3

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Cette définition inclut les tendinites du supra-épineux, du long biceps, de l'infra-épineux, avec ou sans calcifications. Elle exclut l'arthrose et l'algodystrophie ainsi que les ruptures de la coiffe des rotateurs.

Critères d'inclusion

Le relevé des deux items suivants PLAINTES CONCERNANT L'ÉPAULE et MAJORÉE PAR LES MOUVEMENTS ACTIFS (contrariés ou pas), est obligatoire. Le muscle atteint sera précisé au terme de l'examen. Les différentes manœuvres diagnostiques n'ont pas été reprises, car aucune n'est spécifique. Seule la fonction des muscles est décrite de manière volontairement succincte.

Compléments sémiologiques

Ils précisent l'existence d'une calcification ou d'une autre image radiologique. Les items « Hyperalgique » et « récurrence » peuvent orienter et justifier le choix thérapeutique.

Voir aussi

ALGODYSTROPHIE : certains auteurs considèrent que la capsulite rétractile n'est une algodystrophie que dans la moitié des cas. En effet, dans l'autre moitié il n'existe ni hyperfixation à la scintigraphie ni déminéralisation à la radiographie. Cependant la clinique et l'évolution étant les mêmes, elles sont parfois difficiles à dissocier. Si c'était le cas, le classer à DHL – Chapitre XIII - Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif ++1 | capsulite rétractile de l'épaule M75.0
 ARTHROPATHIE PÉRIARTHROPATHIE si au terme de l'examen il n'est pas possible de conclure à une atteinte tendineuse
 TENDON (rupture) pour la rupture de la coiffe des rotateurs

CORRESPONDANCE CIM - 10

M75 (code par défaut)
 M75.1 : Syndrome de la coiffe des rotateurs
 M75.2 : Tendinite du biceps
 M75.3 : Tendinite calcifiante de l'épaule

DÉFINITION

++++ FIÈVRE ou SENSATION DE FIÈVRE

+ +1 | isolée

+ +1 | associée à des SYMPTÔMES et SIGNES GÉNÉRAUX et LOCAUX

++++ NON CARACTÉRISTIQUE et NON CLASSABLE AILLEURS

- + - abattement, lassitude, inappétence (incapacité au travail, frissons, « enfant grognon »)
- + - céphalée
- + - état vertigineux
- + - courbatures, myalgies
- + - obstruction, écoulement nasal
- + - douleurs sinusiennes spontanées ou provoquées
- + - symptôme ou signe pharyngé ou amygdalien
- + - modification de la voix
- + - toux
- + - expectoration minime, non caractéristique
- + - signes auscultatoires pulmonaires non significatifs
- + - sensation de brûlure rétrosternale
- + - auriculaire : otalgie, tympan un peu rouges ou discrètement modifiés
- + - oculaire : larmoiement, rougeur conjonctivale
- + - nausées
- + - vomissements
- + - douleurs abdominales
- + - douleurs lombaires uni ou bilatérales
- + - selles molles
- + - pollakiurie
- + - brûlures mictionnelles
- + - urines troubles
- + - exanthème
- + - adénopathies

- + - récidive

RISQUE(S)

CANCER, HÉMOPATHIES	PNEUMOPATHIE
ENCÉPHALITE, MÉNINGITE	PYÉLONÉPHRITE
ENDOCARDITE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU
ÉRYSIPELE	SEPTICÉMIE
ÉRYTHÈME NOUEUX	THYROTOXICOSE
PALUDISME	V.I.H.

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

A, B

VOIR AUSSI

ANGINE	OTITE MOYENNE
BRONCHITE AIGUË	PHARYNGITE
CHOLECYSTITE	PNEUMOPATHIE AIGUË
DIARRHÉE-NAUSÉE-VOMISSEMENT	PYÉLONÉPHRITE AIGUË
ENROUEMENT	RHINOPHARYNGITE
ÉRYSIPELE	RHUME
ÉTAT MORBIDE AFÉBRILE	SINUSITE
FURONCLE – ANTHRAX	THROMBOPHILÉBITE
HÉPATITE VIRALE	URÉTHRITE
LYMPHANGITE	ZONA
ORCHI ÉPIDYMITÉ	

CORRESPONDANCE CIM – 10

R50.9, R50.0, R50.1, J06.9, J06.8

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

ÉTAT FÉBRILE compte parmi les résultats de consultation les plus fréquents. Ce concept scientifiquement fondé doit être expliqué pour en assurer une large diffusion car il permet au médecin à la fois une prise en compte du risque et une économie de moyens dans ses décisions.

Ainsi cette dénomination permet-elle de relever :

- d'une part la fièvre isolée (mais pouvant s'accompagner de manifestations générales liées à la fièvre),
- d'autre part un syndrome fébrile dont les symptômes et signes ne peuvent être attribués à aucune maladie proprement dite, ni à aucun autre résultat de consultation. Ce syndrome recouvre des situations cliniques associant à des degrés divers des symptômes ou des signes que le médecin estime pouvoir regrouper sous la même entité.

Critères d'inclusion

Ils permettent de prendre en compte une FIÈVRE isolée. Dans ce cas (fièvre isolée sans aucun signe de localisation) il peut y avoir néanmoins des symptômes liés à la fièvre, sans qu'il s'agisse pour autant d'un « syndrome » (sueurs, myalgies, abattement...).

Compléments sémiologiques

On différencie les symptômes de non localisation habituellement liés à la fièvre (frissons, sueurs, courbatures...), des signes de localisation qui sont proposés plus bas.

Ils permettent de noter dans le dossier les symptômes et signes retrouvés à l'examen. La particularité de chacun d'eux est de ne pas être caractéristique d'un autre RC. Ainsi, l'éventuelle *pollakiurie* ou *brûlures mictionnelles* n'ont-elles pas les caractères de la cystite ; ainsi les *signes d'auscultation pulmonaire* ne sont-ils ni un foyer de râles crépitants, ni des râles diffus de bronchite ; ainsi les *vertiges* tiennent-ils plus du langage vernaculaire « j'ai la tête qui tourne » ; ainsi les *symptômes ou signes pharyngés* sont discrets et n'ont pas les caractères de la pharyngite ou de l'angine. Ces différents éléments cliniques peuvent s'associer dans toutes les combinaisons possibles, et peuvent varier d'un jour à l'autre de l'observation.

Voir Aussi

En cas de symptômes ou de signes que le médecin estime pouvoir regrouper dans une entité commune non caractéristique, mais en l'absence de fièvre ou de sensation fébrile, il faut choisir ÉTAT MORBIDE AFÉBRILE.

En cas de symptômes ou signes caractéristiques d'une localisation (ANGINE, PHARYNGITE, CYSTITÉ...) il faut choisir le RC correspondant.

Position(s) diagnostique(s)

A : Si fièvre isolée (y compris en cas de sueurs, frissons, asthénie, lassitude, céphalées et courbatures).

B : Si la fièvre s'accompagne d'un ou plusieurs symptômes ou signes de localisation non caractéristiques d'une maladie particulière.

CORRESPONDANCE CIM – 10

R50.9 : Fièvre sans précision (code par défaut)

R50.0 : Fièvre avec frissons

R50.1 : Fièvre persistante si code suivi P

Codage particulier en fonction de la saisie d'un ou plusieurs compléments sémiologiques

J06.9 : Infection des voies aériennes supérieures sans précision

J06.8 : Autres infections aiguës des voies aériennes supérieures à localisations multiples

DÉFINITION**++1 FIBRILLATION AURICULAIRE**

- ++++ absence d'ondes P
- ++++ oscillation anarchique de la ligne isoélectrique (en précordiales droites)
- ++++ rythme ventriculaire irrégulier

++1 FLUTTER AURICULAIRE

- ++++ augmentation de la cadence auriculaire
- ++++ ondes auriculaires anormales en dents de scie
- ++++ complexes QRS normaux
- ++1 flutter 2/1 (2 fois la cadence ventriculaire)
- ++1 flutter 3/1 (3 fois la cadence ventriculaire)
- ++1 flutter 4/1 (4 fois la cadence ventriculaire)

- + - palpitations
- + - dyspnée
- + - rythme cardiaque irrégulier à l'auscultation
- + - éclat intermittent de B1 à la pointe
- + - tachycardie > 100
- + - découverte fortuite
- + - circonstances déclenchantes (effort, période post-prandiale)
- + - récidive

asymptomatique

RISQUE(S) CRITIQUE(S) ÉVITABLE(S) (RCE)

ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL
 CARDIOMYOPATHIE
 EMBOLIE
 HYPERTHYROÏDIE
 INSUFFISANCE CARDIAQUE
 INSUFFISANCE CORONARIENNE
 INSUFFISANCE RESPIRATOIRE
 MORT SUBITE
 CÈDÈME AIGU DU POUMON

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

A

VOIR AUSSI

ACCÈS ET CRISE
 MALAISE – ÉVANOUISSEMENT
 PALPITATION ÉRÉTHISME CARDIAQUE
 TACHYCARDIE PAROXYSTIQUE
 TROUBLE DU RYTHME (AUTRE)

CORRESPONDANCE CIM – 10

I48

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Ce résultat de consultation permet d'inclure les fibrillations auriculaires et les cas plus rares de flutters auriculaires constatés à l'électrocardiogramme.

Critères d'inclusion

Ils sont exclusivement électrocardiographiques.

Compléments sémiologiques

Ils permettent de noter les manifestations ressenties et certains des signes d'examen éventuellement associés. Si le trouble du rythme s'accompagne de malaise, voire de perte de connaissance, le résultat de consultation MALAISE SYNCOPE sera choisi en plus.

Voir aussi

L'examen électrocardiographique permet d'éliminer les autres RC

Position(s) diagnostique(s)

A: même en cas de compléments sémiologiques associés.

CORRESPONDANCE CIM – 10

I48: fibrillation et flutter auriculaires (c'est le même chapitre qui regroupe ces deux troubles du rythme).

DÉFINITION

- ++1 | CONSTATATION de GROSSESSE
 - ++1 | confirmation clinique
 - ++++ aménorrhée
 - ++++ modifications utérines (de consistance et de volume en rapport avec la durée de l'aménorrhée)
 - ++1 | confirmation biologique (Beta HCG)
 - ++1 | confirmation échographique
 - ++1 | EXAMEN SYSTÉMATIQUE de SURVEILLANCE de grossesse
 - ++1 | GROSSESSE en cours
- + - grossesse gémellaire ou plus
 + - grossesse à risque (à préciser en commentaire)
 + - I.V.G. évoquée par la patiente
- + - récursive

RISQUE(S)

GROSSESSE EXTRA UTÉRINE
 TOXÉMIE GRAVIDIQUE

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

C, D

VOIR AUSSI

AMÉNORRHÉE-OLIGOMÉNORRHÉE-HYPOMÉNORRHÉE
 EXAMEN SYSTÉMATIQUE ET PRÉVENTION
 UTÉRUS (HYPERTROPHIE FIBROME)

CORRESPONDANCE CIM - 10

Z32.1
 Z34.9
 Z35.9

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Les signes associés et les complications n'étant ni spécifiques, ni pathognomoniques, seront relevés séparément par le(s) résultat(s) de consultation adapté(s).

Critères d'inclusion

Ce RC peut être relevé dans trois situations :

- 1 - Lors du diagnostic de la grossesse ++1 | CONSTATATION de GROSSESSE
- 2 - Lors d'une consultation de surveillance d'une grossesse, ++1 | EXAMEN SYSTÉMATIQUE de SURVEILLANCE de grossesse
- 3 - Lorsque le médecin prend en compte la grossesse dans la prise en charge d'une autre pathologie sans la surveiller ce jour là. ++1 | GROSSESSE en cours

En ce qui concerne le diagnostic de grossesse, celui-ci peut être fait de trois manières. Rarement par la seule clinique (divers signes spécifiques et volume utérin en rapport avec l'aménorrhée), mais le plus souvent par une confirmation biologique ou d'imagerie.

En l'attente des résultats et sans signes clinique, on choisira le RC « AMÉNORRHÉE-OLIGOMÉNORRHÉE-HYPOMÉNORRHÉE ».

Compléments sémiologiques

Précisent s'il s'agit d'une grossesse multiple, si la notion d'IVG est évoquée par la malade.

Les éléments permettant de parler de « grossesse à risque » seront précisés en commentaire.

Risques

On évoquera en particulier le GEU et la TOXÉMIE GRAVIDIQUE.

Voir aussi

AMÉNORRHÉE-OLIGOMÉNORRHÉE-HYPOMÉNORRHÉE permet de relever la situation en attente de confirmation de la grossesse.

EXAMEN SYSTÉMATIQUE ET PRÉVENTION permettra de relever l'examen post-natal qui ne sera pas relevé par GROSSESSE.

UTÉRUS (HYPERTROPHIE FIBROME) : modifications utérines différentes, biologie et/ou échographiques.

Position(s) diagnostique(s)

C si le diagnostic n'est que clinique

D dans les deux autres cas

CORRESPONDANCE CIM - 10

Z32.1 : grossesse confirmée

Z34.9 : surveillance d'une grossesse normale, sans précision

Z35.9 : surveillance d'une grossesse à haut risque, sans précision

DÉFINITION

++++ ÉLÉVATION de la PRESSION ARTÉRIELLE

++1 | P.A.S. > ou = 140 mmHg

++1 | P.A.D. > ou = 90 mmHg

++1 | 1^{ère} ou 2^{ème} mesure

++1 | au moins 3 mesures

+ - H.T.A. à faible risque

++++ P.A.S. entre 140 et 180 mmHg

++1 | P.A.D. entre 90 et 100 mmHg avec cofacteur de risque, antécédent cardio-vasculaire

++1 | P.A.D. > ou = 100 mmHg

+ - H.T.A. à haut risque

++1 | P.A.S. > 180 mmHg

++1 | P.A.D. > 110 mmHg

+ - enregistrement par MAPA pathologique

+ - produits ou médicaments presseurs (alcool, œstrogènes, sympathomimétiques, réglisse, AINS, corticoïdes, ciclosporine, érythropoïétine, etc.)

+ - récédive

asymptomatique

RISQUE(S) CRITIQUE(S) ÉVITABLE(S) (RCE)

ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL

ALCOOL

ARTÉRIOPATHIE

COARCTATION AORTIQUE

ÉCLAMPSIE

INSUFFISANCE CARDIAQUE

INSUFFISANCE CORONARIENNE

INSUFFISANCE RÉNALE

MALADIES ENDOCRINIENNES

PHÉOCHROMOCYTOME

STÉNOSE D'UNE ARTÈRE RÉNALE

TROUBLES DU RYTHME CARDIAQUE - AC/FA

VALVULOPATHIE

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

A

VOIR AUSSI

INSUFFISANCE CARDIAQUE

MALAISE ÉVANOUISSEMENT

CORRESPONDANCE CIM - 10

I10

R03.0

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Terme générique strictement réservé à l'élévation de la pression artérielle en dehors de toute notion étiologique (la fréquence des HTA secondaires est inférieure à 5 % de la population des hypertendus avec seulement 1 % de causes curables – Source ANAES) et de complications éventuelles. Une complication fera l'objet d'un résultat de consultation séparé, car elle est un problème en elle-même.

Cette définition a été revue en fonction des dernières recommandations de l'ANAES. Les chiffres retenus ne s'adressent pas aux enfants, aux diabétiques, aux femmes enceintes ni aux personnes dont l'âge est supérieur à 80 ans.

Critères d'inclusion

Déterminent les chiffres, régulièrement actualisés, au delà desquels un patient doit être considéré comme hypertendu. Cette définition permet de relever l'HTA unique, une tension élevée lors d'une seule mesure, comme ce qu'on appelle la maladie hypertensive.

Compléments sémiologiques

Permettent de situer les seuils d'intervention thérapeutique: rapide en cas d'hypertension dite « à haut risque », plus réfléchie en cas de « faible risque ».

Risques critiques évitables (RCE)

Hypertension secondaire

Voir Aussi

INSUFFISANCE CARDIAQUE

MALAISE - LIPOTHYMIE

Position(s) diagnostique(s)

A: L'hypertension artérielle, est considérée comme un symptôme cardinal jusqu'à la preuve du contraire.

CORRESPONDANCE CIM - 10

R03.0: pour les 1^{ère} et 2^{ème} mesures

I10 : à la 3^{ème} mesure

DÉFINITION

- ++++ RÉACTION SECONDAIRE
 ++1 | à un médicament
 ++1 | un acte diagnostique invasif
 ++1 | autre (radiothérapie, injection...)
 ++++ RELIÉE à un RC de la MÊME SÉANCE (à préciser en commentaire)
 ++++ QUALIFIÉ de :
 ++1 | possible
 ++1 | probable
 ++1 | confirmée
 ++++ PRESCRIPTION ou GESTE RÉALISÉ par :
 ++1 | le médecin
 ++1 | un tiers médical ou paramédical
 ++1 | automédication
- ++1 | effet indésirable (à préciser en commentaire)
 ++1 | effet lié à une contre indication (à préciser en commentaire)
 ++1 | posologie inadaptée (à préciser en commentaire)
 ++1 | interaction (à préciser en commentaire)
 ++1 | autre (à préciser en commentaire)
- + - non référencé
- + - récurrence pour la même raison

RISQUE(S)

CHOC ANAPHYLACTIQUE
 AUTRES CHOCS (SEPTIQUE, HYPOVOLÉMIQUE)

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

Z

VOIR AUSSI

POST PARTUM (SUIVI)
 SUITE OPÉRATOIRE

CORRESPONDANCE CIM - 10

T78

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Ce RC permet de lier un problème observé pouvant être liés à une thérapeutique. Selon les études françaises entre 6 et 7,4 % des patients hospitalisés auraient une pathologie iatrogène.

Critères d'inclusion

Ce RC permet de lier un trouble qui serait une réaction à un médicament, mais aussi un acte invasif à visée diagnostique (fibroscopie...) ou thérapeutique (radiothérapie, injection...).

Le trouble (ou la pathologie) déclenché doit être relevé parallèlement dans la même séance. Le médecin écrit en commentaire du RC, le type de trouble identifié.

Le médecin évaluera le niveau de certitude du lien qu'il fait avec la pathologie : possible, probable ou confirmé.

Il précise s'il est lui-même l'initiateur de la prescription ou du geste, ou s'il s'agit d'un autre professionnel (généraliste, spécialiste, infirmier...), ou encore du patient (automédication).

Enfin on précise le type d'effet iatrogène.

Compléments sémiologiques

+ - non référencé, si cet effet iatrogène n'est pas connu ou mieux s'il n'a pas été retrouvé dans la littérature.

Risques

Ceux-ci sont très variés et liés à la diversité des agents causaux. On souligne seulement la notion de choc, anaphylactique, septique ou hypovolémique.

Voir aussi

Les effets secondaires à une intervention chirurgicale sont relevés par suite opératoire et ceux de l'accouchement par post partum (suivi).

Position(s) diagnostique(s)

Z : puisque ce RC n'est pas du registre de la pathologie. Le RC lié étant relevé séparément.

CORRESPONDANCE CIM - 10

T78 effet indésirable, non classé ailleurs.

En fait plusieurs codes peuvent correspondre à notre définition. Différence entre effet indésirable et complication, entre les causes, l'origine de soins chirurgicaux, médicaux, à visée diagnostique ou thérapeutique.

Le plus sage est de faire la correspondance avec le code T78.

DÉFINITION

++1 SIGNES CLINIQUES

- ++2 dyspnée ou fatigue d'effort
 - ++1 sans retentissement sur l'activité physique courante (stade 1)
 - ++1 avec léger retentissement sur l'activité physique courante (stade 2)
 - ++1 diminuant l'activité physique courante (stade 3)
 - ++1 au moindre effort ou de repos (stade 4)
- ++2 œdèmes des membres inférieurs
- ++2 râles crépitants ou sous crépitants
 - ++1 des bases
 - ++1 diffus (Œdème Aigu du Poumon)

++1 SIGNES ECHOCARDIOGRAPHIQUES

- ++1 Signes d'HVG
- ++1 Baisse de la fraction d'éjection du VG (< 40% de la normale)

- + - tachycardie
- + - toux
- + - galop
- + - hépatalgie
- + - reflux hépato-jugulaire
- + - cardiomégalie
- + - prise de poids récente

- + - Augmentation significative du BNP (brain natriuretic peptide)
 - ++1 | entre 100 et 400
 - ++1 | > 400

- + - récurrence

asymptomatique

RISQUE(S) CRITIQUE(S) ÉVITABLE(S) (RCE)

EMBOLIE PULMONAIRE
INFARCTUS DU MYOCARDE

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

B, C

VOIR AUSSI

ASTHÉNIE FATIGUE
DYSPNÉE
ÉTAT FÉBRILE
INSUFFISANCE RESPIRATOIRE
ŒDÈME MEMBRES INFÉRIEURS
TOUX

CORRESPONDANCE CIM - 10

I50.9
I50.0
I50.1

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Ce résultat de consultation regroupe toutes les insuffisances cardiaques (gauche, droite ou globale). Il est illusoire, voire totalement artificiel, et de toutes façons peu opératoire de vouloir décrire des tableaux différents qui sont du reste souvent intriqués.

Critères d'inclusion

L'altération de la fonction cardiaque se fait, généralement, très progressivement. C'est durant cette période de latence clinique qu'il serait important de faire le diagnostic. Mais aucun signe clinique pris isolément n'est assez sensible ou spécifique pour affirmer une insuffisance cardiaque débutante. L'insuffisance cardiaque ne peut être suspectée que plus tardivement devant un faisceau d'arguments cliniques (au moins eux items). Parmi les examens complémentaires, ce sont les signes échocardiographiques qui sont les plus utiles sans toutefois être complètement formels. En conséquence, ce résultat de consultation sera choisi devant des signes « évocateurs ». Lorsque la dyspnée (essentiellement de stade 4) s'accompagne de râles crépitants ou sous crépitants répartis dans les deux champs pulmonaires, nous sommes devant un tableau d'OAP ou défaillance aiguë « cardiogénique ».

Compléments sémiologiques

Ce sont des symptômes non pathognomoniques de l'insuffisance cardiaque mais pouvant apparaître lors de son évolution. Ils permettront d'enrichir, si nécessaire, le tableau clinique mais aussi d'évoquer une évolution vers une insuffisance droite ou globale en cas d'hépatalgie et/ou de reflux hépato-jugulaire.

Risques Critiques Évitable(s) (RCE)

L'insuffisance cardiaque aiguë ou une décompensation peuvent être la manifestation de EMBOLIE PULMONAIRE ou INFARCTUS DU MYOCARDE.

Voir aussi

Ce sont essentiellement des résultats de consultation (ASTHÉNIE-FATIGUE, DYSPNÉE, ŒDÈME MEMBRES INFÉRIEURS) correspondant aux critères d'inclusion pris isolément et non associés comme pour l'INSUFFISANCE CARDIAQUE. La dyspnée de l'ASTHME et de l'INSUFFISANCE RESPIRATOIRE est obligatoirement associée à des critères d'inclusion non retrouvés dans la définition de l'INSUFFISANCE CARDIAQUE.

Position(s) diagnostique(s)

B : insuffisance cardiaque non caractéristique s'il n'existe que des signes cliniques évocateurs (regroupement syndromique de la 1^{ère} entrée)
C : dès qu'il existe des signes échocardiographiques +/- associés à des signes cliniques.

CORRESPONDANCE CIM - 10

I50.9 : code CIM par défaut
I50.0 : (Insuffisance cardiaque congestive) lorsque + - hépatalgie et/ou + - reflux hépato-jugulaire sont cochés
I50.1 : (Insuffisance ventriculaire gauche) lorsque + - râles crépitants ou sous crépitants diffus est coché (OAP)

DÉFINITION

++++ PERTURBATION de l'EXPRESSION

- ++1 | orale
 - ++1 | retard de parole
 - ++1 | retard de langage
 - ++1 | trouble de l'articulation (dysarthrie)
 - ++1 | bégaiement
 - ++1 | autre (à préciser en commentaire)
- ++1 | écrite
 - ++1 | dyslexie, dysorthographe
 - ++1 | illettrisme
 - ++1 | analphabétisme

+ - confirmé par le bilan orthophonique

+ - récurrence

asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

A

VOIR AUSSI

ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL

DIFFICULTÉ SCOLAIRE

ENROUEMENT

CORRESPONDANCE CIM - 10

R47

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Cette définition permet de classer les troubles du langage, qu'ils entraînent ou non une difficulté scolaire et quel que soit l'âge du malade.

Critères d'inclusion

Il doit s'agir d'une perturbation orale ou écrite de l'expression ou d'un analphabétisme.

Compléments sémiologiques

Ils comportent en particulier la confirmation des troubles par un bilan orthophonique.

Risques

Il n'a pas été relevé de risque grave particulier

Voir aussi

ENROUEMENT : il s'agit bien d'un trouble de l'expression orale, mais d'un ordre tout autre

DIFFICULTÉ SCOLAIRE : peut être associé aux troubles du langage

ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL : il peut aussi exister des troubles du langage (trouble de l'élocution voire aphasie) mais d'un ordre tout autre et d'installation brusque.

CORRESPONDANCE CIM - 10

R47 (code par défaut)

Autre code CIM10 et condition(s) d'attribution

L'essai suivant peut être tenté, mais avec de grandes difficultés :

F80.9 : ++1 | retard de parole

F80.9 : ++1 | retard de langage

R47.1 : ++1 | trouble de l'articulation (dysarthrie)

F98.5 : ++1 | bégaiement

R48.0 : ++1 | dyslexie, dysorthographe

Z55.0 : ++1 | analphabétisme

DÉFINITION

- ++++ DOULEUR du RACHIS LOMBAIRE
- ++1 | spontanée
 - ++1 | lors des mouvements (actifs ou passifs)
 - ++1 | à la palpation
 - ++1 | pression axiale d'épineuse
 - ++1 | pression latérale d'épineuse
 - ++1 | pression latérale contrariée
 - ++1 | pression des ligaments inter-épineux
 - ++1 | pression friction des massifs articulaires postérieurs
- ++++ ABSENCE de NÉVRALGIE
- + - hyperalgique
 - + - effort déclenchant
 - + - début brutal
 - + - notion de traumatisme ancien
 - + - position antalgique
 - + - rythme mécanique
 - + - rythme inflammatoire
 - + - contracture musculaire
 - + - irradiation
 - + - syndrome périosto-cellulo-téno-myalgique (cellulalgie au pincé roulé, myalgie unilatérale...)
- + - récédive

asymptomatique

RISQUE(S)

CANCER
FRACTURE TASSEMENT
SPONDYLODISCITE
TUMEUR

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

A

VOIR AUSSI

ARTHROSE
DOULEUR NON CARACTÉRISTIQUE
MUSCLE (ÉLONGATION)
MYALGIE
NÉVRITE NÉVRALGIE

CORRESPONDANCE CIM - 10

M54.5

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Il s'agit de douleurs du rachis lombaire pouvant être identifiées comme telles au terme de l'examen.

Critères d'inclusion

Il doit exister une douleur du rachis lombaire soit spontanée soit à la mobilisation active ou passive, soit à la palpation selon au moins une des techniques indiquées. Il ne doit pas y avoir de névralgie antérieure, essentiellement névralgie sciatique ou crurale, par opposition à l'atteinte de la branche postérieure du nerf rachidien responsable du syndrome cellulopériosto-myalgique.

Compléments sémiologiques

Ils permettent de noter les informations recueillies lors de l'examen et notamment le type de la douleur mécanique ou inflammatoire, les irradiations, ou l'association de douleurs musculaires associées à la lombalgie.

Risques

Essentiellement tumeurs, infection, fracture, et tassement.

Voir aussi

ARTHROSE : associé au complément sémiologique + douleur, s'il existe une arthrose confirmée radiologiquement associée à des douleurs.

DOULEUR NON CARACTÉRISTIQUE : si l'origine rachidienne de la douleur ne peut pas être affirmée.

MUSCLE (ÉLONGATION) OU MYALGIE : lorsque la douleur peut-être attribuée uniquement à un muscle de la région lombaire.

NÉVRITE NÉVRALGIE : l'existence de névralgie même s'il existe des douleurs lombaires doit faire classer le cas dans ce RC.

CORRESPONDANCE CIM - 10

M54.5 : lombalgie basse – douleur lombaire – lumbago SAI

DÉFINITION

- ++1 | SENSATION d'ÉVANOUISSEMENT
 - ++++ d'APPARITION RAPIDE
 - ++++ de COURTE DURÉE
 - ++++ PRODROMES décrits par le PATIENT

- ++1 | PERTE DE CONNAISSANCE BRÈVE
 - ++++ AVEC CHUTE DU TONUS DE POSTURE
 - ++++ SANS PRODROME décrit par le PATIENT

- + - troubles sensoriels (troubles de la vue, tintement dans les oreilles, etc. à préciser en commentaire)
- + - état nauséeux
- + - baisse de la tension artérielle
- + - à répétition
- + - manifestations motrices
- + - constatée par le médecin
- + - décrite par le malade ou l'entourage

- + - récidive

asymptomatique

RISQUE(S) CRITIQUE(S) ÉVITABLE(S) (RCE)

ACCIDENT ISCHÉMIQUE TRANSITOIRE
ÉPILEPSIE
HYPOGLYCÉMIE
SYNDROME DE STOCKES-ADAMS

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

A

VOIR AUSSI

ACCÈS ET CRISE
ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL
ANXIÉTÉ - ANGOISSE
ÉPILEPSIE
HYPOTENSION ORTHOSTATIQUE
TROUBLE DU RYTHME (AUTRE)
VERTIGE - ÉTAT VERTIGINEUX

CORRESPONDANCE CIM - 10

R55

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Inclut à la fois les malaises avec prodromes et les pertes de connaissance sans prodrome.

Critères d'inclusion

Le présent résultat de consultation permet de relever : à la fois les cas où le malade ressent un malaise avec prodromes (sueurs, troubles de la vue, jambes flageolantes), par la première entrée et les cas où le malade, sans aucun prodrome, perd connaissance de façon souvent très brève. Il est aussi des cas mixtes où les deux entrées pourront être choisies : malaise avec prodrome suivi d'une perte de connaissance brève.

Compléments sémiologiques

Ils permettent d'inclure les symptômes ou signes manifestement en relation avec le malaise ou la perte de connaissance brève.

Risques Critiques Évitable(s) (RCE)

On évoquera en particulier le syndrome de Stockes-Adams.

Voir aussi

La liste envisage les RC où le malaise peut être rattaché à une cause identifiable.

D'ailleurs, si une cause particulière est retrouvée ultérieurement, le RC sera révisé en hypotension orthostatique ou accès et crise (psychogène) ou trouble du rythme autre (bloc auriculo-ventriculaire complet) ou infarctus (choc cardiogénique).

Position(s) diagnostique(s)

Il ne peut s'agir que d'un symptôme (A), même s'il existe un certain nombre de symptômes voire de signes associés : une hypotension, des troubles sensoriels, un état nauséeux ne permettent pas pour autant d'en faire un syndrome particulier.

DÉFINITION**++++ LÉSION CUTANÉE CIRCONSCRITE**

- ++1 | macule
- ++1 | papule
- ++1 | nodule

++1 | NAEVUS COMMUN

- ++1 | nævus mélanocytaire jonctionnel (monochrome ou bicolore régulièrement réparti, homogène contour régulier symétrique <0,9 cm)
- ++1 | nævus mélanocytaire composé (relief plus ou moins marqué voir verruqueux souvent bicolore régulièrement réparti du centre vers la périphérie bien délimité parfois pileux)
- ++1 | nævus dermique (papulo-nodule de la couleur de la peau fréquent le sur le visage, pouvant être parfois pileux ou parsemé de télangiectasie)
- ++1 | bleu (nodule ou papule bleutée lisse <0,5 cm fréquent sur les pieds les mains et les zones d'extensions)
- ++1 | nævus vasculaire (hémangiome, tache lie de vin, angiome stellaire)
- ++1 | autre nævus (taches de rousseur, lentigo, nævus de Spitz etc.)

++1 | NAEVUS ATYPIQUE

- ++1 | augmentation de taille
- ++1 | modification de forme ou de couleur
- ++1 | polychromie avec distribution irrégulière des différentes couleurs
- ++1 | contour irréguliers
- ++1 | modification de son relief (papule ou nodule)

++1 | NAEVUS CONGÉNITAL

- + - multiple
- + - phénotype sensible au soleil
- + - prurit
- + - dépigmentation
- + - pigmentation périphérique
- + - antécédents familiaux
- + - confirmation histologique

asymptomatique

RISQUE(S)

CANCER

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

C, D

VOIR AUSSI

CANCER
DERMATOSE
TUMÉFACTION
VERRUE

CORRESPONDANCE CIM - 10

D22.9

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Le médecin est confronté à ce RC soit à la demande du patient qui a un « grain de beauté » qui l'inquiète, soit lors de l'inspection systématique du revêtement cutané. Dans les deux cas sa préoccupation sera de déterminer le risque de dégénérescence cancéreuse de la lésion ou de porter le diagnostic différentiel de cancer cutané, mélanome mais aussi carcinome pigmenté.

Critères d'inclusion

Il s'agit obligatoirement d'une anomalie cutanée pouvant être maculaire, papulaire ou nodulaire. Cette anomalie est classée en trois groupes :

- Nævus commun facilement identifiable dès l'inspection :
 - Nævus mélanocytaire classés en fonction de la zone de développement, composé, jonctionnel ou dermique.
 - Nævus vasculaire dont les plus fréquents sont rappelés.
- Nævus atypique nécessitant une vigilance particulière du médecin en raison de son évolution faisant craindre une transformation cancéreuse.
- Nævus congénital

Compléments sémiologiques

Ils précisent les critères qui peuvent être simplement descriptifs : prurit, dépigmentation, pigmentation périphérique, multiple ou péjoratifs : phénotype sensible au soleil, antécédents familiaux.

Le critère asymptomatique sera relevé pour le suivi ou la surveillance par exemple après exérèse.

Risques

CANCER : c'est le seul risque, que ce soit en raison du risque d'évolution ou en tant que diagnostic différentiel.

Voir aussi

Bien naturellement, un nævus peut être révisé en CANCER ou en VERRUE après confirmation histologique. En cas de doute, on choisira DERMATOSE.

Les angiomes non næviques seront à relever en DHL.

Position(s) diagnostique(s)

C : Pour l'inclusion avant résultat de l'histologie

D : Si confirmation histologique

CORRESPONDANCE CIM - 10

D22.9 (Code par défaut)

DÉFINITION

- ++1 ENVIE DE VOMIR
- ++1 REJET PAR LA BOUCHE
 - ++1 alimentaire
 - ++1 bilieux
 - ++1 autres (à préciser en commentaires)

+ - stries sanglantes

+ - répété

+ - récidive

asymptomatique

RISQUE(S)

AFFECTION CÉRÉBRALE
 CANCER
 HÉMATOME SOUS DURAL
 INFARCTUS DU MYOCARDE

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

A

VOIR AUSSI

ABDOMEN DOULOUREUX AIGU
 DIARRHÉE NAUSÉE VOMISSEMENT
 ÉTAT FÉBRILE
 ÉTAT MORBIDE AFÉBRILE
 REFLUX PYROSIS CÉSOPHAGITE
 VERTIGE ÉTAT VERTIGINEUX

CORRESPONDANCE CIM - 10

R11

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Seuls sont inclus dans cette dénomination, les nausées (état nauséux) ou les vomissements (pouvant éventuellement s'associer), pour lesquels aucune étiologie particulière ne peut être retrouvée au moment de la séance.

Critères d'inclusion

L'un ou l'autre ou les deux critères d'inclusion peuvent être choisis. Les caractéristiques du vomissement (alimentaire ou bilieux) sont complétées par un critère « autres » qui exclut l'hématémèse.

Compléments sémiologiques

La présence éventuelle de « stries sanglantes » est à différencier du vomissement de sang constituant l'hématémèse, à classer en dénomination hors liste.

Risques

Sont à évoquer des risques extra-digestifs pouvant entraîner nausées ou vomissements.

CORRESPONDANCE CIM - 10

R11 : nausées et vomissements

DÉFINITION

- ++++ SOLUTION de CONTINUITÉ
 ++1 | cutanée
 ++1 | muqueuse
- ++1 | franche
 ++1 | déchiquetée
 ++1 | punctiforme
 ++1 | en séton
 ++1 | perte de substance
- ++++ ABSENCE de LÉSION TRAUMATIQUE ASSOCIÉE (excoriation, ecchymose)
- ++++ TRAUMATISME CAUSAL IDENTIFIÉ
 ++1 | agent piquant
 ++1 | agent coupant
 ++1 | chute
 ++1 | coup ou choc
 ++1 | autre
- + - multiple
 + - souillée
 + - surinfection
- asymptomatique

RISQUE(S)

CORPS ÉTRANGER
 LÉSION NERVEUSE
 LÉSIONS TENDINEUSE
 LÉSION VASCULAIRE

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

D

VOIR AUSSI

BLESSURES COMBINÉES LÉGÈRES
 BLESSURES COMBINÉES SÉVÈRES
 BRÛLURE
 CONTUSION
 CORPS ÉTRANGER SOUS-CUTANÉ
 ESCARRE
 MORSURE - GRIFFURE
 CÉIL (TRAUMATISME)
 ONGLE (PATHOLOGIE DE L')
 PIQÛRE D'ANIMAL
 POST- PARTUM (SUIVI)
 SUITE OPÉRATOIRE
 ULCÈRE DE JAMBE

CORRESPONDANCE CIM - 10

T14.1
 T79.3

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Cette définition permet d'inclure les plaies cutanées ou muqueuses, provoquées par un traumatisme identifié, sans autre lésion associée.

Critères d'inclusion

Ils précisent la localisation (cutanée ou muqueuse), le type de plaie. La plaie dite « en séton » est faite par un projectile ou une arme blanche ou tout autre instrument, ayant cheminé sous la peau en créant deux orifices. Il ne doit pas y avoir d'autre lésion traumatique associée (se reporter au chapitre VOIR AUSSI).

La notion d'identification du type de traumatisme est indispensable, le critère « autres » permettant d'apporter une précision étiologique non prévue dans la liste. Ceci permet de ne pas classer ici des plaies non traumatiques (ulcères de jambe, escarre).

Compléments sémiologiques

- multiple : à saisir en cas de plaies multiples dues au même agent traumatique,
- souillée : en présence de petits corps étrangers (sable, goudron etc.) dans la plaie, ce qui évitera de recourir au RC « CORPS ÉTRANGER SOUS CUTANÉ »,
- surinfection : bien souvent le malade ne se présente que quelques jours après la plaie initiale lorsqu'elle s'est infectée.

Risques

En particulier : LÉSION TENDINEUSE ou NERVEUSE sous jacente.

Voir aussi

BLESSURES COMBINÉES LÉGÈRES : en cas d'associations de plaies et de lésions du type ecchymose, hématome, contusion ou brûlure.
 BLESSURES COMBINÉES SÉVÈRES : en cas de lésion tendineuse, articulaire ou fracturaire associée à la plaie.
 CICATRICE : si complication après cicatrisation
 MORSURE-GRIFFURE : si la plaie est liée à une morsure ou à une griffure
 CÉIL TRAUMATISME : plaie particulière par sa localisation
 SUITE OPÉRATOIRE : pour l'ablation des fils ou les suites immédiates, il faudra choisir ce RC et non pas PLAIE

CORRESPONDANCE CIM - 10

T14.1 : (Code par défaut)
 T79.3 : si + - surinfection

DÉFINITION

- ++ | 4 POLYARTHRITE INFLAMMATOIRE
 - ++ | 3 interphalangienne proximale
 - ++ | 3 métacarpo phalangienne
 - ++ | 3 métatarso phalangienne
 - ++ | 3 poignet
 - ++ | 3 genou
 - ++ | 3 coude
 - ++ | 3 cheville
- ++ | 4 ATTEINTE SIMULTANÉE, BILATÉRALE, SYMÉTRIQUE
- ++ | 4 AVEC DEROUILLAGE MATINAL (d'au moins une heure)
- ++ | 4 DEPUIS au MOINS SIX SEMAINES
- ++ | 4 FACTEUR RHUMATOÏDE SERO POSITIF
- ++ | 4 NODULES RHUMATOÏDES (sous cutanés)
- ++ | 4 MODIFICATIONS RADIOLOGIQUES (érosions, décalcifications osseuses) en regard des articulations atteintes.

+ - anticorps anti-peptide citrique citrulline (anti-CCP)

asymptomatique

RISQUE(S)

ARTHRITE INFECTIEUSE

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

C, D

VOIR AUSSI

ARTHROPATHIE PÉRIARTHROPATHIE
DOULEUR NON CARACTÉRISTIQUE
ÉPICONDYLITE
GOUTTE
TARSALGIE – METATARSALGIE
TENOSYNOVITE

CORRESPONDANCE CIM – 10

M05.9
M06.9

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Inclut la polyarthrite rhumatoïde qu'elle soit ou non séropositive.

Critères d'inclusion

La combinaison des critères d'inclusion et des critères d'exclusion à choix multiples doit retrouver une polyarthrite inflammatoire (douleurs nocturnes, au repos, majorées par la mobilisation, s'accompagnant d'un dérouillage matinal) et persistant depuis au moins six semaines, symétrique, atteignant au moins une articulation de la main. Ces critères reprennent ceux de l'A.C.R.

Compléments sémiologiques

Un seul complément sémiologique : la présence d'anticorps anti-peptide citrullinique (anti CCP) qui semble, au moment de la création de cette définition, être crédité d'une grande spécificité supérieure à 99 %.

Voir aussi

ARTHROPATHIE PÉRIARTHROPATHIE permet de classer une polyarthrite dont la durée d'évolution est inférieure à 6 semaines ou n'ayant pas les autres caractères des critères d'inclusion de la polyarthrite rhumatoïde.

Position(s) diagnostique(s)

On choisira D en cas de facteur rhumatoïde positif.

CORRESPONDANCE CIM – 10

M06.9 : Polyarthrite rhumatoïde, sans précision
M05.9 : Polyarthrite rhumatoïde séropositive, sans précision

DÉFINITION

- ++1 | CÉPHALÉES RÉCENTES INHABITUELLES (Horton)
- ++1 | DOULEURS DES CEINTURES DE RYTHME INFLAMMATOIRE (PPR)
 - ++1 | scapulaire
 - ++1 | pelvienne
- ++++ CHEZ un PATIENT de PLUS de 50 ANS
- ++++ VITESSE de SÉDIMENTATION SUPÉRIEURE à 50 mm à la première heure
- ++1 | TEST THÉRAPEUTIQUE POSITIF à la PREDNISONE
- ++1 | DIMINUTION ou DISPARITION d'un OU des DEUX POUQS TEMPORAUX
- ++1 | INDURATION des ARTÈRES TEMPORALES
- ++1 | BIOPSIES D'ARTÈRE TEMPORALE POSITIVE (lésions segmentaires)
- + - asthénie
- + - fièvre
- + - amaigrissement
- + - claudication de la mâchoire
- + - sensibilité du cuir chevelu au toucher
- + - signes ophtalmologiques (scotome scintillant, diplopie, amaurose)
- + - douleurs de la cavité buccale et de la gorge
- + - vertiges
- + - surdité secondaire récente
- + - récidive

asymptomatique

RISQUE(S)

NÉCROSE ISCHÉMIQUE (cécité, accident vasculaire c erebral, infarctus du myocarde, etc.)

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

C, D

VOIR AUSSI

ANOMALIE BIOLOGIQUE SANGUINE
 ARTHROPATHIE - P ERARTHROPATHIE
 CÉPHALÉE
 DOULEUR NON CARACTÉRISTIQUE
 ÉPAULE (TENOSYNOVITE)
 ÉTAT FÉBRILE
 ÉTAT MORBIDE AFÉBRILE
 MIGRAINE
 CEIL (ACUITÉ VISUELLE)
 STÉNOSE ARTÉRIELLE
 SURDITÉ

CORRESPONDANCE CIM - 10

- M31.6 : Autres artérites à cellules géantes
- M31.5 : Artérite à cellules géantes avec polymyalgie rhumatismale (si Pseudo Polyarthrite Rhizom elique associée)
- M35.3 : Polymyalgie rhumatismale (PPR) sans artérite à cellules géantes

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Cette dénomination correspond à deux affections précises, mais qui sont parfois intimement liées, sans que l'on ait prou v e de lien entre leur pathogénie respective. Le diagnostic de maladie de Horton nécessite un résultat positif de la biopsie d'artère temporale, pour une certitude absolue. L'atteinte artérielle étant segmentaire, le prélèvement effectu e aux fins d'analyse anatomopathologique ne contient pas toujours les éléments cytologiques permettant d'affirmer, de manière certaine, le diagnostic (en particulier la présence de granulomes à cellules géantes). La biopsie serait positive dans 80 % des cas, si le prélèvement est suffisant.

La pseudo polyarthrite rhizomélique (PPR), outre le critère d'âge et l'existence d'un syndrome biologique inflammatoire est de diagnostic purement clinique, à condition d'avoir un test à la prednisone positif.

L'incidence de la PPR est environ le double de celle de la maladie de HORTON ET 20 % des PPR s'accompagnent de biopsies d'artères temporales positives.

Critères d'inclusion

Pour la maladie de Horton :

Ils reprennent, en partie, les cinq critères d'inclusion de 1990, propos es par l'American College of Rheumatology. En effet, moins de 2 % des patients ont moins de cinquante ans ; 60 % des patients ont des céphalées ; enfin, la vitesse de sédimentation est constamment élevée.

L'atteinte clinique des artères temporales est caractéristique de la maladie, mais elle n'est présente que dans 20 % des cas. La biopsie d'artère temporale, si elle est positive, est aussi pathognomonique de l'affection, mais elle n'est pas indispensable au diagnostic.

Pour la Pseudo Polyarthrite Rhizom elique :

- localisation aux ceintures scapulaire et/ou pelvienne (avec synovite articulaire),

- atteinte de l'état général,

- syndrome inflammatoire biologique marqu e,

- réponse thérapeutique rapide à la corticothérapie,

L'amélioration rapide (4 à 6 jours) avec un traitement par Prednisone, à la dose de 0,7 à 1 mg/kg/jour dans la maladie de Horton et de 0,3 à 0,5 mg/kg/jour dans la PPR, est un élément diagnostique.

Compléments sémiologiques

Les compléments sémiologiques sont inconstamment présents :

- les 3 premiers (asthénie, fièvre, amaigrissement) sont souvent présents dans les 2 affections,

- les autres (claudication de la mâchoire, sensibilité du cuir chevelu au toucher, signes ophtalmologiques {scotome scintillant, diplopie, amaurose}, douleurs de la cavité buccale et de la gorge, vertiges, surdité secondaire récente) ne concernent que la maladie de Horton. 40 % des patients auraient une claudication de la mâchoire ou une sensibilité douloureuse du cuir chevelu et 30 % auraient des troubles visuels. Il faut aussi noter que 40 à 50 % des patients atteints de maladie de Horton auraient des signes de pseudo polyarthrite rhizomélique.

Voir aussi

Cette rubrique regroupe les résultats de consultation dont certains signes peuvent être communs ceux de la maladie de Horton. On pensera en particulier à ACCÈS ET CRISES, ACCIDENT VASCULAIRE C EREBRAL, CEIL (ACUITÉ VISUELLE), qui pourront être r evis es dans un second temps en « PPR - HORTON »

Position(s) diagnostique(s)

Pour la PPR, il s'agit toujours d'un tableau de maladie (position C), puisqu'il n'y a pas d'éléments diagnostiques précis (anatomopathologie par exemple), autres que ceux de la définition.

En ce qui concerne la maladie de Horton, il s'agit soit d'un tableau de maladie (position C), soit d'une maladie confirmée par une biopsie d'artère temporale positive (position D).

DÉFINITION

++1 | AUGMENTATION du VOLUME de la PROSTATE

++1 | homogène

++1 | nodulaire

++1 | asymétrique

++1 | constatée par le TR

++1 | visible par l'imagerie

++1 | ADÉNOME (histologie)

+ - pollakiurie

++1 | nocturne

++1 | diurne

+ - dysurie

+ - miction impérieuse

+ - rétention vésicale aiguë

+ - dosage du PSA réalisé (à préciser en commentaire)

asymptomatique

RISQUE(S)

CANCER

RÉTENTION URINAIRE AIGÜE

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

A, D

VOIR AUSSI

CANCER

PROSTATITE

TUMÉFACTION

CORRESPONDANCE CIM - 10

N40

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Augmentation de volume de la prostate, sa bénignité ne pouvant être affirmée par le seul examen clinique. Ce RC regroupe l'adénome prostatique bénin certifié et toute augmentation du volume de la prostate non caractéristique si le médecin n'a pas les éléments pour classer le cas lors de la séance dans un RC plus précis. Ce RC sera si besoin révisé ultérieurement en CANCER ou PROSTATITE.

Critères d'inclusion

Il s'agit d'une augmentation de volume de la prostate dûment constaté par le toucher rectal ou par l'imagerie. Les divers caractères d'augmentation de la prostate sont présentés. L'un au moins des trois doit obligatoirement être choisi.

Compléments sémiologiques

Il s'agit des troubles mictionnels associés pouvant aller jusqu'à la rétention vésicale aiguë.

La notion de dosage du PSA permet au médecin, dans le suivi du patient de souligner que celui-ci a été réalisé à un moment. Les résultats de ce dosage sont à noter en commentaire puisque le résultat normal ou anormal n'est pas pathognomonique d'une pathologie précise de la prostate.

Voir aussi

PROSTATITE avec ses critères d'inclusion particuliers (augmentation de volume douloureuse, voir fébrile...).

Position(s) diagnostique(s)

A, en l'absence de preuve histologique, symptomatique ou non. Il s'agit d'un signe cardinal.

D pour l'adénome confirmé histologique.

CORRESPONDANCE CIM - 10

N 40 : hyperplasie de la prostate

DÉFINITION

++++ TROUBLE MICTIONNEL (à préciser en commentaire)
 ++++ SENSIBILITÉ de la RÉGION PÉRINÉALE ou PELVIENNE
 ++++ ABSENCE de DOULEUR des FOSSES LOMBAIRES

++1 | | fièvre (prostatite aiguë)
 ++1 | | antécédent d'épisode identique (prostatite chronique)
 ++1 | | douleur de la prostate au toucher rectal

+ - douleur à l'éjaculation
 + - pyurie, bactériurie
 + - imagerie évocatrice

+ - récurrence

asymptomatique

RISQUE(S) CRITIQUE(S) ÉVITABLE(S) (RCE)

ABCÈS
 SEPTICÉMIE

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

B, C

VOIR AUSSI

CYSTITE-CYSTALGIE
 DOULEUR PELVIENNE
 DYSURIE
 ÉTAT FÉBRILE
 ÉTAT MORBIDE AFÉBRILE
 POLLAKIURIE
 PROSTATE (HYPERTROPHIE)
 PYÉLONÉPHRITE AIGUË
 URETRITE

CORRESPONDANCE CIM - 10

N41.0
 N41.1

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Ce résultat de consultation regroupe les prostatites aiguës et chroniques. Ce choix découle de deux constats : la faible fréquence des deux tableaux séparés et le manque de spécificité des symptômes et signes. Il s'agit essentiellement d'un diagnostic clinique. L'Encyclopédie Médico-chirurgicale résume la situation par « On peut tout voir et ne rien voir ».

Critères d'inclusion

La définition est organisée autour de deux groupes de critères. Pour relever ce résultat de consultation il faut d'une part, les trois premiers critères obligatoires qui situent la pathologie dans le champ génito-urinaire de l'homme, en dehors d'une localisation rénale, et d'autre part, un des trois critères suivant qui qualifient l'atteinte prostatique. Tout trouble de la miction, fébrile ou douloureux de la prostate, sans douleur lombaire est une prostatite chez l'homme.

Compléments sémiologiques

Les signes associés retrouvés dans la bibliographie sont très variés, mais peu spécifiques. Ils sont en pratique peut opérant pour orienter un mode de prise en charge. Les signes d'imagerie n'ont pas été précisés car ils sont peu caractéristiques d'une prostatite et très inconstants. Pour indication on peut citer, les calcifications en projection de la prostate à l'ASP, une prostate hétérogène, augmentée de volume qui contient souvent des calcifications (mais ne permet pas de distinguer cancer et prostatite) à l'échographie. L'UIV peut mettre en évidence des calcifications, des géodes, des cavernes prostatiques, un résidu post mictionnel, un urètre prostatique étiré.

Risques Critiques Évitable(s) (RCE)**Voir aussi**

Si le tableau clinique est incomplet ne permettant pas de relever ce résultat de consultation on choisira ÉTAT FÉBRILE ou ÉTAT MORBIDE AFÉBRILE ou encore un signe cardinal s'il est isolé DOULEUR PELVIENNE, DYSURIE, POLLAKIURIE. La discrimination entre PROSTATITE et HYPERTROPHIE de la PROSTATE peut poser problème à la lecture des définitions. Outre l'âge de survenu des ces troubles, la présence d'au moins un des trois items du deuxième groupe de critères obligatoires est considéré comme suffisant pour différencier ces deux entités morbides. Reste le cas de la CYSTITÉ-CYSTALGIE chez l'homme, puisque d'aucun prétendent que toute cystite de l'homme est une prostatite !

Position(s) diagnostique(s)

B : prostatite non caractéristique (Critères d'inclusion + douleur de la prostate au toucher rectal sans fièvre ni antécédent d'épisode identique)
 C : prostatite aiguë (Critères d'inclusion + au moins fièvre) ou chronique (Critères d'inclusion + antécédent d'épisode identique sans fièvre)
 L'isolement d'un germe dans les urines n'entraîne pas pour autant un diagnostic certifié.

CORRESPONDANCE CIM - 10

N41.0 : Fièvre (prostatite aiguë)
 N41.0 : Fièvre (prostatite aiguë) et douleur de la prostate au toucher rectal
 N41.0 : Fièvre (prostatite aiguë) et antécédent d'épisode identique (prostatite chronique) et douleur de la prostate au toucher rectal
 N41.1 : Antécédent d'épisode identique (prostatite chronique [en l'absence de fièvre])

DÉFINITION

- ++++ PERCEPTION d'un TROUBLE PSYCHIQUE
- ++++ NON SPÉCIFIQUE d'un AUTRE RC
 - ++1 | amnésie ou fugue psychogène (dissociative)
 - ++1 | catatonie (immobilité, activité excessive, négativisme)
 - ++1 | confusion des idées
 - ++1 | comportement caractériel
 - ++1 | discours ou comportement désorganisé
 - ++1 | discours ou comportement délirant
 - ++1 | hallucination
 - ++1 | idée de persécution, propos paranoïde
 - ++1 | sentiment de détachement, déréalisation, dépersonnalisation
 - ++1 | excentricité, traits histrionique
 - ++1 | immaturité affective ou du comportement
 - ++1 | psychasthénie
 - ++1 | autre (à préciser en commentaire)

- + - début brusque
- + - stress ou anxiété

+ - récurrence

asymptomatique

RISQUE(S)

HOMICIDE
SUICIDE
VIOLENCE

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

B

VOIR AUSSI

ACCÈS ET CRISE
ALCOOL (PROBLÈME AVEC L')
ANOREXIE – BOULIMIE
ANXIÉTÉ – ANGOISSE
COMPORTEMENT (TROUBLES)
DÉMENCES
DÉPRESSION
HUMEUR DÉPRESSIVE
MÉMOIRE (PERTE DE)
NERVOSISME
PHOBIE
RÉACTION À UNE SITUATION ÉPROUVANTE
SÉNILITÉ
SYNDROME MANIACO DÉPRESSIF

CORRESPONDANCE CIM – 10

F99

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Il s'agit d'une définition générique regroupant les troubles du psychisme perçus par le médecin ou exprimés par le patient, mais que le médecin ne peut pas au moment de la séance rattacher à une entité nosologique précise. Ceci explique la Position diagnostique B. Un avis spécialisé sera souvent demandé.

Cette définition permet d'inclure des troubles hystérisiformes, des états schizophréniques, des états délirants, et d'une manière générale certains comportements anormaux. Ce résultat sera retenu sur un simple trouble psychique, non spécifique d'un autre résultat de consultation et à la condition qu'il soit pris en compte par le médecin pendant la séance.

Critères d'inclusion

Ils regroupent les principales expressions des troubles rencontrés. Il semble difficile et trop risqué d'orienter trop nettement vers un diagnostic. L'objectif est double : d'une part relever la symptomatologie habituellement rencontrée en premier recours et d'autre part orienter, quand c'est possible, vers un tableau plus défini (névrose, psychose...).

Compléments sémiologiques

Le critère « début brusque » apporte un élément sémiologique pouvant orienter la démarche diagnostique ou être un signe d'appel de gravité.

Le complément sémiologique « stress et d'anxiété », ne doit pas faire substituer ce RC à ANXIÉTÉ – ANGOISSE, mais il permet de tenir compte de cet état (qui est souvent présent) sans être obligé de relever simultanément les deux RC.

Risques

Risques liés à cette situation non diagnostiquée.

Voir aussi

Ils regroupent les résultats de consultation les plus proches de la définition afin d'aider le médecin à éliminer un résultat de consultation plus caractéristique.

COMPORTEMENT (TROUBLES) : dans ce cas, l'incidence sociale et la violence sont au premier plan.

CORRESPONDANCE CIM – 10

F99 : troubles mental, sans autre indication.

Il ne semble pas raisonnable de faire un transcodage plus précis même en reliant plusieurs symptômes.

DÉFINITION

- ++++ FIÈVRE > 38°5
- ++++ DOULEUR SPONTANÉE d'une FOSSE LOMBAIRE
- ++1 | simple (premier épisode chez une femme de 15 à 65 ans, en dehors de la grossesse)
- ++1 | compliquée (autre cas)
- + - trouble mictionnel
- + - douleur à la palpation d'une fosse lombaire
- + - pyurie, bactériurie
- + - signes d'imagerie (à l'échographie ou au scanner)
- + - récurrence
- asymptomatique

RISQUE(S) CRITIQUE(S) ÉVITABLE(S) (RCE)

ABCÈS PÉRINÉPHRITIQUE
 PYÉLONÉPHRITE SECONDAIRE (par exemple LITHIASE URINAIRE)
 SEPTICÉMIE

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

C

VOIR AUSSI

ABDOMEN DOULOUREUX AIGU
 BACTÉRIURIE – PYURIE
 COLIQUE NÉPHRÉTIQUE
 CYSTITITE – CYSTALGIE
 DOULEUR PELVIENNE
 ÉTAT FÉBRILE
 ORCHI – ÉPIDIDYMITIS
 PROSTATITE

CORRESPONDANCE CIM – 10

N10

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Le terme de pyélonéphrite a été conservé pour classer la néphrite interstitielle aiguë en sachant que la définition pertinente ne pourrait qu'être anatomopathologique, méthode non efficiente en clinique ! Il désigne l'inflammation du rein (néphrite) et de la voie excrétrice (pyélite). Sa définition est essentiellement clinique.

Critères d'inclusion

Si les infections du tractus urinaire se définissent toutes par une leucocyturie et une bactériurie, la pyélonéphrite fait exception et sa définition est clinique : fièvre élevée supérieure à 38.5 (mais bien souvent aux environs de 40°) et douleur spontanée d'une fosse lombaire permettent de classer le cas, la pyurie et bactériurie n'étant pas toujours présente au moins au stade initial.

La pyélonéphrite peut être :

- simple et le plus souvent chez la femme (10 à 20 % des femmes présenteront au moins un épisode contre 0.1 à 0.5 % des hommes)
- ou compliquée (secondaire) nécessitant la recherche en urgence d'un obstacle et pour cela une hospitalisation et un éventuel drainage

Compléments sémiologiques

Il s'agit de symptômes urinaires pouvant être associés. (brûlures mictionnelles, pollakiurie, dysurie) ou d'antécédents urinaires. Le critère « pyurie et bactériurie » (bandelette, ECBU) est facultatif, car il peut parfois ne pas être retrouvé. Il en est de même des signes d'imagerie : abdomen sans préparation, échographie à la recherche d'un obstacle ; urographie étudiant la dynamique et la morphologie des voies urinaires ; scanner avec injection pouvant montrer une hypodensité triangulaire à base corticale et à sommet papillaire (sensibilité 80 %), scintigraphie de sensibilité identique au scanner, ayant un intérêt en particulier en cas de reflux vésico-urétéral.

N.B. Une bactériurie avec pyurie en l'absence de fièvre et de douleurs lombaires, avec quelques troubles mictionnels mineurs chez un sujet fragilisé (âge, diabète, éthyliisme, transplantation rénale) serait pour certains une pyélonéphrite.

Risques Critiques Évitable(s) (RCE)

Dominé par les pyélonéphrites secondaires à un obstacle urétéral.

Voir aussi

ABDOMEN DOULOUREUX AIGU : la localisation de la douleur n'est pas la même.

ÉTAT FÉBRILE : choisir cette dénomination s'il n'existe qu'une fièvre, même avec signes urinaires (dysurie, pollakiurie) sans les autres critères obligatoires.

CYSTITITE CYSTALGIE et COLIQUE NÉPHRÉTIQUE ne s'accompagnent pas de fièvre ni de douleur lombaire

CORRESPONDANCE CIM – 10

N10 : Néphrite tubulo-interstitielle aiguë

DÉFINITION

- ++1 | RHINORRÉE antérieure ou postérieure
 - ++1 | | claire
 - ++1 | | muco-purulente
- ++1 | OBSTRUCTION NASALE

- ++++ d'APPARITION RÉCENTE (de quelques heures à quelques jours)
- ++++ SANS SIGNES GÉNÉRAUX MARQUÉS

- + - fièvre
- + - toux
- + - gêne à la déglutition
- + - sécrétion oculaire purulente
- + - rougeur du pharynx
- + - adénopathie sous angulo maxillaire

- + - récidive

asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

B

VOIR AUSSI

ANGINE
 CONJONCTIVITE
 CORPS ÉTRANGER DANS CAVITÉ NATURELLE
 ENROUEMENT
 ÉTAT FÉBRILE
 ÉTAT MORBIDE AFÉBRILE
 MAL DE GORGE
 PHARYNGITE
 RHINITE

CORRESPONDANCE CIM - 10

J00
 J31.1

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Le titre « rhinopharyngite » est choisi pour des motifs culturels. Bien que fréquent, on n'en trouve aucune définition dans la littérature.

Critères d'inclusion

Un écoulement nasal est indispensable pour classer le cas ici : qu'il soit clair ou muco purulent, qu'il soit antérieur ou postérieur. Son caractère essentiel est d'être récent, de quelques heures à quelques jours. Il ne doit pas exister de signes généraux marqués. Une fièvre très élevée, un abattement important doivent faire classer le cas à ÉTAT FÉBRILE.

S'il persiste au-delà de deux semaines et que le cas ne peut être classé à RHINITE il s'agit d'une rhinopharyngite chronique.

Compléments sémiologiques

Il s'agit de symptômes ou signes souvent associés. Des sécrétions muco-purulentes oculaires pourraient orienter vers une étiologie microbienne particulière (Hémophilus)

Voir aussi

ÉTAT FÉBRILE : peut donner la même symptomatologie, mais s'accompagne de signes généraux obligatoires.

ÉTAT MORBIDE AFÉBRILE : peut donner la même symptomatologie, mais s'accompagne de signes généraux obligatoires.

PHARYNGITE : ne comporte pas d'écoulement nasal.

RHINITE : c'est l'aspect durable, saisonnier, ou sous l'influence de circonstances déclenchantes ou périodiques qui permet de choisir ce résultat de consultation

Position(s) diagnostique(s)

B : il s'agit toujours d'un syndrome

CORRESPONDANCE CIM - 10

J00 (code par défaut)

J31.1 : si code P au-delà de 2 semaines

DÉFINITION

- ++++ DOULEUR DANS LE TERRITOIRE DU NERF SCIATIQUE
- ++1 | sur le trajet de la racine L5 (qui se termine au gros orteil)
 - ++1 | sur le trajet de la racine S1 (qui se termine au 5^{ème} orteil)
 - ++1 | tronquée
- ++++ ABSENCE DE SIGNES GÉNITO-SPHINCTÉRIENS
- + - effort déclenchant récent
 - + - majorée par la toux ou la défécation
 - + - aggravée par position debout, assise, les efforts
 - + - calmée par le repos allongé
 - + - nocturne
 - + - bilatérale
 - + - hyperalgique
 - + - douleurs lombaires
- + - signes d'examen :
- ++1 | signe de Lasègue
 - ++1 | abolition du réflexe achilléen
 - ++1 | signe de la sonnette
 - ++1 | troubles sensitifs (hyperesthésie, fourmillements)
 - ++1 | steppage
 - ++1 | troubles moteurs (à préciser en commentaire)
- + - récidive
- asymptomatique

RISQUE(S) CRITIQUE(S) ÉVITABLE(S) (RCE)

Forme PARALYSANTE

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

A, B

VOIR AUSSI

DOULEUR NON CARACTÉRISTIQUE
LOMBALGIE
NÉVRALGIE – NÉVRITE

CORRESPONDANCE CIM – 10

M54.3
M54.4

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Cette définition recouvre les termes habituels de « lombo-sciatique », « sciatgie », « névralgie sciatique ».
Bien qu'il s'agisse d'une névralgie, elle a été isolée du résultat de consultation « NEVRALGIE-NEVRITE » en raison de sa fréquence. Le titre « SCIATIQUE » plutôt que « Névralgie sciatique » est le plus communément admis, tant par la communauté médicale que par les malades.

Critères d'inclusion

- Douleur radiculaire dans tout ou partie du nerf sciatique.
- Les trajets L5 et S1 seront choisis en fonction du type de trajet radiculaire.
- Si l'irradiation n'est pas complète dans un territoire, on choisira le critère « tronquée ».
- L'absence de signes génito-sphinctériens est obligatoire car elle différencie la sciatique d'un syndrome de la queue de cheval.

Compléments sémiologiques

Ces différents critères peuvent permettre une orientation étiologique et encourager à entreprendre parfois rapidement des démarches programmées.

- La majoration par la toux, la défécation, peut évoquer par exemple une hernie discale.
- Les douleurs calmées par le repos seront plutôt d'origine mécanique.
- Les critères de douleur hyperalgique, nocturne, voire bilatérale, avec signes sensitifs ou moteurs déficitaires entraîneront rapidement des démarches programmées.
- Les douleurs lombaires précédant ou accompagnant la sciatique seront notées ici, afin d'éviter de choisir deux résultats de consultation : « LOMBALGIE » et « SCIATIQUE ».
- Signe de Lasègue : la valeur de l'angle obtenu sera notée en commentaire et permettra le suivi de cette sciatique.

NB : Les examens radiologiques ne sont pas retenus dans les critères d'inclusion, car ils ne servent pas à définir une sciatique, mais à en comprendre (éventuellement) l'étiologie.

Risques Critiques Évitable(s) (RCE)

Il faudra penser au risque, parfois très rapide de paralysie du pied.

Voir aussi

LOMBALGIE : on ne peut pas coder à la fois LOMBALGIE et SCIATIQUE (voir supra).
NEVRALGIE-NEVRITE : SCIATIQUE est une névralgie particulière, fréquente, isolée pour cette raison.

Position(s) diagnostique(s)

A : devant la seule douleur radiculaire
B : quand la douleur s'associe à l'un des signes d'examen décrits en compléments sémiologiques.

CORRESPONDANCE CIM – 10

M54.3 : Sciatique
M54.4 : Lumbago avec sciatique

DÉFINITION

- ++++ TROUBLES NEUROLOGIQUES d'ORIGINE CENTRALE
- ++++ ÉVOLUANT par POUSSÉES RÉGRESSIVES ou AGGRAVATION PROGRESSIVE (signes persistant au moins 24 heures)
- ++++ ABSENCE de CONTEXTE FÉBRILE AIGU
- ++++ DISSÉMINATION TEMPORO SPATIALE (affirmée soit par l'IRM encéphalique et médullaire, soit par la clinique à partir de la deuxième poussée)
- + - monoparésie ou monoplégie (à préciser en commentaire)
- + - hémiparésie ou hémiplégie (à préciser en commentaire)
- + - paraparésie ou paraplégie
- + - neuropathie optique rétro bulbaire (baisse brutale de l'acuité visuelle, scotome, dyschromatopsie)
- + - atteinte d'autres nerfs crâniens (diplopie, ophtalmoplégie, nystagmus unilatéral, paralysie faciale, névralgie faciale)
- + - troubles sensitifs (paresthésie, dysesthésie, systématisées ou suspendues, ataxie...)
- + - troubles cérébelleux (démarche ébrieuse, vertiges, troubles de la coordination, dysarthrie)
- + - troubles sphinctériens (urgence mictionnelle, pollakiurie, incontinence, dysurie)
- + - syndrome pyramidal (spasticité, anomalie des réflexes)
- + - fond d'œil (œdème papillaire dans 10 % des NORB, décoloration papillaire)
- + - troubles de la déglutition
- + - troubles de la phonation
- + - troubles sexuels (impuissance, insensibilité vaginale)
- + - troubles cognitifs
- + - syndrome inflammatoire (LCR, sérum)
- + - récurrence

asymptomatique

RISQUE(S)

ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL
CÉCITÉ
ENCÉPHALITE
TUMEUR CÉRÉBRALE

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

C

VOIR AUSSI

ACCÈS et CRISE	NÉVRALGIE-NEVRITE
ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL	ŒIL (ACUITÉ VISUELLE)
ACOUPHÈNE	PARESTHÉSIES DES MEMBRES
DOULEUR NON CARACTÉRISTIQUE	PLAINTÉ POLYMORPHE
DYSPHAGIE	PSYCHIQUE (TROUBLE)
DYSURIE	SCIATIQUE
ENROUEMENT	SEXUELLE (DYSFONCTION)
GOÛT (ANOMALIE DU)	SURDITÉ
INCONTINENCE URINAIRE	VERTIGE - ÉTAT VERTIGINEUX

CORRESPONDANCE CIM - 10

G35 : sclérose en plaques

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Cette dénomination correspond à une maladie dont le diagnostic nécessite la survenue d'au moins deux poussées, définies par l'apparition, la réapparition ou l'aggravation, en l'absence d'hyperthermie, de symptômes et signes neurologiques durant au moins 24 heures, avec régression totale ou partielle.

Pour être distinctes, deux poussées doivent débiter à plus de trente jours d'intervalle. La poussée s'installe en général en quelques heures à quelques jours.

De plus, le choix de cette dénomination suppose l'absence d'une autre affection susceptible d'expliquer les symptômes observés.

Critères d'inclusion

La notion de poussées totalement ou partiellement régressives, ou l'aggravation progressive de l'affection sont des critères indispensables au diagnostic de la sclérose en plaques. Il en est de même de l'absence de fièvre et de la dissémination temporo-spatiale.

Le choix du RC « SEP » se fait par les 4 critères obligatoires ++++.

La dissémination temporo spatiale peut être affirmée :

soit cliniquement :

- dissémination spatiale : sur l'existence de troubles neurologiques d'origine centrale, liés à des lésions situées dans des régions anatomiques voisines ou éloignées les unes des autres, au contraire d'un accident vasculaire cérébral ischémique ou hémorragique, qui touchera une zone plus ou moins étendue du système nerveux central,
- dissémination temporelle : sur les variations « géographiques » des zones atteintes, au cours de la même poussée ou lors de poussées successives.

soit sur les résultats des IRM encéphaliques et médullaires faites à chaque poussée, confirmant cette dissémination temporo-spatiale, par la corrélation anatomo-clinique et les variations à chaque poussée.

Sur le plan clinique, il existera au moins un déficit neurologique d'origine centrale, dont la ou les localisations dépendent du niveau de la ou des lésions.

L'IRM est un examen complémentaire obligatoire pour permettre de suspecter, voire d'affirmer le diagnostic, en montrant la dissémination spatiale et temporelle des lésions. C'est l'examen le plus sensible (> 90 % pour l'IRM cérébrale, toutes formes de SEP confondues), mais il n'est pas spécifique.

Compléments sémiologiques

Parmi les compléments sémiologiques, ceux qui ont été retenus sont les plus fréquents.

Risques

Sont mentionnés les diagnostics pouvant donner des symptômes ou des signes évocateurs d'une sclérose en plaques et pour lesquels l'action du médecin ne sera évidemment pas la même.

Voir aussi

Il s'agit là de différencier des pathologies, principalement lors de la première poussée de sclérose en plaques. C'est le cas, en particulier, quand apparaît brutalement une parésie des membres, ou une atteinte des nerfs crâniens (névrite optique rétrobulbaire), ou un trouble sphinctérien, ou un trouble de l'équilibre.

ACCÈS et CRISES, ŒIL (ACUITÉ VISUELLE), voire ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL pourraient parfois être choisis lors de la première poussée et être révisés ultérieurement selon l'évolution.

Position(s) diagnostique(s)

Dans la mesure où il faut 4 critères obligatoires pour rentrer dans ce RC, il ne peut s'agir que d'un tableau de maladie (position C), lorsque l'on a pu éliminer une autre étiologie aux troubles neurologiques d'origine centrale. En effet, la 1^o poussée ne peut être reconnue qu'à posteriori, et l'aggravation progressive demande du recul pour en juger.

DÉFINITION

- ++1 ANOMALIE DU RYTHME CARDIAQUE objectivée par l'examen clinique
 - ++1 ANOMALIE DE LA FRÉQUENCE
 - ++1 Bradycardie inférieure à 48/min
 - ++1 Tachycardie inférieure à 100/mn
 - ++1 Tachycardie supérieure à 100/mn
 - ++1 ANOMALIE DE RÉGULARITÉ
 - ++1 Sporadiquement irrégulier
 - ++1 Complètement irrégulier
- ++1 ANOMALIE DU RYTHME CARDIAQUE objectivée par
 - ++1 ECG
 - ++1 HOLTER RYTHMIQUE
- ++++ A L'EXCLUSION de FIBRILLATION AURICULAIRE, FLUTTER AURICULAIRES, TACHYCARDIE PAROXYSTIQUE
- + - identification précise
 - ++1 Extrasystole supra ventriculaire
 - ++1 Extrasystole ventriculaire
 - ++1 Bloc auriculo-ventriculaire
 - ++1 BAV 1
 - ++1 BAV 2
 - ++1 BAV complet
 - ++1 Bloc de branche gauche
 - ++1 Bloc de branche droit
- + - permanent
- + - découverte fortuite
- + - mal toléré
- + - récidive
- + - asymptomatique

RISQUE(S) CRITIQUE(S) ÉVITABLE(S) (RCE)

ANÉMIE
 CAUSE IATROGÈNE
 DYSTHYROÏDIE
 EMBOLIE PULMONAIRE
 MORT SUBITE
 RISQUE EMBOLIGÈNE
 SYNCOPE
 WOLF PARKINSON WHITE

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

A, D

VOIR AUSSI

FIBRILLATION - FLUTTER AURICULAIRES
 INSUFFISANCE CARDIAQUE
 MALAISE - ÉVANOUISSEMENT
 PALPITATION ÉRÉTHISME CARDIAQUE
 TACHYCARDIE PAROXYSTIQUE

CORRESPONDANCE CIM - 10

R00.1	I49.3
R00.0	I44.0
R00.0	I44.1
R00.8	I44.2
R00.8	I44.7
I49.1	I45.1

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Inclut les troubles du rythme cardiaque, à l'exception de la fibrillation et flutter auriculaires et de la tachycardie paroxystique, qu'il s'agisse de simple constatation d'auscultation ou de constatations électriques par ECG ou Holter rythmique. Y sont regroupés des troubles du rythme de teneur différente, car il ne paraissait pas nécessaire de multiplier le nombre des résultats de consultation.

Critères d'inclusion

Ils permettent de décrire les deux modes de découverte possibles, l'un n'excluant pas l'autre : mise en évidence par l'auscultation et par tracé électrique.

Il ne doit s'agir ni d'une fibrillation-flutter auriculaires ni d'une tachycardie paroxystique.

En cas d'identification par un tracé électrique, il est possible de préciser le type de trouble du rythme observé : extrasystoles (auriculaire ou ventriculaire), bloc auriculo-ventriculaire ou bloc de branche (incluant aussi les blocs incomplets et les hémiblocs gauches).

Compléments sémiologiques

Ils précisent la permanence ou non des troubles du rythme et leur tolérance par le malade.

Voir aussi

On rappelle que TACHYCARDIE PAROXYSTIQUE, FIBRILLATION - FLUTTER AURICULAIRES sont exclus de cette définition.

MALAISE - SYNCOPE peuvent s'accompagner de troubles du rythme : les deux R.C. seront alors notés conjointement.

PALPITATION ÉRÉTHISME CARDIAQUE s'il peut donner des manifestations fonctionnelles, ne s'accompagne jamais d'anomalie clinique ou électrique objectivable.

Position(s) diagnostique(s)

D si identification précise par ECG ou Holter

CORRESPONDANCE CIM - 10

En fonction des critères d'inclusion choisis.

R00.1 : Bradycardie inférieure à 48/min

R00.0 : Tachycardie inférieure à 100/min

R00.0 : Tachycardie supérieure à 100/min

R00.8 : Sporadiquement irrégulier

R00.8 : Complètement irrégulier

I49.1 : Extrasystole supra ventriculaire

I49.3 : Extrasystole ventriculaire

I44.0 : BAV 1

I44.1 : BAV 2

I44.2 : BAV complet

I44.7 : Bloc de branche gauche

I45.1 : Bloc de branche droit

DÉFINITION

++++ AUGMENTATION de VOLUME de l'UTÉRUS
 ++1 | globale (adénomyome)
 ++1 | localisée (fibromyome ou fibrome)

++1 | à l'EXAMEN CLINIQUE

++1 | au toucher vaginal
 ++1 | au palper abdominal

++1 | lors d'EXAMEN COMPLÉMENTAIRE

++1 | échographie
 ++1 | hystérogaphie
 ++1 | hystéroscopie
 ++1 | TDM, IRM
 ++1 | autre (à préciser en commentaire)

+ - localisation

++1 | sous muqueux
 ++1 | intramural
 ++1 | sous séreux
 ++1 | accouché par le col

+ - pédiculé (risque de torsion)

+ - multiple

+ - douleurs

+ - confirmation anatomo-pathologique

asymptomatique

RISQUE(S)

CANCER
 GROSSESSE

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

C, D

VOIR AUSSI

ABDOMEN DOULOUREUX AIGU
 CANCER
 COL UTÉRIN (ANOMALIE DU)
 DOULEUR PELVIENNE
 GROSSESSE
 MÉNORRAGIE-MÉTRORRAGIE
 TUMÉFACTION

CORRESPONDANCE CIM – 10

D25.9
 D25.0
 D25.1
 D25.2

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Bien que la dénomination suggère une certitude diagnostique, nous considérons que ce RC peut être retenu sur les seules modifications morphologiques (globales ou localisées) constatées à l'examen clinique, à l'imagerie voire par endoscopie. La preuve ne peut être apportée que par l'anatomopathologie.

Critères d'inclusion

Il est possible d'inclure les fibromes et les adénomyomes et de préciser comment ils ont été mis en évidence.

Compléments sémiologiques

Ils permettent de préciser leurs localisations.

Les signes associés, autres que les douleurs, seront relevés sous leurs RC respectifs.

Position(s) diagnostique(s)

C : devant les seuls signes morphologiques

D : avec preuve anatomo-pathologique

CORRESPONDANCE CIM – 10

D25.9 : léiomyome de l'utérus, sans précision (code par défaut)

D25.0 : léiomyome sous muqueux de l'utérus

D25.1 : léiomyome intramural de l'utérus

D25.2 : léiomyome sous séreux de l'utérus

DÉFINITION

- ++1 | TROUBLES MENTAUX ET DU COMPORTEMENT LIÉS À DES SUBSTANCES PSYCHO ACTIVES (F10-F19)
- ++1 | SCHIZOPHRÉNIE (F20)
- ++1 | TROUBLES OBSESSIONNEL COMPULSIF – TOC (F42)
- ++1 | SOMATISATION (F45.0)
- ++1 | TROUBLE HYPOCHONDRIQUE (F45.2)
- ++1 | TERREURS NOCTURNES (F51.4)
- ++1 | RETARD MENTAL (F79)
- ++1 | AUTISME INFANTILE (F84.0)
- ++1 | TROUBLES HYPERKINÉTIQUES (F90)
- ++1 | AUTRE DHL (à préciser en commentaire)

+ - récursive

asymptomatique

RISQUE(S) CRITIQUE(S) ÉVITABLE(S) (RCE)

Aucun, s'agissant d'une DHL

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

Pas de position diagnostique s'agissant d'une DHL
Choisi par le praticien en fonction des critères d'inclusion

ARGUMENTAIRE

Pas d'argumentaire s'agissant d'une DHL

CORRESPONDANCE CIM – 10

S'agissant d'une DHL, les codes CIM-10 figurent à la fin de chaque critère d'inclusion.

DÉFINITION

- ++1 | CARDIOMÉGALIE (51.7)
- ++1 | VALVULOPATHIE
 - ++1 | sténose non rhumatismale de la valve mitrale (I34.2)
 - ++1 | sténose non rhumatismale de la valve aortique (35.0)
 - ++1 | endocardite, valve non précisée (I38)
 - ++1 | maladies de plusieurs valves rhumatismales, sans précision (I08.9)
 - ++1 | autre valvulopathie (à préciser en commentaire)
- ++1 | PROLAPSUS DE LA VALVULE MITRALE (I34.1)
- ++1 | MYOCARDIOPATHIE OBSTRUCTIVE HYPERTROPHIQUE (42.1)
- ++1 | MYOCARDIOPATHIE HYPERTROPHIQUE NON OBSTRUCTIVE (I42.2)
- ++1 | PÉRICARDITE (I30.9)
- ++1 | EMBOLIE PULMONAIRE SAI (I26.9)
- ++1 | LYMPHŒDÈME (I86.1)
- ++1 | VARICES ŒSOPHAGIENNES AU COURS DE MALADIES CLASSÉES AILLEURS (I98.2)
- ++1 | AUTRE DHL (à préciser en commentaire)

+ - récidive

asymptomatique

RISQUE(S) CRITIQUE(S) ÉVITABLE(S) (RCE)

Aucun, s'agissant d'une DHL

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

Pas de position diagnostique s'agissant d'une DHL
Choisi par le praticien en fonction des critères d'inclusion

ARGUMENTAIRE

Pas d'argumentaire s'agissant d'une DHL

CORRESPONDANCE CIM – 10

S'agissant d'une DHL, les codes CIM-10 figurent à la fin de chaque critère d'inclusion.

DÉFINITION

- ++1 | HIRSUTISME : L68.0
- ++1 | LICHEN PLAN : L43.9
- ++1 | ÉRYTHÈME NOUEUX : L52
- ++1 | ACNÉ ROSACÉE : L71.9
- ++1 | PRURIGO : L28.2
- ++1 | KYSTE PILONIDAL : L05.9
- ++1 | HIDROSADÉNITE SUPPURÉE : L73.2
- ++1 | KÉRATOSE - AUTRES FORMES PRÉCISÉES D'ÉPAISSISSEMENT DE L'ÉPIDERME : L85.8
- ++1 | VERGETURE : L90.8
- ++1 | AUTRE DHL (à préciser en commentaire)

+ - récursive

asymptomatique

RISQUE(S) CRITIQUE(S) ÉVITABLE(S) (RCE)

Aucun, s'agissant d'une DHL

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

Pas de position diagnostique s'agissant d'une DHL
Choisi par le praticien en fonction des critères d'inclusion

ARGUMENTAIRE

Pas d'argumentaire s'agissant d'une DHL

CORRESPONDANCE CIM - 10

S'agissant d'une DHL, les codes CIM-10 figurent à la fin de chaque critère d'inclusion.

Modifications mineures apportées aux définitions

DHL 6 - Maladies du système nerveux

DÉFINITION

Il a été ajouté à la définition l'item
++1 | MYASTHENIE G70
car le RC Myasthénie a été supprimé

DHL 13 - Maladie du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif

DÉFINITION

Il a été supprimé l'item
++1 | Pseudo Polyarthrite Rhizomélisque : M35.3
et ajouté l'item
++1 | capsulite rétractile de l'épaule M75.0

ŒIL (ACUITÉ VISUELLE)

VOIR AUSSI

Les RC « PPR – HORTON » et « SCLÉROSE EN PLAQUES » on été ajoutés dans les Voir aussi.

SURDITÉ

VOIR AUSSI

Les RC « PPR – HORTON » et « SCLÉROSE EN PLAQUES » on été ajoutés dans les Voir aussi.

TOUX

DÉFINITION

Il a été supprimé l'item
+ - il peut s'agir d'une réaction iatrogène

ÉTAT FÉBRILE

DÉFINITION

Il a été supprimé les items
+ - après vaccination
+ - frissons, sueurs, courbatures

Définitions supprimées

Les définitions suivantes ont été supprimées : Diarrhée, Grossesse (constatation), Grossesse (surveillance), Pharyngite, Myasthénie, Nausée, Vomissement.

LISTE DES 271 RÉSULTATS DE CONSULTATION

ABCÈS SUPERFICIEL
ABDOMEN DOULOUREUX AIGU
ACCÈS ET CRISE
ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL
ACNÉ VULGAIRE
ACOUPHÈNE
ADÉNOPATHIE
ALBUMINURIE
ALCOOL (PROBLÈME AVEC L')
ALGODYSTROPHIE
AMAIGRISSEMENT
AMÉNORRHÉE-OLIGOMÉNORRHÉE-HYPOMÉNORRHÉE
ANÉMIE (NON FERRIPRIVE)
ANÉMIE FERRIPRIVE - CARENCE EN FER
ANÉVRYSME ARTÉRIEL
ANGINE (AMYGDALITE - PHARYNGITE)
ANGOR – INSUFFISANCE CORONARIENNE
ANOMALIE BIOLOGIQUE SANGUINE
ANOMALIE POSTURALE
ANOREXIE - BOULIMIE
ANXIÉTÉ – ANGOISSE
APHTE
APPÉTIT (PERTE D')
ARTÉRITE DES MEMBRES INFÉRIEURS
ARTHROPATHIE PÉRIARTHROPATHIE
ARTHROSE
ASTHÉNIE - FATIGUE
ASTHME
BACTÉRIURIE - PYURIE
BALANOPOSTHITE
BLESSURES COMBINÉES LÉGÈRES
BLESSURES COMBINÉES SÉVÈRES
BOUFFÉE DE CHALEUR
BRONCHITE AIGUË
BRONCHITE CHRONIQUE
BRÛLURE
CANAL CARPIEN
CANCER
CATARACTE
CÉPHALÉE
CÉRUMEN
CERVICALGIE
CHALAZION
CHEVEUX (CHUTE)
CHOLECYSTITE
CICATRICE
CIRRHOSE DU FOIE
COCCYDYNIE
COL UTÉRIN (ANOMALIE DU)
COLIQUE NÉPHRÉTIQUE
COLIQUE (SYNDROME)
COMPORTEMENT (TROUBLES)
CONJONCTIVITE
CONSTIPATION
CONTRACEPTION
CONTUSION
CONVULSION FÉBRILE
COR - DURILLON
CORPS ÉTRANGER DANS CAVITÉ NATURELLE
CORPS ÉTRANGER SOUS-CUTANÉ
CRAMPE MUSCULAIRE
CYSTITES - CYSTALGIE
DÉCÈS
DÉMENCE
DENT
DÉPRESSION
DERMATOSE
DERMITE SÉBORRHÉIQUE
DIABÈTE DE TYPE 1
DIABÈTE DE TYPE 2
DIARRHÉE ISOLÉE
DIARRHÉE - NAUSÉE - VOMISSEMENT
DIFFICULTÉ SCOLAIRE
DORSALGIE
DOULEUR NON CARACTÉRISTIQUE
DOULEUR PELVIENNE
DYSMÉNORRHÉE
DYSPHAGIE
DYSPNÉE
DYSURIE
ECZÉMA
ECZÉMA FACE NOURRISSON
ECZÉMA PALMO-PLANTAIRE DYSHIDROSE
ECZÉMA PALMO-PLANTAIRE FISSURAIRE
ENGELURE
ENROUEMENT
ENTORSE
ÉNURÉSIE
ÉPAULE (TENOSYNOVITE)
ÉPICONDYLITE
ÉPIGASTRALGIE
ÉPILEPSIE
ÉPISTAXIS
ÉRYSIPELE
ÉRYTHÈME FESSIER NOURRISSON
ESCARRE
ÉTAT FÉBRILE
ÉTAT MORBIDE AFÉBRILE
EXAMENS SYSTÉMATIQUES ET PRÉVENTION
FÉCALOME
FIBRILLATION – FLUTTER AURICULAIRES
FISSURE ANALE
FOLLICULITE SUPERFICIELLE
FRACTURE
FURONCLE - ANTHRAX
GALE
GASTRITE CHRONIQUE
GINGIVITE
GLAUCOME
GOITRE
GOÛT (ANOMALIE DU)
GOUTTE
GROSSESSE
HALLUX VALGUS
HÉMATOME SUPERFICIEL-ECCHYMOSE
HÉMATURIE
HÉMORRAGIE SOUS-CONJONCTIVALE
HÉMORROÏDE
HÉPATITE VIRALE
HERNIE - ÉVENTRATION
HERNIE HIATALE
HERPÈS
HTA
HUMEUR DÉPRESSIVE
HYGROMA
HYPERGLYCÉMIE
HYPERLIPIDÉMIE
HYPERSUADATION
HYPERTHYROÏDIE
HYPERURICÉMIE
HYPOTENSION ORTHOSTATIQUE
HYPOTHYROÏDIE
IATROGÈNE - EFFET INDÉSIRABLE D'UNE THÉRAPEUTIQUE
IMPETIGO
INCONTINENCE URINAIRE
INFARCTUS DU MYOCARDE
INSOMNIE
INSUFFISANCE CARDIAQUE
INSUFFISANCE RÉNALE
INSUFFISANCE RESPIRATOIRE
INTERTRIGO
JAMBES LOURDES

KYSTE SÉBACÉ
KYSTE SYNOVIAL
LANGAGE ORAL ET ÉCRIT (TROUBLE DU)
LEUCORRHÉE
LIPOME
LITHIASÉ BILIAIRE
LITHIASÉ URINAIRE
LOMBALGIE
LUCITE - ALLERGIE SOLAIRE
LUXATION
LYMPHANGITE
MAL DE GORGE
MALAISE – ÉVANOUISSEMENT
MÉLÉNA
MÉMOIRE (PERTE DE)
MÉNOPAUSE (PROBLÈME ET SUIVI)
MÉNORRAGIE-MÉTRORRAGIE
MÉTÉORISME
MIGRAINE
MOLLUSCUM CONTAGIOSUM
MOLLUSCUM PENDULUM
MORSURE - GRIFFURE
MUSCLE (ÉLONGATION-DÉCHIRURE)
MYALGIE
MYCOSE UNGUÉALE
NÆVUS
NAUSÉE OU VOMISSEMENT
NERVOSISME
NÉVRALGIE - NÉVRITE
OBÉSITÉ
CÈDÈME DE QUINCKE
OEDEME LOCALISE
CÈDÈME MEMBRES INFÉRIEURS
CÈIL (ACUITÉ VISUELLE)
CÈIL (LARMOIEMENT)
CÈIL (TRAUMATISME)
ONGLE (PATHOLOGIE DE)
ORCHI-ÉPIDIDYMITÉ
ORGELET
OSTÉOPOROSE
OTALGIE
OTITE EXTERNE
OTITE MOYENNE
PALPITATION-ÉRÉTHISME CARDIAQUE
PANARIS
PARASITOSE DIGESTIVE
PARESTHÉSIE DES MEMBRES
PARKINSONNIEN (SYNDROME)
PHLEGMON DE L'AMYGDALÉ
PHOBIE
PIED (ANOMALIE STATIQUE)
PIED D'ATHLÈTE
PIQÛRE D'ANIMAL
PITYRIASIS ROSE DE GIBERT
PITYRIASIS VERSICOLOR
PLAIE
PLAINTÉ ABDOMINALE
PLAINTES POLYMORPHES
PNEUMOPATHIE AIGUÉ
POLLAKIURIE
POLYARTHRITE RHUMATOÏDE
POST-PARTUM (SUIVI)
PPR - HORTON
PRÉCORDIALGIE
PRÉPUCE ADHÉRENCE-PHIMOSIS
PROBLÈME DE COUPLE
PROBLÈME FAMILIAL
PROBLÈME PROFESSIONNEL
PROCÉDURE ADMINISTRATIVE
PROLAPSUS GÉNITAL
PROSTATE (HYPERTROPHIE)
PROSTATITE
PRURIT GÉNÉRALISÉ
PRURIT LOCALISÉ
PSORIASIS

PSYCHIQUE (TROUBLE)
PYÉLONÉPHRITE AIGUÉ
RÉACTION À SITUATION ÉPROUVANTE
RÉACTION TUBERCULINIQUE
RECTORRAGIES
REFLUX-PYROSIS-CÉSOPHAGITE
RHINITE
RHINOPHARYNGITE – RHUME
SCIATIQUE
SCLÉROSE EN PLAQUES
SEIN (AUTRE)
SEIN (TUMÉFACTION)
SÉNILITÉ
SEXUELLE (DYSFONCTION)
SINUSITE
SOUFFLE CARDIAQUE
STÉNOSE ARTÉRIELLE
STOMATITE - GLOSSITE
SUICIDE (TENTATIVE)
SUITE OPÉRATOIRE
SURCHARGE PONDÉRALE
SURDITÉ
SYNDROME DE RAYNAUD
SYNDROME MANIACO DÉPRESSIF
SYNDROME PRÉMENSTRUEL
TABAGISME
TACHYCARDIE PAROXYSTIQUE
TARSALGIE - MÉTATARSALGIE
TENDON (RUPTURE)
TÉNOSYNOVITE
THROMBOPHLÉBITE
TIC
TOUX
TOXICOMANIE
TRAC
TRAUMATISME CRANIOCÉRÉBRAL
TREMBLEMENT
TROUBLE DU RYTHME (AUTRE)
TUMÉFACTION
TYMPAN (PERFORATION TRAUMATIQUE)
ULCÈRE DE JAMBE
ULCÈRE DUODÉNAL
ULCÈRE GASTRIQUE
URÉTRITE
URTICAIRE
UTÉRUS (HYPERTROPHIE - FIBROME)
V.I.H.
VACCINATION
VARICELLE
VARICES DES MEMBRES INFÉRIEURS
VERRUE
VERTIGE - ÉTAT VERTIGINEUX
VULVITE-VAGINITE
ZONA

DÉNOMINATIONS HORS LISTE

DHL 01 – Certaines maladies infectieuses et parasitaires
DHL 02 – Tumeurs
DHL 03 – Maladies du sang, des organes hémato. et certaines du système immunitaire
DHL 04 – Maladies endocriniennes, nutritionnelle et métaboliques
DHL 05 – Troubles mentaux et du comportement
DHL 06 – Maladies du système nerveux
DHL 07 – Maladies de l'œil et de ses annexes
DHL 08 – Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde
DHL 09 – Maladie de l'appareil circulatoire
DHL 10 – Maladies de l'appareil respiratoire
DHL 11 – Maladies de l'appareil digestif
DHL 12 – Maladies de la peau et des tissus cellulaires sous cutanés
DHL 13 – Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles
DHL 14 – Maladies de l'appareil génito-urinaire
DHL 15 – Grossesse, accouchement et puerpéralité
DHL 16 – Certaines affections dont origine période périnatale
DHL 17 – Malformations congénitales et anomalies chromosomiques
DHL 18 – Symptômes, signes et résultats anormaux, non classé

BULLETIN D'ADHÉSION À LA SFMG

Nom : Prénom :

Adresse :

.....

Code Postal : Ville :

Tél : Fax : eMail :

Adhère à la SFMG en qualité de :

- | | |
|--|------------|
| <input type="checkbox"/> Membre Titulaire* | soit 150 € |
| <input type="checkbox"/> Membre Associé | soit 60 € |
| <input type="checkbox"/> Étudiant** | soit 30 € |
| <input type="checkbox"/> Retraité | soit 60 € |
| <input type="checkbox"/> Membre correspondant*** | soit 60 € |

Le montant comprend l'adhésion et l'abonnement aux publications de la SFMG et de l'OMG

Joindre une photocopie de la carte professionnelle pour la première adhésion (sauf membre correspondant)

- Je joins un seul chèque de : . . . €, pour l'année en cours.
- J'autorise la SFMG à prélever le montant de ma cotisation annuelle et je remplis une autorisation de prélèvement****.

Date : / /

Signature (et cachet)

SFMG
141, avenue de Verdun - 92130 Issy Les Moulineaux
Tél. : 01 41 90 98 20 - Fax : 01 41 90 07 82

* En 1993, l'Ordre National des Médecins a reconnu la mention « Membre Titulaire de la Société Française de Médecine Générale » comme une mention autorisée sur les ordonnances médicales, au titre de l'appartenance à une société savante. Si vous voulez devenir membre titulaire de la SFMG, contactez la SFMG ou rendez-vous sur son site.

** Joindre une photocopie de la carte d'étudiant de l'année en cours.

*** Les membres correspondant sont des personnes non médecin généraliste, dont l'adhésion est soumise à accord de la SFMG selon les statuts.

**** Un exemplaire d'autorisation de prélèvement peut être téléchargé sur le site internet de la SFMG, à l'adresse suivante : http://www.sfmg.org/liens_contacts/bulletin_adhesion2004.doc

François RAINERI
Président de la SFMG

Pierre FERRU
Directeur du Département du DRC



Société Française de Médecine Générale
Société Savante

141, avenue de Verdun - 92130 Issy Les Moulineaux
Tél. : 01 41 90 98 20 - Fax : 01 41 90 07 82
e-mail : [sfmg@sfmg.org](mailto:sfm@sfmg.org) • <http://www.sfm.org>

O.N.G. agréée auprès de l'O.M.S.

Représentant la France à la WONCA
World Organisation of National Colleges,
Academies and Academic associations of General Practitioners