

# FASCICULE DE CODAGE POUR LE PMSI

## Accidents vasculaires cérébraux

*Mai 2014*



## TABLE DES MATIERES

<b>I. DÉFINITIONS.....</b>	<b>3</b>
<b>II. LES CODES.....</b>	<b>3</b>
II.1. Types d'accidents .....	3
II.2. Manifestations cliniques des accidents vasculaires cérébraux .....	4
II.3. Étiologies, séquelles, antécédents d'accidents vasculaires cérébraux .....	4
<b>III. RÈGLES DE CODAGE DES ACCIDENTS VASCULAIRES CEREBRAUX EN MCO .....</b>	<b>5</b>
III.1. AIT ou AVC constitué, à la phase aigüe .....	5
III.2. Séjour pour poursuite des soins dans une autre unité médicale ou un autre établissement .....	6
III.3. Séjour pour prise en charge d'une aggravation d'un état neurologique consécutif à un AVC, ou d'une complication d'un AVC ou de son traitement .....	6
III.4. Séjour pour récurrence d'AVC.....	7
III.5. Séjour pour surveillance (suivi) au long cours d'un AVC.....	7
III.6. Soins palliatifs .....	7
III.7. Séjour pour répit de la famille ou des aidants .....	7
<b>IV. LES RÈGLES DE CODAGE EN HOSPITALISATION À DOMICILE.....</b>	<b>8</b>
IV.1. Modes de prise en charge .....	8
IV.2. Diagnostics .....	8
<b>V. LES RÈGLES DE CODAGE EN SSR.....</b>	<b>8</b>
<b>VI. CAS PARTICULIER DE LA PEDIATRIE .....</b>	<b>9</b>
VI.1. Généralités .....	9
VI.2. Infarctus cérébral artériel périnatal.....	9
VI.3. Hémorragie intracrânienne .....	10
VI.4. Thrombose veineuse .....	11
VI.5. Séquelles.....	11

## Consignes pour le codage des accidents vasculaires cérébraux

Après avoir rappelé la définition de l'accident vasculaire cérébral, ce document précise :

- les codes de la 10<sup>e</sup> révision de la *Classification internationale des maladies* (CIM–10) relatifs aux accidents vasculaires cérébraux et aux accidents ischémiques transitoires, qui permettent d'en décrire les manifestations cliniques, les séquelles et les antécédents ;
- les règles de codage pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), soins de suite et de réadaptation (SSR), hospitalisation à domicile (HAD).

### I. DÉFINITIONS

**Accident vasculaire cérébral (AVC) :** l'AVC est, selon la définition internationale « un déficit brutal d'une fonction cérébrale focale sans autre cause apparente qu'une cause vasculaire »<sup>1</sup>.

**Accident ischémique transitoire (AIT) :** il a été défini par la Haute Autorité de santé en 2004 : « Un AIT est un épisode neurologique déficitaire de survenue brutale causé par une ischémie focale du cerveau ou de la rétine, dont les symptômes durent typiquement moins d'1 heure, et sans signe d'infarctus cérébral aigu en imagerie. Le corollaire étant que tout symptôme neurologique persistant ou s'accompagnant de signes d'ischémie sur les examens neuroradiologiques est considéré comme un AVC. »<sup>2</sup>. Cette définition est donc fondée essentiellement sur l'imagerie cérébrale.

### II. LES CODES

La CIM–10 permet le codage des différents types d'accidents ainsi que certaines étiologies particulières, les manifestations cliniques, les séquelles et les antécédents.

#### II.1. Types d'accidents

Le codage des AVC constitués fait appel, à la phase aiguë, aux catégories I60 à I63 qui excluent les lésions traumatiques.

Le codage des AVC hémorragiques utilise les catégories suivantes :

- I60 *Hémorragie sous-arachnoïdienne* ; cette catégorie inclut la rupture d'anévrisme d'artère cérébrale ;
- I61 *Hémorragie intracérébrale* ;
- I62 *Autres hémorragies intracrâniennes non traumatiques* ; cette catégorie inclut l'hémorragie sous-durale et extradurale.

Les AVC par infarctus cérébral ou AVC ischémiques – embolie, thrombose, bas débit – sont codés avec la catégorie I63 *Infarctus cérébral*.

L'infarctus cérébral dû à une thrombose veineuse non pyogène se code I63.6 *Infarctus cérébral dû à une thrombose veineuse cérébrale, non pyogène*. Une thrombose veineuse sans infarctus, situation

---

<sup>1</sup> Source : Dr France Woimant pour la Société française neurovasculaire, audition des sociétés savantes du 7 novembre 2007 sur l'objectif 72 relatif aux accidents vasculaires cérébraux de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, organisée par le Haut Conseil de la santé publique.

<sup>2</sup> ANAES. *Prise en charge diagnostique et traitement immédiat de l'accident ischémique transitoire de l'adulte* – Argumentaire. Mai 2004

qui ne correspond pas formellement à un AVC, se code I67.6 *Thrombose non pyogène du système veineux intracrânien*.

La catégorie I64 *Accident vasculaire cérébral, non précisé comme étant hémorragique ou par infarctus* n'est employée qu'en l'absence d'examen d'imagerie diagnostique, par exemple, si le patient décède avant toute investigation.

Les accidents ischémiques transitoires (AIT) sont codés avec la catégorie G45 *Accidents ischémiques cérébraux transitoires et syndromes apparentés*.

## II.2. Manifestations cliniques des accidents vasculaires cérébraux

Les manifestations les plus fréquentes sont l'hémiplégie, le plus souvent flasque à la phase initiale (G81 *Hémiplégie*) et l'aphasie (R47 *Troubles du langage, non classés ailleurs*). À l'initiative de la Société française neurovasculaire, ces deux catégories ont fait l'objet d'extensions par l'ATIH en 2007 afin de distinguer les symptômes selon leur moment d'apparition et leur évolution :

- G81.0 *Hémiplégie flasque* est subdivisé en : G81.00 *Hémiplégie flasque récente, persistante au-delà de 24 heures*, G81.01 *Hémiplégie flasque récente, régressive dans les 24 heures* et G81.08 *Hémiplégie flasque, autre et sans précision* ; on emploie les mêmes codes pour les parésies et les paralysies (–plégies) car ce sont des *syndromes paralytiques* que la CIM–10 classe dans les catégories G81 à G83 ;
- R47.0 *Dysphasie et aphasie* est subdivisé en : R47.00 *Aphasie récente, persistante au-delà de 24 heures*, R47.01 *Aphasie récente, régressive dans les 24 heures*, R47.02 *Aphasie autre et sans précision*, R47.03 *Dysphasie*.

D'autres manifestations peuvent être observées : troubles de la conscience (catégorie R40 *Somnolence, stupeur et coma*), de la sensibilité (R20 *Troubles de la sensibilité cutanée*), visuels (H51 *Autres anomalies des mouvements binoculaires*, H53 *Troubles de la vision*), *locked-in syndrome* (G83.8+0 *Syndrome de verrouillage*).

Les syndromes des artères cérébrales (G46) : la CIM–10 réserve les codes G46.0 à G46.2 *Syndromes de l'artère cérébrale moyenne, antérieure, postérieure*, à l'enregistrement de syndromes neurologiques résultant d'une insuffisance circulatoire **sans infarctus** (voir le titre de la catégorie *dague* correspondante I66). Ainsi, **G46.0, G46.1 et G46.2 ne peuvent pas être associés à un code d'AVC**, alors que cette association est possible pour les codes G46.3 à G46.8.

## II.3. Étiologies, séquelles, antécédents d'accidents vasculaires cérébraux

**Les étiologies** des AVC sont classées dans des rubriques diverses de la CIM–10 ; par exemple la fibrillation auriculaire (catégorie I48<sup>3</sup>), les malformations congénitales vasculaires cérébrales (Q28.–), l'athérosclérose cérébrale (I67.2), l'encéphalopathie hypertensive (I67.4), etc.

La CIM–10 définit **les séquelles** comme des « états pathologiques, stables, conséquences d'affections qui ne sont plus en phase active ». Leur codage donne la priorité aux manifestations cliniques observées, auxquelles on associe un code de la catégorie I69 *Séquelles de maladies cérébrovasculaires*.

Par construction de la CIM–10, la notion d'**antécédent** d'AVC, codée Z86.70<sup>4</sup>, exclut celle de séquelle. Le code Z86.70 *Antécédents personnels de maladies cérébrovasculaires* doit être employé dès que l'AVC est considéré comme ancien et qu'il ne persiste aucune séquelle fonctionnelle.

<sup>3</sup> En 2013, l'OMS a créé des subdivisions de cette catégorie selon les types de fibrillation et de flutter auriculaires. Ces modifications sont entrées en application en 2014 dans le recueil PMSI.

### III. RÈGLES DE CODAGE DES ACCIDENTS VASCULAIRES CEREBRAUX EN MCO

Elles sont répertoriées dans la CIM-10 et dans le *Guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité médicale et à sa facturation en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie*.

En MCO, les affections prises en charge sont décrites au moyen des informations suivantes :

- un diagnostic principal et un éventuel diagnostic relié ;
- un ou des diagnostics associés, s'il y a lieu.

Toute affection correspondant à la définition d'un diagnostic associé significatif doit être enregistrée dans le résumé d'unité médicale.

#### III.1. AIT ou AVC constitué, à la phase aiguë

Lors du séjour initial de prise en charge, le codage du diagnostic principal (DP) emploie :

- pour un AIT, la catégorie G45 ; ses codes précisent la topographie ou la forme de l'accident, par exemple G45.3 *Amaurose fugace* ;
- pour un AVC constitué, un code I60.–, I61.–, I62.– ou I63.–.

Les codes I60.–, I61.–, I62.– ou I63.– sont employés pendant l'ensemble de la première prise en charge de l'AVC en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO). Si plusieurs unités (mutations) ou établissements (transferts) successifs de MCO sont fréquentés pendant cette première prise en charge, ces codes sont employés par les unités médicales successives. En revanche, en cas de réhospitalisation en MCO après un retour à domicile ou après un séjour en soins de suite ou de réadaptation, l'AVC initial est codé comme une séquelle. Il importe que le dossier médical soit en accord avec cette règle, en ce qui concerne le parcours du patient. Ainsi, un AVC est considéré comme étant dans sa phase initiale aiguë tant que le malade n'a pas quitté le champ d'activité de MCO où l'a amené la survenue de son AVC. Il est considéré comme séquellaire dès lors qu'il a quitté ce champ.

Le code I64 ne doit être employé qu'en l'absence d'examen de neuro-imagerie et ne doit pas l'être en association avec un code plus précis.

Un code d'AIT (G45.–) et un code d'AVC constitué (I60–I64) ne peuvent être associés que s'il s'agit de deux épisodes distincts au cours du même séjour.

Les manifestations cliniques de l'AVC sont codées comme diagnostics associés significatifs (DAS) lorsqu'elles en respectent la définition. Il importe de les coder le plus précisément possible et d'employer les extensions prévues pour certains codes (hémiplégie, dysphasie et aphasie : cf. II.2 *supra*).

Les codes G46.0 *Syndrome de l'artère cérébrale moyenne*, G46.1 *Syndrome de l'artère cérébrale antérieure*, G46.2 *Syndrome de l'artère cérébrale postérieure*, ceux des catégories I65 *Occlusion et sténose des artères précérébrales, n'entraînant pas un infarctus cérébral*, I66 *Occlusion et sténose des artères cérébrales, n'entraînant pas un infarctus cérébral*, et les codes I67.0 *Dissection d'artères cérébrales, non rompue* et I67.1 *Anévrisme cérébral, (non rompu)*, **ne doivent pas être employés en association avec un code I60–I64 pour décrire l'artère atteinte ou le mécanisme de l'accident. La CIM-10 exclut en effet l'usage de ces rubriques en cas d'infarctus cérébral.**

---

<sup>4</sup> Code étendu créé pour la version 11 des GHM (2009).

L'étiologie ne peut être codée comme diagnostic associé que si elle en respecte la définition.

Les complications sont codées comme DAS si elles en respectent la définition, par exemple, inhalation, épilepsie, escarre, démence vasculaire...

Pour mieux repérer les situations où une **thrombolyse a été effectuée pour traiter un AVC**, un recueil des consommations de thrombolytiques a été mis en place en 2012. Ce recueil repose sur le fichier Fichcomp, où doivent être renseignées les spécialités pharmaceutiques utilisées dans la prise en charge de l'AVC.

En janvier 2014, la liste des spécialités qui doivent faire l'objet d'un enregistrement est la suivante :

Code UCD	Libellé
9156873	ACTILYSE 10MG INJ FL+FL
9122584	ACTILYSE 20MG INJ FL+FL +CAN
9343339	ACTILYSE 2MG INJ FL+AMP
9122590	ACTILYSE 50MG INJ FL+FL +CAN
9262285	ACTOSOLV UROK.100M INJ FL
9262291	ACTOSOLV UROK.600M INJ FL
9227774	METALYSE 10000U INJ FL+SRG
9184214	RAPILYSIN 10U INJ FL+SRG
9132252	STREPTASE 1,5MN INJ FV6ML
9088249	STREPTASE 250M INJ FL
9088255	STREPTASE 750M INJ FL

### III.2. Séjour pour poursuite des soins dans une autre unité médicale ou un autre établissement

En cas de mutation dans une autre unité médicale ou de transfert dans un autre établissement de MCO (c'est-à-dire sans retour à domicile ni passage en SSR entre les deux unités), l'AVC peut être codé comme DP dès lors qu'il continue d'être le sujet des soins (situation clinique de *traitement unique* partagé).

Par exemple, en cas de transfert dans un autre établissement MCO pour poursuite des soins de l'AVC après hospitalisation en unité neurovasculaire, celui-ci est à coder en DP.

### III.3. Séjour pour prise en charge d'une aggravation d'un état neurologique consécutif à un AVC, ou d'une complication d'un AVC ou de son traitement

Il s'agit ici de séjours distincts de celui où a eu lieu la prise en charge initiale. La manifestation ou la complication prise en charge est codée comme DP. Les exemples les plus fréquents sont les troubles de la marche ou l'aggravation de la spasticité (catégorie R26 *Anomalies de la démarche et de la motilité*), le syndrome dépressif (catégorie F32 *Épisodes dépressifs*), l'épilepsie (catégories G40 *Épilepsie* et G41 *État de mal épileptique*), la démence vasculaire (catégorie F01 *Démence vasculaire*).

Un code de séquelle d'AVC de la catégorie I69 est enregistré en tant que DAS.

### III.4. Séjour pour récurrence d'AVC

Une récurrence d'AVC, à la condition qu'elle soit confirmée par l'imagerie, doit être codée comme un AVC à la phase aiguë.

### III.5. Séjour pour surveillance (suivi) au long cours d'un AVC

La situation est celle d'un patient atteint d'un AVC déjà diagnostiqué et traité, hospitalisé pour la surveillance des suites de celui-ci.

S'il n'est pas découvert d'affection nouvelle le code du DP appartient au chapitre XXI de la CIM-10 (se reporter aux consignes de codage de la situation clinique de *surveillance négative* dans le *Guide méthodologique de production des informations*). Un code de séquelle d'AVC (I69.-) est placé en DR et les manifestations séquellaires éventuelles sont codées comme DAS si elles en respectent la définition.

En l'absence de séquelles, le DP est Z86.70 *Antécédents personnels de maladies cérébrovasculaires*, on ne code pas de diagnostic relié (DR).

Si une affection nouvelle liée à l'AVC, c'est-à-dire une complication de celui-ci ou de son traitement, est découverte (surveillance dite positive), cette affection est le DP. Les éventuelles manifestations séquellaires respectant la définition d'un DAS, complétées par un code de séquelle I69.-, sont enregistrées en position de diagnostics associés.

### III.6. Soins palliatifs

Le DP est codé Z51.5 *Soins palliatifs*. Un code d'AVC est placé en position de DR<sup>5</sup> : soit un code d'AVC aigu lorsqu'il s'agit de la prise en charge initiale, qu'elle se fasse au sein d'un même établissement ou d'établissements différents (voir III.2 Séjour pour poursuite des soins), soit un code de séquelle d'AVC si ce dernier a été pris en charge lors d'un précédent séjour.

Par exemple, en cas d'hospitalisation dans une première unité de soins (unité neurovasculaire, unité de neurologie ou autre) puis transfert dans une autre unité ou un autre établissement pour soins palliatifs, le DP de la première unité est un code d'AVC aigu, celui de la seconde est Z51.5 avec le code d'AVC aigu en DR.

### III.7. Séjour pour répit ou indisponibilité de la famille ou des aidants

Le DP est Z74.2 *Besoin d'assistance à domicile, aucun autre membre du foyer n'étant capable d'assurer les soins* ou Z75.5 *Prise en charge pendant les vacances*. Un code de séquelle de maladie cérébrovasculaire est saisi en position de DAS.

---

<sup>5</sup> Seule une maladie chronique en cours (« active ») au moment de l'hospitalisation, un état permanent ou une maladie justifiant des soins palliatifs peut être mentionné comme DR (*Guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité et à sa facturation en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie*).

## IV. LES RÈGLES DE CODAGE EN HOSPITALISATION À DOMICILE

Elles sont répertoriées dans la CIM–10 et dans le *Guide méthodologique de production des recueils d'informations standardisés de l'hospitalisation à domicile*.

En hospitalisation à domicile (HAD), les affections et les prises en charges sont décrites au moyen de deux types d'informations : des modes de prise en charges et des diagnostics.

### IV.1. Modes de prise en charge

On distingue un mode de prise en charge principal (MPP), un mode de prise en charge associé (MPA) et des modes de prise en charge documentaires.

Exemple : prise en charge après AVC lors du retour à domicile :

- MPP n° 12 *Rééducation neurologique* ;
- MPA n° 25 *Prise en charge psychologique et/ou sociale*.

NB :

- le mode de prise en charge n° 12 doit être associé à un autre mode pour justifier l'HAD. Dans le cas contraire, une « confirmation de codage » serait demandée (se reporter au *Guide méthodologique de production des recueils d'informations*) ;
- l'éducation d'un patient victime d'un AVC ou de son entourage est incluse dans les bonnes pratiques de soins. En conséquence, l'enregistrement du mode de prise en charge n° 15 *Éducation du patient et/ou de son entourage* en tant que mode associé n'est possible que si l'éducation est en rapport avec un problème de santé différent de l'AVC.

### IV.2. Diagnostics

On distingue d'une part le diagnostic principal (DP) et le(s) diagnostic(s) correspondant au MPP (DCMPP), d'autre part les diagnostics correspondant au MPA (DCMPA) et enfin les diagnostics associés.

Par convention, l'AVC (I60–I64) est le diagnostic principal. Le ou les déficits rééduqués (par exemple, une hémiplégie (G81.–), une aphasie (R47.02) ou une dysphasie (R47.03) sont des diagnostics correspondant au MPP ou des diagnostics associés.

Le ou les diagnostics correspondant au MPA sont ceux relatifs à d'autres problèmes de santé pris en charge ; par exemple, un épisode dépressif (F32.–) pour le MPA n°25.

## V. LES RÈGLES DE CODAGE EN SSR

Elles sont répertoriées dans la CIM–10 et dans le *Guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité médicale et à sa facturation en soins de suite et de réadaptation*.

En SSR, les affections et leur prise en charge sont décrites au moyen des informations suivantes :

- la finalité principale de prise en charge (FPPC) : nature principale de la prise en charge (celle qui mobilise l'essentiel des soins) pendant la semaine considérée ;



- la manifestation morbide principale (MMP) : problème de santé qui a motivé l'essentiel des soins au cours de la semaine considérée ;
- l'affection étiologique (AE) : étiologie de la manifestation morbide principale ;
- d'éventuels diagnostics associés.

Le séjour-type en SSR associe en conséquence une FPPC exprimant la nature des soins, une MMP correspondant au déficit pris en charge, ou au déficit requérant l'essentiel des soins s'il en existe plusieurs, et une AE qui est l'AVC (I60.–, I61.–, I62.– ou I63.–).

Exemples :

- rééducation d'une hémiplégie au stade spastique, due à un infarctus par embolie cérébrale : FPPC Z50.1 *Autres thérapies physiques*<sup>6</sup>; MMP G81.1 *Hémiplégie spastique* ; AE : I63.4 *Infarctus cérébral dû à une embolie des artères cérébrales* ;
- soins d'un malade dans le coma après une hémorragie du tronc cérébral : FPPC Z51.88 *Autres formes précisées de soins médicaux, non classées ailleurs* ; MMP R40.2 *Coma, sans précision* ; AE I61.3 *Hémorragie intracérébrale du tronc cérébral* ;
- soins pour répit des familles : la FPP est codée avec la catégorie Z50 ou Z54 selon les soins dispensés. La MMP est codée Z74.2 *Besoin d'assistance à domicile, aucun autre membre du foyer n'étant capable d'assurer les soins* ou Z75.5 *Prise en charge pendant les vacances*. Un code de séquelle de maladies cérébrovasculaires (I69.–) est saisi en position de DAS.

## VI. CAS PARTICULIER DE LA PEDIATRIE <sup>7</sup>

### VI.1. Généralités

Les codes sus-cités s'appliquent aux AVC de l'enfant et du nourrisson dès lors que l'AVC est postérieur à la période néonatale, c'est à dire survenant après 28 jours de vie révolus. Les complications sont identiques à l'exception de la démence vasculaire qui ne se code pas chez l'enfant. Les codes décrivant les séquelles motrices ou phasiques sont identiques. Les séquelles cognitives sont codées par leur description (catégories F7x.–) et leur retentissement (catégories F8x.–).

Il est exceptionnel qu'une imagerie cérébrale ne soit pas réalisée chez un enfant ayant une suspicion d'AVC. Le code I64 *Accident vasculaire cérébral, non précisé comme étant hémorragique ou par infarctus* ne doit donc pas être utilisé en pédiatrie.

De même, les AIT sont plus rares chez l'enfant que les déficits neurologiques transitoires de cause non vasculaire (migraine, épilepsie...). La catégorie G45 ne doit être utilisée que lorsque l'AIT est la cause la plus probable des signes cliniques après bilan étiologique extensif et mise en route d'un traitement adapté. Les manifestations neurologiques transitoires qui n'ont pas une origine vasculaire focale ne doivent pas être codées avec la catégorie G45.

### VI.2. Infarctus cérébral artériel périnatal

Les infarctus artériels ont un mécanisme et une présentation clinique spécifiques au nouveau-né, justifiant l'individualisation d'un groupe autonome : *l'infarctus cérébral artériel périnatal*. Avec une prévalence de 1/2300 à 1/5000 naissances c'est aussi la forme la plus fréquente d'AVC de l'enfant.

---

<sup>6</sup> Qui comprend l'essentiel de la rééducation mécanique, le mot *autres* faisant la distinction avec Z50.0, réservé à la rééducation cardiaque.

<sup>7</sup> Consignes rédigées avec l'aide des Drs Stéphane Chabrier et Manoëlle Kossorotoff du [Centre national de référence](#) pour l'AVC de l'enfant.

Du fait d'une continuité clinique entre infarctus cérébral artériel (entraînant par définition une lésion focale) et encéphalopathie hypoxique ischémique du nouveau-né (code P91.6 ; induisant des lésions diffuses) il peut exister une ambiguïté lors du codage. Celui-ci doit respecter la définition des infarctus cérébraux artériels périnataux : interruption focale du flux sanguin cérébral due à une thrombose artérielle ou à une embolie survenant entre la 22<sup>ème</sup> semaine de vie fœtale et le 28<sup>ème</sup> jour post natal, confirmée par l'imagerie cérébrale ou les études neuropathologiques<sup>8</sup>. La notion de lésion **cérébrale focale de distribution artérielle** est donc primordiale pour utiliser un code de la catégorie I63 *Infarctus cérébral* chez le nouveau-né.

Une des caractéristiques de la neurologie néonatale est l'absence de concomitance obligée entre la survenue de la lésion cérébrale et les signes cliniques. Certains infarctus, constitués durant la vie fœtale peuvent ainsi être symptomatiques en période néonatale, tandis que d'autres survenant à la naissance pourront passer inaperçus pendant plusieurs mois. En fonction de la date de survenue de la lésion, trois sous-groupes sont distingués<sup>9</sup> :

- infarctus cérébral fœtal diagnostiqué avant la naissance par l'imagerie anténatale ou les études neuropathologiques chez les bébés mort-nés : le DP est P95 *Mort fœtale de cause non précisée* en application de la règle relative aux enfants nés sans vie, et un code d'infarctus cérébral (I63-) sera placé en DAS ;
- infarctus cérébral néonatal donnant lieu à une symptomatologie neurologique (convulsions, apnées, malaise, hypotonie...) pendant la période néonatale et confirmé par l'imagerie. En plus de la définition clinique (cf. supra), une confirmation du caractère aigu de la lésion ischémique par l'imagerie en séquences de diffusion est en effet désormais recommandée<sup>10</sup> : ce type d'infarctus est codé avec la catégorie I63 *Infarctus cérébral* ;
- infarctus cérébral **présumé** périnatal, diagnostiqué chez les enfants de plus de 28 jours chez qui il est supposé que l'évènement ischémique est survenu entre la 22<sup>ème</sup> semaine de vie fœtale et le 28<sup>ème</sup> jour de vie révolu : la symptomatologie à l'origine du séjour hospitalier et de la suspicion d'infarctus cérébral sera codée en DP et un code de séquelle d'AVC (I69.3 *Séquelles d'infarctus cérébral*) en DAS. Par exemple, une hémiplégie cérébrale infantile est codée G80.2 *Paralysie cérébrale spastique hémiplégique* en DP et le code I69.3 est placé en position de DAS.

Le code P91.0 *Ischémie cérébrale néonatale* est imprécis et son usage est déconseillé. Le codage de l'infarctus cérébral renvoie à la catégorie I63.

### VI.3. Hémorragie intracrânienne

Les hémorragies intracrâniennes non traumatiques dont l'origine se situe dans la période périnatale (c'est-à-dire survenues chez le fœtus ou pendant la période néonatale) sont décrites avec les codes de la catégorie P52 *Hémorragie intracrânienne non traumatique du fœtus et du nouveau-né*. Le code à utiliser dépend de la localisation de l'hémorragie. Lorsque l'hémorragie survient après 28 jours révolus le codage est identique à celui de l'adulte.

Les hémorragies intracrâniennes dues à un traumatisme obstétrical ne sont pas des AVC par définition. Elles utilisent un code de la catégorie P10 *Déchirure et hémorragie intracrânienne dues à un traumatisme obstétrical* selon la localisation de l'hémorragie.

<sup>8</sup> Raju TN, Nelson KB, Ferriero D, Linch JK, and the NICHD-NINDS perinatal stroke workshop participants. Ischemic perinatal stroke: summary of a workshop sponsored by the National Institute of Child Health and Human Development and the National Institute of Neurological Disorders and Stroke. *Pediatrics* 2007;120:609-16.

<sup>9</sup> Ibid.

<sup>10</sup> Kirton A & Deveber G. Life after perinatal stroke. *Stroke* 2013;44:3265-71

Certaines hémorragies intracrâniennes (notamment sous et extradurales) de l'enfant d'apparence spontanée sont en fait secondaires à un traumatisme inavoué. Pour la même raison que les hémorragies dues à un traumatisme obstétrical, elles ne constituent pas un AVC. Elles utilisent un code de la catégorie S06 *Lésion traumatique intracrânienne*.

#### VI.4. Thrombose veineuse

Les thromboses veineuses se codent de la même manière qu'elles surviennent chez les nouveau-nés, les enfants et les adultes. L'infarctus cérébral dû à une thrombose veineuse non pyogène se code I63.6 *Infarctus cérébral dû à une thrombose veineuse cérébrale, non pyogène*.

En l'absence d'infarctus, la thrombose veineuse se code alors I67.6 *Thrombose non pyogène du système veineux intracrânien*. Ces situations où il n'existe pas de lésion parenchymateuse ne sont pas formellement des AVC.

Les thromboses veineuses d'origine septique se codent G08 *Phlébite et thrombophlébite intracrâniennes et intrarachidiennes*.

#### VI.5. Séquelles

Lorsque l'enfant est hospitalisé pour prise en charge d'une séquelle d'AVC, le code retenu pour l'affection principale est celui qui désigne la nature des séquelles et un code de la catégorie I69 *Séquelles de maladies cérébrovasculaires* est placé en DAS.

Les **séquelles** motrices sont codées par leur description : hémiplégie spastique (G81.1), troubles de la marche (catégorie R26 *Anomalies de la démarche et de la motilité*), scoliose (catégorie M41 *Scoliose*), hémianopsie (H53.4 *Anomalies du champ visuel*), strabisme (catégories H49 *Strabisme paralytique* et H50 *Autres strabismes*) ; les troubles spécifiques de l'apprentissage emploient les codes des catégories F80–F89 *Troubles du développement psychologique*.