

Société Française de Médecine Générale

n° 66-70
juin 2010

DICTIONNAIRE DES RÉSULTATS DE CONSULTATION EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Révision 2010

***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



sanofi aventis

L'essentiel c'est la santé.

*Ce document de recherche a été édité
avec le soutien du laboratoire sanofi-aventis*

Directeur de Publication : Pascale ARNOULD
Rédacteur en chef : Didier DUHOT
Comité de rédaction : Pascal CLERC, Didier DUHOT, Jean Luc GALLAIS,
Gilles HEBBRECHT, Luc MARTINEZ, François RAINERI

Mise en page : Paddy (Courriel : macpaddy@free.fr) / Impression : Pralon Graphic
N° ISSN 0767-1407 • Dépôt légal : juin 2010

TABLE DES MATIÈRES

Préface de l'édition 2010	III
Préface de l'édition 2000	IV
Préface de l'édition 1996	V
Avant-propos de l'édition 2010	VI
Le dictionnaire des résultats de consultation en médecine générale	VII
Précis d'utilisation du dictionnaire des résultats de consultation	XIII
Liste des 278 Résultats de Consultation	1
Dénominations hors listes (DHL)	279

Rédacteurs : Pierre FERRU, Gilles GABILLARD, Olivier KANDEL

Secrétariat du DDRC : Yvonnick CLEMENCE, Pierre FERRU, Bernard GAVID, Daniel HOFNUNG, Olivier KANDEL, Gilles GABILLARD, Françoise STEFANINI

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.



Le plaisir de comprendre

DRMG N°51

Juillet 1998

la lettre

de la médecine générale

documents *de recherches* en médecine *générale*

Pour un Référentiel Métier du Médecin Généraliste

*Rénover l'Enseignement de la
Médecine Générale*

Édité en partenariat avec
le Collège de Basse Normandie
des Généralistes Enseignants

Société Française Médecine Générale *Société Savante*

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

<http://www.sfm.org>

O.N.G. agréée auprès de l'O.M.S.
représentant la France à la WONCA

documents de recherches en médecine générale n° 51 juillet 1998

Étant donné la forte demande, la SFMG a décidé de rééditer le *Document de Recherches en Médecine Générale N° 51. Pour un Référentiel Métier du Médecin Généraliste – Rénover l'Enseignement de la Médecine Générale*, Collège de Basse Normandie des Généralistes Enseignants (Samuelson M, Goraiux JL, Maulme JM, Née E, Vandenbossche S).

Il est disponible sur demande auprès de la SFMG au coût de 15 euros (tel: 01 41 90 98 20 ou email: [sfmg@sfmg.org](mailto:sfm.org))

Vouloir décrire l'activité des médecins généralistes peut sembler une gageure en raison de la variété et de la fréquente imprécision des doléances des personnes qui les consultent. Parfois non médicaux, ces motifs de contact ne permettent pas toujours d'aboutir à un diagnostic de certitude, soit qu'un complément d'information s'avère nécessaire, soit que les plaintes sont difficiles à prouver. La *Société française de médecine générale* (SFMG) est parvenue à dresser le panorama des Résultats de Consultations en constituant un catalogue de fiches thématiques.

Exploiter les informations ainsi recueillies au cours de chaque consultation nécessite inmanquablement l'encodage de ces fiches. Il faut féliciter la SFMG du choix de la 10^e révision de la *Classification internationale des maladies* (Cim-10) de l'*Organisation mondiale de la santé* (OMS) pour ce faire. Si elle est le standard international actuel en matière de codage des diagnostics et motifs de consultation, la Cim-10 n'est cependant pas toujours très bien adaptée à l'exercice de la médecine générale. Les experts de la SFMG qui ont entrepris cette tâche ardue ont pourtant montré une maîtrise de cet outil que l'on souhaiterait plus répandue. Pour valider l'encodage de son catalogue, la SFMG a fait appel à l'*Association des utilisateurs des nomenclatures nationales et internationales de santé* (Aunis).

Le travail a été effectué par cinq experts de cette association, coordonnés par un expert qui a assuré la cohérence des propositions de correction et la validation du document final. Dans ce but se sont instaurés des échanges cordiaux et fructueux entre SFMG et Aunis : chacune des deux parties a ainsi mieux compris les objectifs poursuivis et les limites réciproques de ce travail. Cela a pu aboutir à des modifications de la proposition d'encodage, comme à un ajustement de la fiche de recueil.

Dans certains cas, le résultat est un compromis entre l'impérieuse nécessité de mettre à disposition des utilisateurs un outil souple, facile à employer et adapté à la pratique médicale et le souci idéaliste de fournir le codage le plus précis et détaillé. L'encodage fourni dans cette version ne peut donc pas être considéré comme définitif et intangible. Comme tout outil de cette nature, le catalogue de la SFMG est en effet appelé à évoluer ; les outils techniques mis à disposition des utilisateurs viendront eux-mêmes à se perfectionner, offrant des possibilités actuellement non satisfaites.

Par ailleurs la Cim-10 est périodiquement modifiée par l'OMS. C'est dire que le partenariat qui s'est instauré ici est susceptible de se renouveler. C'est en tous les cas le souhait de l'Aunis qui a trouvé dans les experts de la SFMG avec qui elle a travaillé des interlocuteurs ouverts et cordiaux.

Docteur Jean-Pierre BODIN
Aunis

Le Dictionnaire des Résultats de Consultation se doit d'être un outil vivant, en continue évolution au contact de ses utilisateurs. Son usage quotidien par des médecins généralistes de plus en plus nombreux entraîne de leur part des demandes de modifications devant des anomalies de rédaction, des difficultés de compréhension de certaines définitions et la nécessité d'optimiser la discrimination entre des définitions proches. Comme tout Dictionnaire, il est nécessaire aussi qu'il soit actualisé : en fonction des données acquises de la science, des résultats de l'exploitation des données recueillies par l'Observatoire de la Médecine Générale ou de certaines références médicales consensuelles. Mais, pour répondre aussi aux exigences de langage commun entre les différents types d'exercice de la médecine, générale et spécialisée, ambulatoire et hospitalière, chacune des définitions du Dictionnaire doit nécessairement pouvoir correspondre aux Catégories de la Classification Internationale des Maladies, dont la 10^e révision était contemporaine de notre première édition.

Dès 1994, nous avons installé un Comité de Mise à Jour du Dictionnaire qui collige les remarques des praticiens généralistes qui l'utilisent en temps réel et qui valide les modifications des définitions. Ainsi, un certain nombre de résultats de consultation ont vu leur titre modifié, d'autres ont été regroupés ou modifiés. Ce comité d'une quarantaine de membres de notre Société, vient d'être renouvelé pour une durée de deux ans, avec la même mission de surveillance attentive du Dictionnaire pour qu'une nouvelle édition puisse être publiée dans trois ans.

Œuvre collective de la Société Française de Médecine Générale, le Dictionnaire des Résultats de Consultation a toujours néanmoins les mêmes objectifs :

- dénommer et décrire, pour mieux les étudier, les états pris en charge en soins de premier recours, et en particulier ces états non caractéristiques qui en représentent les deux tiers,
- permettre au praticien de prendre sa décision dans un esprit à la fois de certitude sémiologique, mais aussi d'ouverture et de vigilance,
- ordonner la tenue des dossiers médicaux pour un meilleur suivi des malades.

Ce travail n'aurait pas été possible sans l'aide de l'informatique. Elle seule rend possible l'utilisation du Dictionnaire pendant le temps même de la consultation. Elle permettra sans doute aussi ultérieurement l'automatisation du choix des positions diagnostiques en fonction des critères choisis et le transcodage le plus précis possible avec la CIM-10. Nul doute qu'elle permettra aussi la mise en place de démarches décisionnelles programmées grâce à l'étude de l'évolution des résultats de consultation sur de nombreuses années et des risques potentiels s'attachant à chacun d'entre eux.

*Docteur Pascal Clerc
Président de la SFMG*

La première grande innovation qui, au ^{xix}^e siècle, a permis le développement que l'on sait, de la connaissance médicale et des soins, a été, au sein et en dépit de l'infinie variété des informations recueillies auprès des sujets souffrants, l'invention des concepts nosologiques, c'est-à-dire les noms des maladies telles qu'elles ont pu être enseignées dans les facultés, décrites dans les livres, appliquées dans l'échange des informations, des découvertes et des innovations. Cette modélisation de l'information qui est recueillie auprès des patients et des populations a généré un mouvement de connaissance et de recherches médicales unique dans l'histoire de l'humanité.

Or, la diversité et l'imprécision des informations disponibles ou raisonnablement accessibles que le médecin praticien est tenu d'exploiter pour établir la décision qu'il croit devoir prendre au sujet d'un patient déterminé, n'entrent pas, pour la majorité des cas, dans un cadre nosologique défini par la science contemporaine. Et cependant, dans notre société qui se veut juste et transparente, c'est sur de telles informations, incomplètes et incertaines, que le praticien doit pouvoir justifier, à la fois devant chaque patient et devant la collectivité, les risques et les avantages prévisibles et les ressources mises en jeu par sa décision d'action ou de non action. La triple exigence de rationalité, de transparence et de justification, exprime la nécessité d'une nouvelle modélisation à la fois celle des « situations diagnostiques » concrètes telles qu'elles sont rencontrées dans sa pratique professionnelle de la médecine de terrain, la médecine du « vrai monde », et celle des processus de décision.

C'est précisément à la tâche, énorme, d'identification et de codification des situations concrètes de décision clinique (sous le nom de « résultats de consultation ») que s'attache la Société Française de Médecine Générale, dont la première étape est rapportée dans ce « Dictionnaire des résultats de consultation en Médecine générale ». Le premier objectif de ce travail de longue haleine, est de définir et distribuer les « résultats de consultation » selon les rubriques suivantes :

– Une rubrique de « maladies » (ou de « tableaux de maladies ») où, avec ou sans le secours des épreuves « complémentaires » d'imagerie ou de biologie, le clinicien, peut diagnostiquer un concept nosologique avec une probabilité acceptable et justifiable.

– Une rubrique de « syndromes » où, sans identifier une cause pathogène ou un diagnostic nosologique de « maladie », le clinicien reconnaît, sous le nom de syndrome, une association de troubles et de signes qui exprime une perturbation physiopathologique, perturbation qui justifie une intervention corrective, éventuellement salutaire.

– Enfin une rubrique qui, sous le nom de « symptômes » rassemble les situations où la diversité, l'imprécision ou la variabilité des plaintes observées ou formulées par le patient ne correspondent à aucune « forme » nosologique ou syndromique identifiable, au moins dans les limites de sa connaissance. Si, dans de telles situations, dont on peut penser qu'elles sont majoritaires, on est en droit d'exiger que les décisions du praticien répondent à un souci de rationalité, de transparence et d'efficacité, alors il est nécessaire de les codifier autant que faire se peut, et pour chacune d'entre elles, de définir les décisions qui sont justifiables en termes de risques et d'avantages attendus comme en termes économiques.

C'est à cette tâche, énorme, que s'est attaché un groupe de praticiens au sein de la Société Française de Médecine Générale, dans l'ambition d'une recherche clinique authentiquement scientifique, refusant l'apparente contradiction entre l'objectif rationnel et la dimension humaniste d'une telle entreprise. C'est à ce prix que la médecine praticienne pourra assumer et établir le sens de son action et de son rôle professionnel dans une société qui souhaite être efficace, équitable, juste et solidaire.

Professeur Bernard Grenier

Professeur émérite à la Faculté de Médecine de Tours

Dès 1976, William Labov, socio-linguiste écrivait :

Tout groupe de locuteurs d'une langue x qui se considère comme une unité sociale fermée tend à exprimer sa solidarité interne en favorisant les innovations linguistiques qui le distinguent de tous ceux qui n'appartiennent pas au groupe.

Ceci s'est produit avec l'élaboration du DRC

La Société Française de Médecine Générale (SFMG) a développé ses travaux à partir des concepts novateurs du Dr R.N. BRAUN

Ce médecin généraliste autrichien a observé et analysé sa pratique pendant plusieurs années.

Il a distingué quatre classes d'états morbides, dénommés "Résultats de Consultation" selon l'association des éléments sémiologiques : symptôme, syndrome, tableau de maladie et diagnostic certifié.

Il a inventé le concept de Résultats de Consultation

En effet dans plus de 80 % des cas, le médecin de premier recours sans plateau technique ne peut certifier un diagnostic prouvé. C'est ainsi que ce concept de "Résultats de Consultation" (RC) est apparu chez Robert BRAUN.

Le RC définit le ou les problèmes que le médecin estime avoir à résoudre en fin de consultation.

Le RC permet au médecin de relever sa certitude clinique en fin de consultation même sans certitude diagnostique.

Ainsi le RC :

- caractérise la situation diagnostique au terme de la consultation.
- définit le problème que le praticien estime avoir à résoudre.
- peut s'exprimer en termes définis (langage commun ou vocabulaire contrôlé : DRC)

On sait que R. Braun a relevé ses consultations lui-même pendant des années. À partir de ces documents il a énoncé une théorie professionnelle.

Mais il avait compris que pour que les médecins se comprennent entre eux il fallait décrire les Résultats de Consultation de telle manière que les résultats des uns puissent se comparer à ceux des autres.

Cette démarche a généré la Systematyk (puis la Casographie en version Française).

En MG il faut citer Logan: d'avril 1951 à mars 1952, huit médecins généralistes avec 27365 patients inscrits ont permis le recueil de 46625 résultats de consultation. Il est apparu de grandes différences entre médecins quant au relevé de ces résultats, alors même qu'ils exerçaient aux mêmes dates, dans les mêmes conditions aussi bien géographiques que socio-économiques: l'absence de vocabulaire commun a été considérée comme l'explication à ces distorsions.

La Société Française de Médecine Générale a créé le Dictionnaire des résultats de consultation.

Un premier contrat de recherche entre la SFMG et l'INSERM avait permis de commencer la réflexion sur cette question de langage commun.

Puis une autre convention a été passée entre la CNAMTS (Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés) et la SFMG pour normaliser 200 définitions de résultats de consultation et positions diagnostiques, c'est-à-dire :

- produire 111 définitions,
- réviser 89 définitions déjà réalisées,
- valider ces 200 définitions par un relevé en continu, au cabinet des médecins de la SFMG.

À cette occasion fut créé un réseau de 100 médecins qui ont travaillé pendant deux ans pour valider les définitions au jour le jour. C'est là l'origine de l'Observatoire de la Médecin Générale

Nous sommes heureux de vous présenter la version la plus récente du DRC. Cette version comporte les codes CIM 10 (classification OMS)

Docteur Philippe JACOT

*Président honoraire et Fondateur de la
de la Société Française de Médecine Générale*

Un langage standardisé pour la médecine de premiers recours Une exigence de rationalité, de transparence et de justification Un outil pour documenter son dossier médical.

1. Présentation & Généralités

Historiquement, l'apparition des systèmes de classement ou de description des maladies répondait à la nécessité de produire des connaissances nationales ou internationales. Il devenait ainsi possible de comparer les données sanitaires et épidémiologiques émanant d'acteurs de santé, de régions ou de pays différents.

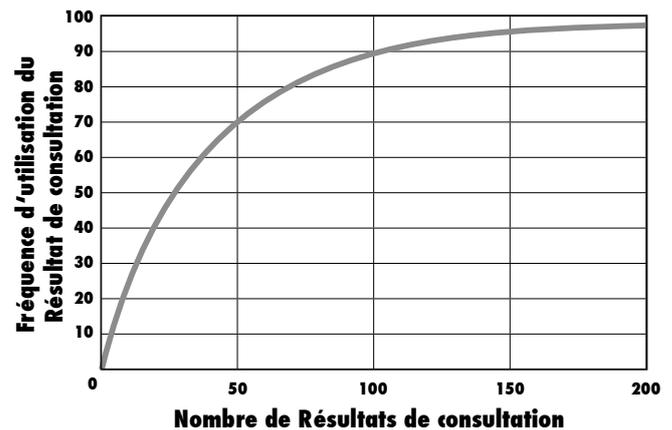
La **Classification Internationale des Maladies** a constitué dans ce domaine un progrès important, dont les limites apparaissent cependant dans son application en médecine générale. En effet, d'une part elle ne permet pas de décrire certains états morbides fréquemment observés, et d'autre part l'absence de définition des appellations entraîne un risque d'interprétations différentes selon les utilisateurs. Le développement de l'épidémiologie en médecine générale et celui de l'informatisation du dossier médical a rendu nécessaire la recherche d'un **langage commun standardisé**, propre à décrire la pratique des soins primaires.

La Société Française de Médecine Générale a développé ses travaux à partir des concepts novateurs de BRAUN. Ce médecin généraliste autrichien a observé et analysé sa pratique pendant plusieurs années. Il a remis côte à côte, dans une stricte équivalence la notion de diagnostic (relié sans équivoque à un concept nosologique), et ce qu'il a appelé les « **classifications praticiennes** » : par tableau de maladie, syndrome et symptôme cardinal.

Par convention, le terme de « **résultat de consultation** » rassemble à la fois ces deux notions. La SFMG a constaté, en étudiant leur fréquence d'utilisation, que 278 sont nécessaires pour rendre compte de l'activité d'un médecin généraliste. Ces résultats de consultation correspondent à une **fréquence d'observation d'au moins 1 cas par médecin et par an**.

Un contrat avec la CNAMTS a permis en 1996 de valider ce travail. Plusieurs mises à jour ont été réalisées depuis cette première édition.

Contrairement à une idée reçue partant de l'hypothèse que les symptômes et syndromes sont essentiellement les signes précoces d'une maladie qui pourra se révéler ensuite, les études longitudinales révèlent une stabilité de ces résultats de consultation. Seulement 5 % d'entre eux évoluent par la suite.



Les 30 premiers Résultats de consultation représentent un peu plus de 50 % de notre activité médicale.

Au total, on peut retenir que les 150 dénominations les plus fréquemment utilisées :

- représentent 95 % de l'ensemble de la pathologie prise en charge
- sont, pour la plupart, commune à tous les médecins ayant participé aux études citées
- concernent principalement des situations sémiologiques actuellement mal définies, pour lesquelles il existe une grande disparité quant à leur dénomination.

2. Les bases de la théorie professionnelle en médecine générale, initiée par R. Braun.

Sachant que dans 70 % des cas, le médecin de premier recours ne peut certifier un diagnostic prouvé en fin de consultation, la première étape de la démarche professionnelle consiste donc à qualifier la situation clinique au moment de la consultation, afin d'élaborer une procédure décisionnelle adaptée.

Le raisonnement diagnostique mis en œuvre pour retenir, choisir un « résultat de consultation » (RC), sollicite une **double procédure**. De haut en bas, à partir des risques graves à éliminer et de bas en haut à partir des éléments cliniques recueillis. Ainsi faut-il :

- ⇒ **Éliminer** : c'est la fonction du Risque et du Voir aussi
- ⇒ **Choisir** le résultat de consultation (RC) : c'est la fonction de la Définition.

- **Définir le degré d'ouverture** de la situation clinique. C'est la Position Diagnostique.
- **Relever la situation du RC dans l'épisode** de soin: C'est le Code Suivi (cas nouveau et persistant). Le RC, diagnostic en médecine de premier recours est bien plus que le motif de consultation (expression du patient) et ne doit pas être une hypothèse diagnostique (source d'erreur).

3. Le Dictionnaire des Résultats de Consultation (DRC) en 10 points :

- 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 **278** termes 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 **278 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. 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.
- 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 situa-

tion 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 à cet instant ») et de justification (« ce que j'ai observé à cet instant, fonde en partie 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.

4. Le Risque

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. Mais 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 éliminé (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 diagnostique,
- soit l'utilisation du facteur temps: 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 comporte une liste de « Risques », qui a une double fonction :

avant le choix du RC, celle d'évoquer l'évolution grave, voire mortelle d'une maladie pouvant « imiter » les critères d'inclusion du cas observé.

après le choix du RC, celle de 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 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 bien souligné BRAUN (1): « *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* »

5. 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 de reproduire des termes employés dans les critères d'inclusion. C'est le premier élément de classement du RC.

Les risques

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 aucun RC plus caractéristique ne peut pas être retenu. D'autre part, ils participent aussi à la démarche décisionnelle; le médecin tenant compte des risques graves liés au RC lors de ses décisions.

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.

Les compléments sémiologiques

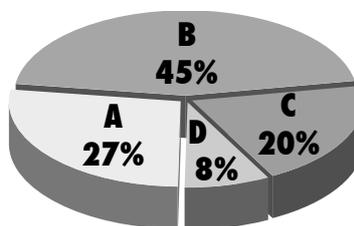
Ces critères ne sont pas nécessaires pour le choix de la définition. Ils n'ont donc pas de fonction taxinomique. En revanche, ils permettent de mieux décrire l'observation, de documenter le dossier médical, de préciser le contexte pour l'analyse des « Risques », d'affiner la position diagnostique, de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

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 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. Elles sont alors déterminées par le titre, les critères d'inclusion (ou leurs associations) et parfois les compléments sémiologiques.

Il est maintenant convenu que chaque RC conservera sa position diagnostique initiale tout le long de l'épisode. Toutefois, l'évolution clinique peut faire apparaître d'autres critères ou compléments sémiologiques. La position diagnostique du cas, pourra alors évoluer dans le sens $A \Rightarrow B \Rightarrow C \Rightarrow D$. En revanche, la position 0 disparaît et, pour éviter toute confusion, une position diagnostique Z (zéro) permettra de relever les RC « non pathologiques » notamment pour les actes de prévention.



- 75 % des « diagnostics » ont une position A ou B
- 25 % une position C ou D
- 50 % des actes ont un RC en position B et plus d'1/4 en position A

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.

La correspondance CIM-10

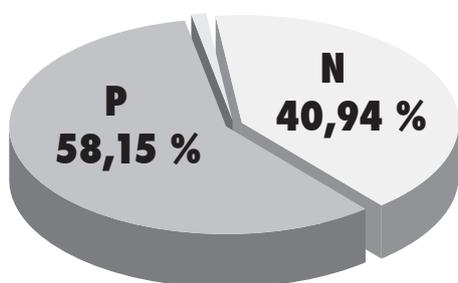
La correspondance entre les définitions du dictionnaire et la CIM-10 existe depuis la première version. Nous n'avons jusqu'à présent qu'un code CIM-10 pour chaque dénomination. Nous aurons maintenant plusieurs codes CIM-10 possibles en fonction des combinaisons d'items (critères d'inclusion et compléments sémiologiques). Cet encodage permettra de meilleures comparaisons avec les autres systèmes de désignation des cas.

Le Code suivi

Cette notion a été introduite secondairement en 1987 par la SFMG. Le Code Suivi permet au médecin de prendre en compte, avec plus de précision, l'histoire de la maladie et le déroulement de l'épisode de soin. Sur le plan épidémiologique, elle permet en liant ou non des RC identiques successifs de produire l'incidence et la prévalence des pathologies. Il existe deux codes suivis: un N pour nouveau cas

(c'est-à-dire première observation par un médecin) et un P pour cas persistant.

Il existe également un code R lorsque la situation est révisée secondairement par un autre RC plus caractéristique.



Répartition du code suivi pour l'ensemble des Résultats de consultation de 1993 à 2000.

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.

Dénominations hors liste (DHL)

Les DHL sont des résultats de consultation dont le diagnostic est certifié, mais 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. À la suite du séminaire de Bagnolet en juin 2001, le secrétariat du Département DRC s'est efforcé d'analyser les DHL issues du recueil du réseau de la SFMG. Il en est ainsi ressorti une liste de 390 Dénominations Hors Liste.

La première centaine de DHL a été regroupée pour constituer le **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 la recherche des DHL en limitant leur dispersion dans une liste trop longue et devrait optimiser leur relevé en temps réel.

Le Département DRC

Pourquoi mettre à jour un dictionnaire ?

- En premier lieu, parce que l'usage quotidien du Dictionnaire entraîne de la part de ses utilisateurs **des remarques qui méritent d'être analysées** (erreurs de rédaction, difficultés de compréhension de certaines définitions, optimisation de la discrimination entre les différentes définitions).

- En second lieu parce qu'un Dictionnaire se doit d'être actualisé :

- en fonction **des données acquises de la science**, ce qui est pour nous une obligation déontologique. Les résultats de nos recherches cliniques, que permet maintenant le Dictionnaire, les observations des uns et des autres, les résultats de l'exploitation informatique de l'Observatoire de la Médecine Générale, peuvent amener à modifier certaines définitions.

- Mais aussi en fonction **des obligations légales** prévues par la Convention Nationale : c'est le cas par exemple des Références Médicales ou des Affections de Longue Durée.

- Enfin, en raison de **la nécessaire correspondance avec la CIM 10**. Elle est en effet la nomenclature internationale « incontournable », permettant un lien entre les différents types d'exercice de la médecine : générale et spécialisée, ambulatoire et hospitalière. Ses trois volumes comportant près de 30 000 entrées ne permettent pas de l'utiliser en temps réel au cours de notre exercice. Il est néanmoins nécessaire qu'à chaque résultat de consultation ou à l'un de ses critères, puisse correspondre un code CIM. Ce travail d'encodage du DRC, réalisé en collaboration avec l'AUNIS

Tout utilisateur du Dictionnaire peut adresser ses remarques, pour peu que celles-ci soient argumentées et motivées par l'observation clinique.

Le travail s'organise de la sorte :

- Un recueil permanent des propositions de modification.

- Plusieurs réunions annuelles du Secrétariat du Département DRC

- Un séminaire annuel en novembre, réunissant tous les Sociétaires du Département DRC

- Une révision annuelle en décembre.

2001

CÉPHALÉE

DÉFINITION

- ++++ MAL de TÊTE
- ++++ NON CLASSABLE AILLEURS
- + - intense
- + - pulsatile
- + - unilatérale
- + - stéréotypée dans son expression et/ou localisation
- + - nausées, vomissements
- + - photophobie ou phonophobie
- + - irradiation (oculaire...)
- + - facteur déclenchant (effort...)
- + - variation selon la position
- + - prodromes
- + - efficacité d'un antalgique courant
- + - antécédent personnel
- + - antécédent familial
- + - évolution par crises, chronique paroxystique
- + - récidive
- + - asymptomatique

RISQUE(s)

ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL
 HÉMATOME CÉRÉBRAL
 HORTON
 MÉNINGITE, ENCÉPHALITE, ABCÈS CÉRÉBRAL
 TUMEUR CÉRÉBRALE

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

A

VOIR AUSSI

ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL
 BLESSURES COMBINÉES LÉGÈRES
 BLESSURES COMBINÉES SÉVÈRES
 CERVICALGIE
 CONTUSION
 ÉTAT FÉBRILE
 ÉTAT MORBIDE AFÉBRILE
 GLAUCOME
 HUMEUR DÉPRESSIVE
 MIGRAINE
 NÉVRALGIE - NÉVRITE
 SINUSITE
 SYNDROME PRÉMENSTRUUEL
 TRAUMATISME CRANIOCÉRÉBRAL

ARGUMENTAIRE

Dénomination

Autre dénomination : « mal de tête » dans le langage vernaculaire.
 Anglais : Cephalalgia, Headache.

Critères d'inclusion

Il décrit simplement la plainte du malade, à condition qu'aucun autre résultat de consultation ne vienne l'expliquer.

Le risque de pouvoir classer une migraine à la fois par le RC MIGRAINE et le RC CÉPHALÉE justifie l'existence du critère NON CLASSABLE AILLEURS. Mais l'exclusion ne se limite pas à la migraine. Ainsi les maux de têtes liés à une SINUSITE ne pourront être classés à CÉPHALÉE, ni les maux de têtes secondaires à un traumatisme...

Compléments sémiologiques

Ils sont proches de ceux de MIGRAINE. Bien que facultatifs, ils doivent être relevés s'ils existent. Dans le but, d'une part d'avoir une sémiologie la plus rigoureuse possible et, d'autre part, de mieux connaître les caractéristiques qui font choisir les résultats de consultation CÉPHALÉE ou MIGRAINE.

La liste étant longue, les critères sont regroupés en rubrique pour en faciliter la lecture.

Voir Aussi

En cas d'HTA et de CÉPHALÉE associées, on devra noter les deux résultats de consultation, car on ne peut pas affirmer que la céphalée est directement liée à l'HTA.

Avant de relever CÉPHALÉE, il faut vérifier que le résultat de consultation MIGRAINE ne peut pas être retenu.

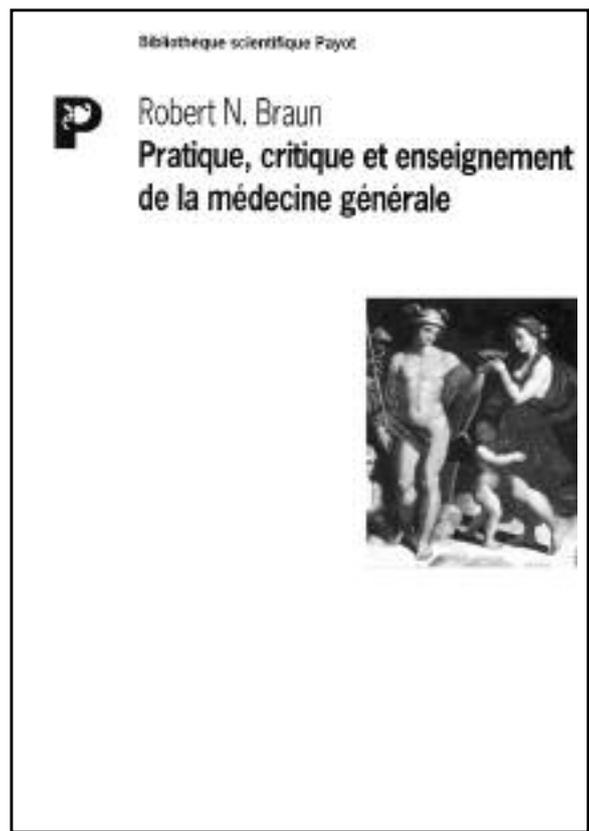
Si la céphalée est directement liée à un traumatisme récent (moins de trois mois), il faut préférer le RC correspondant: CONTUSION, BLESSURE COMBINÉE, TRAUMATISME CRANIOCÉRÉBRAL.

Position(s) diagnostique(s)

A : Il s'agit d'un symptôme cardinal même s'il existe des signes associés.

CORRESPONDANCE CIM - 10

R51 : céphalée



***Disponible sur
commande à la
SFMG***

1 Introduction	XIV
2 Qu'est-ce qu'un « Résultat de Consultation » ?	XV
Ce terme est-il synonyme de « Motif de Consultation » ou « Motif de Contact » ?	x V
Le Résultat de Consultation, c'est comme le diagnostic ?	x V
Le diagnostic	x V
Les « classifications praticiennes »	x V
Classifications par symptômes cardinaux	x V
Classifications par syndromes ou groupes de symptômes	x V
Classifications par dominance ou tableau de maladie	x V
Pourquoi utiliser le « Résultat de Consultation » ?	x V
Il est le résultat de son analyse	x V
C'est une notion de certitude	x V
Il prend en compte de tous les cas	x VI
Caractéristiques (diagnostic ou tableau de maladie)	x VI
Non caractéristiques (symptôme ou syndrome)	x VI
Il garde le cas « ouvert »	x VI
Il laisse toute liberté dans la décision	x VI
Il permet de dénommer, de dénombrer,	x VI
Il a un Intérêt médico-légal évident	x VI
Il a enfin un intérêt déontologique et réglementaire	x VI
3 La loi de répartition régulière des cas	XVI
4 Risques	x VI
La décision de faire ou de ne pas faire est prise en état d'incertitude.	x VI
Comment définir ce risque évolutif ?	x VII
Le Risque a ainsi une double fonction	x VII
Le Risque est-il le même quel que soit le contexte ?	x VII
5 Que contient le Dictionnaire des Résultats de Consultation ?	XVIII
Il contient 278 Résultats de Consultation	x VIII
Il peut s'agir :	x VIII
D'affections non caractérisées	x VIII
D'affections caractérisées	x VIII
D'affections non pathologiques	x VIII
D'autres problèmes	x VIII
Comment les retrouver dans cette liste alphabétique ?	x VIII
Parcourir la liste des Résultats de Consultation	x VIII
Choisir au clavier, instinctivement, le RC que lui évoque le cas	x VIII
Lire la liste des VOIR AUSSI	x VIII
Dans quelques rares cas, aucun des RC de la liste ne sera satisfaisant	x VIII
Comment valider le Résultat de Consultation choisi	x VIII
Choisir les critères d'inclusion	x VIII
Vérifier la liste des Risques	x VIII
Indiquer la position diagnostique	x VIII
Cliquer sur les compléments sémiologiques	x IX
Choisir enfin le « Code-suivi »	x IX
Quant à la correspondance avec la CIM-10	x IX
6 Le Résultat de Consultation détermine-t-il à lui seul la décision ?	XIX
Les éléments de la décision	x IX
Le Risque	x IX
Les antécédents personnels	x IX
Les antécédents familiaux	x IX
Les déterminants socioculturels	x IX
Les déterminants intimes permanents ou circonstanciels	x X
Les déterminants du médecin	x X
Les déterminants du malade	x X
Ceux de la relation médecin-malade	x X
Les déterminants législatifs et réglementaires	x X
C'est ainsi que se dessine « l'espace de liberté » du médecin	x X
Un schéma pour mieux le dire ?	x X

C'était en janvier 1983 : pour la première fois en France, la SFMG sous la direction du Docteur Bernard VINCENT, utilisait la méthodologie de BRAUN pour colliger la morbidité observée en médecine générale. Cette étude de cohorte sur quatre ans a amplement démontré que les « motifs de contact » n'étaient qu'un leurre pour épidémiologiste et que toutes les situations pathologiques devaient être soigneusement définies pour éviter la dispersion des termes utilisés par les praticiens. Vingt-cinq ans plus tard le Dictionnaire des Résultats de Consultation répond toujours à ces exigences. Plus personne, au sein du monde médical n'oserait, après 12 ans d'utilisation quotidienne par le réseau de l'Observation de la Médecine Générale, qualifier cet outil d'obsolète car résultant d'une théorie surannée.

Il est vrai que la séméiologie clinique – dont les médecins généralistes seront peut-être bientôt les meilleurs spécialistes – ne s'est jamais démodée. Ainsi le Dictionnaire des Résultats de Consultation permet-il la modélisation non seulement des situations diagnostiques concrètes rencontrées dans la médecine du vrai monde, mais aussi des processus de décision. Loin d'en écarter les autres éléments décisionnels, il leur donne au contraire tout leur sens. Il fait disparaître la dichotomie longtemps entretenue entre l'organique et le fonctionnel : le corps humain ne se partage pas et son vocabulaire pour exprimer la souffrance est en définitive, tellement restreint que rien ne permet de dire, quand on l'écoute s'il prépare une « grosse maladie » ou un « petit bobo ».

Il est apparu souhaitable, après ces vingt-cinq années de réflexions et de travaux, de résumer sous forme d'un document concis, la théorie professionnelle qui sous-tend le D.R.C. La notion de Risque inhérent à chacune des situations diagnostiquées, s'y trouve développée. Cette préoccupation fondamentale du praticien, en particulier devant un cas non caractéristique, avait été un peu oubliée dans la première publication du Dictionnaire de 1996.

Résumé :

Il n'est plus possible de faire comme si l'établissement d'un diagnostic était le préalable indispensable à toute décision du médecin. Et pourtant, le praticien doit faire le bilan de sa réflexion sur le cas qu'il vient d'observer : le Dictionnaire des Résultats de Consultation de la SFMG le lui permet. Il rassemble les quelques 278 soit situations qu'il verra au moins une fois par an, en raison de la loi naturelle de répartition régulière des cas. Elles y sont regroupées par ordre alphabétique mais aussi par leurs positions diagnostiques : diagnostic certifié, nosologiquement défini ou tableau de maladie, situations caractéristiques ; ou classification par symptôme ou par syndrome, situations non caractéristiques. Les unes comme les autres ont la même valeur dans la mesure où elles cernent bien le problème médical du point de vue de la fonction du médecin généraliste et permettent une stratégie claire de l'action. La liste des Risques attachés à chaque résultat de consultation, lui permettra d'agir au mieux, en fonction des autres déterminants de la décision, dans un espace de liberté plus ou moins large ou plus ou moins restreint. L'informatique facilite largement l'usage du Dictionnaire : critères d'inclusions, Risques, position diagnostique, compléments séméiologiques et code suivi sont aisément retrouvés et choisis à l'écran.

1 – Introduction

Affirmer que le médecin peut, au terme de vingt minutes de consultation identifier l'existence d'une maladie nosologiquement définie, est sans doute la plus grande illusion collective qui ait jamais existé. Et pourtant, le praticien pourrait dire à son malade, avec le Pr. Grenier¹ : « *Je ne sais pas ce que vous avez, mais je sais ce que je dois faire* ». Une fois disparu le mythe du diagnostic préalable à toute décision, encore faut-il matérialiser les constatations du praticien : c'est l'objet du Dictionnaire des Résultats de Consultation[©] en médecine générale (DRC) Pourquoi un Dictionnaire des Résultats de Consultation en médecine générale, alors qu'il existe un outil universellement reconnu pour relever la morbidité observée, qu'il s'agisse ou non d'une « maladie » identifiable : la Classification Internationale des Maladies (CIM-10)² ? Parce que, comme toutes les autres spécialités, la médecine générale a besoin d'un **langage propre**³ pour dénommer et dénombrer ce qu'elle observe. Mais aussi parce que « *la triple exigence de rationalité, de transparence et de justification* », rend nécessaire « une nouvelle modélisation » qui soit à la fois « *celle des processus de décision et celle des situations diagnostiques concrètes telles qu'elles sont rencontrées dans la pratique professionnelle de la médecine de terrain, la médecine du vrai monde* »⁴.

Chacune des spécialités médicales n'utilise qu'une partie infime des catégories de la CIM-10, évaluée à environ 300. Le DRC permet au praticien généraliste de retrouver facilement dans une liste, classée par ordre alphabétique les 278 termes qu'il utilise lui aussi le plus souvent dans son exercice, en vertu de la « Loi de répartition régulière des cas ». La SFMG a démontré que 200 définitions sont suffisantes pour rendre compte de 96 % de l'activité d'un médecin généraliste⁵.

Pourquoi, dès lors, ne pas utiliser un extrait des catégories de la CIM-10 le plus couramment utilisé en médecine générale, plutôt que le Dictionnaire ? La CIM-10 comporte bien un chapitre qui pourrait tout à fait convenir aux situations non diagnostiquées : le chapitre x VIII

¹ Grenier B. Évaluation de la décision médicale. Introduction à l'analyse médico-économique. Préface de M. Legrain et de R. Salamon. Masson, Paris 1999

² Girardier M. La Classification Internationale des Maladies est elle praticable en médecine générale ? La Revue du Praticien MG N° 138 du 30 mai 1991.

³ Linnarson R. Methods, design and comportement for a computer based patient record, Linköping University N° 378, 1993, p

⁴ Grenier B. Préface à la première édition du Dictionnaire des Résultats de Consultation. Documents de Recherches en Médecine Générale N° 47-48 décembre 1996.

⁵ SFMG. Annuaire statistique 94/95 de l'observatoire de la médecine générale. Documents de Recherches en médecine générale, N° 55/56/57

« Symptômes, signes et résultats anormaux d'examen cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs » ?

- Parce que le Dictionnaire ne contient pas seulement des termes mais des **Résultats de Consultation** définis par un titre, des critères d'inclusion et une position diagnostique.
- Parce que le dictionnaire ne regroupe pas que « des symptômes » qu'on pourrait additionner et classer par appareil ou par fonction : le **Résultat de Consultation** est une entité bien particulière.

Mais alors, si chaque spécialité devait avoir « son » Dictionnaire, les différentes spécialités ne pourraient-elles jamais communiquer entre elles ?

C'est vrai, mais heureusement, tous les résultats de consultation du Dictionnaire peuvent être corrélés à la CIM-10 : parfois par leur titre seul, le plus souvent par la combinaison d'un ou plusieurs critères d'inclusion.

2 – Qu'est-ce qu'un « Résultat de Consultation » ?

Ce terme est-il synonyme de « Motif de Consultation » ou « Motif de Contact » ?

Non ! Ce n'est pas la même chose ! Le malade consulte parce qu'il a de la fièvre, qu'il se sent fatigué, qu'il a mal pour avaler : ce sont bien des « motifs de consultation ». Mais le médecin, après l'entretien et l'examen clinique conclut à une ANGINE : c'est ça le RÉSULTAT DE CONSULTATION.

La SFMG a depuis longtemps, sous la plume de Bernard Vincent⁶ mis en garde contre le piège du « motif de consultation », terme imprécis et pas toujours exprimé, dont l'ambiguïté rend impossible toute tentative sérieuse d'analyse.

Le Résultat de Consultation, c'est comme le diagnostic ?

Oui et non ! Car ce n'est pas toujours un diagnostic au sens où on l'entend. Alors pourquoi avoir inventé un nom pareil qui prête à confusion ? L'explication est historique : Résultat de Consultation est la traduction littérale du mot allemand « Beratungsergebnis ». Sans doute peut-on traduire cette expression par « diagnostic » ; mais le verbe « beraten » contient bien la notion de « délibération », le verbe « ergeben » celle de « conclusion ». Et si l'ensemble représentait finalement la réflexion du médecin sur le cas, sa « conclusion diagnostique » en somme, dans le secret de son cabinet ? Sans doute, mais cette délibération intime peut-elle toujours aboutir à identifier une maladie ?

C'est ainsi qu'avec Braun⁷, on peut définir deux entités différentes : le diagnostic et les classifications praticiennes :

Le diagnostic

Comme « l'obligation scientifique de classer un résultat de consultation dans la catégorie d'un concept nosologique ».

Ce terme ne désigne pas un « diagnostic de départ » ou un « diagnostic d'attente » ou une « présomption de diagnostic » mais bien un diagnostic certifié par ses critères (bactériologique, sérologique, anatomopathologique, etc.)

Les « classifications praticiennes »

Comme ce qui n'est pas un diagnostic et dont on peut distinguer trois groupes :

Classifications par symptômes cardinaux

C'est le symptôme saillant, « cardinal », qui servira à la dénomination : une céphalée sans autre constatation caractéristique sera ainsi définie par « céphalée ».

Classifications par syndromes ou groupes de symptômes

Il existe alors à l'avant-plan deux ou plusieurs symptômes ou signes pathologiques qui paraissent pouvoir être regroupés. C'est le cas d'un « état fébrile » dont il n'est pas possible au moment de la consultation, de caractériser l'étiologie.

Classifications par dominance ou tableau de maladie

Le regroupement des signes cliniques ou para cliniques est alors suffisamment caractéristique pour évoquer une entité morbide correspondant à « une maladie » dans la nosologie médicale, mais il manque encore la confirmation étiologique. Ainsi la varicelle, avec son éruption papulo-vésiculo-croûteuse, mais pour laquelle le médecin ne dispose pas de la confirmation virologique.

Pour des raisons de commodité, la SFMG a pris l'habitude de rassembler Diagnostics et Classifications praticiennes sous le même vocable de « Résultat de Consultation » en affectant chacun d'une « position » symbolisée par une lettre :

- A pour classification par symptôme cardinal
- B pour classification par syndrome ou groupe de symptômes
- C pour classification par dominance ou tableau de maladie
- D pour diagnostic

En somme, ces « positions » viennent **pondérer** les conclusions du praticien. Non pas qu'il existe un poids spécifique à chacune de ces positions (« dès lors qu'elles cernent bien le problème médical du point de vue de la fonction généraliste et permettent une stratégie claire de l'action », elles ont toutes la même valeur) mais parce qu'il est mieux, dans l'intérêt du malade, que le médecin sache qu'il se trouve devant un état non caractéristique ; c'est la seule façon pour lui de garder l'esprit en éveil et de surveiller l'évolution dans les meilleures conditions.

Pourquoi utiliser le "Résultat de Consultation" ?

Il est le résultat de son analyse

La méthode permet au praticien de savoir où il en est : il a sous les yeux la totalité des symptômes et des signes qu'il observe, et qu'il aura ou non regroupés : c'est le résultat de son analyse de clinicien.

C'est une notion de certitude

Au moins temporaire, au moment de sa consultation. C'est bien la situation qu'il a observée, et non pas une hypothèse.

⁶ Vincent B. Analyse critique d'une enquête sur l'activité de généralistes – Maîtres de stage à l'université de Paris Sud. Documents de Recherches en médecine générale N° 15 1984.

⁷ Vincent B. L'épidémiologie en médecine générale : les pièges à éviter. La Revue du Praticien-Médecine Générale N° 23 du 11 avril 1998 .

Il prend en compte de tous les cas

Qu'il s'agisse de cas :

Caractéristiques (diagnostic ou tableau de maladie)

Non caractéristiques (symptôme ou syndrome)

Situation la plus fréquente dont nul ne peut dire – hic et nunc – s'il s'agit :

de troubles de santé mal définis et ne demandant pas d'éclaircissement ultérieure car disparaissant rapidement plus ou moins spontanément,

de maladies typiques mais vues à un stade précoce,

de formes atypiques de maladies demandant à être élucidées.

Ou peut-être de maladies non encore répertoriées dans la nosologie : l'exemple pas si ancien du SIDA est sans doute le plus emblématique.

Il garde le cas « ouvert »

Cette notion d'ouverture vers une évolution éventuelle est primordiale. Devant un symptôme ou un syndrome, elle évite au médecin de s'enfermer dans des conclusions diagnostiques erronées. Qualifier une douleur du mollet de myalgie, c'est aussi affirmer implicitement qu'il ne peut s'agir d'une thrombophlébite ; mieux vaut qualifier le cas de « douleur non caractéristique » localisée au mollet. Sans doute le praticien ne saura-t-il pas « ce qu'a son malade » dans l'immédiat, mais il saura « ce qu'il doit faire » : le revoir, le surveiller et demander en cas de persistance les examens complémentaires adéquats. C'est ainsi reconnaître la part du risque de toute situation.

Il laisse toute liberté dans la décision

Décision de revoir le malade plus tôt, de demander à l'entourage de rappeler en cas d'évolution rapidement défavorable, d'hospitaliser, de prescrire tel ou tel traitement « d'épreuve » ou de faire usage de « l'épreuve du temps », méthode peu coûteuse mais tellement utile. Mais le Résultat de Consultation n'est pas le seul élément déterminant la décision du praticien. D'autres facteurs⁸ interviennent qui délimitent « l'espace de liberté » du praticien.

Il permet de dénommer, de dénombrer,

mais aussi analyser et transmettre aisément les phénomènes observés. Ainsi prend toute sa valeur le langage commun à tous les praticiens exerçant la même spécialité.

Il a un Intérêt médico-légal évident

Le choix d'un Résultat de Consultation signifie en effet – ipso facto – que le praticien a bien éliminé par l'entretien et l'examen les risques liés à la situation. La lecture du dossier à la séance suivante, voire des années plus tard per-

⁸ Rosowski O. Le "Résultat de consultation" selon R.N. Braun. Revue du Praticien Médecine Générale N° 72 du 16 octobre 1989

⁹ Landolt-Theus P. Étude statistique complète des malades vus en un an dans un cabinet de médecine générale. Allgemein medizin 1986, 15 p. 71-80 Ed. Springer, traduit en français dans Documents de Recherches en Médecine Générale, n° 30, 1988.

¹⁰ Andral J. Un relevé des morbidités en médecine générale selon la "Kasographie" du Pr RN Braun durant les années 1994 et 1995 Groupe IMAGE, École Nationale de la Santé Publique

¹¹ <http://omg.sfm.org/>

mettra de certifier des constatations initiales, fut-ce devant un tribunal : l'ensemble des informations objectives et médicalement pertinentes à partir desquelles le médecin a pris ses décisions, figurent au dossier, elles sont datées, ne peuvent être réinterprétées ou mises en doute et témoignent de la qualité de sa démarche décisionnelle.

Il a enfin un intérêt déontologique et réglementaire

Le DRC constitue également un langage informatique « invariable » qui est facilement récupérable en cas de changement de logiciel métier volontaire ou forcé. Quinze ans d'évolution du marché ont démontré que cette éventualité est une quasi-certitude pour chaque professionnel engagé dans l'informatisation de son poste de travail.

Outre l'obligation de conservation des données du dossier médical, c'est un vrai désespoir et un handicap certain que de voir des années de travail de recueil d'informations disparaître parce qu'elles étaient non « codées »

3 – La loi de répartition régulière des cas

La loi de répartition régulière des cas, c'est le contraire de la « loi des séries » qui fait que le praticien voit deux infarctus en un mois et n'en verra plus pendant les deux années suivantes.

C'est pourquoi elle ne se vérifie que sur une période suffisamment longue, d'au moins 3 ans : tous les praticiens exerçant la médecine générale sous la même « latitude » doivent s'attendre à retrouver de façon régulière environ 278 résultats de consultation, pourvu qu'ils les désignent toujours de la même manière. Les moins fréquents seront observés au moins une fois tous les 3000 résultats de consultation (comptés une seule fois par épisode), soit à peu près une fois par an.

La fréquence régulière d'entités morbides identifiables a été vérifiée à de nombreuses reprises, par BRAUN tout au long de sa carrière mais aussi par Landolt-Theus⁹. Andral¹⁰. Le réseau de l'Observatoire de la Médecine Générale¹¹ la vérifie aussi depuis 14 ans.

Ainsi, le praticien généraliste n'observera-t-il pas dans sa carrière « toutes les maladies ».

Faudrait-il dire, alors, qu'il est inutile d'étudier le reste de la médecine (de beaux restes tout de même!). Non, bien sûr : le praticien devra connaître aussi les manifestations de la grossesse extra-utérine, ou du glaucome aigu qu'il rencontrera moins souvent.

Une préférence particulière du praticien pour telle ou telle activité ne modifie pas de façon significative l'aspect global de la répartition des cas. Elle crée simplement, par endroits, des « pics » plus ou moins importants. Ces « pics » sont liés d'une part à une mobilisation interne (attention plus « marquée » du praticien à certains troubles) d'autre part à une mobilisation externe (le praticien a une réputation de...)

4 – Risques

La décision de faire ou de ne pas faire est prise en état d'incertitude.

Incertain des doléances du malade qui ne se plaint que de ce dont il veut bien se plaindre, en passant sous silence – volontairement ou inconsciemment – ou au contraire en

majorant certains aspects de celles-ci. Incertitude des constatations dites objectives du médecin, qui peuvent varier selon les qualités d'observation de ce dernier, selon les conditions de lieu ou de temps d'observation, et qui dépendent aussi des caractéristiques « sui generis » du praticien (on a pu parler de « déterminants » permanents et circonstanciels)¹², ou du matériel dont il dispose.

Cette incertitude dans la décision rejoint « l'espace de liberté » que nous avons souvent évoqué. Pourtant, il est des cas où, malgré cette incertitude – qui n'est pas d'ailleurs l'apanage du praticien généraliste – la décision s'impose presque d'elle-même, en raison de la gravité potentielle de la situation :

- cet abdomen douloureux aigu semble bien être le siège d'une défense de la fosse iliaque droite
- cette fièvre élevée s'accompagne d'un aspect inquiétant du malade dont la nuque n'a tout de même pas la souplesse habituelle
- cette hématurie est quand même bien abondante chez cet homme encore jeune, fumeur, dont le grand-père est décédé d'un cancer de vessie.

Tout praticien a connu d'ailleurs cette angoisse – le terme n'est pas trop fort – quand il a été appelé en urgence au chevet d'un malade dont on lui a dit au téléphone « qu'il étouffait » et qu'il n'était « pas bien du tout ». N'est-ce pas la liste des Risques qu'il a « révisée » en chemin, au volant de sa voiture ?

BRAUN a parfaitement bien décrit cette problématique dans l'ouvrage publié sous les auspices de la SFMG en 1979¹³

« Le corps humain n'a pour réagir aux innombrables agressions pathogènes qu'un nombre relativement modeste de troubles et de signes de maladie perceptibles. Par suite les symptômes et syndromes pathognomoniques c'est-à-dire permettant de déterminer une maladie sans équivoque et donc faciles à saisir sont extrêmement rares »
« En médecine pratique, ce qui importe, c'est moins la désignation que le médecin choisit dans chaque cas particulier que l'appréciation – décisive elle – portant sur l'ensemble de la situation diagnostique : les réflexions sur ce qui lui a été indiqué et ce qu'il aura décelé ».

Braun insiste même sur ce qu'il appelle « le renversement de la démarche diagnostique »

« Au sujet de la présence de signes et (ou) de symptômes typiques, il y aurait lieu de noter en plus qu'en présence de telles caractéristiques, il faudra d'abord essayer de classer le cas dans la catégorie d'un tableau de maladie type : de violents vomissements après un repas copieux par exemple, peuvent guider vers une classification de gastrite. Mais, dès qu'on aura réalisé une adaptation satisfaisante à un tableau classique type, la conduite diagnostique devra s'inverser et il faudra à présent exclure, dans toute la mesure du possible, les évolutions critiques évitables les plus importantes pouvant présenter l'aspect d'une gastrite ».

Comment définir ce risque évolutif ?

Braun utilise à plusieurs reprises l'expression « d'évolution critique évitable ». Dans un opuscule résumant¹⁴ sa

théorie professionnelle, il utilise l'expression : « Der Abwendbar gefährliche Verlauf » (AGV) qu'on peut traduire par « le déroulement (cours) dangereux évitable », ou comme l'a fait Rosowski¹⁵ par « risque d'évolution grave évitable » (REGE).

C'est la description, en médecine générale, de l'évolution de maladies qui menace la santé ou même la vie *et qui peut être évitable en partie ou totalement par l'intervention appropriée du médecin*. La démarche diagnostique doit s'attacher à éliminer des maladies à début atypique (par exemple tumeur maligne, appendicite, glaucome, dépression).

C'est en somme désigner les maladies que la situation observée pourrait imiter et dont les conséquences potentiellement graves, voire mortelles peuvent être évitées par une intervention médicale ponctuelle.

On pourrait ainsi définir les Risques comme étant :

Les maladies qu'on peut évoquer devant le Résultat de Consultation choisi mais dont l'évolution rapidement grave, voire mortelle, pourrait être évitée par une intervention médicale adaptée.

C'est en cela que le risque est « évitable », sous la réserve, soulignée par Braun : « Cependant », dit-il, « 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 ».

Le Risque a ainsi une double fonction

- Taxinomique¹⁶ – pour employer un mot savant – puisque, devant être envisagé avant le choix du Résultat de Consultation, il participe indirectement à sa détermination.
- Décisionnelle, car le risque évolutif conditionne, en fonction de sa prégnance, l'attitude du médecin.

Le Risque est-il le même quel que soit le contexte ?

Non, bien sûr ! Il serait aussi ridicule de chercher un cancer de la prostate chez un enfant de 10 ans que de craindre une tumeur de l'utérus chez un homme, de ne pas évoquer un mésothéliome chez un travailleur de l'amiante ou une tuberculose pulmonaire chez un immigré récent.

Parmi les éléments contextuels à prendre en compte, la prévalence des maladies est sans doute le plus important : devant un état fébrile, le médecin de campagne poitevin, contrairement à son confrère du Bénin, ne pensera même pas au paludisme comme étant un risque évolutif. Il saura aussi que la douleur abdominale peut être le premier symptôme d'une appendicite aiguë plutôt que d'une entérocolite nécrosante.

¹² Gargot F. En quoi la pratique de la médecine générale est-elle spécifique ? L'éclairage des sciences humaines. La Revue du Praticien – Médecine Générale – tome x1 – N° 203 du 6 octobre 1997.

¹³ Braun R.N. Pratique, critique et enseignement de la médecine générale. Payot. Paris

¹⁴ Waltraud Fink et Gustav Kamenski Zur Berufstheorie des Allgemeinmedizin (Séminaire sur la Théorie professionnelle de Braun juillet 2000)

¹⁵ Rosowski O. sept 1997. Kasographie traduction.

¹⁶ Taxinomique ou taxonomique : science des lois de la classification

Les antécédents personnels et familiaux du malade, son âge, sa profession, le contexte épidémique du moment permettront de choisir dans la liste des Risques, les plus appropriés à la situation observée.

Ainsi, la liste des Risques attachée à chaque Résultat de Consultation ne sera-t-elle utilisée qu'en fonction du contexte.

5 – Que contient le Dictionnaire des Résultats de Consultation ?

C'est bien un dictionnaire : « un recueil de mots d'une langue, des termes d'une science, d'un art, rangés par ordre alphabétique avec leur signification », une nomenclature ordonnée en somme.

Il contient 278 Résultats de Consultation

Classés par ordre alphabétique, ils sont définis par :

- Des critères d'inclusion
- Une liste de Risques
- Une ou plusieurs positions diagnostiques
- Des compléments sémiologiques
- Des Voir Aussi
- Un encodage CIM-10

Il peut s'agir :

D'affections non caractérisées

(Symptôme et Syndrome)

CEPHALÉE

PLAINTÉ ABDOMINALE

COLIQUE (SYNDROME)

ÉTAT FÉBRILE (NON CARACTÉRISTIQUE)

D'affections caractérisées

(Tableau de Maladie et Diagnostics)

VARICELLE

ZONA

HERNIE – ÉVENTRATION

D'affections non pathologiques

GROSSESSE

MÉNOPAUSE

D'autres problèmes

Sociaux, professionnels, vaccinations, assimilables à des Résultats de Consultation en tant que problèmes à résoudre.

PROBLÈME PROFESSIONNEL

VACCINATION

Comment les retrouver dans cette liste alphabétique ?

La liste des Résultats de Consultation est assez longue (278 entrées) et l'utilisateur non averti risque de mettre du temps à isoler celui correspondant au cas qu'il observe. Sans doute par excès, ils ont été regroupés, dans le module informatique, par appareils ou fonctions (digestif, respiratoire, ORL, etc.). Par excès, car, par exemple, PRÉCORDIALGIE étant situé dans la région cardiaque a été regroupé artificiellement avec l'appareil cardiovascu-

laire alors que ce symptôme peut correspondre à tout autre chose (origine digestive ou pulmonaire par exemple). Il en est de même de DOULEUR NON CARACTÉRISTIQUE qui pourrait être regroupée avec tous les appareils anatomiques.

Ainsi la meilleure façon de retrouver le RC correspondant au cas est pour le débutant :

Parcourir la liste des Résultats de Consultation

Choisir au clavier, instinctivement, le RC que lui évoque le cas

Un phénomène douloureux localisé l'amènera à choisir DOULEUR au clavier, qui aboutira à DOULEUR NON CARACTÉRISTIQUE. Un mollet rouge tendu et douloureux l'amènera instinctivement à choisir THROMBOPHLEBITE, un œil rouge le conduira à CONJONCTIVITE ou à ŒIL (TRAUMATISME), ŒIL (LARMOIEMENT).

Lire la liste des VOIR AUSSI

Elle rassemble les RC proches en raison de certains critères d'inclusion communs. Il lui suffira alors d'affiner son choix. Après quelques jours ou semaines d'utilisation en temps réel, l'automatisme réalisera son effet habituel.

Dans quelques rares cas, aucun des RC de la liste ne sera satisfaisant

Il s'agit dès lors d'une affection plus rare et il faudra classer le cas en DHL (dénomination hors liste). Les DHL sont regroupés par classe de la CIM afin de faciliter la recherche.

Comment valider le Résultat de Consultation choisi

Choisir les critères d'inclusion

Ils sont indispensables pour justifier le choix. Le cas observé doit présenter tous les critères d'inclusion du RC choisi.

Des sigles précédant les critères indiquent qu'ils sont obligatoires :

++++ TOUS LES CRITÈRES PRÉCÉDÉS DE CE SIGLE DOIVENT ÊTRE CHOISIS.

++1| : un (1) au moins des critères précédés de ce sigle doit être choisi dans la liste.

(C'est le cas le plus fréquent)

++2| : deux (2) au moins des critères précédés de ce sigle doivent être choisis dans la liste

++3| : trois (3) au moins des critères précédés de ce sigle doivent être choisis dans la liste (Il s'agit de situations beaucoup plus rares)

Vérifier la liste des Risques

Afin de s'assurer qu'aucun autre diagnostic – dont l'évolution sévère serait évitable – pourrait être évoqué.

Indiquer la position diagnostique

Elle caractérise le cas : soit diagnostic certifié (position D) soit classification par symptôme cardinal ou saillant (position A), soit classification par syndrome (position B) soit classification par tableau de maladie (position C).

Cliquer sur les compléments sémiologiques

Ils sont précédés du sigle + - : les compléments sémiologiques n'ont aucun intérêt taxinomique (de classement du cas) mais viennent préciser une localisation, un côté, un symptôme ou un signe souvent associé au RC. Leur liste est limitée dans le but de ne pas alourdir inutilement la définition.

L'un d'eux est important, et se trouve en fin de liste :

+ - asymptomatique : il peut paraître ridicule de qualifier « d'asymptomatique » une situation pathologique ; pourtant, c'est le seul moyen d'indiquer que, le jour de la consultation où le praticien a pourtant pris en compte ce Résultat de Consultation, aucun des critères d'inclusion ne pouvait être choisi. C'est le cas de l'otite moyenne aiguë convoquée pour constater la guérison ; c'est le cas de l'hypertension artérielle dont les chiffres sont normalisés sous traitement. Si nécessaire, il est possible d'ajouter des commentaires dans l'espace réservé à cet effet : à la différence des précédents éléments, il s'agit d'un texte libre qui ne pourra pas être exploité de la même façon.

Choisir enfin le « Code-suivi »¹⁷

C'est un élément essentiel du Dictionnaire. Par trois lettres N, P et R, il permet de donner au Résultat de Consultation son caractère évolutif.

- N qualifie le cas de « nouveau » : nouveau (pour le système de santé) car c'est la première fois qu'il est pris en charge par un médecin, même si le malade indique présenter la symptomatologie dont il se plaint depuis plusieurs jours ou plusieurs mois.
- P indique qu'il s'agit d'un cas « persistant », dans le sens où le résultat de consultation est déjà connu d'un médecin (celui qu'il consulte ce jour ou lors d'une consultation précédente avec un autre médecin).
- R indique que le Résultat de Consultation a été « révisé » ; c'est-à-dire que cet « état fébrile non caractéristique » a évolué et s'est trouvé être une « pneumopathie aiguë » ; c'est-à-dire que cette « douleur non caractéristique » de l'hémithorax gauche a montré, quelques jours plus tard, qu'elle était le premier symptôme d'un « zona ». Est-ce à dire qu'on aura ainsi corrigé une « erreur de diagnostic » ? Non ! On aura simplement caractérisé le moment évolutif de l'affection qui, en effet, ne pouvait pas, lors de la première consultation, se manifester autrement que par un état fébrile ou par une douleur de l'hémi-thorax. D'ailleurs le pourcentage de « révisions » est très faible, ne dépassant pas 5 % sur la totalité du Dictionnaire.

Quant à la correspondance avec la CIM-10

L'utilisateur n'a pas à s'en préoccuper, car elle est déterminée automatiquement par l'encodage informatique, en

fonction des critères d'inclusion, voire, dans quelques cas plus rares, en fonction des compléments sémiologiques choisis.

6 – Le Résultat de Consultation détermine-t-il à lui seul la décision ?

Les éléments de la décision

Sans doute toute simplification est-elle réductrice, mais il est important de faire la liste de ces éléments, même si les uns et les autres s'entremêlent et ne devraient pas être séparés par catégories aussi tranchées : on verra en particulier comment les déterminants socio-culturels¹⁹ sont liés aux déterminants dits « intimes » ; on a déjà vu comment le choix du Résultat de Consultation est lié au Risque.

Le Résultat de Consultation lui-même

Il en est le « noyau dur ». Il mérite, nous l'avons déjà dit, d'être analysé à la lumière de la prévalence des affections qu'il pourrait évoquer, en fonction du lieu (c'est la probabilité primaire). Il doit l'être aussi à l'aune de ses qualités intrinsèques (c'est la probabilité post test). En somme si le praticien choisit « PRÉCORDIALGIE » quelle est la probabilité qu'il s'agisse d'un infarctus du myocarde ? Que devient cette probabilité si la symptomatologie est telle que le médecin choisit « ANGOR-INSUFFISANCE CORONARIENNE » pour qu'il s'agisse d'un infarctus ?

Le Risque

Nous avons vu plus haut combien l'évocation des Risques peut modifier la décision du praticien : la persistance d'une fièvre élevée, de maux de tête intenses, d'une nuque un peu moins souple que la veille, entraîneront probablement l'hospitalisation de ce jeune homme qui présente un état fébrile non caractéristique ?

Les antécédents personnels

Ils regroupent à la fois les antécédents « éteints » et les antécédents « actifs » ; ainsi la notion de lithiase vésiculaire retrouvée occasionnellement 10 ans auparavant pourrait-elle changer totalement la décision devant une plainte abdominale ; ainsi des antécédents personnels de polype colique, fut-il bénin entraîneront-ils une décision de coloscopie qui n'aurait pas été prise autrement devant cette constipation d'apparence banale.

Les antécédents familiaux

Est-ce la peine d'évoquer le cancer du sein d'une mère ou d'une tante, ou ceux de mort subite à la quarantaine d'un père ou d'un oncle ou d'un frère pour indiquer qu'ils joueront un rôle dans la décision de faire ou de ne pas faire une mammographie ou une épreuve d'effort ?

Les déterminants socioculturels

Ils font appel au langage du malade, patois, dialecte ou langue étrangère, aux référents culturels de la société d'origine et de celle du moment, à la conception de la maladie par le médecin comme par le malade. Ils sont liés aux suivants et n'en sont séparés ici que dans un objectif pédagogique.

¹⁷ Sourzac R. Recueil et analyse informatiques de 2000 séances de médecine générale. Proposition pour une représentation tridimensionnelle du résultat de séance. Thèse. Limoges. 1987

¹⁸ Vincent B. Évolution des résultats de consultation en médecine générale. Le taux de révision diagnostique est très faible. La Revue du Praticien – Médecine Générale, tome 5 N° 136 du 29 avril 1991

¹⁹ Sociologie et Anthropologie. Quels apports pour la médecine générale ? Doc. Rech. Méd. Gen., N° 64, novembre 2007, SFMG

Les déterminants intimes permanents ou circonstanciels

C'est sans doute une gageure de vouloir décrire l'intime²⁰ qui, par définition est enfoui et caché au plus profond de chacun. Cet intime qui peut être permanent, et caractéristique de l'individu (du médecin comme du malade) intervient pourtant de façon régulière dans la décision. Nous emprunterons à F. Gargot les exemples proposés.

Les déterminants du médecin

• Permanents

Son langage est particulier, tantôt calqué sur celui du malade, tantôt restreint à celui qu'il a acquis par son éducation ; les malades ne disent-ils pas qu'un tel est « fier » et tel autre « pas fier » ? Lui aussi a son modèle étiologique et son modèle thérapeutique dominants. Il a son environnement culturel, son modèle de soi, ses caractéristiques psychologiques, son « spectre » d'efficacité relationnelle, son type de patients favoris et ceux qu'il n'aime pas : tous les ingrédients sont là pour qu'il fasse ou ne fasse pas ou fasse différemment.

• Circonstanciels

La similarité d'un cas récent et son évolution heureuse ou malheureuse ne vont-ils pas l'influencer ? Le cas exposé la veille dans son groupe Balint, ou dans son Groupe de Pairs, les sources d'information (le journal télévisé que regarde aussi son malade), la visite du délégué médical, l'article lu deux jours plus tôt dans une revue médicale, le décès d'un proche, la dispute du matin avec son conjoint, l'insomnie de la nuit précédente : autant d'éléments qui vont influencer, sans nul doute, sur la décision du moment.

Les déterminants du malade

• Permanents

La structuration psychologue, la personnalité, le modèle de soi du malade, mais aussi ses référents culturels déjà cités.

• Circonstanciels

Ils font appel aux structures profanes de références (le voisin de « bon conseil »), au cas similaire dans l'entourage, à l'attente du malade, aux sources d'information du moment (média) et pour lui, comme pour le médecin aux aléas du moment.

Ceux de la relation médecin-malade

Largement décrits par Balint²¹, les effets mutuels de cette relation, du transfert, de l'âge relatif, de la distance relationnelle, de la différence de sexe, du statut social relatif et des expériences communes des périodes de santé et de maladie (« la compagnie d'investissement mutuel ») sont omniprésents.

Les déterminants législatifs et réglementaires

Entre le code pénal, le code civil, le code de déontologie médicale, les conventions entre les caisses d'assurance maladie et la profession médicale, les références médicales et les accords de bon usage des soins, les contraintes extérieures sont multiples.

C'est ainsi que se dessine « l'espace de liberté » du médecin

Il peut être plus ou moins large ou plus ou moins réduit selon le Résultat de Consultation, mais aussi pour un même Résultat de Consultation selon les déterminants cités plus haut :

- Cet enfant qui se plaint du ventre sera peut-être hospitalisé, alors qu'un autre du même âge et qui présente une douleur abdominale identique sera gardé à domicile sous surveillance. Il est vrai que les parents de l'un, cadre supérieur, sauront alerter à temps le médecin en cas de complication ; alors que le praticien peut craindre que les parents de l'autre, forains de passage, ne laissent se pérenniser une évolution critique ?
- Mais il est des cas où l'espace de liberté du médecin se réduit à la peau de chagrin : la sciatique paralysante, l'abdomen douloureux aigu avec contracture ne souffrent pas d'autre alternative que l'hospitalisation immédiate quels que soient les autres déterminants accessoires.

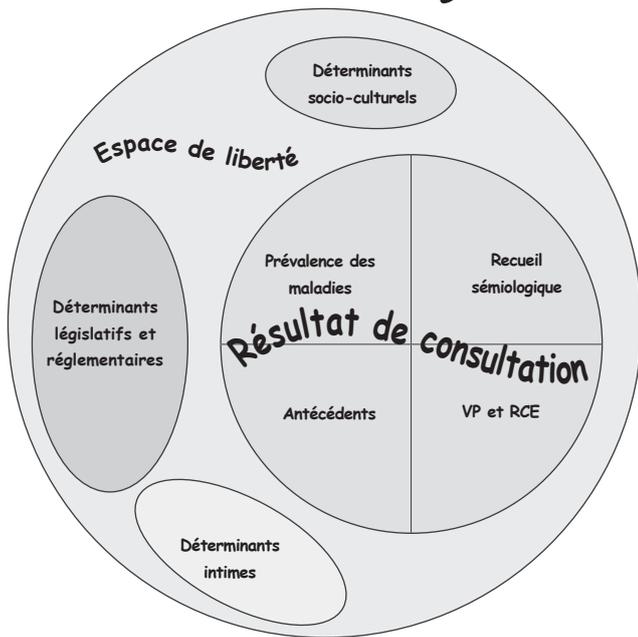
Un schéma pour mieux le dire ?

Si la simplification par le texte est réductrice, celle par le schéma l'est encore bien d'avantage. Nous avons figuré la décision comme l'ensemble du grand cercle extérieur qui ne change jamais de surface. L'espace de liberté est représenté par une sorte de « liquide interstitiel » bleuté dont le volume varie comme le montrent les exemples suivants tantôt en fonction du Résultat de Consultation lui-même, tantôt en fonction des autres déterminants de la décision.

²⁰ Intime : « se dit de ce qui est au plus profond de quelqu'un, de quelque chose, de ce qui constitue l'essence de quelque chose et reste généralement caché, secret » – « se dit de ce qui se passe entre un petit nombre de personnes plus ou moins étroitement unies par des liens d'amitié, d'amour et qui met en jeu les sentiments sincères, les idées personnelles, les relations franches, amicales, voire amoureuses » – « se dit de ce qui est caché des autres et appartient à ce qu'il y a de tout à fait privé » In Grand Dictionnaire Encyclopédique Larousse, Paris, 1983.

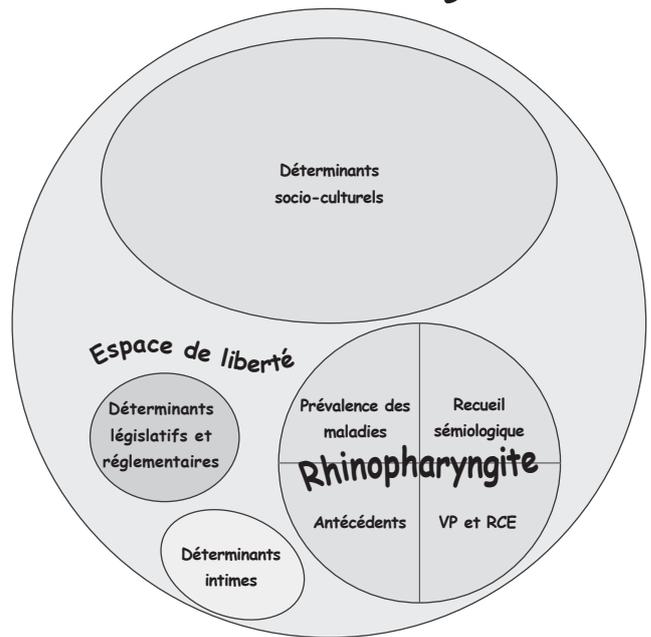
²¹ Balint M. Le médecin, son malade et la maladie. Payot 2^e édition 1988.

Décision(s)



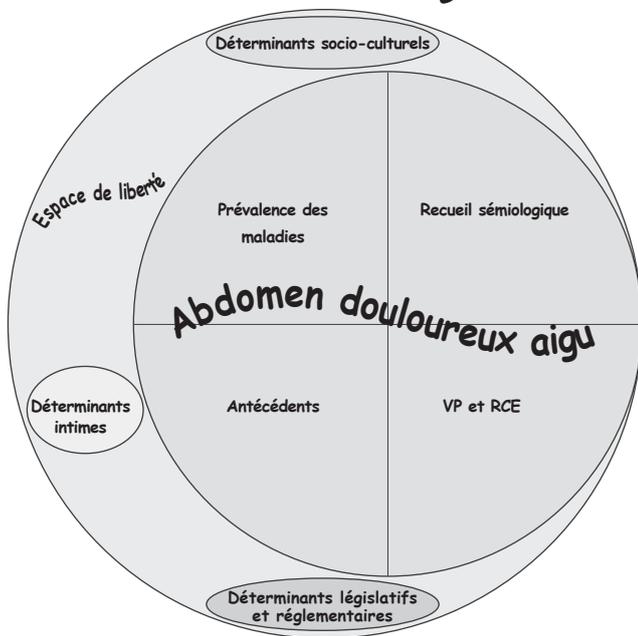
Le schéma général de la décision : le RC occupe la première place

Décision(s)



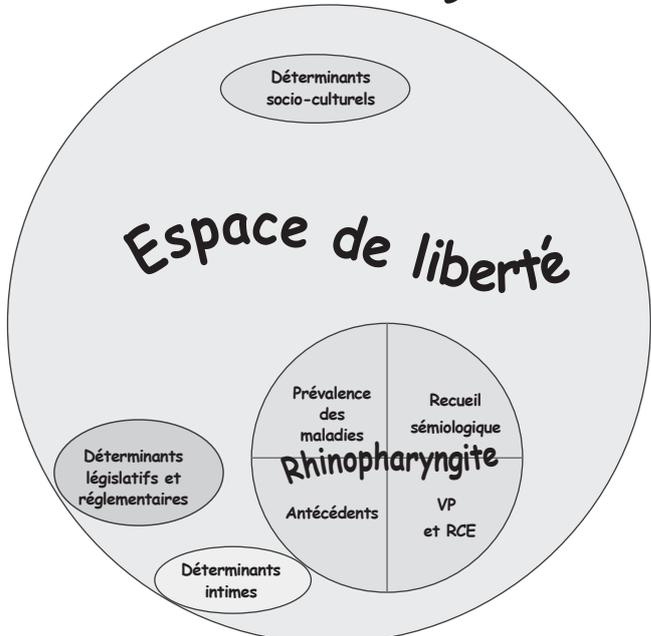
Exemple de décision avec « espace de liberté » réduit par les déterminants socio-culturels : le RC Rhinopharyngite n'occupe plus la première place

Décision(s)



Exemple de décision avec « espace de liberté » réduit par le résultat de consultation lui-même qui occupe tout l'espace

Décision(s)



Exemple de décision avec « espace de liberté » très large. Aucune « bulle » n'est prédominante, hormis celle du RC



DÉFINITION

- ++++ TUMÉFACTION LOCALISÉE
- ++++ DOULOUREUSE souvent lancinante
- ++1 | SUPERFICIELLE
 - ++++ rougeur et inflammation dans la localisation sous cutanée
 - ++++ augmentation de la chaleur locale
 - + – mise en évidence de pus
- ++1 | INTRAMUSCULAIRE
 - ++++ mise en évidence de pus
- + – fluctuation à la palpation attestant de l'évolution vers la collection
- + – fistulisation
- + – adénopathie loco-régionale
- + – fièvre
- + – porte d'entrée identifiée (piqûre accidentelle, corps étranger, injection médicamenteuse)
- + – récurrence
- + – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

C, D

VOIR AUSSI

ADÉNOPATHIE
COL UTÉRIN (ANOMALIE DU)
SEIN (TUMÉFACTION)
TUMÉFACTION

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Cette définition prend en compte les abcès dits superficiels. Elle exclut les abcès viscéraux qui seront relevés en DÉNOMINATION HORS LISTE. Par ailleurs, il est convenu que les abcès dentaires seront relevés par le résultat de consultation DENT (PATHOLOGIE DE LA).

Critères d'inclusion

Cette définition propose de séparer les abcès superficiels en deux catégories en fonction de leur profondeur.

– Les abcès tégumentaires pour lesquels les signes cliniques obligatoires suffisent pour relever ce résultat de consultation. La mise en évidence de pus reste facultative.

– Les abcès sous tégumentaires qui ne peuvent être individualisés qu'avec la mise en évidence de pus (critère obligatoire). Devant les seuls signes cliniques obligatoires, le médecin ne peut pas avoir la certitude d'un abcès avant de ponctionner. Dans ces cas, on choisira le résultat de consultation TUMÉFACTION qui pourra être révisé si nécessaire.

Voir aussi

SUITE OPÉRATOIRE : Les suppurations post-opératoires seront relevées par ce résultat de consultation.

TUMÉFACTION : On choisira ce résultat de consultation pour les tuméfactions douloureuses et inflammatoires plus profondes avant la mise en évidence de pus. Il pourra être secondairement révisé en ABCÈS.

Position(s) diagnostique(s)

C : Pour les abcès superficiels sans mise en évidence de pus.

D : Si l'un des critères « mise en évidence de pus » est relevé (avec ou sans identification de germes).

CORRESPONDANCE CIM – 10

L02.9 : Abcès cutané, furoncle et anthrax, sans précision (code par défaut)

M60.0 : Myosite infectieuse

DÉFINITION

++++ DOULEUR ABDOMINALE SPONTANÉE
 ++++ RETROUVÉE par la PALPATION

++1 | ARRÊT NET du TRANSIT
 ++1 | DÉFENSE ou CONTRACTURE de la PAROI ABDOMINALE
 ++1 | HYPOTENSION voire CHOC

+ – nausées ou vomissements
 + – fièvre ou sensation de fièvre

+ – récédive

+ – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

B

VOIR AUSSI

CHOLÉCYSTITE
 COLIQUE NÉPHRÉTIQUE
 COLIQUE (SYMPTOME)
 DYSMÉNORRHÉE
 ÉTAT FÉBRILE
 ÉTAT MORBIDE AFÉBRILE
 HERNIE – ÉVENTRATION
 INFARCTUS DU MYOCARDE
 MÉTÉORISME
 PLAINTÉ ABDOMINALE
 PNEUMOPATHIE AIGUË
 PYÉLONÉPHRITE AIGUË

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Autres dénominations possibles: syndrome abdominal aigu, urgence abdominale, abdomen chirurgical. Dans cette définition, la douleur de l'abdomen, associée aux signes d'accompagnement, évoque un risque d'évolution grave et nécessite la mise en œuvre d'une démarche programmée urgente. Ce résultat de consultation sera éventuellement révisé une fois le diagnostic prouvé (ex: appendicite).

Critères d'inclusion

Ils caractérisent d'une part la DOULEUR de l'abdomen qui doit être SPONTANÉE et RETROUVÉE à l'examen lors de la séance, pouvant aller jusqu'à la défense voire la contracture, et d'autre part des signes d'accompagnement qui soulignent l'urgence du tableau (arrêt du transit, hypotension, choc). À noter que l'intensité de la douleur n'est pas précisée dans la définition. Elle peut s'être atténuée au moment de l'examen ; dans ce cas les données de l'interrogatoire et les autres signes objectifs d'examen prennent toute leur importance sans toutefois être suffisants pour permettre de classer le cas sous un autre résultat de consultation.

Compléments sémiologiques

Ils complètent la sémiologie et soulignent son aspect aigu.

Voir aussi

Les tableaux caractéristiques (ex: cholécystite) ou les diagnostics certifiés (ex: appendicite) ne doivent pas être relevés par ce résultat de consultation. En revanche, ils pourront être choisis secondairement une fois le diagnostic étayé.

Position(s) diagnostique(s)

B: L'association des différents signes obligatoires d'inclusion en fait un syndrome. Par contre, ils ne sont pas suffisamment spécifiques pour correspondre à un tableau de maladie (position C).

CORRESPONDANCE CIM – 10

R10.0: Syndrome abdominal aigu

DÉFINITION

- ++++ MANIFESTATION(S) PHYSIQUE(S) DE LOCALISATIONS ET DE MODALITÉS VARIÉES
 - + + 1 | constatée(s)
 - + + 1 | rapportée(s)
- ++++ NON CARACTÉRISTIQUES D'UN AUTRE RÉSULTAT DE CONSULTATION
- ++++ DE CARACTÈRE PAROXYSTIQUE
- ++++ ABSENCE DE TROUBLE DE LA CONSCIENCE

- + + 1 | agitation avec cris, pleurs
- + + 1 | spasmes musculaires avec signes hyperventilation
 - + + 1 | paresthésies des extrémités, de la bouche
 - + + 1 | main d'accoucheur
 - + + 1 | signe de trousseau
 - + + 1 | signe de Chvostek
- + + 1 | autres mouvements anormaux non caractéristiques

- + – expression théâtrale des symptômes
- + – en présence de témoins

- + – récidive

- + – asymptomatique

RISQUE(s)

ACCIDENT ISCHÉMIQUE TRANSITOIRE
HYPOGLYCÉMIE
SYNDROME DE STOCKES-ADAMS

POSITION(s) DIAGNOSTIQUE(s)

B

VOIR AUSSI

ANXIÉTÉ – ANGOISSE
DYSPNÉE
MALAISE – ÉVANOUISSEMENT
PALPITATION – ÉRÉTHISME CARDIAQUE
PLAINTES POLYMORPHES (TROUBLE SOMATOFORME)
RÉACTION À SITUATION ÉPROUVANTE

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Cette définition regroupe des manifestations diverses, survenant par crise, dont l'origine psychique ou somatique ne peut pas être affirmée, et qui ne peuvent être classés dans aucun tableau typique.

Généralement le médecin n'assiste pas à ces crises. Elles lui sont seulement décrites. Comme l'indique BRAUN dans sa Casuographie « Il s'avère qu'il n'est pas rare qu'au bout de plusieurs années les crises s'avèrent être épileptiques, ou purement psychogènes ».

Critères d'inclusion

Les manifestations physiques sont au premier plan et leur caractère paroxystique (« crise » ou « accès » est obligatoire)

Elles ne sont caractéristiques d'aucun autre résultat de consultation

Il ne doit pas y avoir de trouble de la conscience

Il convient de préciser si la crise a été observée par le médecin lui-même ou si elle lui a été rapportée (ce qui est le plus fréquent) par le malade ou l'entourage.

L'un au moins des trois critères d'inclusion à choix multiple doit être choisi :

– L'agitation avec cris et pleurs

– Les spasmes par hyperventilation comme on l'observe dans la « tétanie » (à l'exclusion des tétanies secondaires à une thyroïdectomie ou d'origine parathyroïdienne et les « convulsions dissociatives ») avec au moins l'un des critères d'inclusion.

– D'autres manifestations non caractéristiques avec mouvements involontaires anormaux (tremblement survenant par crise, contractions localisées ou autre).

Compléments sémiologiques

L'expression théâtrale et la présence de témoins sont souvent retrouvés dans ce type de crise.

Voir aussi

ANXIÉTÉ – ANGOISSE : ce résultat de consultation peut être relevé simultanément à ACCÈS ET CRISE si la dimension psychologique est soulignée.

MALAISE – ÉVANOUISSEMENT : s'en distingue par la présence de prodromes et la possibilité de trouble de la conscience.

RÉACTION À SITUATION ÉPROUVANTE : dans ce cas, contrairement à ACCÈS ET CRISE, l'événement déclenchant est au premier plan du tableau clinique.

PLAINTES POLYMORPHES (TROUBLE SOMATOFORME) : dans ce cas, les signes n'ont aucun caractère paroxystique.

Position(s) diagnostique(s)

B : Il s'agit le plus souvent d'un syndrome associant un ensemble de manifestations qui peuvent être regroupées.

CORRESPONDANCE CIM – 10

R45.7 : État de choc émotionnel et tension, sans précision

R29.0 : Tétanie

R25.8 : Mouvements involontaires anormaux, autres et non précisés

DÉFINITION

++++ DÉFICIT NEUROLOGIQUE CENTRAL
 ++++ D'INSTALLATION BRUSQUE
 ++++ ABSENCE DE TRAUMATISME DÉCLENCHANT

++1 | RÉCENT
 ++1 | SÉQUELLAIRE

++1 | MONOPARÉSIE ou MONOPLÉGIE
 ++1 | HEMIPARÉSIE ou HÉMIPLÉGIE
 ++1 | TROUBLES de l'ÉLOCUTION, voire APHASIE
 ++1 | TROUBLES SENSORIEL(s), HÉMIANOPSIE, etc.
 ++1 | TROUBLES de la MÉMOIRE
 ++1 | AUTRE (à préciser en commentaire)

+ – troubles de la conscience voire coma
 + – disparition rapide des troubles (accident ischémique transitoire – AIT)
 + – résultats d'examens complémentaires
 + – hémorragie cérébrale
 + – infarctus cérébral

+ – récédive

+ – asymptomatique

RISQUE(s)

COMA MÉTABOLIQUE
 HÉMORRAGIE INTRACRÂNIENNE
 TRAUMATISME CRÂNIO-CÉRÉBRAL
 TUMEUR CÉRÉBRALE

POSITION(s) DIAGNOSTIQUE(s)

C

VOIR AUSSI

ACCÈS ET CRISE
 CÉPHALÉE
 ÉPILEPSIE
 MALAISE – ÉVANOUISSEMENT
 MÉMOIRE (PERTE DE)
 MIGRAINE
 NÉVRALGIE – NÉVRITE
 PARESTHÉSIE DES MEMBRES
 SÉNILITÉ (SUJET ÂGÉ FRAGILE)
 TRAUMATISME CRÂNIO-CÉRÉBRAL

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Ce titre est retenu pour désigner les déficits neurologiques d'origine vasculaire d'installation brusque, ainsi que les séquelles éventuelles pouvant persister.

Critères d'inclusion

Ils permettent de décrire les principales atteintes neurologiques observées avec la possibilité d'utiliser et de noter en commentaire d'autres tableaux cliniques. Le critère ABSENCE DE TRAUMATISME DÉCLENCHANT est obligatoire car dans cette éventualité les atteintes neurologiques seront relevées par traumatisme crânio-cérébral.

Compléments sémiologiques

Pour les troubles de conscience, leur nature et leur importance seront notées en commentaire. Les accidents ischémiques transitoires peuvent être relevés ici dans les cas de disparition rapide des troubles. Les résultats d'examens complémentaires permettent d'évaluer l'importance de l'atteinte neurologique et souvent d'en comprendre le mécanisme par hémorragie ou infarctus cérébral.

Voir aussi

Certains résultats de consultation peuvent précéder ou constituer les premières manifestations d'un ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL

Position(s) diagnostique(s)

C : Pour l'un des tableaux caractéristiques.

CORRESPONDANCE CIM – 10

G45.9 : Accident ischémique cérébral transitoire, sans précision
 G83.3 : Monoplégie, sans précision
 G81.9 : Hémiplégie, sans précision
 R40.2 : Coma sans précision
 R41.8 : « syndromes et signes relatifs aux fonctions cognitives et à la conscience, autres et non précisés »
 R47.8 : « troubles du langage, autres et non précisés »
 H58.1 : Troubles de la vue au cours de maladies classées ailleurs
 I61.9 : Hémorragie intracérébrale sans précision
 I63.9 : Infarctus cérébral sans précision
 I64 : Accident vasculaire cérébral, non précisé comme étant « hémorragique ou par infarctus »
 I69.1 : Séquelles d'hémorragie intracérébrale
 I69.3 : Séquelles d'infarctus cérébral
 I69.4 : Séquelles d'accident vasculaire cérébral, non précisé comme étant hémorragique ou par infarctus

DÉFINITION

- ++1 | COMÉDONS : « POINTS NOIRS »
- ++1 | MICRO-KYSTES
- ++1 | PAPULO-PUSTULES
- ++1 | NODULO-KYSTES
- ++1 | CICATRICES
 - +1 | inflammatoires
 - +1 | non inflammatoires

- ++1 | VISAGE
- ++1 | THORAX
- ++1 | AUTRE(s) LOCALISATION(s) (à préciser en commentaire)

- + – séborrhée
- + – inflammation (acné tubéreuse)
- + – surinfection

- + – récédive

- + – asymptomatique

POSITION(s) DIAGNOSTIQUE(s)

C

VOIR AUSSI

ABCÈS SUPERFICIEL
 CICATRICE
 FOLLICULITE SUPERFICIELLE
 FURONCLE – ANTHRAX
 KYSTE SÉBACÉ

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Le terme de « vulgaire » élimine la dénomination voisine d'acné rosacée qui n'est pas une acné.

Critères d'inclusion

Permettent de décrire les aspects anatomo-cliniques justiciables de prises en charge thérapeutiques différentes. Les lésions cicatricielles d'acné pourront aussi être classées sous cette dénomination.

Compléments sémiologiques

Séborrhée plus ou moins importante souvent associée. Le terme inflammatoire s'applique à l'acné tubéreuse.

Voir aussi

Un FURONCLE-ANTHRAX au début ou un KYSTE SÉBACÉ peuvent poser un problème de discrimination.

Position(s) diagnostique(s)

C : Devant un des tableaux caractéristiques.

CORRESPONDANCE CIM – 10

L70.0 : Acné vulgaire
 L70.1 : Acné conglobata
 L70.8 : Autres formes d'acné

DÉFINITION

- ++++ BRUIT dans l'OREILLE
- ++++ PERÇU par le PATIENT
 - ++1 | BOURDONNEMENT(s)
 - ++1 | SIFFLEMENT(s), BRUISSEMENT(s)
 - ++1 | RONFLEMENT(s)
 - ++1 | TINTEMENT(s)
 - ++1 | AUTRE(s) (à préciser en commentaire)
- + – bilatéral
- + – permanent
- + – intermittent
- + – mal toléré
- + – pulsatile : synchrone au pouls ou à la respiration
- + – cause déclenchante identifiée (traumatisme sonore ou autre, intoxication, etc.)
- + – récidive
- + – asymptomatique

POSITION(s) DIAGNOSTIQUE(s)

A

VOIR AUSSI

CÉRUMEN (BOUCHON DE)
HTA
OTITE MOYENNE
PLAINTES POLYMORPHES (TROUBLE SOMATOFORME)
PSYCHIQUE (TROUBLE)
SYNDROME MANIACO-DÉPRESSIF
FURONCLE – ANTHRAX

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Autre dénomination : « bourdonnement d'oreille ».

Ce résultat de consultation permet de relever les acouphènes lorsqu'ils sont pris en charge par le médecin et qu'ils ne peuvent pas être rattachés en fin de séance à une pathologie causale.

Critères d'inclusion

Ils proposent les principales variétés de bourdonnements perçus par le patient.

Compléments sémiologiques

Ils permettent la description des autres caractéristiques de ces perceptions auditives.

Voir aussi

Ces résultats de consultation peuvent être soit associés aux ACOUPHÈNES, soit en être la cause.

Position(s) diagnostique(s)

A : Il ne peut s'agir que d'un symptôme.

CORRESPONDANCE CIM – 10

H93.1 : Acouphènes

DÉFINITION

++++ TUMÉFACTION(s) dans UNE ou DES ZONES
GANGLIONNAIRES

- + – douloureuse
- + – fixée, dure
- + – bien limitée
- + – périadénite
- + – multiple
- + – localisée
- + – dans différents territoires
- + – notion de porte d'entrée cutanée ou muqueuse
dans le territoire correspondant
- + – récidive
- + – asymptomatique

RISQUE(s)

HÉMOPATHIE

POSITION(s) DIAGNOSTIQUE(s)

A

VOIR AUSSI

ABCÈS SUPERFICIEL
ÉTAT FÉBRILE
ÉTAT MORBIDE AFÉBRILE
HERNIE – ÉVENTRATION
Kyste SÉBACÉ
LYMPHANGITE
MORSURE – GRIFFURE
PIQÛRE D'INSECTE
PLAIE
TUMÉFACTION

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Permet la prise en compte de toutes les adénopathies isolées ou multiples dans un ou plusieurs territoires, à condition qu'il n'existe aucun autre signe clinique général ou localisé expliquant la présence de ces adénopathies.

Critères d'inclusion

La simple perception d'une tuméfaction ganglionnaire permet de retenir ce résultat de consultation.

Compléments sémiologiques

Ils permettent de caractériser l'adénopathie, de préciser si elle est unique ou non, dans un ou plusieurs territoires et si une porte d'entrée infectieuse est suspectée.

Le « multiples » ne veut pas dire qu'il y a des adénopathies dans plusieurs territoires mais qu'on palpe plusieurs adénopathies au même endroit.

Voir aussi

Certains de ces résultats de consultation permettent de rattacher directement l'adénopathie(s) à une cause (ABCÈS, MORSURE, PIQÛRE D'INSECTE, PLAIE). Ils seront alors préférés à ADÉNOPATHIE.

Position(s) diagnostique(s)

A : Si adénopathie(s) dans un seul territoire.

CORRESPONDANCE CIM – 10

R59.9 : Adénopathie, sans précision.

R59.0 : Adénopathies localisées

R59.1 : Adénopathies généralisées

Lymphadénopathie SAI à l'exclusion de : maladie due au VIH à l'origine d'une adénopathie généralisée (persistante) (B23.1)

I88.9 : Lymphadénite non spécifique, sans précision

DÉFINITION

++++ PRÉSENCE d'ALBUMINE dans les URINES

++++ NON CLASSABLE AILLEURS

+ +1 | par DOSAGE

+ +1 | à la BANDELETTE

+ – récidive

+ – asymptomatique

RISQUE(s)

ATTEINTE RÉNALE

POSITION(s) DIAGNOSTIQUE(s)

A

VOIR AUSSI

ANOMALIE BIOLOGIQUE SANGUINE

BACTÉRIURIE-PYURIE

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Inclut la présence de protéinurie isolée dans les urines, en dehors de la grossesse qui sera relevée en DHL 15 – Grossesse, accouchement et puerpéralité (O12.1)

et en dehors de l'albuminurie orthostatique qui, après confirmation, sera relevée en autre DHL – 14 – Maladies de l'appareil génito-urinaire (N39.1)

Critères d'inclusion

Il suffit que la présence d'albuminurie soit retrouvée à la bandelette au cabinet du médecin ou au laboratoire par dosage.

Compléments sémiologiques

Permet de noter la notion de récidive

Voir Aussi

ANOMALIE BIOLOGIQUE SANGUINE : ne s'applique pas ici

BACTÉRIURIE-PYURIE : à choisir si l'albuminurie s'accompagne de la présence d'une leucocyturie ou d'une bactériurie.

Position(s) diagnostique(s)

A

CORRESPONDANCE CIM – 10

R80 : Protéinurie isolée

DÉFINITION

- ++++ PLAINTE ou TROUBLE LIÉS à une CONSOMMATION ANORMALE de BOISSON ALCOOLISÉE, de TYPE :
- ++1 | buveur excessif à l'interrogatoire (H > 28 verres d'alcool par semaine et F > 14 verres)
 - ++1 | dépendance psychologique (désir irrésistible de boire par moments dans certaines situations)
 - ++1 | dépendance physique (incapacité d'arrêter de boire plus de 3 jours)
 - ++1 | ivresse aiguë (violence, blessure, coma, etc.)
 - ++1 | syndrome de sevrage, pré-DT (anxiété, énervement, insomnie, tremblements, sueurs...)
- + - problème évoqué par :
- ++1 | le patient
 - ++1 | l'entourage (famille, amis, entreprise, autres professionnels, etc.)
 - ++1 | le médecin
- + - prise en charge avec d'autres intervenants (médical, social, structure spécialisée, etc.)
- + - entourage reçu pendant la séance (à préciser en commentaire)
- + - déni malgré des troubles évidents (peur, honte...)
- + - poursuite de l'alcoolisation ou refus de changement immédiat
- + - crainte de réalcoolisation
- + - réalcoolisation (rechute)
- + - asymptomatique

RISQUE(s)

CANCERS
CIRRHOSE
DÉPRESSION
POLYTOXICOMANIE

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

B

VOIR AUSSI

ACCÈS ET CRISE
DÉPRESSION
HUMEUR DÉPRESSIVE
MALAISE – ÉVANOUISSEMENT
NERVOSISME
PHOBIE
PLAINTES POLYMORPHES (TROUBLE SOMATOFORME)
PSYCHIQUE (TROUBLE)
SYNDROME MANIACO-DÉPRESSIF
TOXICOMANIE

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Il s'agit d'une définition générique qui tient compte de la pratique généraliste. Elle permet de relever toutes les situations où l'abus de boissons alcoolisées pose un problème somatique, psychique, familial ou social. Cette définition ne recouvre donc pas uniquement le tableau classique de l'alcoolisation chronique.

Critères d'inclusion

Ils permettent de classer en fonction du type d'alcoolisation.

- ☞ **BUVEUR EXCESSIF** : pour des consommations au moins égales à 28 verres d'alcool par semaine pour les hommes et 14 pour les femmes. Il n'y a pas encore de dépendance au produit, mais le médecin informe le patient des risques à venir. Le patient peut s'en inquiéter et en parler.
- ☞ **DÉPENDANCE PSYCHOLOGIQUE** : l'alcool prend une place importante dans la vie du patient. Il y a recours pour faire la fête, pour se stimuler, pour se détendre, pour diminuer ses angoisses... Mais il n'y a pas forcément de dépendance organique au produit, sinon le critère suivant sera relevé simultanément.
- ☞ **DÉPENDANCE PHYSIQUE** : c'est le cas de l'alcoolique dit chronique. Il ne peut se passer de boire de l'alcool, sinon il présente des signes de manque (de sevrage). Faire le test des 3 jours sans boire.
- ☞ **IVRESSE AIGUË** : permet de relever les séances où le médecin est en contact avec un patient en état d'ivresse ou que les ivresses soient évoquées pendant la séance parce qu'elles posent des problèmes au patient ou à son entourage.
- ☞ **SYNDROME DE SEVRAGE, PRÉ-DT** : le vrai delirium tremens ne se voit guère, il a été décidé de modifier ce critère en ajoutant l'expression syndrome de sevrage. Cette situation est possible en pratique, lors des soins ambulatoires, en cas d'immobilisation, dans les états fébriles ou quelquefois lors de tentatives intempestives d'auto-sevrage. Le vrai delirium tremens sera relevé en DHL.

Compléments sémiologiques

Ils permettent de préciser d'une part, qui a pris l'initiative d'évoquer le problème et, d'autre part, la situation du patient vis-à-vis de sa consommation d'alcool :

- + - déni du problème : est retenu s'il existe des signes évidents de difficultés liées à l'alcool, malgré la négation du patient. Il peut s'agir d'un mensonge, d'une anosognosie mais aussi de peur, de honte...
- + - poursuite de l'alcoolisation : permet de tenir compte du patient qui refuse des soins mais aussi de celui qui tout en poursuivant à consommer chemine progressivement vers le changement.
- + - crainte de réalcoolisation : permet, dans le suivi du patient abstinent, de relever les séances où il évoque ses craintes de rechute.
- + - réalcoolisation, rechute : on substitue au critère habituel de récurrence, rechute et réalcoolisation plus usités en alcoologie.

Voir Aussi

Certains de ces résultats de consultation peuvent être intriqués ou aggravés avec l'abus d'alcool. Ils peuvent donc être relevés parallèlement.

Position(s) diagnostique(s)

B : Ni symptôme, ni tableau de maladie, car il est arbitrairement considéré, malgré le terme de maladie alcoolique, que ces problèmes sont symptomatiques d'un trouble sous-jacent.

CORRESPONDANCE CIM – 10

- F10.9 : Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, sans précision (code par défaut)
- F10.0 : Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, intoxication aiguë
- F10.1 : Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation nocive pour la santé
- F10.2 : Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance
- F10.3 : Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de sevrage

DÉFINITION

- ++++ DOULEUR ARTICULAIRE
- ++++ SURVENANT à MOYEN TERME après :
 - +1 | traumatisme
 - +1 | immobilisation
 - +1 | autre(s) (à préciser en commentaire)
- ++++ ÉVOLUTION PROLONGÉE
- ++1 | TROUBLES VASOMOTEURS :
 - +1 | œdème
 - +1 | hypersudation
 - +1 | rougeur
 - +1 | chaleur
 - +1 | autre(s) (à préciser en commentaire)
- ++1 | TROUBLES TROPHIQUES
 - +1 | raideur
 - +1 | amyotrophie
 - +1 | sécheresse cutanée
- ++1 | IMAGERIE
 - +1 | ostéoporose pommelée régionale
 - +1 | image scintigraphique caractéristique
- + – récidive
- + – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

B, C

VOIR AUSSI

ARTHROPATHIE – PÉRIARTHROPATHIE
 DOULEUR NON CARACTÉRISTIQUE
 ÉPAULE DOULOUREUSE
 GOUTTE
 NÉVRALGIE – NÉVRITE
 CEDÈME DES MEMBRES INFÉRIEURS
 OSTÉOPOROSE
 TÉNOSYNOVITE

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Autres dénominations : algoneurodystrophie, ostéoporose post-traumatique, maladie de Sudek, maladie de Leriche, maladie de Kienböck. La multiplicité des dénominations montre le polymorphisme des tableaux cliniques.

Critères d'inclusion

Outre la DOULEUR, le FACTEUR DÉCLENCHANT et l'ÉVOLUTION PROLONGÉE sont indispensables pour relever cette dénomination. FACTEUR DÉCLENCHANT : il s'agit le plus souvent d'un traumatisme dont les suites sont anormalement prolongées. Il peut s'agir aussi de causes plus rares (neurologiques, cardiologiques, diabète, barbituriques, etc.). Le malade peut être vu à différents stades d'évolution de la pathologie :
 -phase « chaude » avec des TROUBLES VASOMOTEURS,
 -phase « froide » avec des TROUBLES TROPHIQUES. C'est parfois l'IMAGERIE qui permet de faire le diagnostic : les signes radiologiques caractéristiques sont une ostéoporose pommelée régionale, avec intégrité des interlignes et des contours osseux. Il peut s'agir également d'un résultat scintigraphique.

Voir aussi

Certains résultats de consultation permettent de relever dans un premier temps, une douleur insuffisamment caractéristique pour être ensuite révisés en ALGODYSTROPHIE. D'autres pourront être relevés simultanément en cas de pathologie associée.

Position(s) diagnostique(s)

B : S'il n'y a pas d'imagerie caractéristique.
 C : Si l'imagerie est caractéristique.

CORRESPONDANCE CIM – 10

M89.0 : Algoneurodystrophie

DÉFINITION

- ++++ PERTE de POIDS
- ++++ INVOLONTAIRE (en dehors de tout régime volontaire ou prescrit)
- ++++ INEXPLIQUÉE (aucune cause n'est mise en évidence au cours de la séance)
- + – retentissement
- + – récédive
- + – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

A

VOIR AUSSI

ANOREXIE – BOULIMIE
 APPÉTIT (PERTE D')
 ASTHÉNIE – FATIGUE
 CANCER
 DÉPRESSION
 DIABÈTE DE TYPE 1
 HUMEUR DÉPRESSIVE
 PARASITOSE DIGESTIVE
 V.I.H.

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Autre dénomination : perte de poids.

Cette définition permet de relever les amaigrissements qui ne peuvent, en fin de séance, être rattachés à une pathologie précise et donc ne peuvent être inclus dans un autre résultat de consultation.

Il s'agit donc d'un état évolutif à surveiller.

Critères d'inclusion

Ils imposent à la PERTE DE POIDS d'être INVOLONTAIRE et INEXPLIQUÉE.

Le jour de l'examen aucune cause ne doit être identifiée, y compris un régime alimentaire.

Compléments sémiologiques

À retenir si la perte de poids entraîne un retentissement, qu'il soit physique ou psychologique.

Voir aussi

On retrouve souvent dans ces définitions un amaigrissement, mais celui-ci trouve alors une explication contrairement au résultat de consultation AMAIGRISSEMENT.

Position(s) diagnostique(s)

A : Car il s'agit ici d'un symptôme isolé.

CORRESPONDANCE CIM – 10

R63.4 : Perte de poids anormale

DÉFINITION

- ++1 | RETARD de RÈGLES (de moins de 3 mois)
- ++1 | ABSENCE de RÈGLES (de plus de 3 mois)
 - ++1 | primaire
 - ++1 | secondaire
- ++1 | OLIGOMÉNORRHÉE (règles de faible importance)
- ++1 | SPANIOMÉNORRHÉE (règles rares)

- + – après contraception hormonale
- + – après un accouchement
- + – événement concomitant (deuil, séparation, etc.)
- + – galactorrhée
- + – prolactinémie élevée
- + – signes d'hirsutisme
- + – grossesse évoquée par la patiente

- + – récidive

- + – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

A

VOIR AUSSI

BOUFFÉES DE CHALEUR
 GROSSESSE
 MÉNOPAUSE
 MÉNORRAGIE – MÉTRORRAGIE

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Cette définition permet de relever les diminutions de saignements menstruels, en quantité ou en fréquence voire leur disparition.

Critères d'inclusion

La notion d'AMÉNORRHÉE est arbitrairement réservée à une ABSENCE DE RÈGLES de plus de trois mois. En dessous on parlera de RETARD DE RÈGLES. Mais il peut aussi s'agir de SPANIOMÉNORRHÉE (règles rares) ou d'OLIGOMÉNORRHÉE (règles de faible abondance).

Compléments sémiologiques

Le critère + – grossesse évoquée par la patiente permet de souligner l'éventualité d'une grossesse avant que celle-ci ne soit confirmée (ou infirmée).

Voir aussi

Il est important avant de choisir cette dénomination, de vérifier si le tableau ne peut être relevé par GROSSESSE ou MÉNOPAUSE.

Position(s) diagnostique(s)

A : En cas de trouble des règles isolé sans signe d'accompagnement.

CORRESPONDANCE CIM – 10

N91.0 : Aménorrhée primaire
 N91.1 : Aménorrhée secondaire
 N91.5 : Oligoménorrhée, sans précision

DÉFINITION

- ++++ HÉMOGLOBINE DIMINUÉE (<12 g/l)
- ++1 | ANÉMIE HYPOCHROME
 - ++1 | ANÉMIE NORMOCHROME
 - ++1 | ANÉMIE MICROCYTAIRE (VGM < 80 μ^3)
 - ++1 | ANÉMIE MACROCYTAIRE (VGM > 100 μ^3)
- + – réticulocytes inférieurs à 12 000 par mm^3
- + – syndrome inflammatoire
- + – atteinte des autres lignées
- + – pâleur conjonctivale
- + – dyspnée, asthénie, souffle cardiaque
- + – récidive
- + – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

B

VOIR AUSSI

ANÉMIE FERRIPRIVE – CARENCE EN FER
ANOMALIE BIOLOGIQUE SANGUINE

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Il s'agit d'une définition générique, qui regroupe toutes les ANÉMIES, autres que FERRIPRIVE. Ce regroupement est justifié par la pratique quotidienne. En effet il est rare de pouvoir identifier le type d'anémie dès la première séance.

Critères d'inclusion

Les seuls résultats biologiques permettent de choisir ce résultat de consultation. Les critères obligatoires sont inclus dans la Numération Sanguine à savoir l'HÉMOGLOBINE et soit la CONCENTRATION CORPUSCULAIRE MOYENNE EN HÉMOGLOBINE, soit le VOLUME GLOBULAIRE MOYEN. Les chiffres sont indicatifs puisqu'ils varient selon l'âge et le sexe. Ces éléments amènent un premier classement des différentes anémies, celui-ci sera affiné avec les compléments sémiologiques.

Compléments sémiologiques

Ils permettent, entre autre, un début d'orientation diagnostique.

Position(s) diagnostique(s)

B

CORRESPONDANCE CIM – 10

D64.9 : Anémie, sans précision

DÉFINITION

- ++1 | CARENCE MARTIALE :
 - ++1 | ferritine < 10 ng
 - ++1 | fer sérique bas et transferrine augmentée
- ++1 | HÉMOGLOBINE DIMINUÉE (< 12 g/l)
 - ++2 | carence martiale
 - ++2 | anémie microcytaire : VGM < 80 μ^3
 - ++2 | anémie hypochrome : CCMH < 32
- + – pâleur conjonctivale
- + – mal supportée par le malade (asthénie, dyspnée, palpitations, etc.)
- + – récursive
- + – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

A, B

VOIR AUSSI

ANÉMIE (NON FERRIPRIVE)
ANOMALIE BIOLOGIQUE SANGUINE

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Il a été décidé de regrouper dans cette définition les carences martiales avec ou sans anémie. En effet, dans ce cas l'anémie est la conséquence de la carence en fer donc un stade ultérieur. Par ailleurs, cette anémie est individualisée des autres (qui sont regroupées dans ANÉMIE NON FERRIPRIVE), en raison de sa fréquence.

Critères d'inclusion

Ils sont présentés dans la chronologie physiopathologique d'apparition des troubles. Le choix de ce résultat de consultation peut donc se faire, soit par l'entrée CARENCE MARTIALE, soit par l'entrée HÉMOGLOBINE DIMINUÉE. Pour la CARENCE MARTIALE, une ferritinémie basse est suffisante pour affirmer la carence en fer, mais si elle est normale ou augmentée (ex : syndrome inflammatoire) il faut alors que le fer sérique soit diminué conjointement à une augmentation de la transferrine. Pour l'anémie ferriprivo il faut impérativement en plus d'une HÉMOGLOBINE DIMINUÉE, 2 des 3 critères suivants : CARENCE MARTIALE et/ou MICROCYTOSE (Volume Globulaire Moyen inférieur à 80 μ^3) et/ou HYPOCHROMIE (Concentration Corpusculaire Moyenne en Hémoglobine inférieure à 32 %).

Compléments sémiologiques

La présence de ceux-ci augmente l'incitation à rechercher un saignement occulte.

Voir aussi

Ces résultats de consultation peuvent être utilisés si les troubles ne sont pas assez spécifiques ou s'il manque des éléments biologiques à la fin de la séance. Ils seront éventuellement révisés ultérieurement.

Position(s) diagnostique(s)

A : Pour carence martiale seule.

B : En cas d'anémie.

CORRESPONDANCE CIM – 10

D50.9 : Anémie par carence en fer, sans précision (code par défaut)

E61.1 : Carence en fer

DÉFINITION

++1 | TUMÉFACTION BATTANTE, EXPANSIVE à la PALPATION

++1 | IMAGE d'ANÉVRYSME ARTÉRIEL

++1 | à la radiographie

++1 | en échographie

++1 | au scanner

++1 | à l'IRM

++1 | à l'angiographie

++1 | AORTE THORACIQUE

++1 | AORTE ABDOMINALE SUS-RÉNALE

++1 | AORTE ABDOMINALE SOUS-RÉNALE

++1 | AUTRE(s) ARTÈRE(s) (à préciser en commentaire)

+ – douleur

+ – souffle

+ – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

C, D

VOIR AUSSI

TUMÉFACTION

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Elle décrit la tuméfaction circonscrite développée sur le trajet d'une artère par dilatation de ses parois. L'anévrisme peut parfois être affirmé cliniquement (tableau de maladie) mais le diagnostic complet nécessite le recours à l'imagerie.

Critères d'inclusion

Cette dénomination peut être retenue soit sur les signes cliniques soit sur les signes d'imagerie. Ils précisent aussi la localisation.

Compléments sémiologiques

Ils permettent de préciser un souffle entendu sur le trajet de l'artère ou les éventuels phénomènes douloureux associés.

Voir aussi

TUMÉFACTION sera choisie si l'aspect battant et expansif n'est pas formellement sur un trajet artériel.

Position(s) diagnostique(s)

C : Devant des signes cliniques seuls.

D : En cas de confirmation par l'imagerie.

CORRESPONDANCE CIM – 10

I71.2 : Anévrisme aortique thoracique, sans mention de rupture

I71.4 : Anévrisme aortique abdominal, sans mention de rupture

I72.8 : Autres anévrismes

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
 DIPHTÉRIE
 ENDOCARDITE
 GLOMÉRULONÉPHRITE
 LEUCÉMIE (hémopathies)
 SIDA

POSITION(s) DIAGNOSTIQUE(s)

C, D

VOIR AUSSI

ÉTAT FÉBRILE
 ÉTAT MORBIDE AFÉBRILE
 HERPÈS
 MAL DE GORGE
 OTALGIE
 PHLEGMON DE L'AMYGDALE
 RHINOPHARYNGITE

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 : Pharyngite aiguë, sans précision

J02.0 : Pharyngite à streptocoques

J02.8 : Pharyngite aiguë due à d'autres micro-organismes précisés

DÉFINITION

- ++1 | DOULEUR TYPIQUE d'ANGOR
 - ++++ rétrosternale et/ou thoracique antérieure
 - ++++ constrictive
 - ++++ déclenchée par l'effort
 - ++++ cédant au repos en moins de 15 minutes
- ++1 | DOULEUR ATYPIQUE d'ANGOR, MAIS
 - ++++ déclenchée par l'effort ou un stress
 - ++++ calmée par la trinitrine en moins de 3 minutes
- ++1 | RÉSULTATS d'EXAMENS COMPLÉMENTAIRES CONTRIBUTIFS
 - ++1 | ECG de repos
 - ++1 | épreuve d'effort
 - ++1 | coronarographie
 - ++1 | scintigraphie
- ++1 | ANTÉCÉDENT(s) d'INFARCTUS du MYOCARDE DATANT de PLUS de 28 JOURS (sinon choisir infarctus du myocarde)
 - + – avec facteurs de risques cardio-vasculaires
 - + – chez un coronarien connu
 - + – irradiation membre supérieur gauche
 - + – irradiation dans la mâchoire
 - + – irradiation dans le dos
- + – récidive
- + – asymptomatique

RISQUE(s)

DISSECTION AORTIQUE
 EMBOLIE PULMONAIRE
 INFARCTUS DU MYOCARDE
 PANCRÉATITE AIGUË
 PÉRICARDITE AIGUË
 PLEURÉSIE
 PNEUMOTHORAX
 SYNDROME DE MENACE
 ULCÈRE GASTRIQUE ou DUODÉNAL

POSITION(s) DIAGNOSTIQUE(s)

A, C, D

VOIR AUSSI

ANXIÉTÉ – ANGOISSE
 CHOLÉCYSTITE
 DOULEUR NON CARACTÉRISTIQUE
 DORSALGIE
 ÉPAULE DOULOUREUSE
 ÉPIGASTRALGIE
 HERNIE HIATALE
 INFARCTUS DU MYOCARDE
 NÉVRALGIE – NÉVRITE
 PRÉCORDIALGIE
 REFLUX – PYROSIS – CESOPHAGITE
 ULCÈRE DUODÉNAL
 ULCÈRE GASTRIQUE

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Inclut à la fois : « l'angine de poitrine » (angor pectoris) qui peut n'être qu'un symptôme d'une affection non coronarienne (hyperthyroïdie, anémie sévère) et la maladie coronarienne par artériosclérose ou spasme coronarien.

Elle exclut la nécrose myocardique récente (moins de 28 jours).

Critères d'inclusion

L'inclusion du cas sous cette dénomination peut se faire par l'une (au moins) des quatre entrées suivantes :

- douleur typique d'angor,
- douleur atypique, mais avec des caractères particuliers,
- résultats d'examens complémentaires,
- antécédents d'infarctus datant de plus de 28 jours (délai en accord avec la CIM-10), mais une révision en INFARCTUS du MYOCARDE peut être faite si nécessaire.

Compléments sémiologiques

Certains permettent de préciser l'irradiation de la douleur thoracique typique ou atypique.

Deux d'entre eux permettent de noter soit, l'existence de facteurs de risques cardiovasculaires, soit s'il s'agit d'un coronarien connu. Ces deux compléments sémiologiques ont surtout un intérêt pour un cas nouveau, car ils donnent à la douleur thoracique typique ou atypique une connotation très particulière.

Voir aussi

ANXIÉTÉ – ANGOISSE : il s'agit ici de précordialgies s'intégrant dans les sensations somatiques particulières à ce résultat de consultation. L'intrication entre ces deux pathologies est toujours possible.

DORSALGIE : l'examen clinique doit permettre le choix.

ÉPAULE DOULOUREUSE : l'examen clinique doit permettre le choix

ÉPIGASTRALGIE

INFARCTUS DU MYOCARDE : de moins de 28 jours.

NÉVRALGIE – NÉVRITE

PRÉCORDIALGIE

REFLUX – PYROSIS – CESOPHAGITE : l'intrication entre ces deux pathologies est possible.

Position(s) diagnostique(s)

A : Réservé à la douleur typique ou atypique, avant d'avoir fait la preuve de son origine coronarienne (athéromateuse ou spasme coronaire).

C : Si examens complémentaires contributifs.

D : Si coronarographie contributive ou si antécédents d'infarctus du myocarde.

CORRESPONDANCE CIM – 10

I20.9 : Angine de poitrine, sans précision

I25.9 : Cardiopathie ischémique chronique, sans précision

I25.2 : Infarctus du myocarde, ancien

DÉFINITION

- ++1 | VITESSE de SÉDIMENTATION élevée
- ++1 | PROTÉINE C RÉACTIVE élevée
- ++1 | HÉMATOCRITE abaissé
- ++1 | HYPERÉOSINOPHILIE
- ++1 | HYPERLEUCOCYTOSE
- ++1 | THROMBOCYTOPÉNIE
- ++1 | TRANSAMINASES élevées
- ++1 | GAMMA GT élevées
- ++1 | HYPOKALIÉMIE
- ++1 | HYPERKALIÉMIE
- ++1 | HYPONATRÉMIE
- ++1 | AUTRE(s) (à préciser en commentaire)

+ – récidive

+ – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

A

VOIR AUSSI

ALBUMINURIE
ANÉMIE (NON FERRIPRIVE)
ANÉMIE FERRIPRIVE – CARENCE EN FER
DIABÈTE DE TYPE 1
DIABÈTE DE TYPE 2
HYPERGLYCÉMIE
DYSLIPIDÉMIE
HYPERTHYROÏDIE
HYPERURICÉMIE
HYPOTHYROÏDIE

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Ce résultat de consultation concerne les ANOMALIES BIOLOGIQUES SANGUINES qui ne peuvent pas être rattachées à un autre résultat de consultation lors de la séance. Contrairement à certaines autres anomalies biologiques qui bénéficient de résultats de consultation spécifiques (cf. liste des « voir aussi », leur faible fréquence les a fait regrouper sous une même dénomination. Mais ce résultat de consultation pourra faire l'objet d'une révision, donnant ainsi l'historique de la démarche diagnostique.

Critères d'inclusion

La liste présentée a été choisie en fonction de la fréquence constatée dans les résultats de consultation hors liste. Cette liste n'est pas limitative puisqu'il existe le critère AUTRE(s). Il est important dans ce cas de noter en commentaire l'anomalie en question afin de faire évoluer la liste dans l'avenir.

Voir aussi

La liste permet d'éviter de classer par erreur, une anomalie biologique qui entrerait dans un autre résultat de consultation.

Position(s) diagnostique(s)

A : Quelle que soit l'anomalie biologique il ne peut s'agir que d'un symptôme.

CORRESPONDANCE CIM – 10

D69.6 : Thrombopénie, sans précision
D72.1 : Éosinophilie
D72.8 : Autres anomalies précisées des leucocytes
E87.1 : Hypo-osmolarité et hyponatrémie
E87.5 : Hyperkaliémie
E87.6 : Hypokaliémie
R70.0 : Accélération de la vitesse de sédimentation
R70.1 : Viscosité plasmatique anormale
R74.0 : Augmentation des taux de transaminase et d'acide lactique dés-hydrogénase
R77.8 : Autres anomalies précisées des protéines plasmatiques

DÉFINITION

++++ TROUBLE MESURABLE de la STATIQUE

- + + 1 | attitude scoliotique
- + + 1 | scoliose vraie
- + + 1 | cyphose accentuée
- + + 1 | cyphose diminuée
- + + 1 | lordose accentuée
- + + 1 | membres inférieurs inégaux
- + + 1 | genu valgum
- + + 1 | genu varum

+ – manifestation douloureuse

+ – contrôle radiologique

+ – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

B

VOIR AUSSI

ARTHROPATHIE – PÉRIARTHROPATHIE
 ARTHROSE
 CERVICALGIE
 DORSALGIE
 DOULEUR NON CARACTÉRISTIQUE
 FRACTURE
 LOMBALGIE
 MYALGIE
 PIED (ANOMALIE STATIQUE)

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Ce résultat de consultation permet de classer les principales déformations affectant la statique de la colonne vertébrale ou des membres inférieurs, à l'exception de celles qui touchent les pieds qui seront relevées par le résultat de consultation PIED (ANOMALIE STATIQUE).

Critères d'inclusion

TROUBLE MESURABLE signifie qu'il s'agit d'une constatation objective faite par le médecin, indépendamment des plaintes du patient.

Compléments sémiologiques

Ils servent à noter le caractère algique de cette (ces) déformation(s) et leur éventuelle confirmation radiographique.

Voir aussi

Dans cette liste, la plupart des résultats de consultation sont centrés sur la douleur sans préjuger de l'étiologie. Dans ANOMALIE POSTURALE le lien est fait entre la douleur et le trouble de la statique.

Position(s) diagnostique(s)

B : Dans tous les cas.

CORRESPONDANCE CIM – 10

- R29.3 : Posture anormale
- M41.9 : Scoliose idiopathique infantile, localisation non précisée
- M40.2 : Cyphose posturale, région cervicale
- M40.3 : Cyphose posturale, région cervico-dorsale
- M40.5 : Cyphose posturale, région dorso-lombaire
- Q72.9 : Autres raccourcissements d'un ou des membres inférieurs, d'origine congénitale
- M21.06 : Déformation en valgus, non classée ailleurs
- M21.16 : Déformation en varus, non classée ailleurs

DÉFINITION

++1 | ANOREXIE
 ++1 | BOULIMIE
 ++1 | ALTERNANCE de PHASES d'ANOREXIE et de BOULIMIE

- + – peur de grossir
- + – efforts pour perdre du poids
- + – déni des problèmes alimentaires
- + – régimes non justifiés et inadaptés à répétition
- + – ingestion rapide d'une grande quantité d'aliments
- + – vomissements provoqués
- + – variations importantes de poids
- + – aménorrhée
- + – désintérêt sexuel

- + – récidive

- + – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

B

VOIR AUSSI

AMAIGRISSEMENT
 APPÉTIT (PERTE D')
 DÉPRESSION
 HUMEUR DÉPRESSIVE
 OBÉSITÉ
 PSYCHIQUE (TROUBLE)
 SURCHARGE PONDÉRALE

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Le choix d'ANOREXIE – BOULIMIE résulte du fait que ces deux troubles surviennent souvent simultanément ou en alternance (troubles bipolaires) dans un contexte psychologique particulier. Par ailleurs, ils sont réunis dans le concept plus général des troubles addictifs. Mais on les rencontre aussi aux côtés des troubles toxicomaniaques, de certains alcoolismes, des sports à haut risque, etc. On retrouve souvent chez ces patients la notion d'assuétude et d'angoisse.

Cette dénomination inclut l'anorexie mentale des adolescentes. Elle exclut les anorexies liées à des pathologies chroniques.

Critères d'inclusion

Trois entrées sont possibles. En effet si, en pratique, on retrouve souvent des épisodes boulimiques et anorexiques chez un même patient, ils ne sont pas obligatoirement objectivés lors des premières séances. Par ailleurs en cas de boulimie, les épisodes d'anorexie peuvent manquer.

Compléments sémiologiques

Ils décrivent, d'une part les comportements du malade vis-à-vis de ses troubles et d'autre part leurs habituelles conséquences médicales.

Voir aussi

Certains doivent être éliminés avant de retenir ANOREXIE-BOULIMIE (exemples : AMAIGRISSEMENT, PERTE D'APPÉTIT) d'autres pourront être associés, si besoin [exemples : OBÉSITÉ, PSYCHIQUE (TROUBLE)].

Position(s) diagnostique(s)

B : Dans tous les cas.

CORRESPONDANCE CIM – 10

F50.9 : Trouble de l'alimentation, sans précision
 F50.0 : Anorexie mentale sans précision
 F50.2 : Boulimie (bulimia nervosa)

DÉFINITION

- ++++ SENSATION de MALAISE PSYCHIQUE
- ++1 | tension interne, appréhension
 - ++1 | sensation d'un danger imprécis, peur de mourir
 - ++1 | crainte diffuse (inquiétude, attente craintive)
- ++++ SANS CRITÈRE ÉVOQUANT un AUTRE RÉSULTAT de CONSULTATION
- ++++ NE SURVENANT PAS dans une SITUATION STÉRÉOTYPÉE
- + – malaise physique
- ++1 | neurologique (céphalée, paresthésies, algie, tremblements, spasmes)
 - ++1 | respiratoire (oppression thoracique, dyspnée, tachypnée)
 - ++1 | cardiaque (palpitations, tachycardie, précordialgie)
 - ++1 | digestive (nausée, vomissement, épigastralgie, douleur abdominale, diarrhée)
 - ++1 | neurovégétative (bouffées de chaleur, sueurs, vertiges, sécheresse de bouche, boule dans la gorge)
- + – non reconnue comme telle par le patient
- + – fond permanent d'anxiété quasi quotidien depuis au moins 6 mois
- + – anxiété transitoire
- + – attaque de panique
- + – examen après disparition des symptômes
- + – perturbations du sommeil
- + – récidive
- + – asymptomatique

RISQUE(s)

DOULEUR D'ORIGINE CORONARIENNE
 EMBOLIE PULMONAIRE
 SUICIDE
 ADDICTIONS (alcool, sevrage benzodiazépines, opiacés)
 DÉPRESSION
 AUTRE TROUBLE MENTAL, y compris AGORAPHOBIE

POSITION(s) DIAGNOSTIQUE(s)

A, C

VOIR AUSSI

ACCÈS ET CRISE	PALPITATION – ÉRÉTHISME CARDIAQUE
ASTHÉNIE – FATIGUE	PHOBIE
BOUFFÉES DE CHALEUR	PLAINTÉ ABDOMINALE
CÉPHALÉE	POLLAKIURIE
DÉPRESSION	PRÉCORDIALGIE
DYSPNÉE	PRURIT GÉNÉRALISÉ
ECZÉMA	PSYCHIQUE (TROUBLE)
HTA	RÉACTION À SITUATION ÉPROUVANTE
HUMEUR DÉPRESSIVE	TACHYCARDIE PAROXYSTIQUE
INSOMNIE	TIC
MAL DE GORGE	TRAC
MALAISE – ÉVANOUISSEMENT	TROUBLE DU RYTHME (AUTRE)

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Recouvre à la fois le trouble anxieux banal, l'anxiété généralisée et l'attaque de panique. Exclut l'agoraphobie et les phobies spécifique ou sociale qui se produisent dans des circonstances particulières. Pour des manifestations passagères en relation avec un facteur déclenchant, on choisira RÉACTION à SITUATION ÉPROUVANTE.

Critères d'inclusion

Le malade décrit un malaise intérieur plus ou moins intense, avec inquiétude, peur, anticipation négative, sensation d'être « sur le qui-vive ». Ce malaise psychique s'accompagne, le plus souvent, d'une symptomatologie physique. Ces malaises ne surviennent pas dans une situation stéréotypée comme on le voit en particulier dans PHOBIE.

Compléments sémiologiques

Ils précisent la durée d'évolution, et la notion de reconnaissance (ou non) par le malade de son anxiété. Deux critères, s'ils sont choisis, entraînent une caractérisation particulière : la notion d'état de panique et la notion de fond continu d'anxiété. Les troubles du sommeil évoqués sont ici le plus souvent une insomnie d'endormissement.

Voir Aussi

Il faudra surtout éliminer les autres troubles psychiques s'accompagnant d'une anxiété : le cas sera alors classé au résultat de consultation correspondant.

Position(s) diagnostique(s)

A : Si seul apparaît le critère d'inclusion : malaise psychique
 C : Si association avec malaise physique

CORRESPONDANCE CIM – 10

F41.9 : Trouble anxieux sans précision (code par défaut)
 F41.0 : Trouble panique (anxiété épisodique paroxystique)
 F41.1 : Anxiété généralisée

DÉFINITION

++++ ULCÉRATION DOULOUREUSE de la MUQUEUSE BUCCALE
 ++++ à BORDS NETS avec AURÉOLE ROUGE VIF
 ++++ à FOND JAUNÂTRE ("beurre frais")

++1 | LABIALE
 ++1 | LINGUALE
 ++1 | du SILLON GINGIVO-JUGAL
 ++1 | GINGIVALE
 ++1 | JUGALE
 ++1 | PALATINE ou de la LUETTE

+ – multiple
 + – adénopathie
 + – facteur déclenchant (à préciser en commentaire)

+ – récidive

+ – asymptomatique

RISQUE(s)

CANCER

POSITION(s) DIAGNOSTIQUE(s)

C

VOIR AUSSI

GINGIVITE
 HERPÈS
 PLAIE
 STOMATITE – GLOSSITE

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

On ne parlera ici que des APHTES buccaux. Les aphtes génitaux étant rares et plutôt inclus dans le cadre de la maladie de Behçet-Adamantinès, seront classés en hors liste.

Critères d'inclusion

Le terme « ulcération » signifie érosion superficielle.
 Les trois critères obligatoires décrivent la lésion aphteuse typique.

Compléments sémiologiques

Le recueil du facteur déclenchant, qui sera précisé en commentaire, permettra de savoir, par exemple, qui du gryère, qui de la noix, etc. est le plus souvent responsable.

Voir aussi

Ils correspondent aux résultats de consultation les plus proches géographiquement (GINGIVITE) ou pathologiquement (PLAIE, HERPÈS), sans oublier le risque de CANCER.

Position(s) diagnostique(s)

C : Il s'agit d'un tableau de maladie.

CORRESPONDANCE CIM – 10

K12.0 : Aphtes buccaux (récidivants)

DÉFINITION

++++ PERTE du DÉsir de MANGER
 ++++ ABSENCE d'AMAIGRISSEMENT

+ – dégoût

+ – récente

+ – récidive

+ – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

A

VOIR AUSSI

AMAIGRISSEMENT
 ANOREXIE – BOULIMIE
 CANCER
 DÉPRESSION
 HUMEUR DÉPRESSIVE
 PHOBIE

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Ce résultat de consultation permet de relever la PERTE D'APPÉTIT sans amaigrissement. Dans le cas contraire, il faut choisir le résultat de consultation AMAIGRISSEMENT. Il se distingue d'ANOREXIE – BOULIMIE qui est lié à un problème psycho-pathologique. Il s'agit de pouvoir relever une plainte souvent isolée mais qui nécessite, si elle persiste, une démarche diagnostique et/ou une prise en charge par le médecin.

Critères d'inclusion

La PERTE DU DÉsir DE MANGER peut se limiter à un dégoût de certains aliments, les viandes en particulier. Mais l'ABSENCE D'AMAIGRISSEMENT est obligatoire. Elle sera confirmée par la surveillance du poids lors de différentes séances.

Voir aussi

Si un lien est fait entre la PERTE D'APPÉTIT et un trouble psychologique, on préférera : ANOREXIE-BOULIMIE, HUMEUR DÉPRESSIVE, DÉPRESSION, PHOBIE, etc.

Position(s) diagnostique(s)

A : Il s'agit toujours d'un symptôme.

CORRESPONDANCE CIM – 10

R63.0 : Anorexie

DÉFINITION

- ++1 | CLAUDICATION INTERMITTENTE
des MEMBRES INFÉRIEURS
- ++++ douleur à type de crampes, torsion, serrement
 - ++1 | mollet
 - ++1 | fesse
 - ++1 | cuisse
 - ++++ cédant quelques minutes après l'effort
 - ++++ récidivant au même effort

 - ++1 | périmètre de marche inférieur à 100 mètres
 - ++1 | périmètre de marche entre 100 et 500 mètres
 - ++1 | périmètre de marche supérieur à 500 mètres

 - ++1 | RÉSULTAT D'EXAMENS COMPLÉMENTAIRES
 - ++1 | doppler des membres inférieurs
 - ++1 | artériographie des membres inférieurs
 - ++1 | angiographie des membres inférieurs

 - + – pouls périphériques diminués (à préciser en commentaire)
 - + – pouls périphériques abolis (à préciser en commentaire)
 - + – douleur de décubitus
 - + – bilatéral
 - + – début brutal
 - + – diminution de la température cutanée
 - + – souffle artériel
 - + – amyotrophie
 - + – troubles trophiques cutanéophanéériens, gangrène
 - + – indice pression systolique abaissé (rapport PAS à la cheville/PAS humérale : supérieure à 0,90 = normale, inférieure à 0,70 justifie des explorations)

 - + – récidive

 - + – asymptomatique

RISQUE(s)

CLAUDICATION NEUROLOGIQUE
GANGRÈNE, ULCÈRE
ISCHÉMIE AIGUË DES MEMBRES INFÉRIEURS

POSITION(s) DIAGNOSTIQUE(s)

C, D

VOIR AUSSI

ARTHROPATHIE – PÉRIARTHROPATHIE
CRAMPE MUSCULAIRE
DOULEUR NON CARACTÉRISTIQUE
JAMBES LOURDES
MUSCLE (ÉLONGATION – DÉCHIRURE)
MYALGIE
NÉVRALGIE – NÉVRITE
PARESTHÉSIE DES MEMBRES
SCIATIQUE
STÉNOSE ARTÉRIELLE
SYNDROME DE RAYNAUD

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

L'ischémie artérielle aiguë n'est pas incluse dans cette définition.

Critères d'inclusion

Il y a trois entrées possibles dans cette définition, soit sur des arguments cliniques, soit sur des arguments d'imagerie ou sur les deux.

La CLAUDICATION INTERMITTENTE définie par les trois critères obligatoires (++++) est à elle seule suffisamment évocatrice pour permettre de relever le cas par cette dénomination, même sans examens complémentaires.

Compléments sémiologiques

Un signe isolé tel que l'abolition d'un pouls, n'est pas suffisant pour affirmer l'artérite, il doit être relevé à part en DHL, l'ARTÉRITE DES MEMBRES INFÉRIEURS sera éventuellement choisie après exploration.

Ils ne comprennent pas de classification comme celle de LERICHE qui pourra être notée en commentaire.

Voir Aussi

Ne pas confondre avec des CRAMPES MUSCULAIRES.

Position(s) diagnostique(s)

C : Lorsque le choix de ce résultat se fait à partir de la clinique seule.

D : Dès confirmation par les examens complémentaires.

CORRESPONDANCE CIM – 10

I70.2 : Artérite sénile des membres inférieurs

I73.9 : Maladie vasculaire périphérique, sans précision, claudication intermittente

DÉFINITION

- ++1 | GÈNE 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 DÉCLENCHANT
- + – atteintes symétriques
- + – augmentation de volume
- + – rougeur chaleur locale augmentée
- + – épanchement intra-articulaire
- + – déformation
- + – limitation des mouvements actifs
- + – limitation des mouvements passifs
- + – notion de traumatisme antérieur ancien
- + – récidive
- + – 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 – MÉTATARSALGIE
 TENDON (RUPTURE)
 TÉNOSYNOVITE

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 tendon est clairement identifié comme étant à l'origine des phénomènes douloureux, le cas sera classé à TÉNOSYNOVITE 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

- M13.9 : Arthrite, sans précision
- M13.91 : Arthrite, sans précision, articulations acromio-claviculaire, scapulo-humérale et sterno-claviculaire
- M13.92 : Arthrite, sans précision, articulation du coude
- M13.93 : arthrite, sans précision, articulation du poignet
- M13.94 : Arthrite, sans précision, articulations entre les os du carpe, du métacarpe et des doigts de la main
- M13.96 : Arthrite, sans précision, articulation du genou
- M13.97 : Arthrite, sans précision, articulations de la cheville et du pied
- M13.99 : Arthrite, sans précision, siège non précisé
- M25.4 : Épanchement articulaire
- M25.59 : Douleur articulaire, siège non précisé
- M25.89 : Autres affections articulaires précisées, siège non précisé
- M25.9 : Affection articulaire, sans précision
- M25.91 : Affection articulaire, sans précision, articulations acromio-claviculaire, scapulo-humérale et sterno-claviculaire
- M25.92 : Affection articulaire, sans précision, articulation du coude
- M25.93 : Affection articulaire, sans précision, articulation du poignet
- M25.94 : Affection articulaire, sans précision, articulations entre les os du carpe, du métacarpe et des doigts de la main
- M25.95 : Affection articulaire, sans précision, articulations de la hanche et sacro-iliaque
- M25.96 : Affection articulaire, sans précision, articulation du genou
- M25.97 : Affection articulaire, sans précision, articulations de la cheville et du pied
- M25.99 : Affection articulaire, sans précision, siège non précisé

DÉFINITION

- ++++ DOULEUR ARTICULAIRE de TYPE MÉCANIQUE
- ++++ LIMITATION des MOUVEMENTS ARTICULAIRES
- ++++ ABSENCE de SIGNE BIOLOGIQUE d'INFLAMMATION
- ++++ SIGNES d'IMAGERIE d'ARTHROSE (Radiographie, Scanner, IRM)
 - ++1 | pincement d'un interligne articulaire
 - ++1 | ostéophytes
- + – Genou(x)
- + – Hanche(s)
- + – Doigts y compris rhizarthrose
- + – Rachis
 - ++1 | Cervical
 - ++1 | Thoracique
 - ++1 | Lombaire
- ++1 | Disques intervertébraux, discarthrose
- ++1 | Articulations inter-apophysaires
- + – Épaule(s)
- + – Autre(s) articulation(s) (à préciser en commentaire)
- + – Plusieurs localisations (ou autre localisation déjà diagnostiquée)
- + – D'origine secondaire (post-traumatique)
- + – Déformation, y compris nodosités des doigts
- + – Augmentation de volume de l'articulation
- + – Exacerbation de la douleur sur fond chronique
- + – Calmée par le repos
- + – Calmée par un antalgique de niveau 1
- + – récidive
- + – asymptomatique

RISQUE(s)

ARTHRITE (infectieuse, inflammatoire)
 FRACTURE
 MYÉLOME

POSITION(s) DIAGNOSTIQUE(s)

C

VOIR AUSSI

ALGODYSTROPHIE
 ARTHROPATHIE – PÉRIARTHROPATHIE
 CERVICALGIE
 DORSALGIE
 DOULEUR NON CARACTÉRISTIQUE
 ÉPAULE DOULOUREUSE
 GOUTTE
 LOMBALGIE
 OSTÉOPOROSE

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

La définition de l'arthrose étant essentiellement radiologique, il serait logiquement possible de retenir ce résultat de consultation pour un patient, ne possédant pas de signes cliniques patents (douleurs, limitation fonctionnelle, etc.), mais présentant des signes d'imagerie typiques, parfois de découverte fortuite.

Néanmoins, **par convention, seule la conjonction de manifestations cliniques et radiologiques** permettra de choisir ce RC.

Critères d'inclusion

On ne peut choisir cette définition qu'en présence de signes cliniques (douleur et limitation des mouvements) **associés à des** signes d'imagerie (radiographie, scanner ou IRM) typiques d'arthrose. Il peut s'agir d'un pincement articulaire, ou de la présence d'ostéophytes, les autres signes (géodes, hyperdensité sous-chondrale) n'étant pas spécifiques.

La présence de signes biologiques d'inflammation (VS élevée, CRP élevée) ne permet pas de rattacher la symptomatologie clinique aux signes radiologiques d'arthrose.

Compléments sémiologiques

Une liste de localisations les plus fréquentes est proposée ; les autres, plus rares, seront notées en commentaire.

L'augmentation de volume de l'articulation peut désigner soit un épanchement, soit une augmentation de volume sans épanchement décelable ni cliniquement, ni par ponction articulaire.

L'item « déformation » permettra, par exemple, de noter les déformations des doigts mais aussi les nodosités (Héberden et Bouchard).

Voir aussi

La liste présentée comporte les RC proches par certains symptômes ou signes d'examen.

Devant un tableau clinique évocateur d'arthrose mais sans (ou en attente de) signes radiologiques, il faut inclure le cas en ARTHROPATHIE – PÉRIARTHROPATHIE.

L'importance de certaines douleurs peut parfaitement faire coder ARTHROSE et CERVICALGIE ou LOMBALGIE ou MYALGIE ou encore DOULEUR NON CARACTÉRISTIQUE, car rien ne préjuge que les douleurs viennent obligatoirement de l'arthrose.

Position(s) Diagnostique(s)

C : La conjonction des signes cliniques et radiologiques permet d'utiliser cette position « C », puisqu'en toute rigueur, seule la vérification anatomique autoriserait l'utilisation de la position D.

CORRESPONDANCE CIM – 10

- M19.99 : Arthrose, sans précision, siège non précisé (code par défaut)
- M15.99 : Polyarthrose, sans précision
- M16.9 : Coxarthrose, sans précision
- M17.9 : Gonarthrose, sans précision
- M19.19 : Arthrose post-traumatique
- M19.91 : Arthrose, sans précision, articulations acromio-claviculaire, scapulo-humérale et sterno-claviculaire
- M19.94 : Arthrose, sans précision, articulations entre les os du carpe, du métacarpe et des doigts de la main
- M47.92 : Spondylarthrose, sans précision, région cervicale
- M47.94 : Spondylarthrose, sans précision, région dorsale
- M47.96 : Spondylarthrose, sans précision, région lombaire
- M47.99 : Spondylarthrose, sans précision
- M50.9 : Atteinte d'un disque cervical, sans précision
- M51.9 : Atteinte d'un disque intervertébral, sans précision

DÉFINITION

- ++1 | PLAINTÉ de SENSATIONS PÉNIBLES
 - ++1 | d'expression physique
 - ++1 | d'expression psychique
- ++1 | OBSERVATION d'un COMPORTEMENT ASTHÉNIQUE
 - + – survenant à l'effort
 - + – cédant au repos
 - + – à prédominance matinale
 - + – explication (stress, surmenage, infection, traumatisme récent, iatrogénie)
 - + – retentissement sur l'activité
 - + – trouble du sommeil
 - + – irritabilité
 - + – pâleur
- + – récidive
- + – asymptomatique

RISQUE(s)

ANÉMIE
MALADIES ENDOCRINIENNES
MALADIES INFLAMMATOIRES
TROUBLES DE L'HUMEUR

POSITION(s) DIAGNOSTIQUE(s)

A

VOIR AUSSI

ANXIÉTÉ – ANGOISSE
DÉPRESSION
ÉTAT MORBIDE AFÉBRILE
HUMEUR DÉPRESSIVE
INSOMNIE
PLAINTES POLYMORPHES (TROUBLE SOMATOFORME)
RÉACTION à SITUATION ÉPROUVANTE

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

L'asthénie est considérée comme un état pathologique et durable. Quant à la fatigue, c'est un état réversible, à la limite du physiologique. Dans la pratique, il n'est pas toujours possible de faire cette distinction d'emblée. C'est pour cette raison que ces deux situations sont rapprochées sous une même dénomination.

Bien entendu, ce résultat de consultation ne sera relevé que si l'asthénie (ou la fatigue) est prise en compte par le médecin au cours de la séance.

Critères d'inclusion

Il peut s'agir de la prise en charge d'une plainte de fatigue (celle-ci pouvant être physique ou psychique) ou de l'observation par le médecin d'un comportement asthénique éventuellement confirmé par le patient.

Compléments sémiologiques

« Survenant à l'effort » s'applique autant à l'effort physique qu'à l'effort intellectuel.

« Explication », c'est l'ensemble des éléments qui peuvent éventuellement justifier l'état de fatigue.

« Trouble du sommeil » est en général une hypersomnie ou le besoin de dormir dans la journée.

Voir aussi

Il ne convient pas de choisir ASTHÉNIE – FATIGUE dès que des éléments de la série dépressive sont constatés. Il faut alors plutôt choisir parmi HUMEUR DÉPRESSIVE, DÉPRESSION ou RÉACTION À SITUATION ÉPROUVANTE.

Position(s) diagnostique(s)

A : Car c'est un signe cardinal.

CORRESPONDANCE CIM – 10

R53 : Malaise et fatigue

DÉFINITION

- ++1 | DYSPNÉE EXPIRATOIRE SIFFLANTE
- ++1 | asthme intermittent
 - +++ moins de 1 crise diurne par semaine et au plus 2 nocturnes par mois
 - + – DEP \geq 80 % des valeurs prédites et variabilité < 20 %
 - ++1 | asthme persistant léger
 - +++ moins de 1 crise diurne par jour et plus de 2 nocturnes par mois
 - + – DEP \geq 80 % des valeurs prédites et variabilité 20 % à 30 %
 - ++1 | asthme persistant modéré
 - +++ gênant les activités normales et plus de 1 crise nocturne par semaine
 - + – DEP > 60 % et < 80 % des valeurs prédites, avec une variabilité > 30 %.
- ++1 | EFR CARACTÉRISTIQUE (syndrome obstructif)
- ++1 | CRISE d'ASTHME GRAVE
- ++1 | polypnée
 - ++1 | fréquence cardiaque supérieure à 120/min.
 - ++1 | contracture permanente des sterno-cléido-mastoiïdiens
 - ++1 | parole et toux difficiles
 - ++1 | absence d'amélioration sous traitement
 - ++1 | signes d'épuisement du malade (sueurs, cyanose, respiration paradoxale, silence auscultatoire)
- + – rapportée (décrite sans ambiguïté par le malade ou son entourage)
- + – toux spasmodique
- + – facteurs déclenchants
- ++1 | survenant avec ou après effort
 - ++1 | allergie
 - ++1 | toxique
 - ++1 | émotion
 - ++1 | autre (à préciser en commentaire)
- + – récidive
- + – asymptomatique

RISQUE(s)

CORPS ÉTRANGER
 DÉCOMPENSATION ET CARDIO-RESPIRATOIRE
 ÉPIGLOTTITE

POSITION(s) DIAGNOSTIQUE(s)

C

VOIR AUSSI

ANGOR – INSUFFISANCE CORONARIENNE
 BRONCHIOLITE
 BRONCHITE AIGUË
 BRONCHITE CHRONIQUE
 DYSPNÉE
 INSUFFISANCE CARDIAQUE
 INSUFFISANCE RESPIRATOIRE
 PNEUMOPATHIE AIGUË
 TOUX

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Le terme choisi est le plus simple et recouvre les différents aspects cliniques de l'asthme : la crise aiguë, l'état de mal et la maladie asthmatique. En cas de surinfection, on notera en plus le résultat de consultation correspondant (BRONCHITE AIGUË, ÉTAT FÉBRILE, RHINOPHARYNGITE par exemple).

Compléments sémiologiques

Ils précisent :

- si la dyspnée expiratoire siffiante a été seulement rapportée « sans ambiguïté » par l'entourage
- la notion d'une toux dite « spasmodique » (associée par exemple aux explorations fonctionnelles respiratoires caractéristiques).

Critères d'inclusion

Cette définition propose trois entrées possibles, correspondant à trois situations différentes :

- soit par les signes cliniques habituels. Comme pour l'insuffisance cardiaque, la classification de l'asthme en 4 paliers a un double intérêt : d'une part de permettre au médecin d'apprécier plus précisément l'intensité et la fréquence des symptômes, ainsi que la gravité de la maladie asthmatique ; d'autre part, même si cela n'est pas l'objectif premier du DRC, d'orienter la prise en charge, aussi bien en termes de surveillance que de choix thérapeutique.
- soit par les résultats d'explorations fonctionnelles respiratoires (EFR) caractéristiques : les explorations fonctionnelles dites « caractéristiques » associent : tests de provocation positifs (syndrome obstructif : dyspnée expiratoire, sibilance, toux) et troubles réversibles avec un aérosol de Béta 2 mimétique. Des EFR caractéristiques suffisent à parler d'asthme, même s'il n'y a pas de façon évidente ni dyspnée ni toux spasmodique retrouvée.
- soit la crise grave, inhabituelle, s'accompagnant d'au moins un signe de gravité.

Voir aussi

Tous les résultats de consultation comprenant les critères dyspnée ou toux.

Position(s) diagnostique(s)

C : C'est un tableau de maladie.

CORRESPONDANCE CIM – 10

J45.9 : Asthme, sans précision (code pa défaut)
 J45.0 : Asthme à prédominance allergique
 J45.1 : Asthme non allergique
 J46 : État de mal asthmatique

DÉFINITION

- ++1 | PYURIE
 - ++1 | urines troubles à l'émission (par mirage)
 - ++1 | bandelette réactive
 - ++1 | leucocyturie à l'examen cyto-bactériologique des urines
- ++1 | BACTÉRIURIE
 - ++1 | bandelette réactive
 - ++1 | numération de germes, supérieure ou égale à 100 000 par millilitre à l'ECBU
- + – récidive
- + – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

A, B

VOIR AUSSI

CYSTITE – CYSTALGIE
 PROLAPSUS GÉNITAL
 PYÉLONÉPHRITE AIGUË
 URÉTRITE
 VULVITE – VAGINITE

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Cette définition regroupe la PYURIE, la BACTÉRIURIE et d'AUTRES AGENTS retrouvés dans les urines chez un patient asymptomatique sinon le cas serait classé sous un résultat de consultation plus spécifique (cf. « voir aussi »). Il s'agit souvent d'une découverte fortuite (par exemple à la suite d'un examen systématique).

Critères d'inclusion

L'usage de bandelettes recommandées par la conférence de consensus est un bon moyen de détection rapide, peu onéreux, avec aussi une bonne fiabilité (valeur prédictive négative comprise entre 90 et 98 %).

Voir aussi

Il s'agit des résultats de consultation pouvant contenir une BACTÉRIURIE-PYURIE mais présentant tous des signes cliniques l'accompagnant.

Position(s) diagnostique(s)

A : Si pyurie ou si bactériurie (ou autres agents) isolée.

B : Si pyurie et bactériurie (ou autres agents) sont associées.

CORRESPONDANCE CIM – 10

N39.9 : Affection de l'appareil urinaire, sans précision (code par défaut)

R39.0 : Extravasation d'urine

DÉFINITION

++++ MUQUEUSE du GLAND ENFLAMMÉE

- + + 1 | gland (balanite)
- + + 1 | prépuce (posthite)

- + – extension à tout le gland
- + – douleur, sensation de brûlure
- + – prurit
- + – suppuration
- + – ulcération
- + – œdème
- + – identification du germe

- + – récurrence

- + – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

C, D

VOIR AUSSI

ECZÉMA
HERPÈS
PRÉPUCE ADHÉRENCE – PHIMOSIS
PRURIT LOCALISÉ
PSORIASIS
URÉTRITE

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Sont réunies sous cette dénomination toutes les inflammations du gland et/ou du prépuce.

Critères d'inclusion

Ils permettent donc de différencier les balanites, les posthites et les balanoposthites.

Compléments sémiologiques

Ils complètent la sémiologie, variable selon les cas ou le stade évolutif. Ils décrivent aussi les complications possibles.

Voir aussi

On retrouve les résultats de consultation proches de BALANOPOSTHITE par leur localisation à la verge (PRÉPUCE ADHÉRENCE – PHIMOSIS, URÉTRITE). ECZÉMA, HERPÈS, PSORIASIS permettent de relever une lésion du gland ou du prépuce qui serait certainement rattachée à ces troubles. À noter que le résultat de consultation BALANOPOSTHITE peut être révisé par un de ces résultats de consultation.

Position(s) diagnostique(s)

C : Devant le tableau caractéristique.

D : S'il y a identification d'un germe pouvant être considéré comme responsable.

CORRESPONDANCE CIM – 10

N48.1 : Balano-posthite

DÉFINITION

- ++2 | EXCORIATION
- ++2 | ECCHYMOSE
- ++2 | ENTORSE
- ++2 | TRAUMATISME ARTICULAIRE
- ++2 | PLAIE SUPERFICIELLE
- ++2 | CONTUSION LÉGÈRE
- ++2 | HÉMATOME
- ++2 | MORSURE
- ++2 | AUTRE(s) (à préciser en commentaire)

+ – en plusieurs points du corps

+ – récidive

+ – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

C, D

VOIR AUSSI

BLESSURES COMBINÉES SÉVÈRES
BRÛLURE
CONTUSION
ENTORSE
ECCHYMOSE SPONTANÉE
MORSURE – GRIFFURE
CŒIL (TRAUMATISME)
ONGLE (ANOMALIE DE L')
PLAIE

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Elle regroupe les différentes conséquences d'un traumatisme de moyenne importance et évite ainsi d'utiliser conjointement plusieurs dénominations.

Critères d'inclusion

Deux critères, au moins, sont nécessaires pour retenir ce résultat de consultation. Certains critères, comme HÉMATOME, ENTORSE, PLAIE, CONTUSION, MORSURE, sont des résultats de consultation définis dans le dictionnaire dont il faut respecter les critères d'inclusions.

Compléments sémiologiques

Il permet de préciser si le traumatisme a entraîné des troubles en différents endroits du corps. La topographie exacte sera notée en commentaire (important au point de vue médico-légal).

Voir aussi

Ce qui différencie ce résultat de consultation de BLESSURES COMBINÉES SÉVÈRES c'est la relative bénignité de certains troubles (EXCORIATION, ENTORSE, ECCHYMOSE), même si d'autres critères sont communs aux deux définitions (CONTUSION, HÉMATOME).

Position(s) diagnostique(s)

C, D : Le choix entre C et D se fera suivant le niveau de certitude auquel on est lors de l'inclusion du cas.

CORRESPONDANCE CIM – 10

T00.9 : Lésions traumatiques superficielles multiples, sans précision

DÉFINITION

- ++2 | PLAIE PROFONDE ou ÉTENDUE
- ++2 | CONTUSION
- ++2 | COMPRESSION
- ++2 | HÉMATOME
- ++2 | LUXATION
- ++2 | FRACTURE
- ++2 | COMMOTION
- ++2 | BRÛLURE
- ++2 | AUTRE(s) (à préciser en commentaire)

+ – en plusieurs points du corps

+ – récidive

+ – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

C, D

VOIR AUSSI

BLESSURES COMBINÉES LÉGÈRES
 CONTUSION
 ENTORSE
 FRACTURE
 ECCHYMOSE SPONTANÉE
 LUXATION
 MORSURE – GRIFFURE
 PLAIE
 TRAUMATISME CRÂNIO-CÉRÉBRAL

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Elle regroupe sous une même dénomination les différentes conséquences d'un traumatisme violent et évite ainsi d'utiliser conjointement plusieurs dénominations.

Critères d'inclusion

Deux critères sont nécessaires pour retenir ce résultat de consultation. Certains critères, comme HÉMATOME, FRACTURE, LUXATION, CONTUSION, BRÛLURE, sont des résultats de consultation définis par ailleurs dans le dictionnaire dont il faut respecter les critères d'inclusions. COMMOTION est un ensemble de troubles fonctionnels secondaires à un traumatisme, y compris le traumatisme crânio-cérébral.

Compléments sémiologiques

Il permet de préciser si le traumatisme a entraîné des troubles en différents endroits du corps.

Voir aussi

Ce qui différencie ce résultat de consultation de BLESSURES COMBINÉES LÉGÈRES c'est la gravité des troubles (FRACTURE, LUXATION, COMMOTION), même si certains critères sont communs aux deux définitions (CONTUSION, HÉMATOME).

Position(s) diagnostique(s)

C, D : Le choix entre C et D se fera suivant le niveau de certitude auquel on est lors de l'inclusion du cas.

CORRESPONDANCE CIM – 10

T07 : Lésions traumatiques multiples, sans précision

DÉFINITION

++++ SENSATION de CHALEUR, VOIRE de BRÛLURE
 ++++ d'APPARITION BRUSQUE
 ++++ de DURÉE BRÈVE (quelques secondes à quelques minutes)

- + – chez la femme de la cinquantaine
- + – chez l'homme après pulpectomie ou au cours d'un traitement antiandrogène
- + – autre(s) cas (à préciser en commentaire)
- + – rougeur, chaleur cutanée (face, cou, partie supérieure du thorax)
- + – recrudescence nocturne
- + – diffusion à tout le corps
- + – sueurs profuses
- + – facteurs déclenchants (émotions, température extérieure, etc.)

- + – récidive

- + – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

A

VOIR AUSSI

ACCÈS ET CRISE
 AMÉNORRHÉE – OLIGOMÉNORRHÉE – HYPOMÉNORRHÉE
 ANXIÉTÉ – ANGOISSE
 MÉNOPAUSE
 NERVOSISME
 SYNDROME PRÉMENSTRUEL

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Autre dénomination « vapeurs »

Critères d'inclusion

Ce résultat de consultation sera habituellement choisi chez une femme de la cinquantaine lorsqu'on ne peut pas affirmer que les bouffées de chaleur sont en relation certaine avec la ménopause. Dans les autres cas, comme par exemple chez une femme jeune ou au contraire très âgée, il faut préciser le contexte de survenue.

Compléments sémiologiques

Ils regroupent les diverses modalités cliniques.

Voir aussi

MÉNOPAUSE : choisir cette définition si la ménopause est confirmée et si l'on croit pouvoir lui rattacher les bouffées de chaleur.
 ANXIÉTÉ-ANGOISSE peut être associée.
 SYNDROME PRÉMENSTRUEL particulièrement au cours de la période de périménopause.

Position(s) diagnostique(s)

A : Car c'est un symptôme.

CORRESPONDANCE CIM – 10

R23.2 : Rougeur (de la peau)
 N95.1 : Troubles de la ménopause et du climatère féminin

DÉFINITION

++++ TOUX
 ++++ RÂLES SIBILANTS DIFFUS
 ++++ CHEZ UN NOURRISSON DE MOINS DE 24 MOIS
 ++++ 1^{er} ou 2^{ème} ÉPISODE (à partir du 3^{ème} épisode : penser à l'asthme)

++1 | polypnée (entre 24 et 60/min)
 ++1 | râles crépitants et/ou sous crépitants diffus
 ++1 | signes de lutte
 ++1 | distension thoracique
 ++1 | tirage sus claviculaire
 ++1 | battements des ailes du nez

+ – rhinorrhée
 + – fièvre
 + – wheezing (sifflement audible à distance)
 + – ronchi (engorgement bronchique)
 + – altération de l'état général (trouble de l'alimentation, abattement)
 + – signes de gravité (polypnée supérieure à 60/min, cyanose, agitation, sueurs, auscultation silencieuse)

+ – récidive

+ – asymptomatique

RISQUE(s)

INSUFFISANCE RESPIRATOIRE AIGUË
 PNEUMOPATHIE

POSITION(s) DIAGNOSTIQUE(s)

C

VOIR AUSSI

ASTHME
 BRONCHITE AIGUË
 DYSPNÉE
 ÉTAT FÉBRILE
 ÉTAT MORBIDE AFÉBRILE
 INSUFFISANCE RESPIRATOIRE
 PNEUMOPATHIE AIGUË
 RHINOPHARYNGITE – RHUME
 TOUX

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

La bronchiolite est une infection virale saisonnière, épidémique, touchant le nourrisson de moins de 2 ans, caractérisée par une obstruction bronchiolaire prédominante, accompagnée de râles sibilants et de wheezing (respiration sifflante, audible).

Le plus souvent due au virus syncytial respiratoire (VRS), la bronchiolite est favorisée par la promiscuité, la vie précoce en collectivité, la pollution (tabagisme ambiant etc.).

Critères d'inclusion

Ils reprennent les signes cliniques toujours rencontrés dans une bronchiolite, ainsi que l'âge, critère majeur pour pouvoir parler de bronchiolite.

Compléments sémiologiques

Les compléments sémiologiques sont, pour certains, constamment présents : rhinorrhée (dès le début de l'épisode et avant même les signes bronchio-alvéolaires), toux, distension thoracique, polypnée expiratoire. Pour d'autres, ils dépendent de l'évolution et se rencontrent lorsqu'il y a complication : altération de l'état général, polypnée supérieure à 60/min, cyanose, troubles de la conscience, agitation, sueurs, apnée, auscultation silencieuse, distension thoracique, tirage sus claviculaire, battements des ailes du nez.

Diarrhée, vomissements et otite moyenne aiguë se voient fréquemment au cours des bronchiolites : ils seront notifiés par le RC correspondant.

Le nombre d'épisodes est à prendre en compte car, à partir du 3^{ème} ou, au plus, du 4^{ème} épisode, il faut penser à l'asthme du nourrisson, afin de ne pas méconnaître cette pathologie et de pouvoir la traiter de manière adaptée. Pour cette raison, il a été décidé de prévoir 2 compléments sémiologiques sur le nombre de récurrences (d'une part 2^{ème} épisode et, d'autre part, 3^{ème} épisode ou plus (avec le rappel « penser à l'asthme »).

Risques

Insuffisance respiratoire aiguë. Pneumopathie qui peut accompagner ou compliquer la bronchiolite.

Position(s) diagnostique(s)

Il s'agit d'un tableau de maladie (position C). Il faut garder à l'esprit le fait que seuls les 1^{er} et 2^{ème}, éventuellement 3^{ème} épisodes peuvent être considérés comme des bronchiolites, sans craindre pour autant un asthme. Au-delà, le RC « Asthme » doit être privilégié.

Voir Aussi

Cette rubrique regroupe les résultats de consultation dont certains signes peuvent être communs avec ceux de la bronchiolite.

CORRESPONDANCE CIM – 10

J21.9 : Bronchiolite aiguë sans précision.

DÉFINITION

- ++++ TOUX
- ++++ RÂLES RONFLANTS DIFFUS MODIFIÉS par la TOUX
- ++++ ABSENCE de BRONCHITE CHRONIQUE
(bronchite chronique = toux + expectoration au moins 3 mois par an depuis 2 ans)
- + – râles sibilants (surtout au début de l'épisode)
- + – dyspnée
- + – expectoration
- + – fièvre ou sensation de fièvre
- + – récurrence
- + – asymptomatique

RISQUE(s)

CANCER
CORPS ÉTRANGER
INTOXICATIONS
PNEUMOPATHIE

POSITION(s) DIAGNOSTIQUE(s)

C

VOIR AUSSI

ASTHME
BRONCHIOLITE
BRONCHITE CHRONIQUE
ÉTAT FÉBRILE
ÉTAT MORBIDE AFÉBRILE
PNEUMOPATHIE AIGÜE
TOUX

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Cette dénomination ne permet d'inclure que les bronchites aiguës. Les surinfections des bronchites chroniques seront relevées par BRONCHITE CHRONIQUE en utilisant certains des compléments sémiologiques de cette définition.

Critères d'inclusion

L'association d'une toux et de gros râles humides (ronchus ronflants), classiquement modifiés par la toux, diffus dans les deux champs pulmonaires, sont indispensables pour retenir ce résultat de consultation en dehors d'un contexte de bronchite chronique.

Compléments sémiologiques

Les compléments sémiologiques, râles sibilants, dyspnée, fièvre, expectoration précisent la sémiologie.

Voir aussi

Il s'agit des autres résultats de consultation où existent certains des critères présents dans la bronchite aiguë. En cas de surinfection de bronchite chronique, rester dans la définition bronchite chronique en cochant les compléments sémiologiques correspondant à cet état de surinfection.

Position(s) diagnostique(s)

C : C'est un tableau de maladie.

CORRESPONDANCE CIM – 10

J20.9 : Bronchite aiguë sans précision

DÉFINITION

- ++++ TOUX
- ++++ EXPECTORATION EXTÉRIORISÉE ou NON
- ++++ AU MOINS 3 MOIS par AN DEPUIS 2 ANS

- + – ronchus
- + – sibilance
- + – murmure vésiculaire diminué ou inaudible
- + – réversibilité aux bêta-mimétiques

- + – fièvre
- + – majoration de la dyspnée
- + – crachats purulents
 - ++1 | plus fréquents et abondants
 - ++1 | épais et colorés

- + – débit expiratoire de pointe réduit, mesuré avec un débitmètre de pointe
- + – explorations fonctionnelles respiratoires pathologiques
 - ++1 | Capacité vitale diminuée
 - ++1 | VEMS/CV abaissé
 - ++1 | Courbe débit-volume modifiée

- + – asymptomatique

RISQUE(s)

INSUFFISANCE CARDIAQUE
INSUFFISANCE RESPIRATOIRE

POSITION(s) DIAGNOSTIQUE(s)

C, D

VOIR AUSSI

ASTHME
BRONCHITE AIGÜE
CANCER
DYSPNÉE
ÉTAT FÉBRILE
ÉTAT MORBIDE AFÉBRILE
INSUFFISANCE RESPIRATOIRE
PNEUMOPATHIE AIGÜE
SINUSITE
TOUX

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Le terme de « bronchite chronique » est retenu de préférence à celui de « bronchopneumopathie chronique obstructive » car le premier est plus souvent utilisé par les médecins dans leur pratique, comme par les malades. Elle inclut les épisodes de surinfection éventuels.

Critères d'inclusion

Le critère de durée d'évolution est une convention universellement admise : toux de durée supérieure à 3 mois par an, depuis plus de 2 ans. Cette toux doit être associée à une expectoration, plus ou moins importante.

Compléments sémiologiques

Ils permettent de décrire les critères de surinfection (majoration de la dyspnée, modification des crachats) et la présence de signes d'auscultation. La réversibilité aux bêta-mimétiques peut être notée si elle existe, pouvant témoigner d'une spasticité bronchique associée. Ils permettent aussi d'inclure le résultat des EFR si elles ont été effectuées.

Voir Aussi

BRONCHITE CHRONIQUE peut être choisie conjointement avec INSUFFISANCE RESPIRATOIRE CHRONIQUE.

On classera en Dénomination Hors Liste : EMPHYSÈME et DILATATION DES BRONCHES.

Position(s) diagnostique(s)

C : Ensemble des critères d'inclusion.

D : Confirmation par les EFR.

CORRESPONDANCE CIM – 10

J42 : Bronchite chronique, sans précision (code par défaut)

J41.1 : Bronchite chronique mucopurulente

J44.0 : Maladie pulmonaire obstructive chronique avec infection aiguë des voies respiratoires inférieures

J44.1 : Maladie pulmonaire obstructive chronique avec épisodes aigus, sans précision

J44.9 : Maladie pulmonaire obstructive chronique, sans précision

DÉFINITION

++++ LÉSIONS TISSULAIRES par AGENTS DIVERS

++1 | THERMIQUE (liquides et solides inflammables, flash électrique)

++1 | CHIMIQUE (corrosifs, caustiques)

++1 | ÉLECTRIQUE (passage du courant à travers le corps, sauf flash électrique = thermique)

++1 | IRRADIANANT (coup de soleil, autres UV ou infrarouges, radiothérapie ou irradiation)

++1 | MÉCANIQUE (par frottement)

++1 | AUTRE(s) (à préciser en commentaire)

++1 | CUTANÉES

++1 | MUQUEUSES

++1 | ÉRYTHÈME (degré I)

++1 | PHLYCTÈNES (degré II)

++1 | ESCARRES (degré III)

+ – récidive

+ – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

D

VOIR AUSSI

BLESSURES COMBINÉES SÉVÈRES

DYSPNÉE

ESCARRE

LUCITE – ALLERGIE SOLAIRE

CEIL (TRAUMATISME)

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

En anglais : burn. Cette définition ne concerne pas les sensations de brûlure mais bien les lésions tissulaires.

Critères d'inclusion

Une LÉSION TISSULAIRE est nécessaire. Cette définition permet de préciser l'agent en cause, la situation de la brûlure (cutanée et/ou muqueuse) et son degré d'intensité (1^{er}, 2^e ou 3^{ème}).

Compléments sémiologiques

Pour noter les éléments de gravité.

Position(s) diagnostique(s)

D : Il ne s'agit pas d'un tableau de maladie mais d'un diagnostic certifié puisque l'on a la certitude du diagnostic.

CORRESPONDANCE CIM – 10

T30.0 : Brûlure, partie du corps non précisée, degré non précisé

T30.1 : Brûlure du premier degré, partie du corps non précisée

T30.2 : Brûlure du deuxième degré, partie du corps non précisée

T30.3 : Brûlure du troisième degré, partie du corps non précisée

DÉFINITION

++1 | DOULEURS
++1 | PARESTHÉSIES

++++ dans le TERRITOIRE du NERF MÉDIAN à la MAIN

- + – à prédominance nocturne
- + – irradiation ascendante
- + – signe de Tinel
- + – majorées par l'hyperflexion du poignet pendant 1 minute
- + – atrophie de l'éminence thénar
- + – déficit moteur
- + – troubles de la sensibilité objective
- + – bilatérale
- + – confirmation par l'électromyogramme

- + – récidive

- + – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

B

VOIR AUSSI

ARTHROPATHIE – PÉRIARTHROPATHIE
DOULEUR NON CARACTÉRISTIQUE
NÉVRALGIE – NÉVRITE
PARESTHÉSIE DES MEMBRES
TÉNOSYNOVITE

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Autre dénomination : syndrome du canal carpien. Celle-ci n'a pas été retenue, même si elle est plus exacte, tout simplement car elle compliquerait la recherche dans la liste alphabétique des résultats de consultation.
Anglais : Canal tunnel syndrome.
Allemand : Hand Wurzelgang

Critères d'inclusion

Le TERRITOIRE du NERF MÉDIAN à la MAIN correspond à la face palmaire des trois premiers doigts et à la moitié externe du quatrième.

Compléments sémiologiques

Douleurs ascendantes car elles peuvent irradier vers le coude voire l'épaule. Le Signe de Tinel est la reproduction des troubles par la percussion du nerf médian au niveau du canal carpien. Manœuvre de Phalen : les avant-bras à la verticale en élévation, garder le poignet en flexion maximale pendant une minute. Ce test est positif s'il reproduit les symptômes.

Voir aussi

NÉVRALGIE – NÉVRITE : le syndrome du canal carpien est à différencier d'une radiculalgie C6.
PARESTHÉSIE DES MEMBRES : Dans ce cas les paresthésies diffusent dans toute la main et ne sont pas localisées au territoire du nerf médian.

Position(s) diagnostique(s)

B : Il s'agit d'un syndrome.

CORRESPONDANCE CIM – 10

G56.0 : Syndrome du canal carpien

DÉFINITION

- ++++ AFFECTION MALIGNE DE TOUS TISSUS
- ++1 | SANS CONFIRMATION HISTOLOGIQUE
 - +2 | évolution clinique et biologique évocatrice
 - +2 | imagerie évocatrice
 - +2 | marqueur(s) tumoral (aux) perturbé(s)
- ++1 | APRÈS CONFIRMATION HISTOLOGIQUE
- ++1 | localisation
 - +1 | prostate
 - +1 | sein
 - +1 | colon
 - +1 | peau
 - +1 | mélanome
 - +1 | autres
 - +1 | bronche, poumon
 - +1 | voies aéro-digestives supérieures (VADS)
 - +1 | utérus (col et corps)
 - +1 | foie
 - +1 | pancréas
 - +1 | plèvre
 - +1 | autre (à préciser en commentaire)
- ++1 | métastases
 - +1 | foie
 - +1 | os
 - +1 | poumon
 - +1 | cerveau
 - +1 | autre (à préciser en commentaire)
- ++1 | lymphome
 - +1 | hodgkinien
 - +1 | non hodgkinien
- ++1 | leucémie
 - +1 | lymphoïde chronique
 - +1 | lymphoïde autre
 - +1 | myéloïde
- + – douleur
- + – récédive
- + – asymptomatique

POSITION(s) DIAGNOSTIQUE(s)

C, D

VOIR AUSSI

ADÉNOPATHIE
COL UTÉRIN (ANOMALIE DU)
SEIN (TUMÉFACTION)
TUMÉFACTION

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Elle regroupe toutes les tumeurs et hémopathies malignes.

Critères d'inclusion

Cette définition présente deux entrées.

Dans la majorité des cas la certitude histologique est apportée et le cas peut être classé en localisation primitive en notant si nécessaire les localisations secondaires (+ – métastases).

Mais parfois, la preuve histologique ne peut être apportée (par exemple chez les patients très âgés). Dans ce cas, on utilise la seconde entrée de la définition (SANS PREUVE HISTOLOGIQUE) mais il faut avoir au moins deux des trois critères évocateurs. Si les marqueurs tumoraux ne sont pas des critères diagnostiques, ici ils peuvent, en association avec un des deux autres critères, contribuer à évoquer un cancer en position de tableau de maladie, c'est-à-dire en position « C ».

Compléments sémiologiques

Les critères de localisation ont été choisis en référence à l'Enquête Permanente Cancer 1975-1988 confirmée par la série du Centre Anticancéreux de Reims en 1993. Il est proposé de préciser la localisation ou le type de cancer en se référant à la CIM10.

La notion de cancer identique dans la famille est un élément qui peut influencer la démarche médicale familiale.

Le critère faisant référence à la douleur, dans la mesure où celle-ci peut être formellement rattachée au cancer, évite le recours à la dénomination DOULEUR NON CARACTÉRISTIQUE.

Les critères concernant les modes de prise en charge thérapeutique permettent un recueil facilité des données en rapport avec le suivi du malade cancéreux. À la différence de la chirurgie, qui est un acte limité dans le temps, les notions de radiothérapie et de chimiothérapie en cours, nous paraissent importantes à prendre en compte, dans le suivi du malade à domicile, ces thérapeutiques étant prescrites par d'autres et pendant une longue durée.

Correspondance CIM – 10

Il est fortement conseillé de se servir de la CIM pour préciser dans la mesure du possible le type et la localisation de la lésion.

Position(s) diagnostique(s)

C : Sans preuve histologique mais avec au moins 2 des 3 critères proposés.

D : Si on détient la preuve histologique.

CORRESPONDANCE CIM – 10

- C80 : Tumeur maligne de siège non précisé (code par défaut)
- C18.9 : Tumeur maligne du côlon, sans précision
- C22.9 : Tumeur maligne du foie, sans précision
- C25.9 : Tumeur maligne du pancréas, sans précision
- C34.9 : Tumeur maligne des bronches et du poumon
- C38.4 : Tumeur maligne de la plèvre
- C43.9 : Mélanome malin de la peau, sans précision
- C44.9 : Autres tumeurs malignes de la peau
- C50.9 : Tumeur maligne du sein
- C55 : Tumeur maligne de l'utérus, partie non précisée
- C61 : Tumeur maligne de la prostate, sans précision
- C78.0 : Tumeur maligne secondaire du poumon
- C78.7 : Tumeur maligne secondaire du foie
- C79.3 : Tumeur maligne secondaire du cerveau et des méninges cérébrales
- C79.5 : Tumeur maligne secondaire des os et de la moelle osseuse
- C79.8 : Tumeur maligne secondaire d'autres sièges précisés
- C81.9 : Maladie de Hodgkin
- C85.9 : Lymphome non hodgkinien, de type non précisé
- C91.1 : Leucémie lymphoïde chronique
- C91.9 : Leucémie lymphoïde, sans précision
- C92.9 : Leucémie myéloïde

DÉFINITION

++++ OPACITÉ du CRISTALLIN

++1 | PARTIELLE (objectivée à la lampe à fente)

++1 | TOTALE (constatée de visu)

+ – baisse de l'acuité visuelle

+ – congénitale

+ – sénile

+ – autre

+ – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

C, D

VOIR AUSSI

CEIL (TROUBLE DE LA VISION)

SUITE OPÉRATOIRE

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Elle correspond à l'existence d'une opalescence du cristallin, dont la forme sénile est la plus fréquente dans nos régions.

Critères d'inclusion

C'est le constat de l'opacité du cristallin. Les examens ophtalmologiques permettent de dépister aussi les lésions oculaires associées et de préciser les indications opératoires.

Compléments sémiologiques

L'item « baisse de l'acuité visuelle » évite de relever conjointement les résultats de consultation CATARACTE et CEIL (TROUBLE DE LA VISION).

Voir aussi

CEIL (TROUBLE DE LA VISION) : baisse ou modification de l'acuité visuelle, sans observation de cataracte

SUITE OPÉRATOIRE : à choisir si le malade est revu après la chirurgie de la cataracte.

Position(s) diagnostique(s)

C : Constat de visu.

D : Constat à l'aide de la lampe à fente.

CORRESPONDANCE CIM – 10

H25.9 : Cataracte sénile, sans précision (code par défaut)

H26.9 : Cataracte, sans précision

Q12.0 : Cataracte congénitale

DÉFINITION

++++ MAL de TÊTE
 ++++ NON CLASSABLE AILLEURS

+ – intense
 + – pulsatile
 + – unilatérale
 + – stéréotypée dans son expression et/ou localisation

+ – nausées, vomissements
 + – photophobie ou phonophobie
 + – irradiation (oculaire...)

+ – facteur déclenchant (effort...)
 + – variation selon la position
 + – prodromes
 + – efficacité d'un antalgique courant

+ – antécédent personnel
 + – antécédent familial
 + – évolution par crises, chronique paroxystique

+ – récidive

+ – asymptomatique

RISQUE(s)

ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL
 HÉMATOME CÉRÉBRAL
 PPR – HORTON
 MÉNINGITE, ENCÉPHALITE, ABCÈS CÉRÉBRAL
 TUMEUR CÉRÉBRALE

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

A

VOIR AUSSI

ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL
 BLESSURES COMBINÉES LÉGÈRES
 BLESSURES COMBINÉES SÉVÈRES
 CERVICALGIE
 CONTUSION
 ÉTAT FÉBRILE
 ÉTAT MORBIDE AFÉBRILE
 GLAUCOME
 HUMEUR DÉPRESSIVE
 MIGRAINE
 NÉVRALGIE – NÉVRITE
 SINUSITE
 SYNDROME PRÉMENSTRUEL
 TRAUMATISME CRÂNIO-CÉRÉBRAL

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Autre dénomination : « mal de tête » dans le langage vernaculaire.
 Anglais : Cephalalgia, Headache.

Critères d'inclusion

Il décrit simplement la plainte du malade, à condition qu'aucun autre résultat de consultation ne vienne l'expliquer.

Le risque de pouvoir classer une migraine à la fois par le RC MIGRAINE et le RC CÉPHALÉE justifie l'existence du critère NON CLASSABLE AILLEURS. Mais l'exclusion ne se limite pas à la migraine. Ainsi les maux de têtes liés à une SINUSITE ne pourront être classés à CÉPHALÉE, ni les maux de têtes secondaires à un traumatisme...

Compléments sémiologiques

Ils sont proches de ceux de MIGRAINE. Bien que facultatifs, ils doivent être relevés s'ils existent. Dans le but, d'une part d'avoir une sémiologie la plus rigoureuse possible et, d'autre part, de mieux connaître les caractéristiques qui font choisir les résultats de consultation CÉPHALÉE ou MIGRAINE.

La liste étant longue, les critères sont regroupés en rubrique pour faciliter la lecture.

Voir Aussi

En cas d'HTA et de CÉPHALÉE associées, on devra noter les deux résultats de consultation, car on ne peut pas affirmer que la céphalée est directement liée à l'HTA.

Avant de relever CÉPHALÉE, il faut vérifier que le résultat de consultation MIGRAINE ne peut pas être retenu.

Si la céphalée est directement liée à un traumatisme récent (moins de trois mois), il faut préférer le RC correspondant : CONTUSION, BLESSURE COMBINÉE, TRAUMATISME CRÂNIO-CÉRÉBRAL.

Position(s) diagnostique(s)

A : Il s'agit d'un symptôme cardinal même s'il existe des signes associés.

CORRESPONDANCE CIM – 10

R51 : Céphalée

DÉFINITION

++++ MASSE BRUNÂTRE CIREUSE
 ++++ DANS LE CONDUIT AUDITIF EXTERNE

+ – bilatérale
 + – obstruction totale du conduit
 + – présence de débris épidermiques

+ – récursive

+ – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

D

VOIR AUSSI

OTALGIE
 OTITE EXTERNE
 OTITE MOYENNE
 SURDITÉ
 VERTIGE – ÉTAT VERTIGINEUX

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Le cérumen est une substance brunâtre et molle, sécrétée dans le conduit auditif externe dont l'accumulation constitue le bouchon de cérumen, nommé aussi « bouchon de cire ».

Critères d'inclusion

Ils sont basés sur l'aspect otoscopique et la localisation dans le conduit auditif externe.

Compléments sémiologiques

Ils permettent de noter la double localisation, l'obstruction complète du conduit et l'association du cérumen à des débris épidermiques qui modifient aspect et consistance.

Voir aussi

Ces résultats de consultation sont soit des associations possibles soit des complications à noter séparément.

Position(s) diagnostique(s)

D : Car c'est un diagnostic évident.

CORRESPONDANCE CIM – 10

H61.2 : Bouchon de cérumen

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 des muscles paravertébraux
- + – irradiation
- + – syndrome périosto-cellulo-téno-myalgique (cellulalgie au pincé roulé, myalgie unilatérale...)

- + – récidive

- + – asymptomatique

RISQUE(s)

CANCER
 FRACTURE – TASSEMENT
 SPONDYLODISCITE
 TUMEUR

POSITION(s) DIAGNOSTIQUE(s)

A

VOIR AUSSI

ARTHROSE
 CÉPHALÉE
 DOULEUR NON CARACTÉRISTIQUE
 MUSCLE (ÉLONGATION – DÉCHIRURE)
 MYALGIE
 NÉVRALGIE – NÉVRITE

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 : à choisir de préférence à CERVICALGIE si les douleurs cervicales apparaissent au médecin en relation avec une arthrose confirmée radiologiquement.

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

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

NÉVRALGIE – NÉVRITE : 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

++++ TUMÉFACTION DURE
 ++++ LOCALISÉE AU CARTILAGE TARSE

++1 | PROÉMINENTE SOUS LA PEAU
 ++1 | PROÉMINENTE SOUS LA CONJONCTIVE
 ++1 | PROÉMINENTE AU BORD LIBRE

+ – douloureuse
 + – suppurée

+ – récidive

+ – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

C

VOIR AUSSI

ABCÈS SUPERFICIEL
 CONJONCTIVITE
 CÉIL (LARMOIEMENT)
 ORGELET
 TUMÉFACTION

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Petite tuméfaction (du grec Kalazia : grêlon) dont la localisation dans la paupière (cartilage tarse) et l'aspect non inflammatoire (sauf en période de surinfection) la distinguent de l'ORGELET.

Anglais : Chalazion.

Critères d'inclusion

Il faut LOCALISER cette TUMÉFACTION DURE du CARTILAGE TARSE, soit sous la peau, soit sous-conjonctival ou au bord libre.

Compléments sémiologiques

Ils précisent les formes suppuratives et douloureuses.

Voir aussi

Toutes les TUMÉFACTIONS n'ayant pas les caractères obligatoires du CHALAZION. Pour l'ORGELET, noter que le chalazion suppuré a parfois été décrit comme un orgelet interne.

Position(s) diagnostique(s)

C : C'est un tableau de maladie.

CORRESPONDANCE CIM – 10

H00.1 : Chalazion

DÉFINITION

++++ CHUTE de CHEVEUX

+ + 1 | rapportée

+ + 1 | constatée

+ + 1 | DIFFUSE

+ + 1 | LOCALISÉE

+ + 1 | EN PLAQUES

+ + 1 | CUIR CHEVELU PROPRE et SEC

+ + 1 | ÉRYTHÈME

+ + 1 | PELLICULES SÈCHES

+ + 1 | PELLICULES GRASSES

+ + 1 | CROÛTES, SQUAMES

+ – prurit

+ – rapide

+ – cheveux cassés courts

+ – récidive

+ – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

A

VOIR AUSSI

DERMATOPHYTOSE

DERMATOSE

DERMITE SÉBORRHÉIQUE

ECZÉMA

HYPOTHYROÏDIE

PSORIASIS

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Autres dénominations courantes : alopecie, calvitie, « chauve », tonsure. Cette définition recouvre toutes les chutes de cheveux, localisées ou diffuses, aiguës ou chroniques, physiologiques ou pathologiques à l'exclusion de la teigne et de la trichillomanie.

Critères d'inclusion

La chute de cheveux se résume parfois à une simple plainte du patient, que l'on prend parfois en charge. Pour la constater on pourra s'aider du test de la traction.

Les différents critères et leurs croisements permettent d'identifier les différentes circonstances de chute de cheveux.

Compléments sémiologiques

Ils comportent quelques éléments qui permettront éventuellement d'orienter le cas et de réviser ultérieurement le résultat de consultation.

Position(s) diagnostique(s)

A

CORRESPONDANCE CIM – 10

L65.9 : Raréfaction du système pileux non cicatricielle, sans précision

DÉFINITION

++++ DOULEUR de l'HYPOCHONDRE DROIT
 ++++ à IRRADIATION POSTÉRIEURE (omoplate droite)
 ++++ SYNDROME INFLAMMATOIRE

++1 | fièvre
 ++1 | défense
 ++1 | leucocytose à polynucléaires

+ – signe de Murphy
 + – nausées, vomissements
 + – sub-ictère
 + – lithiase biliaire

+ – récidive

+ – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

C, D

VOIR AUSSI

LITHIASE BILIAIRE
 PLAINTÉ ABDOMINALE
 ÉTAT FÉBRILE
 ABDOMEN DOULOUREUX AIGU

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Cette définition sert à décrire les conséquences de l'inflammation de la paroi vésiculaire (dont on sait qu'elle est due le plus souvent à l'obstruction du canal cystique par une lithiase).

Critères d'inclusion

Ils sont pour la plupart cliniques et associent une douleur bien typée à un ou plusieurs signes d'inflammation (fièvre – défense – hyperleucocytose à polynucléaires, seul critère biologique).

Compléments sémiologiques

Le signe de Murphy n'est qu'un critère facultatif, puisque cette manœuvre ne peut être habituellement pratiquée que lorsque la crise a cédé. Le critère « lithiase biliaire » évite de relever simultanément le résultat de consultation LITHIASE BILIAIRE.

Voir aussi

ABDOMEN DOULOUREUX AIGU : si la localisation n'est pas caractéristique de la CHOLÉCYSTITE.

LITHIASE BILIAIRE : le symptôme dominant est le calcul et non pas la douleur inflammatoire.

Position(s) diagnostique(s)

C : Devant un tableau purement clinique (douleur typique et syndrome inflammatoire).

D : Après confirmation par laparotomie et histologie.

CORRESPONDANCE CIM – 10

K81.9 : Cholécystite, sans précision (code par défaut)

K80.0 : Calcul de la vésicule biliaire avec cholécystite aiguë

K81.1 : Cholécystite chronique

DÉFINITION

++++ CICATRICE

++1 | CHIRURGICALE
 ++1 | ACCIDENTELLE
 ++1 | AUTRE(s) (à préciser en commentaire)

++1 | PRURIT
 ++1 | DOULEUR
 ++1 | SURÉLÉVATION
 ++1 | PIGMENTATION
 ++1 | RÉTRACTION
 ++1 | DISJONCTION
 ++1 | INCLUSION de CORPS ÉTRANGERS (fils, éclats, gravillons. etc.)
 ++1 | CHÉLOÏDE en patte de crabe ou en étoile

+ – asymptotique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

C

VOIR AUSSI

ABCÈS SUPERFICIEL
 ACNÉ VULGAIRE
 CORPS ÉTRANGER SOUS-CUTANÉ
 DOULEUR NON CARACTÉRISTIQUE
 HERNIE – ÉVENTRATION
 PLAIE
 PRURIT LOCALISÉ
 SUITE OPÉRATOIRE

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Autres dénominations : balafre, marque, couture. Dans cette définition on inclut toutes les CICATRICES exceptées celles se traduisant par un trait fin et indolore, donc les cicatrices posant problème au patient (cicatrices pathologiques).

Critères d'inclusion

Le critère ACCIDENTELLE recouvre en particulier les brûlures. Le critère AUTRE(s) inclut piqûres, vaccination, injection, acné, etc. SURÉLÉVATION inclut les cicatrices en relief pouvant aller jusqu'à l'hypertrophie, à l'exclusion des chéloïdes qui sont une entité à part entière (caractéristique en pattes de crabe ou en étoile, et ayant tendance à l'extension progressive et à la récurrence). DISJONCTION désigne un décalage ou une déhiscence des berges. RÉTRACTION désigne une attraction de la peau ou une déformation des orifices ou une adhérence aux plans profonds.

Voir aussi

Le résultat de consultation PLAIE incluant les cicatrices excoriées. En post-opératoire, les troubles de la cicatrisation sont relevés par le résultat de consultation SUITE OPÉRATOIRE.

Position(s) diagnostique(s)

C : C'est un tableau de maladie.

CORRESPONDANCE CIM – 10

L90.5 : Cicatrices et fibrose cutanées (code par défaut)

L91.0 : Cicatrice chéloïde

L92.3 : Granulome cutané et sous-cutané dû à la présence d'un corps étranger

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
- + - cytolysé (augmentation des transaminases, GGT)
- + - cholestase (augmentation de la bilirubine ou phosphatase alcaline)
- + - cirrhose alcoolique

- + - 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

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Cette définition regroupe les cirrhoses du foie quelle que 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 % (obésité, médicamenteuse, hémochromatose, auto-immune...).

Le complément sémiologique « cirrhose alcoolique » est destiné à une meilleure correspondance avec la CIM-10, lorsque l'origine alcoolique est démontrée.

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 où la combinaison des troubles biologiques ne permettrait pas de relever ce RC, on choisira ANOMALIE BIOLOGIQUE SANGUINE.

CANCER
 HÉPATITE VIRALE

Position(s) diagnostique(s)

D : Si la confirmation histologique par biopsie hépatique a été réalisée.
 C : Dans l'autre cas.

CORRESPONDANCE CIM - 10

K74.6 : Cirrhoses du foie, autres et sans précision
 K70.3 : Cirrhose alcoolique du foie
 K74.0 : Fibrose hépatique

DÉFINITION

- ++++ DOULEUR SPONTANÉE de la RÉGION du COCCYX
- ++1 | retrouvée à la pression externe du coccyx
- ++1 | retrouvée au toucher rectal par pression interne du coccyx
- ++1 | contracture douloureuse palpable du (ou des) muscle(s) releveur(s) de l'anus

- + – rapportée à une chute ou un choc
- + – hyperalgique
- + – permanente
- + – à la défécation
- + – nocturne
- + – calmée par la marche, le décubitus

- + – récidive

- + – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

A

VOIR AUSSI

DOULEUR NON CARACTÉRISTIQUE
FISSURE ANALE
HÉMORROÏDE
NÉVRALGIE – NÉVRITE

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Autre dénomination : Coccygodynie En anglais : Coccydynia. La définition permet d'individualiser cette ALGIE particulière. Le plus souvent traumatique, elle peut être secondaire à une affection pelvienne et plus rarement idiopathique (10 %).

Critères d'inclusion

La DOULEUR SPONTANÉE de la RÉGION du COCCYX doit être associée à au moins un des trois critères de douleurs provoquées :

- Soit à la pression de la face postérieure du coccyx à travers la peau.
- Soit au toucher rectal avec une douleur à la pression de la face antérieure du coccyx à travers le rectum.
- Soit la mise en évidence d'une contracture douloureuse à la palpation d'un ou des muscles releveurs de l'anus de chaque coté du coccyx (plus souvent à gauche).

Compléments sémiologiques

Ils permettent de rattacher cette douleur à une cause traumatique, par exemple une chute sur les fesses le plus souvent sur la convexité des deux fesses. Mais aussi de caractériser la douleur dans son intensité et dans ses conséquences désagréables.

Voir aussi

Même en cas de lien avec un traumatisme déclenchant, la douleur du coccyx si elle est isolée, sera relevée par COCCYDYNIE et non CONTUSION.

Position(s) diagnostique(s)

A : Il s'agit d'un symptôme, même si deux ou trois signes d'examen sont associés.

CORRESPONDANCE CIM – 10

M53.3 : Atteintes sacro-coccygiennes, non classées ailleurs

DÉFINITION

- ++1 ANOMALIE MACROSCOPIQUE
 - ++1 ectropion
 - ++1 présence d'œuf de Naboth
 - ++1 polype
 - ++1 ulcération
 - ++1 leucoplasie
 - ++1 allongement hypertrophique du col de l'utérus
 - ++1 modification de l'orifice cervical
 - ++1 rétrécissement ou sténose du col
 - ++1 béance du col
 - ++1 déchirure ancienne du col
 - ++1 autre
- ++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 spontané du col (ou au contact)
- + – récédive
- + – asymptomatique

RISQUE(s)

CANCER

POSITION(s) DIAGNOSTIQUE(s)

A, C, D

VOIR AUSSI

LEUCORRHÉE
 POST-PARTUM (COMPLICATION)
 UTÉRUS (HYPERTROPHIE FIBROME)
 VULVITE – VAGINITE

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).

Ces deux entrées ne peuvent être sélectionnées simultanément. Si cela était nécessaire (il peut exister à la fois un ectropion et une dysplasie), saisir deux fois le RC en choisissant chaque fois, dans la même séance, le critère d'inclusion.

Compléments sémiologiques

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

Risques

CANCER

Voir aussi

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 UTERIN anomalie du

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

POST-PARTUM (COMPLICATION) : toute anomalie du col en relation avec l'accouchement sera classée là et non pas à COL UTÉRIN (ANOMALIE DU)

Positions diagnostiques

A : Pour les anomalies macroscopiques non caractéristiques

C : Si anomalie macroscopique caractéristique (polype, œufs de Naboth)

D : Si frottis dysplasique ou papillome

CORRESPONDANCE CIM – 10

N72 : Affections inflammatoires du col de l'utérus (code par défaut)

D26.0 : Autres tumeurs bénignes du col de l'utérus

N84.1 : Polype du col de l'utérus

N86 : Érosion et ectropion du col de l'utérus

N87.0 : Dysplasie légère du col de l'utérus

N87.1 : Dysplasie moyenne du col de l'utérus

N87.2 : Dysplasie sévère du col de l'utérus, non classée ailleurs

N88.1 : Déchirure ancienne du col de l'utérus

N88.2 : Rétrécissement et sténose du col de l'utérus

N88.8 : Autres affections non inflammatoires précisées du col de l'utérus

DÉFINITION

- ++++ DOULEURS voire CRAMPES de la RÉGION ABDOMINALE
- ++++ ANTÉCÉDENT de PLUSIEURS CRISES SEMBLABLES
- ++++ TROUBLE du TRANSIT actuel ou habituel
 - ++1 | diarrhée
 - ++1 | constipation
 - ++1 | alternance de diarrhées constipation
- ++++ ABDOMEN SENSIBLE à la PALPATION (corde colique ou segment douloureux)
- + – intervalles libres
- + – ballonnement
- + – troubles dyspeptiques variés
- + – coloscopie
 - ++1 | normale
 - ++1 | diverticules coliques
 - ++1 | dolichocolon
 - ++1 | autre(s) (à préciser en commentaire)
- + – lavement baryté
 - ++1 | normal
 - ++1 | diverticules coliques
 - ++1 | autre(s) (à préciser en commentaire)
- + – préoccupation habituelle et durable du patient
- + – récédive
- + – asymptomatique

RISQUE(s)

CANCERS
 LYMPHOME
 CROHN (MALADIE DE)
 RECTO-COLITE HÉMORRAGIQUE

POSITION(s) DIAGNOSTIQUE(s)

B

VOIR AUSSI

ABDOMEN DOULOUREUX AIGU
 ACCÈS et CRISE
 ANGOR – INSUFFISANCE CORONAIRE
 CONSTIPATION
 DIARRHÉE (ISOLÉE, NON INFECTIEUSE)
 DIARRHÉE – NAUSÉE – VOMISSEMENT
 ÉTAT MORBIDE AFÉBRILE
 FÉCALOME
 HERNIE – ÉVENTRATION
 MÉTÉORISME
 PARASITOSE DIGESTIVE
 PLAINTÉ ABDOMINALE
 SYNDROME PRÉMENSTRUEL

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

D'autres dénominations: syndrome colique, colon irritable, colopathie fonctionnelle sont aussi utilisées pour décrire ce tableau clinique.

Critères d'inclusion

Quatre critères sont obligatoires mais c'est l'ancienneté (la chronicité) de la symptomatologie qui caractérise au mieux ce syndrome.

Compléments sémiologiques

Théoriquement le lavement baryté ou la coloscopie sont normaux. Il est quand même possible de relever ce résultat de consultation si ces examens montrent certaines anomalies mineures. Ainsi des diverticules découverts fortuitement pourront être signalés sans recourir pour autant un résultat de consultation plus spécifique. En revanche, l'infection aiguë de diverticules avec abcès ou perforation sera classée en DHL.

La rubrique « autre(s) » est destinée à signaler les anomalies « morphologiques » souvent congénitales du colon.

Voir Aussi

La liste récapitule les résultats de consultation pouvant comporter des douleurs abdominales avec ou sans troubles du transit mais se présentant dans un contexte différent, en particulier sans chronicité.

Position(s) diagnostique(s)

B: C'est un syndrome.

CORRESPONDANCE CIM – 10

K58 : Syndrome de l'intestin irritable (code par défaut)
 K58.0 : Syndrome de l'intestin irritable, avec diarrhée
 K58.9 : Syndrome de l'intestin irritable, sans diarrhée

DÉFINITION

- ++++ DOULEUR LOMBAIRE
- ++++ UNILATÉRALE
- ++++ IRRADIANTE VERS LE PELVIS
- ++++ AVEC PAROXYSMES
- ++++ ABSENCE DE FIÈVRE OU SENSATION DE FIÈVRE

- + – agitation du malade (qui ne trouve pas de position antalgique)
- + – signes urinaires (hématurie, sable urinaire, etc.)
- + – signes digestifs (syndrome subocclusif)
- + – antécédent lithiasique

- + – récurrence

- + – asymptomatique

RISQUE(s)

APPENDICITE
PYÉLONÉPHRITE AIGUË

POSITION(s) DIAGNOSTIQUE(s)

B

VOIR AUSSI

ABDOMEN DOULOUREUX AIGU
DOULEUR PELVIENNE
CYSTITITE – CYSTALGIE
HÉMATURIE
LITHIASE URINAIRE
LOMBALGIE
PLAINTÉ ABDOMINALE

ARGUMENTAIRE**Critères d'inclusion**

Ils caractérisent la DOULEUR, avec son POINT de DÉPART LOMBAIRE, ainsi que les IRRADIATIONS DESCENDANTES vers les organes génitaux, la vessie ou tout le petit bassin.

Compléments sémiologiques

Ils donnent des arguments supplémentaires.

Attention aux troubles digestifs: s'ils sont importants, ils peuvent faire hésiter dans le choix du résultat de consultation, avec ABDOMEN DOULOUREUX AIGU.

Voir aussi

Ils concernent tous les problèmes douloureux de l'abdomen. Voir en particulier ABDOMEN DOULOUREUX AIGU et PYÉLONÉPHRITE.

Position(s) diagnostique(s)

B: Si douleur associée à un ou des

CORRESPONDANCE CIM – 10

N23: Colique néphrétique, sans précision

DÉFINITION

++++ CONDUITE SOCIALEMENT INADAPTÉE

++1 | AGRESSIVE

++1 | DÉVIANTE

+ – mensonges

+ – vol

+ – bagarres

+ – autre(s) (à préciser en commentaire)

+ – récidive

+ – asymptomatique

RISQUE(s)

PSYCHOSES

RÉACTION IATROGÈNE

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

A

VOIR AUSSI

ALCOOL (PROBLÈME AVEC L')

DÉMENCE

IATROGÈNE – EFFET INDÉSIRABLE D'UNE THÉRAPEUTIQUE

PSYCHIQUE (TROUBLE)

RÉACTION À SITUATION ÉPROUVANTE

TOXICOMANIE

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Cette définition permet de relever les troubles de comportement du patient, sans préjuger de leur origine psychiatrique, iatrogène ou autre. En effet le problème est dans ce cas, suffisamment important pour être individualisé, le médecin étant obligé de le prendre en compte pendant la séance. Si une origine psychiatrique est suspectée il faudra choisir un autre RC parmi la liste des VOIR AUSSI.

Critères d'inclusion

Le TROUBLE DU COMPORTEMENT se juge par rapport à ce qu'il est convenu d'appeler la norme sociale.

Aussi, le médecin, l'entourage voire le malade lui-même, sont les seuls à pouvoir apprécier cette norme sociale.

Cette CONDUITE SOCIALEMENT INADAPTÉE peut se présenter soit sur un mode AGRESSIF avec violence physique ou verbale, soit prendre la forme d'une DÉVIANCE avec des attitudes hors des normes habituelles.

Compléments sémiologiques

Ils précisent les principaux troubles du comportement sans oublier les possibles récurrences.

Voir aussi

ALCOOL (PROBLÈME AVEC L')

DÉMENCE

DHL 05 – Troubles mentaux et du comportement : il peut exister des troubles de la communication dans COMPORTEMENT (TROUBLES) mais dans ce cas, ils sont au second plan. D'ailleurs, la plupart de ces résultats de consultation peuvent être, si besoin, relevés en plus de COMPORTEMENT (TROUBLES).

IATROGÈNE – EFFET INDÉSIRABLE D'UNE THÉRAPEUTIQUE

PSYCHIQUE (TROUBLE)

RÉACTION À SITUATION ÉPROUVANTE

TOXICOMANIE

Position(s) diagnostique(s)

A : il s'agit d'un symptôme. S'il existe d'autres troubles associés qui n'expliquent pas le trouble du comportement observé, ils seront relevés en plus par le RC correspondant.

CORRESPONDANCE CIM – 10

R 46.2 : Comportement étrange et inexplicable.

Cet encodage a été préféré à F91 Troubles des conduites, qui présuppose une origine psychiatrique, alors que le RC est volontairement très ouvert.

DÉFINITION

++1 | GÊNE OCULAIRE (démangeaison, impression de grain de sable)
 ++1 | ROUGEUR CONJONCTIVALE
 ++1 | SÉCRÉTION MUCO-PURULENTE

+ – douleur modérée
 + – photophobie
 + – larmolement
 + – œdème palpébral
 + – bilatérale

+ – récidive

+ – asymptomatique

RISQUE(s)

KÉRATITE

POSITION(s) DIAGNOSTIQUE(s)

A, C

VOIR AUSSI

CHALAZION
 HEMMORAGIE SOUS-CONJONCTIVALE
 HERPÈS
 CÉIL (LARMOIEMENT)
 CÉIL (TRAUMATISME)
 ORGELET
 RHINITE
 RHINOPHARYNGITE – RHUME

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Sont exclues de cette dénomination les conjonctivites traumatiques. En cas d'écoulement purulent de l'orifice du canal lacrymal, on relèvera le cas en dénomination hors liste sous le terme : DACRYOCYSTITE (imperforation du canal lacrymal en particulier chez le nourrisson).

Critères d'inclusion

Ils permettent d'inclure les cas quel que soit le stade évolutif de la conjonctivite, d'une simple gêne conjonctivale, qui reste parfois isolée ou qui se complète d'une rougeur conjonctivale, voire de la présence de pus.

Compléments sémiologiques

Ils permettent d'enrichir le tableau clinique et de souligner si besoin la bilatéralité de la conjonctivite.

Risques

Kératite

Voir aussi

CÉIL (LARMOIEMENT), dans ce cas, il n'y a ni gêne oculaire, ni pus, ni douleur.

CÉIL (TRAUMATISME), ici, la notion d'un traumatisme récent de l'œil est retrouvée et domine le tableau.

Position(s) diagnostique(s)

A : Si simple gêne oculaire.

C : Si tableau caractéristique.

CORRESPONDANCE CIM – 10

H10.9 : Conjonctivite, sans précision (code par défaut)

H10.0 : Conjonctivite mucopurulente

DÉFINITION

- ++1 | DIMINUTION de la FRÉQUENCE des SELLES (espacées de plus de 48 heures)
- ++1 | SELLES DURES
- ++1 | FAUSSES DIARRHÉES
- ++1 | DIFFICULTÉ d'EXONÉRATION

- + – apparition récente
- + – douleurs abdominales
- + – usage régulier de laxatif
 - ++1 | prescrit
 - ++1 | automédication
- + – occasionnelle (alitement, voyage, prise de médicaments, etc. à préciser en commentaire)

- + – récidive

- + – asymptomatique

RISQUE(s)

CANCER
OCCLUSION MÉCANIQUE ou SUB OCCLUSION

POSITION(s) DIAGNOSTIQUE(s)

A

VOIR AUSSI

ABDOMEN DOULOUREUX AIGU
COLIQUE (SYNDROME)
DIARRHÉE (ISOLÉE, NON INFECTIEUSE)
FÉCALOME
PLAINTE ABDOMINALE

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Il s'agit d'un retard et/ou d'une difficulté d'exonération des selles qui doivent être jugés en fonction des variations physiologiques individuelles. Toutefois, moins de trois selles par semaine semble être une limite pour parler de constipation.

Critères d'inclusion

Si un seul critère suffit pour inclure le cas, il est toutefois possible d'en associer plusieurs afin de mieux caractériser le type de constipation.

Compléments sémiologiques

Ils donnent une idée sur l'antériorité et les facteurs associés. L'« apparition récente » chez un sujet jamais constipé attire l'attention sur un éventuel risque évitable (cancer). Le critère « occasionnelle » sera choisi s'il y a une raison plausible. L'importance de « l'automédication » dans cette situation est soulignée.

Risques

CANCER, OCCLUSION MÉCANIQUE ou SUB OCCLUSION

Voir aussi

FÉCALOME est souvent révélé par une fausse diarrhée.

Position(s) diagnostique(s)

A : Il s'agit d'un symptôme cardinal même s'il existe une douleur associée.

CORRESPONDANCE CIM – 10

K59.0 : Constipation

DÉFINITION

- ++++ PRÉVENTION de la GROSSESSE
 - ++1 | CONTRACEPTION HORMONALE
 - ++1 | orale
 - ++1 | injectable (y compris implants)
 - ++1 | pilule « du lendemain »
 - ++1 | STÉRILET
 - ++1 | pose
 - ++1 | surveillance
 - ++1 | ablation
 - ++1 | AUTRE MÉTHODE (y compris courbe thermique)
 - ++1 | CONSEIL, ÉDUCATION CONCERNANT LA CONTRACEPTION
 - ++1 | Demande de stérilisation tubaire
 - ++1 | Demande de vasectomie
 - ++1 | Incident de contraception (oubli de pilule, rupture de préservatif, perte de préservatif, de diaphragme dans le vagin)
- + – prescription habituellement surveillée par un autre médecin

RISQUE(s)

RISQUE THROMBO-EMBOLIQUE
GROSSESSE

POSITION(s) DIAGNOSTIQUE(s)

Z

VOIR AUSSI

EXAMEN SYSTÉMATIQUE et PRÉVENTION

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Cette définition exclut l'interruption volontaire de grossesse et la stérilisation chirurgicale féminine et masculine (mais n'exclut pas les demandes formulées au cours de la consultation).

Elle inclut les conseils concernant la contraception.

Elle permet de relever la contraception prise en charge par le médecin prescripteur, mais aussi la prescription de « dépannage » de contraception suivie par un autre médecin.

Critères d'inclusion

Un seul critère : la prévention de la grossesse.

Les autres critères d'inclusion à choix multiple, permettent de préciser le type de contraception (hormonale, stérilet, locale ou autre méthode) ou s'il s'agit de conseils concernant la contraception.

Compléments sémiologiques

Les troubles mineurs que le médecin attribue à la contraception seront notés ici. S'il s'agit de troubles plus caractéristiques d'un autre RC, ils seront classés au résultat de consultation correspondant. Ce complément sémiologique permet d'éviter de multiplier le nombre de résultat de consultation.

Un autre item permet de noter si la contraception est suivie par un autre médecin, le prescripteur n'ayant ici qu'un rôle de « dépannage ». Son intérêt sera de pouvoir mieux dénombrer ce type de prescription (« Mon gynécologue ne peut pas me donner de rendez-vous avant 3 mois et je n'ai plus d'ordonnance »).

Risques

La liste proposée permet au prescripteur de s'interroger sur les risques liés à la contraception pouvant exister chez son patient (en particulier les risques thrombo-emboliques), y compris le risque de poser un stérilet sur une grossesse non diagnostiquée.

Voir aussi

EXAMEN SYSTÉMATIQUE et PRÉVENTION : ne sera pas utilisé s'il s'agit de conseils concernant les mesures contraceptives.

Position(s) diagnostique(s)

S'agissant d'un résultat de consultation « non pathologique », la position Z est la seule utilisable, même si le complément sémiologique « + – effet secondaire mineur de la contraception (spotting, mastodynie, hypo ou hyperménorrhée) » est utilisé.

CORRESPONDANCE CIM – 10

- Z30.0 : Prise en charge pour conseils et avis généraux concernant la contraception
- Z30.1 : Prise en charge pour mise en place d'un dispositif contraceptif intra-utérin
- Z30.3 : Prise en charge pour extraction cataméniale
- Z30.4 : Prise en charge pour surveillance de contraceptifs
- Z30.5 : Prise en charge pour surveillance d'un dispositif contraceptif intra-utérin
- Z30.9 : Prise en charge d'une contraception, sans précision

DÉFINITION

++++ LÉSION(s) LOCALISÉE(s), SECONDAIRE(s) à un TRAUMATISME CONTONDANT
 + + + + ABSENCE de SIGNE CLINIQUE de PLAIE, d'EXCORIATION ou de FRACTURE

+ – douleur
 + – ecchymose
 + – tuméfaction
 + – rougeur locale
 + – chaleur locale augmentée
 + – hématome
 + – autre(s) à préciser en commentaire

+ – récidive

+ – asymptomatique

RISQUE(s)

TRAUMATISME CRÂNIO-CÉRÉBRAL

POSITION(s) DIAGNOSTIQUE(s)

B

VOIR AUSSI

ABCÈS
 ARTHROPATHIE – PÉRIARTHROPATHIE
 BLESSURES COMBINÉES LÉGÈRES
 BLESSURES COMBINÉES SÉVÈRES
 CERVICALGIE
 DORSALGIE
 DOULEUR NON CARACTÉRISTIQUE
 ENTORSE
 ÉPAULE DOULOUREUSE
 FRACTURE
 ECCHYMOSE SPONTANÉE
 LOMBALGIE
 TÉNOSYNOVITE
 TUMÉFACTION

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Autres dénominations : coup, meurtrissure, « coquard », « mâchure », choc, etc.

Le titre de cette définition, consacré par l'usage vient du latin « contusio », du verbe « contundere », signifiant « frapper ». La douleur et les symptômes constatés sont donc secondaires à un traumatisme contondant (choc, coup, compression ou par chute).

Critères d'inclusion

Lésion secondaire à un traumatisme contondant (et donc non tranchant), SANS PLAIE ni excoriation CUTANÉE, ni a fortiori signe de FRACTURE.

Compléments sémiologiques

La douleur est spontanée ou provoquée.

L'ecchymose peut ne pas être immédiate mais apparaître secondairement. Il en est de même de la tuméfaction.

Le traumatisme peut entraîner une rougeur cutanée (la gifle avec la marque des doigts sur le visage contusionné). Il peut y avoir une chaleur locale : température de la peau augmentée.

Voir aussi

Si la contusion est associée à d'autres lésions plus ou moins graves (exemples : PLAIE, FRACTURE) il faut choisir BLESSURES COMBINÉES LÉGÈRES ou BLESSURES COMBINÉES SÉVÈRES.

ECCHYMOSE SPONTANÉE : les lésions ne doivent pas être secondaires à un choc. En outre, c'est l'extravasation sanguine qui passe au premier plan du tableau clinique.

TUMÉFACTION : il n'y a pas de traumatisme déclenchant.

ARTHROPATHIE – PÉRIARTHROPATHIE : la notion de « traumatisme antérieur ancien » ne recouvre pas le « traumatisme » de CONTUSION.

Une contusion peut parfois, après des radiographies, être révisée en FRACTURE.

CERVICALGIE : un coup de bâton sur le cou fera classer le cas en CONTUSION. Même chose pour DORSALGIE et LOMBALGIE.

MUSCLE (DÉCHIRURE) peut en imposer au début pour une contusion, par exemple un coup sur un muscle contracté, entraînant une rupture.

Position(s) diagnostique(s)

B

CORRESPONDANCE CIM – 10

T14.0 : Lésion traumatique superficielle d'une partie du corps non précisée

DÉFINITION

++++ CRISE GÉNÉRALISÉE chez l'ENFANT

++1 | clonique

++1 | tonico-clonique

++1 | tonique

++1 | CONSTATÉE

++1 | RAPPORTÉE

++++ DURÉE BRÈVE de la PHASE CRITIQUE

++++ CONTEXTE FÉBRILE

++++ ABSENCE de SIGNE NEUROLOGIQUE FOCALISE

++++ SANS ANTÉCÉDENT PERSONNEL d'ÉPILEPSIE

+ – antécédent familial

+ – récidive

+ – asymptomatique

RISQUE(s)

MÉNINGITE

ENCÉPHALITE

HYPERTENSION INTRA CRÂNIENNE

POSITION(s) DIAGNOSTIQUE(s)

A

VOIR AUSSI

ACCÈS ET CRISE

ÉPILEPSIE

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Cette dénomination inclut les crises convulsives survenant obligatoirement dans un contexte fébrile et généralement chez un enfant avant sa deuxième année et jamais après neuf ans.

Critères d'inclusion

Ils permettent de séparer cette définition de celle d'ÉPILEPSIE.

L'absence d'un des critères obligatoires ferait suspecter un élément de gravité et imposerait de choisir le résultat de consultation ÉPILEPSIE. Cette pathologie se retrouve CHEZ L'ENFANT. Il faut le préciser pour éviter d'être obligé de relever par cette dénomination un patient adulte qui ferait une crise d'épilepsie lors d'un épisode fébrile. Il vaut mieux relever simultanément ÉPILEPSIE et ÉTAT FÉBRILE.

Dans un CONTEXTE FÉBRILE, Il s'agit d'une crise de convulsion GÉNÉRALISÉE, BRÈVE, SANS SIGNE NEUROLOGIQUE de localisation et SANS aucun ANTÉCÉDENT PERSONNEL D'ÉPILEPSIE.

Compléments sémiologiques

Il peut être intéressant de noter l'existence d'antécédents familiaux identiques.

Voir aussi

ÉPILEPSIE: ne survient pas (en principe) dans un contexte fébrile.

Position(s) diagnostique(s)

A: Si tableau caractéristique.

CORRESPONDANCE CIM – 10

R56.0: Convulsions fébriles

DÉFINITION

++++ ÉPAISSISSEMENT CORNE

++1 | COR

++1 | sur les phalanges du pied

++1 | entre les orteils « œil de perdrix »

++1 | DURILLON : SUPERFICIEL

++1 | paume de la main

++1 | plante du pied

++1 | autre localisation (à préciser en commentaire)

+ – multiples

+ – douleur

+ – bourse séreuse à la base

+ – dur

+ – récidive

+ – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

D

VOIR AUSSI

HALLUX VALGUS

PIED (ANOMALIE STATIQUE)

TUMÉFACTION

VERRUE

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Autres dénominations : cal, callosités, œil de perdrix. Le COR et le DURILLON sont deux dénominations proches caractérisées par une hyperkératose. Cette dernière, consécutive à des traumatismes répétés, se présente sous deux aspects différents selon la forme et la localisation.

Critères d'inclusion

Le COR est une hyperkératose conique, circonscrite, en regard des articulations des orteils, entre ceux-ci (œil de perdrix), plus ou moins douloureuse, de consistance plus ou moins molle. Le DURILLON est une hyperkératose circonscrite et superficielle aux points d'appui répétés : plante des pieds, avec souvent anomalie de la statique des pieds, ou encore paume comme le durillon du cycliste. Il peut exister une bourse séreuse sous-jacente quelque fois infectée.

Compléments sémiologiques

Ils permettent de décrire les divers aspects et les complications.

Voir aussi

Ces quatre résultats de consultation doivent être discutés avant de relever COR – DURILLON.

Position(s) diagnostique(s)

D : La spécificité et la localisation de cette lésion nous permettent de choisir la position D.

CORRESPONDANCE CIM – 10

L84 : Cors et callosités

DÉFINITION

++++ PRÉSENCE ANORMALE d'un CORPS ÉTRANGER
(à préciser en commentaire)
++++ DANS une CAVITÉ NATURELLE

++1 | OREILLE
++1 | NARINE
++1 | OROPHARYNX
++1 | VAGIN
++1 | RECTUM
++1 | AUTRE(s) (à préciser en commentaire)

+ – douleur
+ – inflammation
+ – infection loco-régionale

+ – récidive

+ – asymptomatique

RISQUE(s)

PERFORATION
INFECTION LOCALE ou GÉNÉRALE

POSITION(s) DIAGNOSTIQUE(s)

D

VOIR AUSSI

CÉRUMEN (BOUCHON DE)
CEIL (TRAUMATISME)

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Cette définition permet de relever tous les corps étrangers retrouvés dans une cavité naturelle, à l'exception du bouchon de cérumen et des corps étrangers oculaires.

Critères d'inclusion

Pour retenir ce résultat de consultation le corps étranger doit être clairement identifié même s'il n'est pas obligatoirement enlevé. Cette identification peut-être visuelle ou secondaire à une exploration par imagerie (ASP, fibroscopie...). Sa nature sera précisée en commentaire. Les principales localisations sont individualisées, mais d'autres sont possibles comme les bronches ou l'estomac et seront mises en commentaire à « autres » (à préciser en commentaire).

Compléments sémiologiques

Ils permettent de préciser l'existence d'une éventuelle infection loco-régionale, d'une inflammation locale ou de phénomènes douloureux associés.

Risques

PERFORATION
INFECTION LOCALE ou GÉNÉRALE

Voir aussi

On trouve ici les autres résultats de consultation pouvant concerner un corps étranger. Si aucun de ceux-ci ne correspond à la situation, on choisit: CORPS ÉTRANGER DANS CAVITÉ NATURELLE.

CORRESPONDANCE CIM – 10

T16 : Corps étranger dans l'oreille
T17.1 : Corps étranger dans une narine
T17.2 : Corps étranger dans le pharynx
T18.5 : Corps étranger dans l'anus et le rectum
T19.2 : Corps étranger dans la vulve et le vagin

DÉFINITION

++++ PRÉSENCE ANORMALE d'un CORPS ÉTRANGER (à préciser en commentaire)

++++ en POSITION SOUS CUTANÉE ou CUTANÉE

++1 | CONFIRMÉE par l'EXAMEN CLINIQUE

++1 | CONFIRMÉE par l'IMAGERIE

++1 | EFFRACTION CUTANÉE

++1 | DÉCOUVERTE FORTUITE

+ – multiple

+ – douleur

+ – inflammation locale

+ – pus

+ – récidive

+ – asymptomatique

RISQUE(s)

INFECTION LOCALE ou GÉNÉRALE

POSITION(s) DIAGNOSTIQUE(s)

D

VOIR AUSSI

BLESSURES COMBINÉES SÉVÈRES

PLAIE

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Cette définition permet de relever les corps étrangers retrouvés en position sous-cutanée mais aussi en position cutanée (ex. une écharde). En cas de plaie souillée, on préférera le résultat de consultation PLAIE en relevant l'item « souillée ».

Critères d'inclusion

Pour pouvoir retenir ce résultat de consultation le corps étranger doit être clairement identifié même s'il n'est pas obligatoirement enlevé. Cette identification peut être visuelle ou secondaire à une exploration par imagerie (radiographie, etc.). Sa nature sera précisée en commentaire.

Compléments sémiologiques

Ils permettent de préciser si ce corps étranger est symptomatique.

Voir aussi

Certains d'entre eux peuvent légitimement poser problème :

– PLAIE, en cas de plaie pénétrante par corps étranger

– BLESSURES COMBINÉES SÉVÈRES, en cas de besoin ou d'importance du problème, les deux RC pourront être relevés simultanément.

Position(s) diagnostique(s)

D : Car l'identification du corps étranger est obligatoire.

CORRESPONDANCE CIM – 10

T14.0 : Lésion traumatique superficielle d'une partie du corps non précisée

DÉFINITION

++++ CONTRACTURE MUSCULAIRE INVOLONTAIRE
 ++++ DOULOUREUSE et TRANSITOIRE

++1 | NOCTURNE
 ++1 | DIURNE

+ – survenant en décubitus
 + – survenant à l'effort

+ – récidive

+ – asymptomatique

RISQUE(s)

ARTÉRITE DES MEMBRES INFÉRIEURS

POSITION(s) DIAGNOSTIQUE(s)

A

VOIR AUSSI

ARTÉRITE DES MEMBRES INFÉRIEURS
 CONTUSION
 DOULEUR NON CARACTÉRISTIQUE
 MUSCLE (ÉLONGATION – DÉCHIRURE)
 MYALGIE
 THROMBOPHLÉBITE

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Le terme de CRAMPE est bien connu des patients qui s'en plaignent soit à l'effort, soit spontanément, le plus souvent la nuit.

Si toute CRAMPE doit faire rechercher une pathologie causale, elle est souvent la seule certitude clinique du médecin en fin de séance.

Critères d'inclusion

Il s'agit bien d'une CONTRACTURE et non d'une simple douleur d'un muscle ou d'un groupe de muscles. Cette CONTRACTURE est en effet INVOLONTAIRE, DOULOUREUSE et TRANSITOIRE. Ils sont destinés à distinguer ce résultat de MYALGIE.

Compléments sémiologiques

Ils permettent de préciser les conditions de survenue à savoir décubitus et/ou à l'effort. Ces éléments peuvent orienter la démarche étiologique.

Voir aussi

ÉTAT FÉBRILE : les courbatures fébriles seront relevées par ce résultat de consultation.

MYALGIE : douleur sans contracture et non transitoire.

Position(s) diagnostique(s)

A : Il s'agit toujours d'un symptôme.

CORRESPONDANCE CIM – 10

R25.2 : Crampe et spasme

DÉFINITION

- ++++ PLAINTES CONCERNANT la MICTION
- ++2 | BRÛLURES ou GÊNE à la MICTION
- ++2 | PESANTEUR PELVIENNE
 - +1 | majorée en fin de miction
 - +1 | permanente
- ++2 | POLLAKIURIE

- ++++ ABSENCE de DOULEUR LOMBAIRE PROVOQUÉE par la PALPATION
- ++++ TEMPÉRATURE INFÉRIEURE à 38° ou ABSENCE de SIGNE de FIÈVRE

- + – impériosités
- + – urines troubles
- + – hématurie macroscopique
- + – pyurie à l'examen cyto-bactériologique des urines ou à la bandelette
- + – germes à l'examen cyto-bactériologique des urines ou à la bandelette
- + – antécédents urinaires
- + – antécédents radiques pelviens
- + – prise antérieure de médicaments cyto-toxiques
- + – absence de pus et de germe à l'ECBU ou à la bandelette

- + – récidive

- + – asymptomatique

RISQUE(s)

CANCER
LITHIASÉ URINAIRE
MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES
MALFORMATION DES VOIES URINAIRES
PROSTATITE
PYÉLONÉPHRITE AIGUË
TUBERCULOSE URINAIRE

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

C, D

VOIR AUSSI

DOULEUR PELVIENNE
BACTÉRIURIE – PYURIE
DOULEUR NON CARACTÉRISTIQUE
DYSURIE
ÉTAT FÉBRILE
ÉTAT MORBIDE AFÉBRILE
HÉMATURIE
LITHIASÉ URINAIRE
POLLAKIURIE
PROSTATE (HYPERTROPHIE)
PROSTATITE
PYÉLONÉPHRITE AIGUË
URÉTRITE
VULVITE – VAGINITE

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Le titre montre que la définition ne se limite pas à la pathologie infectieuse et qu'elle permet aussi de relever les cystalgies à urines claires.

Critères d'inclusion

La définition est organisée autour d'une plainte concernant la miction regroupant au moins deux des critères à choix multiples (BRÛLURES, PESANTEUR et POLLAKIURIE). Leurs différentes combinaisons permettent la discrimination entre ce résultat de consultation et les plus voisins, par exemple : DOULEUR PELVIENNE, POLLAKIURIE, DYSURIE, URÉTRITE.

Il est convenu de ne pas considérer comme FIÈVRE, une température inférieure ou égale à 38°. En revanche une température plus élevée fera discuter d'autres résultats de consultation : PYÉLONÉPHRITE, ÉTAT FÉBRILE en particulier.

Le critère ABSENCE DE DOULEUR LOMBAIRE permet la discrimination avec PYÉLONÉPHRITE. La notion de provoquée par la palpation a été ajoutée, car il peut exister une légère douleur spontanée à l'interrogatoire non retrouvée à l'examen clinique.

Compléments sémiologiques

L'hématurie macroscopique terminale est utile à préciser ici, car fréquente. En revanche, l'hématurie microscopique éventuelle n'apporte rien à la définition.

La pyurie et la bactériurie peuvent être découvertes à l'examen cyto-bactériologique des urines mais aussi à la bandelette.

Il est possible de signaler d'éventuelles causes iatrogènes (irradiation ou prise de médicaments).

Voir aussi

Certains résultats de consultation ne présentent qu'un seul signe cardinal comme POLLAKIURIE, DYSURIE, d'autres sont asymptomatiques comme BACTÉRIURIE – PYURIE, HÉMATURIE.

En cas de leucorrhée ou vulvo-vaginite associées il faut les relever parallèlement par un résultat de consultation séparé : LEUCORHÉE ou VULVITE – VAGINITE.

Position(s) diagnostique(s)

C : Pour le tableau clinique.

D : La seule identification d'un germe ne suffit pas à parler de « diagnostique » de cystite. La position D pourra être choisie en cas de localisation particulière après cystoscopie, de cystite post-radique.

CORRESPONDANCE CIM – 10

N30.9 : Cystite, sans précision (code par défaut)

N30.4 : Cystite due à une irradiation

DÉFINITION

++++ MORT de la PERSONNE

++1 | par MALADIE
 ++1 | par ACCIDENT
 ++1 | par SUICIDE
 ++1 | par HOMICIDE

++1 | de CAUSE IDENTIFIÉE
 ++1 | de CAUSE NON IDENTIFIÉE

++1 | à DOMICILE
 ++1 | à l'HÔPITAL ou en CLINIQUE
 ++1 | en INSTITUTION (foyer logement, maison de retraite, etc.)
 ++1 | en un AUTRE LIEU (à préciser en commentaire)

+ – rédaction du certificat de décès

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

Z

VOIR AUSSI

PROCÉDURE ADMINISTRATIVE

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

C'est la cessation de vie, rapportée ou constatée.

Critères d'inclusion

Ils permettent de préciser le mode, la cause et le lieu du décès.

Compléments sémiologiques

Ils permettent d'indiquer l'origine du décès.

Voir aussi

PROCÉDURE ADMINISTRATIVE sera choisie pour toute demande de certificat post-mortem à l'initiative d'un tiers.

Position(s) diagnostique(s)

Z: Car ce n'est pas un problème d'ordre bio-médical.

CORRESPONDANCE CIM – 10

Absence de correspondance CIM – 10

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 gnosique (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 (TROUBLES)
 DÉPRESSION
 HUMEUR DÉPRESSIVE
 MÉMOIRE (PERTE DE)
 PARKINSONNIEN (SYNDROME)
 PSYCHIQUE (TROUBLE)
 SÉNILITÉ (SUJET ÂGÉ FRAGILE)

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 : à début brutal
 COMPORTEMENT (TROUBLES) : pourrait éventuellement être choisi avant que le syndrome démentiel soit affirmé
 MÉMOIRE (PERTE DE) : le trouble de la mémoire est isolé
 PARKINSONNIEN (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 : Démence, sans précision
 F00.9 : Démence de la maladie d'Alzheimer, sans précision
 F01.9 : Démence vasculaire, sans précision

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

DÉFINITION

- ++++ ATTEINTE D'UNE OU PLUSIEURS DENTS
- ++++ NON TRAUMATIQUE
- ++1 | DOULEUR
 - ++1 | d'une ou plusieurs dent(s)
 - ++1 | à distance: oreille, articulation temporo-maxillaire, gorge, face
 - + + lancinante
 - + + sensibilité au chaud ou au froid
 - + + provoquée par la mastication, par la percussion
- ++1 | LÉSION(S) DENTAIRE(S)
 - ++1 | carie
 - ++1 | radiologique(s)
 - ++1 | kyste
 - ++1 | granulome
 - ++1 | dent incluse
 - ++1 | dent enclavée
- ++1 | ABCÈS
 - ++1 | NON SUPPURÉ
 - ++1 | AVEC PUS, spontanément ou à la pression
- + – fièvre (ou sensation de fièvre)
- + – adénopathie
- + – localisation multiple
- + – récidive
- + – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

C

VOIR AUSSI

ABCÈS SUPERFICIEL
 APHTE
 DOULEUR NON CARACTÉRISTIQUE
 ÉTAT FÉBRILE
 ÉTAT MORBIDE AFÉBRILE
 GINGIVITE
 MAL DE GORGE
 OTALGIE
 PHLEGMON DE L'AMYGDALE
 STOMATITE – GLOSSITE
 TUMÉFACTION

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Cette définition permet d'inclure la pathologie dentaire.

Critères d'inclusion

La DOULEUR de la dent (ou des dents) alléguée ou provoquée à distance ; en effet le nerf dentaire étant détruit, la douleur sera véhiculée par le nerf maxillaire inférieur et sera à l'origine d'une otalgie, d'un mal de gorge, d'une douleur en regard de l'articulation temporo-mandibulaire (de la douleur retrouvée à la pression du masséter jusqu'au trismus).

L'ABCÈS, suppuré ou non suppuré.

Les LÉSIONS DENTAIRES cliniques ou radiologiques.

Plusieurs de ces critères d'inclusion peuvent naturellement être associés.

En commentaire, noter le numéro de la dent malade selon la notation de la Fédération Dentaire Internationale :

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

Compléments sémiologiques

L'existence d'une fièvre ou d'adénopathie satellite peut être notée.

Voir aussi

GINGIVITE : à choisir si une gingivite ne paraît pas en rapport avec une pathologie dentaire.

OTALGIE : à choisir si une douleur irradiant dans l'oreille ne paraît pas être d'origine dentaire.

DOULEUR NON CARACTÉRISTIQUE : à choisir si une douleur localisée à la bouche ne paraît pas être d'origine dentaire.

TUMÉFACTION : à choisir si une tuméfaction gingivale ne paraît pas être d'origine dentaire.

Position(s) diagnostique(s)

C : C'est un tableau de maladie

CORRESPONDANCE CIM – 10

K04.9 : Maladies de la pulpe et des tissus péri-apicaux (code par défaut)

K02.9 : Carie dentaire, sans précision

K04.6 : Abscess périapical avec fistule

K04.7 : Abscess périapical sans fistule

DÉFINITION

- ++++ DOULEUR MORALE (perte de l'espoir)
 - ++2 | auto dévaluation
 - ++2 | tristesse
 - ++2 | idée(s) suicidaire(s) ou idée(s) récurrente(s) de la mort
- ++++ INHIBITION (baisse ou diminution)
 - ++2 | de l'activité physique (asthénie, sexe, appétit)
 - ++2 | de l'activité psychique (parole, mémoire, concentration)
 - ++2 | des fonctions de relations sociales
- ++++ TROUBLES du SOMMEIL
 - ++1 | insomnie
 - ++1 | somnolence, hypersomnie
- ++++ ABSENCE de TROUBLES de la PERSONNALITÉ
- ++++ ÉVOLUANT depuis 15 JOURS au MOINS
- + – anxiété
- + – prédominance matinale des symptômes
- + – récursive
- + – asymptomatique

RISQUE(s)

ADDICTIONS
 ANOREXIE MENTALE
 DÉINSERTION SOCIALE
 DYSTHYROÏDIE
 RÉACTION IATROGÈNE
 SCHIZOPHRÉNIE
 SUICIDE
 TUMEUR CÉRÉBRALE

POSITION(s) DIAGNOSTIQUE(s)

C

VOIR AUSSI

ANXIÉTÉ – ANGOISSE
 ANOREXIE – BOULIMIE
 DÉMENCE
 HUMEUR DÉPRESSIVE
 INSOMNIE
 MÉMOIRE (PERTE DE)
 NERVOSISME
 PROBLÈME de COUPLE
 PROBLÈME FAMILIAL
 PROBLÈME PROFESSIONNEL
 PSYCHIQUE (TROUBLE)
 RÉACTION À SITUATION ÉPROUVANTE
 SEXUELLE (DYSFONCTION)
 SYNDROME MANIACO-DÉPRESSIF

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Il s'agit d'une définition volontairement « fermée », avec l'association de plusieurs critères obligatoires et d'une position diagnostique de tableau de maladie (C) Comme pour la définition HUMEUR DÉPRESSIVE l'intrication fréquente d'un certain degré d'angoisse (mais pas d'anxiété qui peut être relevée grâce au complément sémiologique correspondant) amènera, le cas échéant, à relever parallèlement le résultat de consultation ANXIÉTÉ – ANGOISSE.

Critères d'inclusion

Le choix des critères résulte d'un compromis entre, d'une part, les données recueillies en temps réel par les médecins du comité de mise à jour et d'autre part, la bibliographie (EMC ; CIM10 ; DSM.IV R).

Pour le critère d'inclusion DOULEUR MORALE, il faut au moins deux des trois ressentiments habituellement reconnus comme étant des conséquences de l'humeur triste : auto dévaluation, tristesse ou idées suicidaires ou récurrentes de la mort.

À noter que les TROUBLES du SOMMEIL peuvent être variés et surtout ne pas se résumer à l'insomnie, mais pouvoir se présenter sous le versant de l'hypersomnie. Pour cette raison ce critère a été retenu comme obligatoire. Deux critères à choix multiples représentant l'inhibition doivent aussi être présents.

Compléments sémiologiques

L'anxiété a volontairement été séparée de l'angoisse qui, si elle existe, impose de la relever simultanément sous ANXIÉTÉ – ANGOISSE. En revanche, l'anxiété souvent retrouvée chez les patients déprimés pourra être relevée par ce complément sémiologique.

Voir aussi

Dans HUMEUR DÉPRESSIVE, la tristesse est moins intense et elle n'entraîne ni d'auto dévaluation majeure, ni d'idée suicidaire. Les deux définitions sont discriminantes.

Le résultat de consultation ANXIÉTÉ – ANGOISSE peut être relevé en parallèle de DÉPRESSION si nécessaire.

RÉACTION À SITUATION ÉPROUVANTE (en choisissant le critère : manifestations dépressives) sera préférée à DÉPRESSION, si un événement déclenchant a clairement été identifié. En revanche au-delà de 6 mois d'évolution la RÉACTION À SITUATION ÉPROUVANTE pourra être révisée en DÉPRESSION.

Position(s) diagnostique(s)

C : C'est un tableau de maladie.

CORRESPONDANCE CIM – 10

F32.9 : Épisode dépressif, sans précision

F33.9 : Trouble dépressif récurrent, sans précision

DÉFINITION

- ++1 | LÉSION CARACTÉRISTIQUE NON CLASSABLE AILLEURS
 - ++1 | DE LA PEAU GLABRE (anciennement herpès circiné)
 - ++++ lésion annulaire d'évolution centrifuge
 - ++++ bourrelet périphérique squameux
 - ++++ aspect de guérison centrale
 - ++1 | DES GRANDS PLIS (inguinal, axillaire, inter-fessier, sous mammaire)
 - ++++ plaque érythémato-squameuse
 - ++++ bourrelet périphérique inflammatoire
 - ++++ tendance à l'aspect de guérison centrale
 - ++++ évolution centrifuge
 - ++1 | DES ZONES PILEUSES
 - ++2 | alopecie (chez l'enfant)
 - ++2 | poils cassants
 - ++2 | squames
 - ++2 | érythème
 - ++2 | kérion (association de croûtes de pustule et de poils)
 - ++2 | sycosis (accumulation de pus, sous forme de nodules)
- ++1 | LÉSION CUTANÉE NON CARACTÉRISTIQUE AVEC PRÉLÈVEMENT POSITIF
 - + – prélèvement positif
 - ++1 | trichophyton rubrum
 - ++1 | trichophyton mantagrophytès
 - ++1 | autre (à préciser en commentaire)
 - + – récidive
 - + – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

C, D

VOIR AUSSI

DERMATOSE
 ECZÉMA
 INTERTRIGO
 MYCOSE UNGUÉALE
 PIED D'ATHLÈTE
 PITYRIASIS ROSÉ DE GIBERT
 PITYRIASIS VERSICOLOR
 PSORIASIS

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Cette définition reprend les formes les plus fréquentes d'infection à dermatophytes caractéristiques, en fonction de leur localisation : lésions de la peau glabre, alias herpès circiné ; des grands plis, alias eczéma marginé de Hebras ; des zones pileuses (y compris kérion et sycosis trichophytique) ; mais aussi les lésions moins caractéristiques, avec un prélèvement mycologique positif. Exclut le pied d'athlète qui peut être dû parfois à un dermatophyte mais parfois aussi à un candida.

Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion sont volontairement fermés afin de limiter le risque d'erreur. En cas de doute et en fonction de la localisation on choisira : PIED D'ATHLÈTE, INTERTRIGO, ONGLE (PATHOLOGIE DE) ou DERMATOSE.

Une première entrée permet d'inclure les lésions cliniquement caractéristiques, et une deuxième entrée les lésions non caractéristiques, mais avec présence de dermatophytes au prélèvement mycologique.

Compléments sémiologiques

Ils permettent de préciser :

- le type de Dermatophyte isolé éventuellement au prélèvement
- la récurrence

Voir Aussi

DERMATOSE : si la lésion n'est pas cliniquement caractéristique et en l'absence de prélèvement positif

ECZÉMA

INTERTRIGO : absence de bourrelet périphérique inflammatoire et de tendance à la guérison centrale.

MYCOSE UNGUÉALE : liée à la localisation

PIED D'ATHLÈTE : d'origine dermatophytique ou candidosique

PITYRIASIS ROSÉ DE GIBERT : aspect clinique différent, médaillon initial

PITYRIASIS VERSICOLOR

PSORIASIS : il existe un aspect typique au grattage à la curette

Position(s) diagnostique(s)

C : Si lésion caractéristique cliniquement

D : Si lésion caractéristique cliniquement avec prélèvement positif ; ou si lésion non caractéristique avec prélèvement positif.

CORRESPONDANCE CIM – 10

B35.9 : Dermatophytose, sans précision (par défaut)

B35.0 : Teigne de la barbe et du cuir chevelu

B35.4 : Teigne de la peau glabre

DÉFINITION

++++ LÉSION CUTANÉE NON CLASSABLE AILLEURS
 ++++ ABSENCE DE SIGNES GÉNÉRAUX

++ 1 ÉLÉMENTAIRE OU PRIMITIVE

- ++1 macule (lésion plane < 1 cm)
- ++1 tache (lésion plane > 1 cm)
- ++1 papule (élevure cutanée palpable de moins de 1 cm)
- ++1 plaque (élevure > 1 cm)
- ++1 vésicule (< 0,5 cm)
- ++1 bulle (vésicule de diamètre supérieur à 0,5 cm)
- ++1 pustule (soulèvement cutané circonscrit de l'épiderme contenant un liquide purulent)
- ++1 autre (nodule, nouure, etc.)

- ++1 érythémateuse
- ++1 dyschromie (trouble de la pigmentation cutanée: achromie, hyperchromie)
- ++1 arrondie, ovale
- ++1 annulaire
- ++1 polycyclique
- ++1 linéaire
- ++1 mal limitée

++1 SECONDAIRE

- ++1 squame(s)
- ++1 fissure, rhagades
- ++1 érosion
- ++1 ulcération
- ++1 croûtes
- ++1 kératose
- ++1 lichénification
- ++1 atrophie, sclérose

++1 UNIQUE

++1 MULTIPLE

++1 LOCALISÉE (localisation à préciser en commentaire)

++1 DISSÉMINÉE (à préciser en commentaire)

- + – prurit
- + – douleur
- + – adénopathie

+ – récidive

+ – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

A

VOIR AUSSI

ABCÈS SUPERFICIEL	IMPÉTIGO
ACNÉ VULGAIRE	INTERTRIGO
APHTE	LUCITE – ALLERGIE SOLAIRE
DERMITE SÉBORRHÉIQUE	MOLLUSCUM CONTAGIOSUM
ECZÉMA	NÆVUS
ÉRYTHÈME FESSIER DU NOURRISSON	PITYRIASIS ROSÉ de GIBERT
ESCARRE	PITYRIASIS VERSICOLOR
ÉTAT FÉBRILE	PSORIASIS
ÉTAT MORBIDE AFÉBRILE	URTICAIRE
FOLLICULITE SUPERFICIELLE	VARICELLE
FURONCLE – ANTHRAX	VERRUE
GALE	ZONA
HERPÈS	

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Cette définition est volontairement très ouverte. Elle permet de classer des lésions dermatologiques isolées ou associées ne correspondant à aucun cadre nosologique plus précis en attendant leurs éventuelles révisions diagnostiques.

Il est toutefois conseillé de bien consulter la rubrique des VOIR AUSSI à la recherche d'une dénomination plus caractéristique.

Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion proposent tous les types de lésions cutanées élémentaires et secondaires (modifications ultérieures de la lésion initiale) possibles. Si des signes généraux sont associés, il est peut-être préférable de classer le cas sous ÉTAT FÉBRILE ou ÉTAT MORBIDE AFÉBRILE.

Compléments sémiologiques

Ils précisent certains caractères symptomatiques ou d'examen.

Voir aussi

Il s'agit d'une longue liste de résultats de consultation plus caractéristiques auxquels il faut confronter la symptomatologie rencontrée avant de classer le cas sous DERMATOSE.

Position(s) diagnostique(s)

A: Quelles que soient les lésions observées.

CORRESPONDANCE CIM – 10

L98.9: Affection de la peau et du tissu cellulaire sous cutané, sans précision (code par défaut)

DÉFINITION

- ++++ DERMITE LOCALISÉE
- ++++ ÉRYTHÉMATEUSE
- ++++ se COUVRANT de SQUAMES parfois épaisses, grasses et jaunâtres
- ++++ de LOCALISATION CARACTÉRISTIQUE
 - ++1 | cuir chevelu
 - ++1 | sourcils
 - ++1 | sillon naso-génien
 - ++1 | plis du cou
- + – extension au tronc chez l'adulte
- + – prurit
- + – au cours des trois premiers mois (ex : croûtes de lait du nourrisson)
- + – récurrence
- + – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

C

VOIR AUSSI

DERMATOSE
 ECZÉMA
 ECZÉMA FACE DU NOURRISSON
 INTERTRIGO
 PSORIASIS

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Cette définition inclut la dermatite ou dermatose séborrhéique de l'adulte, comme celle du nourrisson (« croûtes de lait » chez le nourrisson de moins de 3 mois, mais aussi Maladie de Leiner Moussous).

Critères d'inclusion

L'ÉRYTHÈME n'est pas forcément très vif; il peut être masqué par des SQUAMES. Les critères d'inclusion, isolés ou associés, comportent les localisations les plus caractéristiques.

Compléments sémiologiques

On notera l'extension au tronc chez l'adulte et la présence ou non de prurit. L'item « + – au cours des trois premiers mois » permet de désigner la dermatite séborrhéique infantile.

Voir aussi

Le caractère discriminant avec le PSORIASIS se fait par le test à la curette. Lorsque les lésions sont très sèches, cet érythème squameux peut ressembler de très près à un PSORIASIS et seule la persistance de la dermatose après l'âge de 3 mois et l'évolution ultérieure apporteront la preuve d'un PSORIASIS véritable.

Position(s) diagnostique(s)

C : Car c'est un tableau de maladie.

CORRESPONDANCE CIM – 10

L21.9 : Dermite séborrhéique, sans précision (code par défaut)
 L21.0 : Séborrhée de la tête
 L21.1 : Dermite séborrhéique infantile
 L21.8 : Autres dermatites séborrhéiques

DÉFINITION

++++ GLYCÉMIE à JEUN \geq ou = 1,26 g/l

++1 | CORPS CÉTONIQUES dans les URINES

++1 | AMAIGRISSEMENT RÉCENT et RAPIDE

+ – diabète compliqué (à relever par le RC correspondant)

+ – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

C

VOIR AUSSI

AMAIGRISSEMENT

ASTHÉNIE – FATIGUE

DIABÈTE DE TYPE 2

ÉNURÉSIE PSYCHOGÈNE

HYPERGLYCÉMIE

POLLAKIURIE

PRURIT GÉNÉRALISÉ

SEXUELLE (DYSFONCTION)

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Cette dénomination remplace l'ancien titre « Diabète insulino-dépendant ». Il inclut les diabètes nécessitant de façon définitive un traitement insulini-que.

Critères d'inclusion

La glycémie à jeun est supérieure à 1,26 g/l et s'accompagne le plus souvent d'une acido-cétose ou d'un amaigrissement rapide et récent. Si tous ces critères sont choisis, il est inutile de faire un 2^o contrôle à distance avant de mettre le traitement en route.

Compléments sémiologiques

Ils ont pour objets d'indiquer la présence de complications liées au diabète (qui seront cependant notées à part, au Résultat de Consultation correspondant).

Voir aussi

HYPERGLYCÉMIE sera choisie en cas de glycémie supérieure à 1,26 g/l ne s'accompagnant ni d'acido-cétose ni d'amaigrissement, justifiant un deuxième prélèvement de contrôle.

Position(s) diagnostique(s)

C : Tableau de maladie

CORRESPONDANCE CIM – 10

E10.9 : Diabète sucré insulino-dépendant (code par défaut)

E10.1 : Diabète sucré insulino-dépendant, avec acidocétose

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 2 heures après charge de 75 g de glucose > 2 g/l (11mmol/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

POSITION(s) DIAGNOSTIQUE(s)

C

VOIR AUSSI

DIABÈTE DE TYPE 1
HYPERGLYCÉMIE

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'HAS :

- 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

Aucun.

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). Le diabète gestationnel sera relevé dans la DHL 15–Grossesse accouchement et puerpéralité

CORRESPONDANCE CIM – 10

E11.9 : Diabète sucré non insulino-dépendant (code par défaut)

E11.8 : Diabète sucré non insulino-dépendant, avec complications non précisées

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)

CANCER
 CROHN (MALADIE DE)
 RECTO-COLITE HÉMORRAGIQUE

POSITION(s) DIAGNOSTIQUE(s)

A

VOIR AUSSI

COLIQUE (SYNDROME)
 CONSTIPATION
 DIARRHÉE – NAUSÉE – VOMISSEMENT
 ÉTAT FÉBRILE
 ÉTAT MORBIDE AFÉBRILE
 PLAINTÉ ABDOMINALE

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Cette définition inclus les diarrhées sans autre symptôme associé et, en particulier sans nausée ni vomissement. Il ne préjuge pas de l'étiologie.

Critères d'inclusion

La diarrhée doit être isolée, s'il existe un autre symptôme il faudra choisir un autre résultat de consultation.

Compléments sémiologiques

Ils permettent de compléter le recueil sémiologique, en particulier quant aux caractéristiques de la diarrhée et au retentissement (général, déshydratation).

Voir aussi

COLIQUE (SYNDROME)
 CONSTIPATION : devra être choisi en cas de « fausse diarrhée »
 DIARRHÉE – NAUSÉE – VOMISSEMENT : la diarrhée domine la symptomatologie
 ÉTAT FÉBRILE : la diarrhée est au second plan
 ÉTAT MORBIDE AFÉBRILE : la diarrhée est au second plan
 PLAINTÉ ABDOMINALE : la douleur est au premier plan, même s'il existe une « tendance » à la diarrhée.

CORRESPONDANCE CIM – 10

K52.9 : Gastro-entérite et colite non infectieuse, sans précision

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)

AFFECTION PANCRÉATIQUE
CANCER

POSITION(s) DIAGNOSTIQUE(s)

B

VOIR AUSSI

COLIQUE (SYNDROME)
CONSTIPATION
DIARRHÉE (ISOLÉE, NON INFECTIEUSE)
ÉTAT FÉBRILE
ÉTAT MORBIDE AFÉBRILE
NAUSÉE ou VOMISSEMENT
PLAINTE ABDOMINALE
REFLUX-PYROSIS-CESOPHAGITE

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Cette définition correspond aux syndromes présumés de « gastro-entérite », quelle qu'en soit l'étiologie.

Critères d'inclusion

La présence d'une diarrhée est obligatoire et doit être associée à l'un des deux critères nausées ou vomissement. Si l'un ou l'autre de ces symptômes est absent il faudra choisir un autre résultat de consultation.

Compléments sémiologiques

Ils permettent de compléter le recueil sémiologique, en particulier en cas de syndrome (fièvre, déshydratation, perte de poids chez le nourrisson).

Voir aussi

CONSTIPATION : il ne s'agit éventuellement que d'une « fausse diarrhée », sans nausée ni vomissement.

COLIQUE (SYNDROME) : les selles éventuellement liquides alternent souvent avec des périodes de constipation

DIARRHÉE (ISOLÉE, NON INFECTIEUSE) : il n'y a ni nausée ni vomissement associé

ÉTAT FÉBRILE : diarrhée, nausée ou vomissement sont au second plan

ÉTAT MORBIDE AFÉBRILE : diarrhée, nausée ou vomissement sont au second plan

Dans ces deux cas, la diarrhée est au second plan, alors qu'elle domine le tableau clinique dans la définition DIARRHÉE – NAUSÉE – VOMISSEMENT NAUSÉE ou VOMISSEMENT : il n'y a pas de diarrhée associée

PLAINTE ABDOMINALE : il ne s'agit que d'une « tendance » à la diarrhée.

CORRESPONDANCE CIM – 10

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

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

+ – récidive

+ – asymptotique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

Z

VOIR AUSSI

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

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

Z53.3 : 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 des muscles paravertébraux
 - + – irradiation
 - + – syndrome périosto-cellulo-téno-myalgique (cellulalgie au pincé roulé, myalgie unilatérale...)
 - + – récidive
 - + – asymptomatique

RISQUE(s)

CANCER
FRACTURE TASSEMENT
SPONDYLODISCITE
TUMEUR

POSITION(s) DIAGNOSTIQUE(s)

A

VOIR AUSSI

ARTHROSE
DOULEUR NON CARACTÉRISTIQUE
MUSCLE (ÉLONGATION – DÉCHIRURE)
MYALGIE
NÉVRALGIE – NÉVRITE

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-périostomyalgique.

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 – DÉCHIRURE) ou MYALGIE : lorsque la douleur peut-être attribuée uniquement à un muscle de la région dorsale.
NÉVRALGIE – NÉVRITE : l'existence de névralgie même s'il existe des douleurs cervicales doit faire classer le cas dans ce RC.

CORRESPONDANCE CIM – 10

M54.9 : Dorsalgie, sans précision, région dorsale

DÉFINITION

- ++++ MANIFESTATION DOULOUREUSE
 ++1 | localisée (localisation à préciser en commentaire)
 ++1 | localisations multiples, diffuses (à préciser en commentaire)
 ++++ SANS SYMPTÔME ou SIGNE CARACTÉRISTIQUE d'un AUTRE RC
- + – gêne
 + – brûlure
 + – pesanteur
 + – élancement
 + – autre(s) (à préciser en commentaire)
- + – spontanée
 + – à la palpation
 + – à la mobilisation
 + – à l'effort
- + – irradiation (à préciser en commentaire)
 + – évoluant par crises paroxystiques
 + – avec périodicité régulière
 + – nocturne
 + – diurne
 + – permanente
 + – calmée par les antalgiques de niveau 1
- + – localisation(s) précisée(s) :
 ++1 | membres supérieurs
 ++1 | membres inférieurs
 ++1 | thorax
 ++1 | fosses lombaires
 ++1 | face
 ++1 | autre
- + – récidive
- + – asymptomatique

RISQUE(s)

COLIQUE HÉPATIQUE	INFARCTUS DU MYOCARDE
COLIQUE NÉPHRÉTIQUE	SUPPURATION PROFONDE
DISSECTION DE L'AORTE	THROMBOPHLÉBITE
EMBOLIE PULMONAIRE	

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

A

VOIR AUSSI

ALGODYSTROPHIE	HERPÈS
ANXIÉTÉ – ANGOISSE	LOMBALGIE
ARTHROPATHIE – PÉRIARTHROPATHIE	MAL DE GORGE
CERVICALGIE	MUSCLE (ÉLONGATION – DÉCHIRURE)
COCCYDYNIE	MYALGIE
CONTUSION	NÉVRALGIE – NÉVRITE
CÉPHALÉE	OTALGIE
DORSALGIE	OTITE EXTERNE
DOULEUR PELVIENNE	OTITE MOYENNE
ÉPIGASTRALGIE	PLAINTÉ ABDOMINALE
ÉTAT MORBIDE AFÉBRILE	PLAINTES POLYMORPHES (TROUBLE SOMATOFORME)
DYSMÉNORRHÉE	PRÉCORDIALGIE
FRACTURE	

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Ce RC permet de relever les phénomènes douloureux dont se plaint le malade, pour lesquels, malgré un examen clinique soigneux, il n'est pas possible de déterminer l'origine de la douleur. La douleur est alors le seul élément de certitude qu'a le médecin en fin de séance (à noter que selon les relevés à notre disposition, ce RC sera révisé dans au moins un cas sur 10).

Critères d'inclusion

Les seuls critères d'inclusion sont : l'existence d'une manifestation douloureuse, sans cause déclenchante retrouvée.

Compléments sémiologiques

Ils permettent de préciser le type de douleur, son caractère localisé ou généralisé et sa localisation.

Voir aussi

Cette rubrique regroupe tous les résultats de consultation comportant une douleur précisée soit par sa localisation (ÉPI GASTRALGIE, PRÉCORDIALGIE, CÉPHALÉE, DOULEUR PELVIENNE), soit par ses caractéristiques (MYALGIE, NÉVRALGIE – NÉVRITE, DYSMÉNORRHÉE...).

Position(s) diagnostique(s)

A : Il ne peut s'agir ici que d'un symptôme.

CORRESPONDANCE CIM – 10

R52.9 : Douleur, sans précision (code par défaut)
 M54.5 : Lombalgie basse
 M79.6 : Douleur au niveau d'un membre
 R07.4 : Douleur thoracique, sans précision
 R51 : Céphalées, douleur faciale SAI

DÉFINITION

++++ DOULEUR ou PESANTEUR PELVIENNE

- ++1 | spontanée
- ++1 | mise en évidence à l'examen par la palpation et les touchers pelviens
- + – latéralisée
- + – irradiations lombaires, sacrées
- + – ténesme, épreintes
- + – signes urinaires
- + – leucorrhées
- + – vulvite, vaginite, cervicite
- + – troubles des règles
- + – fièvre
- + – récursive
- + – asymptomatique

RISQUE(s)

CANCER
GROSSESSE EXTRA UTÉRINE
INFECTION
TORSIONS D'ANNEXE

POSITION(s) DIAGNOSTIQUE(s)

A, B

VOIR AUSSI

COLIQUE (SYNDROME)
COLIQUE NÉPHRÉTIQUE
CYSTITITE – CYSTALGIE
DOULEUR NON CARACTÉRISTIQUE
DYSMÉNORRÉE
PLAINTÉ ABDOMINALE
PROSTATITE
PYÉLONÉPHRITE AIGÜE
SYNDROME PRÉMENSTRUEL
UTÉRUS (HYPERTROPHIE – FIBROME)

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Cette dénomination désigne une forme particulière d'algie, en raison de sa localisation. Elle permet d'inclure des cas où ni la symptomatologie ni les signes d'examen ne permettent, momentanément ou définitivement, de choisir un autre résultat de consultation. Elle laisse le problème ouvert et permet un regroupement de signes qui pourraient perdre leur signification dans une trop grande dispersion. Elle intéresse le plus souvent la femme, mais peut aussi se voir chez l'homme.

Critères d'inclusion

La DOULEUR ou la PESANTEUR PELVIENNE, malgré leurs caractéristiques et la sémiologie associée, ne peut être classée dans un autre résultat de consultation.

Compléments sémiologiques

Ils permettent de compléter le tableau sémiologique et peuvent orienter vers une étiologie.

Voir aussi

Cette liste permet de visualiser les résultats de consultation voisins, avant de retenir DOULEUR PELVIENNE. En particulier les tableaux de maladie qui se trouvent en situations diagnostiques moins ouvertes.

Position(s) diagnostique(s)

A : Si douleur spontanée ou provoquée.

B : Si la douleur est associée à une symptomatologie, la plus diverse (fonctionnelle ou physique), que le médecin se croit autorisé à rassembler sous le même syndrome.

CORRESPONDANCE CIM – 10

R10.2 : Douleur pelvienne et périnéale

DÉFINITION

- ++1 | AUGMENTATION DU LDL CHOLESTÉROL
 - ++1 | LDL-C > à 2,20 g/l sans facteur de risque cardio-vasculaire
 - ++1 | LDL-C > à 1,90 g/l avec 1 facteur de risque cardio-vasculaire
 - ++1 | LDL-C > à 1,60 g/l avec 2 facteurs de risque cardio-vasculaire
 - ++1 | LDL-C > à 1,30 g/l avec au moins 3 facteurs de risque cardio-vasculaire
 - ++1 | LDL-C > à 1 g/l chez un patient à haut risque cardio-vasculaire
- ++1 | AUGMENTATION DES TRIGLYCÉRIDES
 - ++1 | supérieure à 1,50 g/l (1,7 mmol/l)
 - ++1 | supérieure à 4 g/l (4,6 mmol/l)
- ++1 | DIMINUTION DU HDL-CHOLESTEROL < 0,40 g/l (1mmol/l)
- + – facteurs de risque CV
 - ++1 | Age (> 60 ans pour les femmes et 50 ans pour les hommes)
 - ++1 | ATCD familiaux de maladie coronaire précoce (cf. argumentaire)
 - ++1 | Tabagisme actuel ou arrêté depuis moins de 3 ans
 - ++1 | HTA permanente
 - ++1 | Diabète de type 2
 - ++1 | HDL-C < à 0,40 g/l (1,0 mmol/l)
- + – facteur protecteur : HDL-C ≥ à 0,60 g/l (1,5 mmol/l)
- + – récidive
- + – asymptomatique

RISQUE(s)

HYPOTHYROÏDIE

POSITION(s) DIAGNOSTIQUE(s)

A

VOIR AUSSI

ANOMALIE BIOLOGIQUE SANGUINE

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Cette nouvelle définition prend en compte les dernières recommandations de l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé, de mars 2005. À la différence des autres définitions du DRC, elle associe — volontairement — une description et des éléments décisionnels sous la forme des « facteurs de risque cardio-vasculaire ».

Critères d'inclusion

L'un au moins des trois critères d'inclusion doit être choisi

– Augmentation du LDL cholestérol selon les chiffres actuels de la recommandation AFSAPS 2005 « Objectifs thérapeutiques en fonction des valeurs du LDL-Cholestérol ». Ces valeurs ont pour but d'aider les cliniciens à prendre des décisions thérapeutiques. Les valeurs de la LDL-cholestérolémie retenues comme objectifs thérapeutiques ne sont pas des valeurs expérimentales définies par des essais d'intervention ni par des analyses coût-bénéfice. Elles ont été fixées de façon consensuelle (avis d'experts et prise en compte des recommandations européennes et internationales actuelles). Source : RBP AFSAPS 2005, argumentaire, page 2.

– Augmentation des triglycérides

– Diminution du HDL-cholestérol qui, selon la même source, serait aussi un facteur de risque.

Compléments sémiologiques

Le premier permet de lister les facteurs de risque cardio-vasculaire. Son intérêt est, pour le praticien utilisateur du DRC d'avoir cette liste sous les yeux au moment de la consultation.

– Âge : 50 ans ou plus pour l'homme, 60 ans ou plus pour la femme

– Antécédents familiaux de maladie coronaire précoce (infarctus du myocarde ou mort subite avant 55 ans chez le père ou chez un parent du 1^{er} degré de sexe masculin — Infarctus du myocarde ou mort subite avant 65 ans chez la mère ou chez un parent du 1^{er} degré de sexe féminin)

– Tabagisme actuel ou arrêté depuis moins de 3 ans

– Hypertension artérielle permanente traitée ou non

– Diabète de type 2, traité ou non

– HDL-cholestérol < 0,40 g/l (1,0 mmol/l) quelque soit le sexe

Naturellement : si la diminution du HDL cholestérol a déjà été choisie en critère d'inclusion, elle ne le sera pas en complément sémiologique. S'il existe une HTA, un tabagisme ou un diabète, ces résultats de consultation seront choisis en plus pendant la séance.

Le second permet de préciser si le HDL-cholestérol est supérieur à 0,60 g/l (1,0 mmol/l), dont le rôle protecteur est supposé.

Voir Aussi

ANOMALIE BIOLOGIQUE SANGUINE : ne comporte pas les valeurs anormales du cholestérol

Position(s) diagnostique(s)

A

CORRESPONDANCE CIM – 10

E78.9 : Anomalie du métabolisme des lipoprotéines sans précision (code par défaut)

E78.0 : Hypercholestérolémie essentielle

E78.1 : Hyperglycémie essentielle

E78.2 : Hyperlipidémie mixte

E78.6 : Déficit en lipoprotéine (lipoprotéine de haute densité)

DÉFINITION

++++ DOULEURS PENDANT les RÈGLES
 ++++ LOCALISÉES à la RÉGION PELVIENNE

- + – précédant les règles de moins de 24 heures.
- + – irradiation lombaire ou sacrée
- + – gêne de l'activité habituelle (absentéisme, alitement, etc.)
- + – malaise, lipothymie
- + – primaire
- + – primaire
- + – secondaire

- + – récidive

- + – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

A

VOIR AUSSI

ABDOMEN DOULOUREUX AIGU
 DOULEUR PELVIENNE
 LOMBALGIE
 MALAISE – ÉVANOUISSEMENT
 SYNDROME PRÉMENSTRUEL

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Règles douloureuses, algoménorrhées.

Critères d'inclusion

L'item « pendant les règles » permet à cette définition d'être discriminante par rapport au SYNDROME PRÉMENSTRUEL dans lequel la douleur disparaît dès l'arrivée des règles.

Compléments sémiologiques

L'item « secondaire » permet d'évoquer l'émergence d'une pathologie organique (comme l'endométriose).

« Secondaire » signifie, en effet, que la dysménorrhée est apparue après une période où les règles n'étaient jamais douloureuses. L'item « gêne de l'activité habituelle » permet de noter le retentissement personnel et socio-professionnel de la dysménorrhée.

Position(s) diagnostique(s)

A : Signe cardinal.

CORRESPONDANCE CIM – 10

N94.6 : Dysménorrhée sans précision (code par défaut)

N94.4 : Dysménorrhée primaire

N94.5 : Dysménorrhée secondaire

DÉFINITION

- ++1 | DIFFICULTÉ à AVALER
- ++1 | SENSATION de BLOCAGE au PASSAGE
 - ++1 | solides
 - ++1 | liquides
- + – aggravation progressive
- + – intermittente, capricieuse
- + – régurgitations
- + – hoquet
- + – douleur thoracique simultanée à l'ingestion d'eau glacée
- + – récédive
- + – asymptomatique

RISQUE(s)

CANCER

POSITION(s) DIAGNOSTIQUE(s)

A

VOIR AUSSI

ACCÈS ET CRISE
 ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL
 ANGINE (AMYGDALITE – PHARYNGITE)
 CANCER
 ÉPIGASTRALGIE
 NERVOSISME
 PRÉCORDIALGIE
 REFLUX – PYROSIS – CESOPHAGITE

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Difficulté à avaler

Critères d'inclusion

L'appréciation de la DYSPHAGIE repose uniquement sur sa description, donc sur l'interrogatoire. Le patient décrit cette difficulté progressive à avaler mais aussi et parfois, uniquement une sensation de blocage après la déglutition qui reste toujours normale.

Compléments sémiologiques

Une dysphagie intermittente, capricieuse correspond à une dysphagie fonctionnelle.

N.B. : les signes associés, respiratoires, nutritionnels, le mauvais état dentaire, le retentissement sur l'état général sont à signaler à part.

Position(s) diagnostique(s)

A : Signe cardinal.

CORRESPONDANCE CIM – 10

R13 : Dysphagie

DÉFINITION

++++ GÊNE RESPIRATOIRE

++1 | constatée
++1 | rapportée

++1 | polypnée (rapide mais superficielle)
++1 | tachypnée (rapide mais d'amplitude normale)
++1 | bradypnée

++1 | inspiratoire
++1 | expiratoire

++1 | d'effort
++1 | de décubitus (orthopnée)
++1 | paroxystique

+ – récidive

+ – asymptomatique

RISQUE(s)

CANCER
DÉTRESSE RESPIRATOIRE
EMBOLIE PULMONAIRE
INSUFFISANCE CARDIAQUE
PNEUMOTHORAX

POSITION(s) DIAGNOSTIQUE(s)

A

VOIR AUSSI

ACCÈS ET CRISE
ANXIÉTÉ – ANGOISSE
ASTHME
BRONCHITE AIGUË
BRONCHITE CHRONIQUE
INSUFFISANCE CARDIAQUE
INSUFFISANCE RESPIRATOIRE
PLAINTES POLYMORPHES (TROUBLE SOMATOFORME)
PNEUMOPATHIE AIGUË

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Le titre est la traduction en terme médical de « gêne respiratoire » que le patient exprime parfois comme un « essoufflement », un « étouffement », sans autre trouble ni signe associé.

Critères d'inclusion

Les critères sont descriptifs de la dyspnée. Noter la dyspnée rapportée ou constatée par le médecin. Plusieurs items peuvent être choisis (ex : polypnée, paroxystique). On retiendra la différence entre la tachypnée, respiration rapide mais d'amplitude quasi normale et la polypnée où la respiration est rapide mais très superficielle.

Compléments sémiologiques

Noter s'il s'agit d'une récidive.

Voir aussi

Il s'agit des autres résultats de consultation où la dyspnée est l'un des critères obligatoires ou facultatifs, mais qui se différencient de dyspnée par d'autres éléments.

Position(s) diagnostique(s)

A : Il ne peut s'agir que d'un symptôme.

CORRESPONDANCE CIM – 10

R06.0 : Dyspnée (code par défaut)
R06.4 : Hyperventilation

DÉFINITION

- ++++ DIFFICULTÉ de la MICTION VOLONTAIRE
- ++1 | nécessité de pousser
- ++1 | retard à la miction
- ++1 | faiblesse du jet
- ++1 | miction en plusieurs temps (impression de ne pas vider sa vessie complètement)
- ++1 | gouttes dès la fin de miction (voire beaucoup plus que quelques gouttes)
- + – douleur mictionnelle
- + – récédive
- + – asymptomatique

RISQUE(s)

TUMEUR DES VOIES URINAIRES

POSITION(s) DIAGNOSTIQUE(s)

A

VOIR AUSSI

CYSTITE – CYSTALGIE
 POLLAKIURIE
 PROSTATE (HYPERTROPHIE)
 PROSTATITE

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

La dysurie est définie par une « difficulté de la miction volontaire » ce qui permet la discrimination avec l'incontinence urinaire.

Critères d'inclusion

Cette difficulté se manifeste diversement.

Le jet faible et lent « allongeant la durée de la miction » est préféré à « baisse du débit » qui ne peut être mesuré cliniquement mais seulement au cours d'explorations urodynamiques.

Les gouttes retardataires (voire plus) surviennent dès la sensation de fin de miction, ce qui différencie bien ce phénomène de l'incontinence.

Compléments sémiologiques

La dysurie peut parfois devenir douloureuse (La CIM définit la dysurie comme une « strangurie »). L'item + – douleur à la miction permettra alors une meilleure correspondance CIM-10.

Voir aussi

CYSTITE- CYSTALGIE : comporte en plus d'une « brûlure ou gêne à la miction », soit une « pesanteur pelvienne » soit une « pollakiurie » ce qui n'est pas le cas ici.

POLLAKIURIE : est défini exclusivement par une « augmentation de la fréquence des mictions », en dehors de toute gêne ou douleur à la miction.

PROSTATE (HYPERTROPHIE) : nécessite une augmentation du volume de la prostate.

CORRESPONDANCE CIM – 10

R39.1 : Autres troubles de la miction (code par défaut)
 R30.0 : Dysurie

DÉFINITION

++++ COLORATION HÉMATIQUE SPONTANÉE DES TÉGUMENTS
 ++++ NON COLLECTÉE

++1 | sous-cutanée
 ++1 | sous-muqueuse
 ++1 | visible
 ++1 | palpable

+ – douleur

+ – récédive

+ – asymptomatique

RISQUE(s)

RÉACTION IATROGÈNE
 TROUBLE DE LA COAGULATION

POSITION(s) DIAGNOSTIQUE(s)

A

VOIR AUSSI

CONTUSION
 MUSCLE (ÉLONGATION – DÉCHIRURE)
 ONGLE (TRAUMATISME)

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Cette définition permet de classer sous cette dénomination les ecchymoses (infiltration du tissu cellulaire par du sang) et les pétéchies, non secondaires à un choc.

Les hématomes ou ecchymoses secondaires à un choc authentifié seront classés à « CONTUSION ». Toutefois, pour les hématomes sous-unguéaux, certainement secondaires à un traumatisme, on se reportera au résultat de consultation « ONGLE (TRAUMATISME) ».

L'hémorragie sous conjonctivale sera relevée par le résultat de consultation correspondant.

Un purpura sera noté en « DHL 03 – Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire ».

Critères d'inclusion

La coloration hématique des téguments ne doit pas être collectée comme un hématome.

Compléments sémiologiques

Ils permettent de relever le caractère douloureux ou récidivant.

Voir aussi

CONTUSION inclura les hématomes et ecchymoses post-traumatiques.

MUSCLE (ÉLONGATION – DÉCHIRURE) permettra d'inclure les hématomes profonds découverts par la clinique ou l'échographie.

ONGLE (TRAUMATISME) inclura les hématomes sous-unguéaux.

CORRESPONDANCE CIM – 10

R23.3 : Ecchymoses spontanées

DÉFINITION

- ++++ DERMITE ÉPIDERMITE
 - ++1 | érythème vésiculeux (au stade initial)
 - ++1 | érythème infiltré, granité
 - ++1 | érythème suintant ou croûteux
 - ++1 | aspect squameux ou craquelé
- ++++ PRURIGINEUSE
- + – Localisation
 - ++1 | visage
 - ++1 | main(s)
 - ++1 | grands plis
 - ++1 | autre localisation (à préciser en commentaire)
 - ++1 | diffus
- + – sécheresse cutanée
- + – œdème
- + – surinfection
- + – de contact
- + – terrain atopique
- + – récidive
- + – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

C

VOIR AUSSI

BALANOPOSTHITE
 DERMATOSE
 DERMITE SÉBORRHÉIQUE
 ECZÉMA FACE DU NOURRISSON
 ECZÉMA PALMO-PLANTAIRE DYSHYDROSIQUE
 ECZÉMA PALMO-PLANTAIRE FISSURAIRE
 ÉRYSIPIÈLE
 ÉRYTHÈME FESSIER DU NOURRISSON
 LUCITE – ALLERGIE SOLAIRE
 CÈDÈME DE QUINCKE – URTICAIRE GÉANTE
 PIED D'ATHLÈTE
 PSORIASIS

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

DERMATITE aiguë ou chronique, atopique ou de contact.

Critères d'inclusion

Ils permettent le choix de la dénomination selon l'aspect de l'eczéma, sachant qu'il s'agit toujours d'une DERMITE ÉPIDERMITE vésiculeuse au stade initial mais souvent temporairement et PRURIGINEUSE (prurit ou sensation de cuisson).

Compléments sémiologiques

Ils permettent de décrire la localisation, les complications et la notion d'antécédent familial, ainsi que la récurrence.

Les localisations qui doivent être indiquées peuvent orienter vers certaines étiologies.

Voir aussi

DERMITE SÉBORRHÉIQUE se distingue de l'eczéma par son aspect, sa localisation. Le prurit y est moins constant.

ECZÉMA FACE DU NOURRISSON est individualisé en raison des problèmes particuliers qu'il pose d'ordre relationnel avec la famille. Il se différencie d'ECZÉMA par l'âge de survenue.

Position(s) diagnostique(s)

C

CORRESPONDANCE CIM – 10

L30.9 : Dermite, sans précision, eczéma SAI (code par défaut)
 L20.8 : Eczéma des plis de flexion
 L20.9 : Eczéma atopique
 L25.9 : Dermite de contact
 L30.3 : Eczéma surinfecté

DÉFINITION

++++ INFLAMMATION CUTANÉE SUPERFICIELLE chez le NOURRISSON ou le JEUNE ENFANT

++++ PAR PLAGES PLUS ou MOINS ÉTENDUES des JOUES et du FRONT

++++ ÉRYTHÈME PARFOIS INTENSE

- + – suintement
- + – vésicules (si eczéma aigu)
- + – desquamation érythémato-squameuse sèche
- + – prurit
- + – croûtes
- + – rhagades sous-auriculaires
- + – antécédents familiaux atopiques

+ – récurrence

+ – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

C

VOIR AUSSI

DERMITE SÉBORRHÉIQUE

ECZÉMA

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

DERMATITE aiguë ou chronique, atopique ou de contact.

Critères d'inclusion

Ils permettent le choix de la DÉNOMINATION selon l'aspect de l'eczéma, sachant qu'il s'agit toujours d'une DERMO ÉPIDERMITE vésiculeuse au stade initial mais souvent temporairement et PRURIGINEUSE (prurit ou sensation de cuisson).

Compléments sémiologiques

Ils permettent de décrire la localisation, les complications et la notion d'antécédent familial, ainsi que la récurrence.

Les localisations qui doivent être indiquées peuvent orienter vers certaines étiologies.

Voir aussi

DERMITE SÉBORRHÉIQUE se distingue de l'eczéma par son aspect, sa localisation. Le prurit y est moins constant.

ECZÉMA FACE DU NOURRISSON est individualisé en raison des problèmes particuliers qu'il pose d'ordre relationnel avec la famille. Il se différencie d'ECZÉMA par l'âge de survenue.

Position(s) diagnostique(s)

C : Tableau caractéristique.

CORRESPONDANCE CIM – 10

L20.8 : Autres dermatites atopiques

DÉFINITION

++++ DERMITE

++1 | main(s) : face latérale des doigts (débordant sur la face palmaire)

++1 | pied(s) : face latérale des orteils (débordant sur la plante du pied)

++++ PRURIT

++1 | VÉSICULES ÉPIDERMiques ENCHÂSSÉES PROFONDÉMENT

++1 | PLACARDS ERYTHÉMATO-KÉRATOSIQUES
(bordés d'une petite desquamation)

+ – surinfection locale

+ – transpiration

+ – récidive

+ – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

C

VOIR AUSSI

DERMATOSE

ECZÉMA

ECZÉMA PALMO-PLANTAIRE FISSURAIRE

GALE

PSORIASIS

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Il est lié à l'épaisseur particulière de la couche cornée des régions palmo-plantaires.

Critères d'inclusion

L'éruption est caractérisée au début par des VÉSICULES touchant les régions palmo-plantaires et les faces latérales des doigts et des orteils.

Le PRURIT associé est constant et parfois féroce.

L'éruption évolue vers la formation de PLACARDS ERYTHÉMATO-KÉRATOSIQUES avec simple desquamation.

Compléments sémiologiques

On notera s'il y a surinfection ou transpiration.

Voir aussi

L'absence de crevasse le différencie de l'ECZÉMA PALMO-PLANTAIRE FISSURAIRE.

Position(s) diagnostique(s)

C : Tableau de maladie.

CORRESPONDANCE CIM – 10

L30.1 : Dyshidrose [pompholyx]

DÉFINITION

++++ DERMATOSE CHRONIQUE
 ++++ LOCALISÉE PAUMES des MAINS, PLANTES des PIEDS
 ++++ COUCHE CORNÉE ÉPAISSIE, DESSÉCHÉE
 ++++ CREVASSES PROFONDES et DOULOUREUSES

+ – récidive

+ – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

C

VOIR AUSSI

DERMATOSE
 ECZÉMA
 ECZÉMA PALMO-PLANTAIRE DYSHIDROSIQUE
 PSORIASIS

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Il s'agit d'un eczéma chronique touchant souvent les mains.

Critères d'inclusion

Ils précisent la localisation cutanée (le plus souvent à la paume de la main) réalisant après plusieurs poussées l'hyperkératose chronique, avec des crevasses profondes et douloureuses.

Compléments sémiologiques

On notera s'il s'agit d'une récidive.

Voir aussi

La forme de début fera choisir le résultat de consultation ECZÉMA. Le test à la curette le différencie du PSORIASIS.

Position(s) diagnostique(s)

C

CORRESPONDANCE CIM – 10

L85.1 : Kératose (kératodermie) palmaire et plantaire acquise

DÉFINITION

++++ ENFLURE LIMITÉE, LOCALISÉE

+ + 1 | mains

+ + 1 | pieds

+ + 1 | nez

+ + 1 | oreilles

+ + 1 | talons

++++ SURVENANT par TEMPS FROID et HUMIDE

++++ ABSENCE de CARACTÈRE PAROXYSTIQUE
(persiste pendant l'hiver)

++++ DOULOUREUSE

++++ ROUGE CYANIQUE

++++ DISPARAISSANT à la VITROPRESSION

+ – crevasses

+ – phlyctènes

+ – indurée

+ – prurit

+ – froid au toucher

+ – récédive

+ – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

C

VOIR AUSSI

DERMATOSE

DOULEUR NON CARACTÉRISTIQUE

ECZÉMA

ESCARRE

GOUTTE

PANARIS

PARESTHÉSIE DES MEMBRES

SYNDROME DE RAYNAUD

TUMÉFACTION

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

C'est une lésion cutanée due au froid.

Critères d'inclusion

Les inclusions décrivent l'engelure stricto sensu survenant par temps froid et humide.

Compléments sémiologiques

Ils apprécient le retentissement de la lésion.

Voir aussi

La GELURE (forme aggravée de l'engelure) sera notée en DÉNOMINATION HORS LISTE.

Position(s) diagnostique(s)

C : Tableau de maladie.

CORRESPONDANCE CIM – 10

T69.1 : Engelures (code par défaut)

T69.8 : Autres effets d'une baisse de température

DÉFINITION

++++ DIFFICULTÉ PHONATOIRE

- + – voix éteinte
- + – voix rauque
- + – autre dysphonie (à préciser en commentaire)
- + – aiguë

- + – récidive

- + – asymptomatique

POSITION(s) DIAGNOSTIQUE(s)

A

VOIR AUSSI

CANCER
DYSPNÉE
GOITRE

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

L'enrouement est une altération du timbre de la voix, allant parfois jusqu'à l'extinction. Il est improprement étiqueté « LARYNGITE » alors qu'aucun examen des cordes vocales n'a été effectué.

Critères d'inclusion**Compléments sémiologiques**

Ils permettent d'inclure toutes les formes de difficulté phonatoire quelle que soit leur étiologie.

Voir aussi

Ils regroupent la pathologie de la plus bénigne (ou fugace) à la plus grave. Seul l'examen des cordes vocales permet d'affirmer la laryngite qui sera classée DÉNOMINATION HORS LISTE.

Position(s) diagnostique(s)

A : Signe cardinal isolé.

CORRESPONDANCE CIM – 10

R49.8 : Troubles de la voix, autres et non précisés (code par défaut)
R49.1 : Aphonie

DÉFINITION

++++ DOULEUR ARTICULAIRE OU PÉRIARTICULAIRE D'INTENSITÉ VARIABLE
 ++++ SECONDAIRE À UN MOUVEMENT ANORMAL IDENTIFIABLE

- ++1 | reproduite 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 (métacarpo-phalangienne, inter-phalangienne proximale, inter-phalangienne distale)
- ++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)

- + – récidive

- + – asymptomatique

RISQUE(s)

LÉSION OSSEUSE

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)

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

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

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 lésions osseuses.

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 ».

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

CORRESPONDANCE CIM – 10

T14.3 : Luxation, entorse et foulure d'une partie du corps non précisée (code par défaut)

S63.6 : Entorse et foulure de doigts

S83.6 : Entorse et foulure de parties autres et non précisées du genou

S93.4 : Entorse et foulure de la cheville

DÉFINITION

- ++++ MICTION INVOLONTAIRE
- ++++ SURVENANT PENDANT le SOMMEIL
 - + + 1 | au-delà de l'âge de 5 ans
 - + + 1 | après période de propreté acquise
- + – circonstances déclenchantes
- + – antécédent familial
- + – récursive
- + – asymptomatique

RISQUE(s)

ANOMALIE DE LA VESSIE ET DE L'URÈTRE

POSITION(s) DIAGNOSTIQUE(s)

A

VOIR AUSSI

COMPORTEMENT (TROUBLES)
 CYSTITITE – CYSTALGIE
 DIABÈTE DE TYPE 2
 ÉPILEPSIE
 INCONTINENCE URINAIRE
 POLLAKIURIE
 PSYCHIQUE (TROUBLE)

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

L'énurésie décrit les mictions involontaires de l'enfant, en d'autres termes, le « pipi au lit ». Le caractère psychogène est retenu ici tant qu'il n'est pas découvert une (rare) cause organique.

Critères d'inclusion

Les notions de mictions involontaires et pendant le sommeil (nocturne ou de la sieste) sont obligatoires.
 L'âge de 5 ans semble l'âge au-delà duquel on peut parler d'énurésie.
 L'adolescent et l'adulte jeune peuvent être atteints d'énurésie (1 % des cons-crits ?)

Compléments sémiologiques

Ils complètent le symptôme et précisent si l'énurésie est apparue après une période de propreté acquise, si elle est à rechute (+ – récursive), et s'il existe des antécédents familiaux d'énurésie.

Voir aussi

On citera en particulier :
 POLLAKIURIE
 CYSTITITE – CYSTALGIE
 ÉPILEPSIE

Position(s) diagnostique(s)

A : C'est un symptôme isolé.

CORRESPONDANCE CIM – 10

F98.0 : Énurésie non organique

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
- + – imagerie montrant des calcifications
- + – autre image radiologique (ascension de la tête humérale, acromion agressif etc.)
- + – notion de traumatisme antérieur
- + – récédive
- + – asymptomatique

POSITION(s) DIAGNOSTIQUE(s)

B

VOIR AUSSI

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

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 PLAINTÉ 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 « récédive » 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

M75.9 : Ténosynovite de l'épaule (code par défaut)
 M75.1 : Syndrome de la coiffe des rotateurs
 M75.2 : Tendinite du biceps
 M75.3 : Tendinite calcifiante de l'épaule

DÉFINITION

- ++++ DOULEUR de la RÉGION ÉPICONDYLIENNE
déclenchée par la mise en tension
- ++++ MAJORÉE par la PRONO-SUPINATION CONTRARIÉE
du COUDE et du POIGNET
- ++++ EXACERBÉE à la PRESSION de l'ÉPICONDYLE
- + – hyperalgie
- + – impotence fonctionnelle
- + – provoquée par une activité manuelle répétée prolongée avec le
poing serré (tennis, bricolage, etc.)
- + – récursive
- + – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

A

VOIR AUSSI

ARTHROPATHIE – PÉRIARTHROPATHIE
GOUTTE
HYGROMA
PARESTHÉSIE DES MEMBRES
TÉNOSYNOVITE

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Cette dénomination recouvre les termes usuels de « mal de coude » ou « tennis elbow ». L'affection se situe au niveau de l'articulation du coude, et principalement à sa partie externe. Elle se présente comme une tendinite périphérique à l'articulation, donc comme une périarthropathie. Toutefois, sa fréquence permet de l'isoler.

Critères d'inclusion

LA DOULEUR est très caractéristique :

- localisation précise à la région épicondylienne, irradiation à l'avant-bras,
- provoquée par la mise en tension des muscles de l'avant-bras,
- déclenchée par la pression,
- majorée par les mouvements contrariés du coude et du poignet,
- spécifique de métiers et sports à gestes répétitifs. Ceci suppose une intégrité des articulations sus et sous-jacentes, éliminant de ce fait les syndromes douloureux du poignet et de l'épaule à projection distale ou proximale au niveau de l'avant-bras, type syndrome canalaire, ou tendinite du biceps.

Compléments sémiologiques

Manifestations hyperalgiques. Impotence fonctionnelle, partielle ou totale. Antériorité d'épisodes identiques. Ces critères peuvent se retrouver dans d'autres affections tendineuses d'insertion.

Position(s) diagnostique(s)

A : Douleur seule dans sa localisation spécifique.

CORRESPONDANCE CIM – 10

M77.1 : ÉpicondyLite

DÉFINITION

++++ DOULEUR SPONTANÉE de la RÉGION ÉPIGASTRIQUE
 ++++ SANS SIGNE de REFLUX GASTRO – CÉSOPHAGIEN

- ++1 | BRÛLURE
- ++1 | CRAMPE OU TORSION
- ++1 | PESANTEUR OU GÊNE
- ++1 | FAIM DOULOUREUSE
- ++1 | AUTRE (À PRÉCISER EN COMMENTAIRE)

- + – calmée par les aliments
- + – favorisée par les repas, post prandiale
- + – favorisée par certains aliments (à préciser en commentaire)
- + – favorisée par certains médicaments (à préciser en commentaire)
- + – calmée par des médicaments
- + – favorisée par le stress
- + – irradiation (sauf vers le haut, à préciser)
- + – antécédent personnel digestif (gastrique, vésiculaire, pancréatique)
- + – retrouvée ou accentuée à la palpation

- + – récursive

- + – asymptomatique

RISQUE(s)

ALCOOLISME
 CANCER de l'ESTOMAC ou de l'ESOPHAGE
 FISSURATION ANÉVRISME AORTIQUE
 MÉDICAMENTS (AINS...)
 PATHOLOGIE CORONARIENNE
 PATHOLOGIE VÉSICULAIRE ou PANCRÉATIQUE
 ULCÈRE GASTRIQUE ou DUODÉNAL
 TABAGISME

POSITION(s) DIAGNOSTIQUE(s)

A

VOIR AUSSI

ABDOMEN DOULOUREUX AIGU
 ANGOR – INSUFFISANCE CORONARIENNE
 ANXIÉTÉ – ANGOISSE
 CHOLÉCYSTITE
 COLIQUE (SYNDROME)
 CONTUSION
 DOULEUR NON CARACTÉRISTIQUE
 GASTRITE CHRONIQUE
 HERNIE HIATALE
 INFARCTUS DU MYOCARDE
 LITHIASE BILIAIRE
 PLAINTÉ ABDOMINALE
 REFLUX – PYROSIS – CÉSOPHAGITE
 ULCÈRE DUODÉNAL
 ULCÈRE GASTRIQUE

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Cette dénomination recouvre les termes usuels : « j'ai mal à l'estomac » ou « crampe à l'estomac », sans impliquer une origine gastrique.

Critères d'inclusion

La DOULEUR est une sensation pénible, spontanée par définition. Cette douleur ne peut être accompagnée de signes de reflux gastro-œsophagien. Sinon il faut choisir le résultat de consultation REFLUX – PYROSIS – CÉSOPHAGITE.

Compléments sémiologiques

Ces

Compléments sémiologiques orientent vers une étiologie.

Les antécédents personnels digestifs sont pris au sens large (œsophage, estomac, duodénum, et intègrent aussi les antécédents vésiculaire et pancréatique).

L'horaire par rapport aux repas permet d'enrichir la sémiologie de la douleur et peut orienter vers une lésion spécifique (gastrite, ulcère gastrique, ulcère duodénal).

Voir Aussi

PLAINTÉ ABDOMINALE : s'il s'agit d'une douleur diffuse de l'abdomen ou d'une douleur épigastrique spontanée.

DOULEUR NON CARACTÉRISTIQUE : l'épigastrie est une algie de localisation particulière. Une algie de l'épigastre fera donc choisir le résultat de consultation ÉPIGASTRALGIE.

La brûlure irradiant vers le haut devra être relevée par REFLUX-PYROSIS-CÉSOPHAGITE.

CONTUSION : si la douleur épigastrique est secondaire à un traumatisme il faut choisir CONTUSION.

Position(s) diagnostique(s)

A : Et seulement A, car il ne s'agit que d'un symptôme. Même si plusieurs critères sont choisis, ils ne font qu'affiner la douleur.

CORRESPONDANCE CIM – 10

R10.1 : Douleur abdominale localisée à la partie supérieure de l'abdomen

DÉFINITION

++++ TABLEAU CLINIQUE TYPIQUE

++1 | CONSTATÉ

++1 | RAPPORTÉ

++1 | CRISE GÉNÉRALISÉE

++1 | CRISE BRAVAIS-JACKSONNIENNE

++1 | ABSENCE(s)

+ – récidive

+ – asymptomatique

POSITION(s) DIAGNOSTIQUE(s)

C

VOIR AUSSI

ACCÈS ET CRISE

ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL

CONVULSION FÉBRILE

MALAISE – ÉVANOUISSEMENT

MIGRAINE

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Cette dénomination recouvre les termes usuels de « Convulsions », « Haut mal », « Mal sacré », « Comitialité », « Mal caduc ».

ÉPILEPSIE est la dénomination la plus couramment admise dans la communauté médicale.

Critères d'inclusion

C'est une manifestation clinique paroxystique :

– le grand mal concerne les crises généralisées,

– le petit mal concerne les absences et les myoclonies,

– le Bravais-Jackson, traduisant une épilepsie partielle, entraîne des convulsions cloniques d'un segment de membre ou d'un hémicorps.

Voir aussi

Il est utile de rajouter la MIGRAINE avec le problème de l'aura.

Position(s) diagnostique(s)

C : Tableau de maladie caractéristique.

CORRESPONDANCE CIM – 10

G40.1 : Épilepsie et syndromes épileptiques symptomatiques définis par leur localisation (focale, partielle) avec crises partielles simples

G40.6 : Crise de grand mal, sans précision avec ou sans petit mal

G40.7 : Petit mal, sans crises de grand mal, sans précision

DÉFINITION

++++ ÉCOULEMENT NARINAIRE SANGLANT

+ + 1 | constaté
+ + 1 | rapporté

+ + 1 | antérieur
+ + 1 | postérieur

+ – bilatéral
+ – abondant
+ – retentissement général (anémie-choc)
+ – notion de traumatisme
+ – saignement de la tache vasculaire

+ – récidive

+ – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

A

VOIR AUSSI

CANCER
CONTUSION
PLAIE
TUMÉFACTION

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

L'épistaxis est le « saignement de nez ».

Critères d'inclusion

– le saignement est évident, constaté ou rapporté,
– l'écoulement postérieur est toujours à vérifier.

Compléments sémiologiques

On doit avoir une description précise pour localiser l'origine, comprendre le mécanisme et évaluer les conséquences du saignement.

Voir aussi

– certaines pathologies sont évidentes (ex. CONTUSION, PLAIE),
– d'autres à rechercher selon le terrain et les circonstances (ex. CANCER).

Position(s) diagnostique(s)

A : Il s'agit d'un symptôme isolé.

CORRESPONDANCE CIM – 10

R04.0 : Épistaxis

DÉFINITION

++++ PLACARD INFLAMMATOIRE EXTENSIF
 ++++ D'APPARITION RAPIDE

++1 | VISAGE
 ++1 | BRAS
 ++1 | JAMBE(s)
 ++1 | AUTRE(s) (à préciser en commentaire)

+ – frissons
 + – fièvre
 + – bourrelet périphérique
 + – adénopathie(s)

+ – récidive

+ – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

C

VOIR AUSSI

DERMATOSE
 ECZÉMA
 LYMPHANGITE
 PLAIE
 THROMBOPHLÉBITE
 ZONA

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

C'est une cellulite infectieuse généralement à streptocoques, d'apparition brutale, le plus souvent fébrile.

Sur les membres, le bourrelet extensif manque habituellement, justifiant l'appellation par certains de « placard érysipélateoïde ».

Critères d'inclusion

L'érysipèle donne un PLACARD INFLAMMATOIRE mais sans vésicules ni suintement, dont le début est remarquablement RAPIDE.

On précisera la localisation.

Compléments sémiologiques

Il s'accompagne le plus souvent de fièvre, de frissons et d'un bourrelet périphérique qui peut manquer sur les membres.

Voir aussi

L'absence de prurit le différencie de l'ECZÉMA aigu.

Position(s) diagnostique(s)

C : C'est un tableau de maladie.

CORRESPONDANCE CIM – 10

A46 : Érysipèle

DÉFINITION

++++ CHEZ LE NOURRISSON ENCORE EN COUCHES
 ++++ ÉRUPTION ROUGE VIF
 ++++ ZONE FESSIÈRE, INGUINALE, GÉNITALE
 ++++ AIGUË

+ – débordant la limite des couches

+ – érosion

+ – suintement

+ – récurrence

+ – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

C

VOIR AUSSI

DERMATOSE

ECZÉMA

INTERTRIGO

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Décrit cette dermatose fréquente chez le nourrisson, dont la peau déjà fragile est en contact avec selles, urines, couches et culottes.

Critères d'inclusion

Quatre critères d'inclusion : l'âge des couches, l'érythème, la localisation et l'aspect aigu.

Compléments sémiologiques

Ils décrivent l'extension possible et le caractère parfois suintant ou érosif.

Voir Aussi

DERMATOSE

ECZÉMA : l'eczéma atopique ne débute pas habituellement dans la région fessière.

INTERTRIGO : l'érythème fessier est aussi un intertrigo mais avec ses caractéristiques d'âge et de localisation.

Position(s) diagnostique(s)

C

CORRESPONDANCE CIM – 10

L22 : Dermite fessière du nourrisson

DÉFINITION

++++ LÉSION TISSULAIRE PAR COMPRESSION
 ++++ AUX POINTS D'APPUI

++1 | ÉRYTHÈME DISPARAISANT OU NON À LA LEVÉE DE L'APPUI
 ++1 | DÉSÉPIDERMISATION OU PHLYCTÈNE
 ++1 | PLAQUE NOIRE
 ++1 | ULCÉRATION

++1 | SACRUM, TROCHANTER, FESSE, ISCHION
 ++1 | TALON, MALLÉOLE
 ++1 | AUTRE LOCALISATION (à préciser en commentaire)

+ – douleur
 + – multiples
 + – récidive
 + – asymptomatique

POSITION(s) DIAGNOSTIQUE(s)

D

VOIR AUSSI

BRÛLURE
 DERMATOSE
 ENGELURE
 EXAMEN SYSTÉMATIQUE ET PRÉVENTION
 PLAIE
 ULCÈRE DE JAMBE

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

C'est la gangrène aux points d'appui (exemple : ESCARRE ou ESCHARE de décubitus).

Critères d'inclusion

Une classification en 4 stades correspondant à l'évolution naturelle de l'escarre est retenue :

– au stade de l'ÉRYTHÈME isolé, les deux critères obligatoires (++++) permettent de distinguer cette rougeur des autres érythèmes,
 – au-delà de l'ULCÉRATION (atteinte de l'os par exemple), les lésions constatées seront codées séparément,
 On notera la LOCALISATION.

Voir aussi

Les conseils donnés à titre préventif pourront être relevés par EXAMEN SYSTÉMATIQUE ET PRÉVENTION (critères : CONSEIL-INFORMATION-ÉDUCATION).

CORRESPONDANCE CIM – 10

L89 : Escarre

DÉFINITION

++++ FIÈVRE ou SENSATION DE FIÈVRE

++1 | isolée

+ – frissons, sueurs, courbatures

++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 : larmolement, rougeur conjonctivale

+ – nausées

+ – vomissements

+ – douleurs abdominales

+ – douleurs lombaires uni ou bilatérales

+ – selles molles, diarrhée

+ – pollakiurie

+ – brûlures mictionnelles

+ – urines troubles

+ – exanthème

+ – adénopathies

+ – récédive

+ – asymptomatique

POSITION(s) DIAGNOSTIQUE(s)

A, B

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.

Risques

Une liste de maladies ne serait jamais exhaustive. La nécessité d'une grande vigilance et d'une réévaluation rapide de la situation est recommandée.

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, CYSTITE...) 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

DÉFINITION

- ++++ ASSOCIATION DE SYMPTÔMES ET SIGNES GÉNÉRAUX ET LOCAUX
 ++++ NON CARACTÉRISTIQUE, NON CLASSABLE AILLEURS
 ++++ ABSENCE DE FIÈVRE ou DE SENSATION de FIÈVRE
- + – 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 : larmolement, rougeur conjonctivale
 + – nausée
 + – vomissement
 + – douleurs abdominales
 + – selles molles, diarrhée
 + – pollakiurie
 + – brûlures mictionnelles
 + – exanthème
 + – adénopathies
 + – après vaccination
- + – récidive
- + – asymptomatique

POSITION(s) DIAGNOSTIQUE(s)

B

VOIR AUSSI

ACCÈS ET CRISES
 ANGINE (AMYGDALITE – PHARYNGITE)
 ASTHÉNIE – FATIGUE
 DERMATOSE
 DIARRHÉE – NAUSÉE – VOMISSEMENT
 ÉRYSIPIÈLE
 ÉTAT FÉBRILE
 HÉPATITE VIRALE
 PLAINTES POLYMORPHES (TROUBLE SOMATOFORME)
 PSYCHIQUE (TROUBLE)
 RHINITE
 RHINOPHARYNGITE – RHUME
 SINUSITE
 SUITE OPÉRATOIRE
 ZONA

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Ce syndrome recouvre des situations cliniques associant, à des degrés divers, des symptômes et des signes non caractéristiques d'une maladie, mais que le médecin estime pouvoir regrouper sous cette entité commune, non classable dans un autre RC.

Critères d'inclusion

C'est l'association de symptômes et signes, dont aucun n'est assez caractéristique ou dominant pour permettre le choix d'une autre dénomination et l'absence de fièvre, qui permettent de classer le cas.

Compléments sémiologiques

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 caractéristiques 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.

RISQUE(s)

Une liste de maladies ne serait jamais exhaustive. La nécessité d'une grande vigilance et d'une réévaluation rapide de la situation est recommandée.

Voir Aussi

Toute autre symptomatologie caractéristique devra être classée au RC correspondant.

Position(s) diagnostique(s)

B : Contrairement au RC ÉTAT FÉBRILE qui à deux positions diagnostiques possibles, il ne peut s'agir ici que de la position B, puisqu'il faut impérativement une association de symptômes ou signes cliniques.

CORRESPONDANCE CIM – 10

R68.8 : Autres symptômes et signes généraux précisés

DÉFINITION

- ++1 | EXAMEN CLINIQUE POUR
 - ++1 | SUIVI DU NOURRISSON ET DE L'ENFANT
 - ++1 | NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DU SPORT
 - ++1 | NON CONTRE-INDICATION AU TRAVAIL
 - ++1 | NON CONTRE-INDICATION À LA VIE EN COLLECTIVITÉ
 - ++1 | SUIVI POST-NATAL LÉGAL DE LA MÈRE
 - ++1 | AUTRE (à préciser en commentaire)
- ++1 | EXAMEN DE DÉPISTAGE
 - ++1 | SANS FACTEUR DE RISQUE
 - ++1 | AVEC FACTEUR DE RISQUE
 - ++1 | personnel
 - ++1 | familial
 - ++1 | DANS LE CADRE D'UN DÉPISTAGE ORGANISÉ
 - ++1 | cancer du col utérin
 - ++1 | cancer digestif
 - ++1 | cancer du sein
 - ++1 | palpation des seins
 - ++1 | mammographie
 - ++1 | autres cancers (à préciser en commentaire)
 - ++1 | maladie cardio-vasculaire
 - ++1 | anomalie biologique familiale
 - ++1 | autre (à préciser en commentaire)
- ++1 | CONSEIL OU PRESCRIPTION
 - ++1 | AU VOYAGEUR
 - ++1 | DESIR DE GROSSESSE
 - ++1 | POUR UN TIERS
 - ++1 | AUTRE (y compris prescription d'une vaccination hors voyage)
- ++1 | AUTRE (à préciser en commentaire)

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

Z

VOIR AUSSI

ANOMALIE BIOLOGIQUE
 CONTRACEPTION
 POST-PARTUM (COMPLICATION)
 RÉACTION TUBERCULINIQUE
 VACCINATION

CORRESPONDANCE CIM – 10

Z00.1 : Examen de routine de l'enfant
 Z01.4 : Examen gynécologique (de routine) (général)
 Z01.6 : Examen radiologique, non classé ailleurs
 Z01.7 : Examens de laboratoire de sujets ne se plaignant de rien
 Z02.1 : Examen d'embauche
 Z02.5 : Examen pour la pratique d'un sport
 Z02.8 : Autres examens à des fins administratives
 Z12.1 : Examen spécial de dépistage de tumeur de l'intestin
 Z12.3 : Examen spécial de dépistage de tumeur du sein
 Z13.6 : Examen spécial de dépistage des affections cardio-vasculaire
 Z31.6 : Conseils et avis généraux en matière de procréation
 Z39.2 : Contrôle de routine au cours du post-partum
 Z71.0 : Personne consultant pour le compte d'un tiers
 Z71.9 : Conseil, sans précision

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Ce résultat de consultation a été créé pour en remplacer cinq autres dont l'utilisation se révélait trop variable selon les médecins, ce qui allait à l'encontre des objectifs du Dictionnaire : EXAMEN SYSTEMATIQUE ET PREVENTION regroupe ainsi : CONSEIL-EDUCATION-HYGIENE, SURVEILLANCE PATIENT A RISQUE, SURVEILLANCE DE TRAITEMENT A RISQUE, EXAMEN POST-NATAL (et EXAMEN PRENUPTIAL, maintenant supprimé). Examen systématique et prévention ont été mis sous le même titre, car il est souvent difficile de faire la part de ce qui revient à une action systématique sans facteur de risque ou à une action de prévention, soit individuelle, soit dans le cadre d'un dépistage organisé.

Il faudra choisir autant de fois le RC lorsque plusieurs critères d'inclusion devraient être choisis. Il n'est pas rare en effet qu'un malade consulte au cours de la même séance :

- pour l'examen de sport
- pour le frottis cervical de dépistage
- et en même temps pour un certificat de non contagion
- voire en plus pour une prescription d'antipaludéen avant un voyage à l'étranger...

Critères d'inclusion

Trois entrées sont possibles en fonction des raisons de l'examen :

– Examen clinique pour l'une des raisons figurant dans les items. La dernière rubrique sans précision permet d'inclure un éventuel motif non prévu dans la liste, et qui sera précisé en commentaire.

– Examen de dépistage soit systématique, demandé par le malade ou à l'occasion d'un « Bilan de Santé » comme le proposent certaines Caisses d'assurance maladie ; soit orienté d'après les facteurs de risques personnels ou familiaux, soit dans le cadre d'un dépistage organisé (hémo-cult par exemple).

Dépistage des cancers (colorectal, sein, col de l'utérus. La rubrique « autres cancers » permet d'inclure, entre autres, les cancers de la peau et de la bouche.

Dépistage des troubles métaboliques par l'item « anomalie biologique ».

Dépistage des maladies cardio-vasculaires.

– Conseils, incluant les conseils et prescriptions destinées aux voyageurs, les conseils en matière de procréation, les conseils pour un tiers (« Mon mari boit, qu'est-ce que je peux faire, Docteur ? »). Inclut également la prescription d'un vaccin, hors ceux destinés aux voyageurs (il est temps de faire votre rappel de REVAXIS, je vous le prescris pour la prochaine consultation).

– Une quatrième entrée « Autre à préciser en commentaire » est destinée à inclure un cas qui n'aurait pas été prévu dans la définition, dont la connaissance pourrait permettre d'améliorer le DRC.

Voir aussi

CONTRACEPTION : à choisir pour des conseils en matière de contraception. Inversement, il faudra choisir Examen systématique et prévention en plus de Contraception si un frottis de dépistage est réalisé pendant la même séance.

POST-PARTUM (COMPLICATION) : il ne s'agit pas alors de l'examen systématique post-natal légal mais d'un examen réalisé pour des problèmes particuliers après l'accouchement.

REACTION TUBERCULINIQUE : à choisir même si l'intradermo réaction est réalisée dans le cadre d'une prévention quelconque.

VACCINATION : il s'agit d'une prévention particulière. Les deux résultats seront choisis pour une vaccination nécessitée par un départ en voyage.

ANOMALIE BIOLOGIQUE : permet de désigner une anomalie biologique, mais ne justifie pas l'examen systématique ou de prévention, qui lui, sera relevé par le présent RC.

Position(s) diagnostique(s)

Z

DÉFINITION

++++ ACCUMULATION DE SELLES DÉSHYDRATÉES DANS LE RECTUM
 ++++ CONFIRMÉE PAR LE TOUCHER RECTAL

+ – incontinence anale

+ – récursive

+ – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

D

VOIR AUSSI

CANCER
 CONSTIPATION
 CORPS ÉTRANGER DANS CAVITÉ NATURELLE
 DIARRHÉE (ISOLÉE, NON INFECTIEUSE)
 MÉTÉORISME
 PLAINTÉ ABDOMINALE
 TUMÉFACTION

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

C'est l'accumulation de matières fécales dans l'ampoule rectale.

Critères d'inclusion

La pratique du toucher rectal est obligatoire pour confirmer l'accumulation de matières dans le rectum.

Compléments sémiologiques

L'incontinence anale doit attirer l'attention chez un enfant, un vieillard ou un grabataire.

Voir aussi

Cette masse dure, pseudo-tumorale, est à ne pas confondre avec une TUMÉFACTION ou un CANCER.

Position(s) diagnostique(s)

D : Diagnostic certifié.

CORRESPONDANCE CIM – 10

K56.4 : Autres obstructions de l'intestin

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)

ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL
 CARDIOMYOPATHIE
 EMBOLIE
 HYPERTHYROÏDIE
 INSUFFISANCE CARDIAQUE
 INSUFFISANCE CORONARIENNE
 INSUFFISANCE RESPIRATOIRE
 MORT SUBITE

POSITION(s) DIAGNOSTIQUE(s)

A

VOIR AUSSI

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

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.
 HYPERTHYROÏDIE : la fibrillation peut être un symptôme d'hyperthyroïdie.

Position(s) diagnostique(s)

A : Même en cas de compléments sémiologiques associés.

CORRESPONDANCE CIM – 10

I48 : Fibrillation et flutter auriculaires

DÉFINITION

- ++1 | DOULEUR EXACÉRBERÉE PAR LA SELLE
- ++++ brève rémission après la selle, de quelques minutes
 - ++++ très vive parfois intolérable pendant des heures
 - ++++ majorée à la moindre tentative d'examen (une anesthésie locale est parfois nécessaire)
 - ++++ absence de thrombose hémorroïdaire visible
- ++1 | ULCÉRATION OVALE EN RAQUETTE
- + – saignante à bords nets fins : fissure jeune
 - + – bords scléreux, fond creusant : fissure ancienne
- ++++ ABSENCE D'ADÉNOPATHIE INGUINALE
- + – contracture sphinctérienne
 - + – présence d'une marisque dite « hémorroïde sentinelle »
 - + – récidive
 - + – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

A

VOIR AUSSI

ABCÈS SUPERFICIEL
 CANCER
 COCCYDYNIE
 DERMATOSE
 DOULEUR NON CARACTÉRISTIQUE
 HÉMORROÏDE
 INTERTRIGO
 NÉVRALGIE – NÉVRITE
 PRURIT LOCALISÉ

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

C'est une ulcération douloureuse de la marge anale.

Critères d'inclusion

Deux possibilités sont données pour classer le cas :

- la DOULEUR intense, intolérable et rythmée par les selles,
- la mise en évidence de l'ULCÉRATION bien caractéristique elle aussi.

On s'autorisera à classer le cas dans fissure anale sur la seule description de la douleur si tous ces caractères existent, car la difficulté de l'examen (nécessitant parfois une anesthésie locale) ne permet pas toujours de voir la fissure.

L'ABSENCE d'ADÉNOPATHIE INGUINALE est un critère obligatoire car il permet de distinguer la fissure des autres ulcérations anales (cancer, chancre, etc.).

Compléments sémiologiques

La contracture sphinctérienne majorée par l'examen est parfois absente. De même la présence d'une marisque est inconstante.

Voir aussi

Les autres pathologies pouvant donner lieu à ulcération. Une fissure avec abcès sera classée ABCÈS.

Position(s) diagnostique(s)

A : Douleur seule.

CORRESPONDANCE CIM – 10

K60.2 : Fissure anale, sans précision

DÉFINITION

++++ LÉSION CUTANÉE SUPERFICIELLE
 ++++ LOCALISÉE à un TERRITOIRE PILEUX

++1 | petite papule érythémateuse au début
 ++1 | pustulette centrée par un poil, entourée d'une auréole rouge
 ++1 | croûte

+ – multiple
 + – douleur
 + – facteurs favorisants (rasage, sycosis, épilation, sudation, frottement des vêtements, etc.)

+ – récidive

+ – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

C

VOIR AUSSI

ABCÈS SUPERFICIEL
 ACNÉ VULGAIRE
 DERMATOSE
 ECZÉMA
 FURONCLE – ANTHRAX
 IMPÉTIGO

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

C'est une suppuration localisée à l'orifice d'un follicule pilo-sébacé encore appelée ostio-folliculite.

Critères d'inclusion

Cette lésion de l'ostium du follicule pilo-sébacé débute par une petite élevation rouge péripilaire, faisant rapidement place à une pustulette entourée d'une aréole inflammatoire qui s'ouvre et se recouvre d'une croûte. On notera donc le ou les stades évolutifs.

Compléments sémiologiques

La papule érythémateuse est parfois douloureuse.
 On notera en commentaire les facteurs favorisants.

Voir aussi

FURONCLE – ANTHRAX : l'atteinte du follicule est plus profonde.
 IMPÉTIGO : lorsque les pustules se groupent dans une région, l'ensemble de leurs croûtelles simule un impétigo.

Position(s) diagnostique(s)

C : Tableau de maladie ne nécessitant pas obligatoirement la recherche d'un germe.

CORRESPONDANCE CIM – 10

L73.8 : Autres formes précisées d'affections folliculaires

DÉFINITION

- ++1 | SIGNES CLINIQUES CARACTÉRISTIQUES
 - ++1 | déformation
 - ++1 | crépitation osseuse
 - ++1 | mouvements anormaux
- ++1 | TRAIT DE FRACTURE VISIBLE À L'IMAGERIE (Y COMPRIS LE DÉCOLLEMENT ÉPIPHYSAIRE)
- ++1 | TASSEMENT VISIBLE À L'IMAGERIE
- ++++ ABSENCE D'AUTRE LÉSION TRAUMATIQUE ASSOCIÉE EN RELATION DIRECTE AVEC LA FRACTURE
- + – déplacement
- + – douleur
- + – impotence fonctionnelle
- + – effraction cutanée au niveau de la fracture
- + – fracture articulaire
- + – traumatisme causal identifié (à noter en commentaire)
- + – récédive
- + – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

C, D

VOIR AUSSI

ARTHROPATHIE – PÉRIARTHROPATHIE
 BLESSURES COMBINÉES SÉVÈRES
 CONTUSION
 DOULEUR NON CARACTÉRISTIQUE
 ENTORSE
 LUXATION
 OSTÉOPOROSE
 PLAIE

ARGUMENTAIRE**Critères d'inclusion**

Par « SIGNES CLINIQUES CARACTÉRISTIQUES », il faut comprendre la sémilogie qui, par son aspect évocateur et/ou pathognomonique, permet d'affirmer de façon quasi certaine la fracture à l'examen clinique lors de la séance. Exemples :

- baïonnette et « dos de fourchette » de la fracture de Pouteau-Colles,
- raccourcissement, adduction et rotation externe de la fracture du col fémoral,
- mobilité en « touche de piano » de la fracture de côte(s),
- etc.

L'item « TASSEMENT » permet d'inclure les tassements vertébraux traumatiques à l'exception des tassements vertébraux ostéoporotiques (spontanés) qui seront relevés par OSTÉOPOROSE. « ABSENCE D'AUTRE LÉSION TRAUMATIQUE » permet de différencier ce résultat de consultation de BLESSURES COMBINÉES SÉVÈRES. Toute lésion associée qui n'est pas en relation directe avec la fracture fera choisir BLESSURES COMBINÉES SÉVÈRES. Exemple :
 – une fracture de la clavicule associée à une plaie du visage seront classées BLESSURES COMBINÉES SÉVÈRES grâce aux items « ++2 | Fracture » et « ++2 | Plaie » de cette dénomination.

Compléments sémiologiques

« Effraction cutanée au niveau de la fracture » permettra de classer sous cette dénomination les fractures ouvertes.

« Fracture articulaire » permettra de signifier que le trait de fracture intéresse aussi l'articulation ce qui est important pour les suites fonctionnelles.

Voir aussi

En cas de lésions associées du type rupture tendineuse, artérielle ou nerveuse, mais aussi de plaie, de contusion, on choisira BLESSURES COMBINÉES SÉVÈRES. OSTÉOPOROSE pour les tassements vertébraux ostéoporotiques spontanés.

Position(s) diagnostique(s)

C : Devant des arguments sémiologiques purement cliniques.

D : En cas de confirmation radiologique.

CORRESPONDANCE CIM – 10

T14.2 : Fracture d'une partie du corps non précisée

DÉFINITION

++++ TUMÉFACTION CUTANÉE ACUMINÉE ET INDURÉE
 ++++ CENTRÉE PAR UN POIL

++1 | PUSTULE (AU DÉBUT)
 ++1 | FONTE PURULENTE (BOURBILLON)

++1 | UNIQUE : FURONCLE
 ++1 | MULTIPLES : FURONCULOSE
 ++1 | CONGLOMÉRAT : ANTHRAX

+ – adénopathie
 + – fièvre ou sensation de fièvre

+ – récédive

+ – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

C, D

VOIR AUSSI

ABCÈS SUPERFICIEL
 ACNÉ VULGAIRE
 FOLLICULITE SUPERFICIELLE
 KYSTE SÉBACÉ
 ORGELET

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Le FURONCLE est un abcès de toute la gaine de l'appareil pilo-sébacé. La furonculose est la notion de furoncles multiples soit dans l'espace (atteintes dans différents territoires) soit dans le temps. L'ANTHRAX est un ensemble de plusieurs furoncles groupés avec une nécrose sous-cutanée.

Critères d'inclusion

C'est l'INDURATION présente autour du follicule pilo-sébacé qui le distingue de la FOLLICULITE SUPERFICIELLE. On notera le stade évolutif de la pustule à l'anthrax.

Voir aussi

ABCÈS : le furoncle est cutané, alors que l'abcès est sous-cutané.
 FOLLICULITE SUPERFICIELLE : absence d'induration.
 ORGELET : c'est un furoncle de localisation particulière qui, de par sa fréquence, sera noté à part.

Position(s) diagnostique(s)

C : Tableau de maladie suffisamment caractéristique ne nécessitant pas obligatoirement la recherche d'un germe.
 D : Après identification bactériologique.

CORRESPONDANCE CIM – 10

L02.9 : Abcès cutané, furoncle et anthrax

DÉFINITION

++++ PRURIT À PRÉDOMINANCE VESPÉRALE OU NOCTURNE
 ++++ PRÉSENCE D'UN SILLON AVEC ASPECT FISTULEUX À L'EXTRÉMITÉ
 ++++ LOCALISATION ÉLECTIVE (FESSE, SCROTUM, MAINS, PALMO-
 PLANTAIRE, MAMELON, ETC.)

+ – lésions de grattage
 + – autre localisation (creux axillaire, abdomen, etc.)
 + – cas semblable dans l'entourage
 + – identification du parasite

+ – récurrence

+ – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

C, D

VOIR AUSSI

DERMATOSE
 PRURIT GÉNÉRALISÉ
 PRURIT LOCALISÉ

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Autre dénomination : Scabioses

Critères d'inclusion

La seule présence de la lésion spécifique (sillon) dans une localisation élective, associée à des démangeaisons permet de relever ce résultat de consultation.

Compléments sémiologiques

Ils complètent, le cas échéant, le tableau classique.

Voir aussi

DERMATOSE ou PRURIT LOCALISÉ seront préférés si l'un des trois signes obligatoires de cette définition est absent.

Position(s) diagnostique(s)

C : Dans tous les cas sauf,

D : Si identification du parasite.

CORRESPONDANCE CIM – 10

B86 : Gale

DÉFINITION

++++ LÉSION de la MUQUEUSE GASTRIQUE confirmée
histologiquement

++1 | FUNDIQUE

++1 | ANTRALE

+ – présence d'hélicobacter pylori

+ – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

D

VOIR AUSSI

ÉPIGASTRALGIE

HERNIE HIATALE

REFLUX – PYROSIS – CÉSOPHAGITE

ULCÈRE DUODÉNAL

ULCÈRE GASTRIQUE

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Cette dénomination n'est qu'une définition « anatomique » après contrôle histologique.

Critères d'inclusion

Un seul critère : la constatation d'une lésion de la muqueuse gastrique, soit antrale, soit fundique, confirmée histologiquement.

Compléments sémiologiques

Présence éventuelle d'hélicobacter pylori.

Voir Aussi

ÉPIGASTRALGIE : douleurs épigastriques y compris après fibroscopie « normale ».

Position(s) diagnostique(s)

D

CORRESPONDANCE CIM – 10

K29.5 : Gastrite chronique, sans précision

La présence d'hélicobacter pylori pourrait éventuellement entraîner un code supplémentaire en B96.8 en diagnostic associé.

DÉFINITION

++++ ATTEINTE INFLAMMATOIRE de la GENCIVE

- ++1 | érythème
- ++1 | gingivorragie
- ++1 | hypertrophie
- ++1 | rétraction
- ++1 | ulcération (sauf aphte et herpès)

- + – douleur
- + – fièvre
- + – adénopathie
- + – facteur favorisants (mauvaise hygiène, tabagisme)
- + – chronique
- + – localisée

- + – récidive

- + – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

C

VOIR AUSSI

APHTE
DENT (PATHOLOGIE DE LA)
HERPÈS
STOMATITE – GLOSSITE

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Désigne les inflammations aiguës ou chroniques de la gencive, localisées ou généralisées, à l'exception des aphtes et des ulcérations herpétiques typique.

Critères d'inclusion

L'aspect inflammatoire de la gencive se caractérise soit par un simple érythème, soit par une hypertrophie, soit par des saignements, soit par des ulcérations (non caractéristiques d'un aphte ou d'un herpès).

Compléments sémiologiques

Ils permettent de noter la douleur éventuellement associée, les facteurs favorisants ;

Si un médicament paraît en cause (en particulier Phénytoïne, Ciclosporine, Nifédipine), il faudra choisir aussi dans la même séance, le résultat de Consultation IATROGÈNE (EFFET INDÉSIRABLE D'UNE THÉRAPEUTIQUE)

En cas de forme n'atteignant pas l'ensemble des gencives, saisir le complément sémiologique « localisée ».

Voir Aussi

DENT (PATHOLOGIE DE LA) : à choisir si la gingivite localisée est associée à la pathologie dentaire (parodontopathie)

STOMATITE GLOSSITE : à choisir si l'atteinte de la gencive n'est due l'extension d'une atteinte diffuse de la muqueuse buccale.

HERPES : choisi si les lésions sont caractéristiques, même si elles siègent sur la gencive.

APHTE : choisi si les lésions sont caractéristiques, même si elles siègent sur la gencive.

CANCER : si l'ulcération est d'emblée caractéristique d'une affection maligne.

Position(s) diagnostique(s)

C

CORRESPONDANCE CIM – 10

K05.0 : Gingivite aiguë (code par défaut)

K05.1 : Gingivite chronique

DÉFINITION

- ++1 | hypertension oculaire
- ++1 | glaucome primitif à angle ouvert (chronique)
- ++1 | baisse brutale de l'acuité visuelle
 - ++1 | douleur et photophobie
 - ++1 | hyperhémie conjonctivale
 - ++1 | mydriase aréflexive

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

C, D

VOIR AUSSI

CONJONCTIVITE
MIGRAINE
NÉVRALGIE – NÉVRITE
CEIL (TROUBLE DE LA VISION)
CEIL (TRAUMATISME)

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Cette dénomination permet de classer les hypertensions oculaires (sans véritable glaucome), les glaucomes chroniques et les exceptionnels glaucomes aigus.

Critères d'inclusion

Trois critères d'inclusion possibles :

- Hypertension oculaire, dit encore « glaucome limite » quand l'examen ophtalmologique rapporte une tension supérieure à la norme.
- Glaucome primitif à angle ouvert, attesté par l'ophtalmologue.
- Baisse brutale de l'acuité visuelle s'accompagnant d'un au moins des signes d'examen, qui peuvent être appréhendés par le praticien lui-même et qui signent le glaucome aigu.

Voir Aussi

CONJONCTIVITE : l'œil « rouge » ne sera pas confondu avec l'hyperhémie conjonctivale du glaucome aigu.

MIGRAINE : même remarque concernant les douleurs.

CEIL (TROUBLE DE LA VISION) : la baisse de vision est brutale dans le glaucome aigu.

CEIL (TRAUMATISME).

Position(s) diagnostique(s)

C : Devant les seuls signes cliniques.

D : Lorsque la tension oculaire est connue.

CORRESPONDANCE CIM – 10

H40.0 : Glaucome limite, hypertension oculaire

H40.1 : Glaucome primitif à angle ouvert

H40.2 : Glaucome primitif à angle fermé

DÉFINITION

++++ AUGMENTATION DE VOLUME DE LA THYROÏDE

- ++1 | symétrique
- ++1 | asymétrique

- ++1 | diffus
- ++1 | mono-nodulaire
- ++1 | multi-nodulaire

++++ ABSENCE DE SIGNE DE DYSTHYROÏDIE CLINIQUE
OU BIOLOGIQUE

- + – douleur
- + – rougeur
- + – dure à la palpation
- + – signes de compression
- + – adénopathie(s) satellite(s)

+ – récidive

+ – asymptomatique

RISQUE(s)

CANCER
HYPERTHYROÏDIE

POSITION(s) DIAGNOSTIQUE(s)

C

VOIR AUSSI

CANCER
HYPERTHYROÏDIE
TUMÉFACTION

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Cette définition décrit les goitres isolés, sans dysthyroïdie.

Critères d'inclusion

C'est une AUGMENTATION de VOLUME de la THYROÏDE, mobile à la déglutition. La description du goitre est clinique et/ou échographique. L'ABSENCE de SIGNE de DYSTHYROÏDIE est clinique et/ou biologique.

Compléments sémiologiques

Ils décrivent d'éventuelles complications.

Voir aussi

TUMÉFACTION : sera choisie en cas de doute sur une masse non mobile.
HYPERTHYROÏDIE : en choisissant le complément sémiologique « goitre » dans cette définition, s'il existe des signes biologiques d'hyperthyroïdie.

Position(s) diagnostique(s)

C

CORRESPONDANCE CIM – 10

E04.0 : Goitre non toxique sans précision.
E04.1 : Nodule thyroïdien simple non toxique
E04.2 : Goitre multinodulaire non toxique

DÉFINITION

- ++1 | MODIFICATION DU GOÛT (PARAGUEUSIE)
 - ++1 | « mauvais goût »
 - ++1 | goût métallique
 - ++1 | autre (à préciser en commentaire)
- ++1 | ABSENCE DE GOÛT (AGUEUSIE)
- + – contexte évocateur
 - ++1 | médicament
 - ++1 | radiothérapie locale
 - ++1 | maladie générale
 - ++1 | maladie lésionnelle (vasculaire ou nerveuse)
 - ++1 | autre (à préciser en commentaire)
- + – anosmie associée
- + – récédive
- + – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

A

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Cette dénomination permet d'inclure toutes les modifications du goût (de la simple paragueusie à l'agueusie) avec les troubles de l'odorat parfois associés.

Critères d'inclusion

Cette définition présente deux entrées :
 – D'une part les modifications du goût
 – Et d'autre part l'absence de goût.

Compléments sémiologiques

Ils permettent de préciser s'il existe un contexte évocateur sans pour autant présager de son lien de causalité. On pourra aussi relever une anosmie associée.

Position(s) diagnostique(s)

A : Tant que le trouble est constaté.

CORRESPONDANCE CIM – 10

R43.8 : Troubles de l'odorat et du goût (code par défaut)

R43.2 : Paragueusie

DÉFINITION

- ++1 | ACCÈS GOUTTEUX TYPIQUE
- ++++ douleur de la métatarso-phalangienne du gros orteil (très vive, exacerbée par le moindre contact à recrudescence nocturne)
 - ++++ signes inflammatoires majeurs (téguments rouge vif, mauve pivoine, lisses et tendus)
 - ++++ à début brutal
- ++1 | ACCÈS GOUTTEUX AUTRES
- ++1 | coup de pied
 - ++1 | tibio-tarsienne
 - ++1 | genou
 - ++1 | coude
 - ++1 | poignet
 - ++1 | autre(s) localisation(s) (à préciser en commentaire)
- ++1 | antécédent d'accès goutteux typique
- ++1 | confirmé par ponction articulaire
- ++1 | GOUTTE CHRONIQUE
- ++1 | tophacée : localisations à préciser en commentaire
 - ++1 | arthropathie chronique (déformations et localisations à préciser)
 - ++1 | lithiase urinaire urique
- + – hyperuricémie
- + – récidive
- + – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

C, D

VOIR AUSSI

ARTHROPATHIE – PÉRIARTHROPATHIE
 ARTHROSE
 CONTUSION
 ENTORSE
 HALLUX VALGUS
 HYPERURICÉMIE
 TUMÉFACTION

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Autre dénomination : Podagre
 Anglais : Gout
 Allemand : Gicht

Critères d'inclusion

Il existe 3 entrées possibles pour cette définition :

- soit la CRISE de GOUTTE CLASSIQUE localisée au gros orteil pour laquelle la description clinique est suffisante pour retenir ce résultat de consultation,
- soit la CRISE de GOUTTE d'une AUTRE ARTICULATION. Dans ce cas, la clinique seule ne permet pas d'être discriminant avec ARTHROPATHIE – PÉRIARTHROPATHIE. Il faut donc en plus de la localisation avoir au moins un des critères : « Antécédent d'accès de goutte » ou une « Confirmation par la ponction »,
- soit la GOUTTE CHRONIQUE : c'est « la maladie goutteuse » avec soit tophi, soit arthropathie chronique (déformations permanentes des articulations), soit lithiase urinaire urique.

Compléments sémiologiques

On notera s'il existe une hyperuricémie documentée ou s'il s'agit d'une récidive.

Position(s) diagnostique(s)

C : En cas de signes cliniques seuls, comme dans l'accès typique.
 D : En cas de confirmation par la ponction ou de lithiase urique.

CORRESPONDANCE CIM – 10

M10.9 : Goutte, sans précision (code par défaut)
 M10.0 : Goutte idiopathique
 M10.92 : Goutte, sans précision, articulation du coude
 M10.93 : Goutte, sans précision, articulation du poignet
 M10.96 : Goutte, sans précision, articulation du genou
 M10.97 : Goutte, sans précision, articulations de la cheville et du pied
 N22.8 : Calcul des voies urinaires au cours d'autres maladies classées ailleurs

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
- + – récidive

RISQUE(s)

GROSSESSE EXTRA UTÉRINE

POSITION(s) DIAGNOSTIQUE(s)

C, D

VOIR AUSSI

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

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Les signes associés et les complications n'étant ni spécifiques, ni pathomoniques, 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 cliniques, 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 la GROSSESSE EXTRA UTÉRINE.

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 (code par défaut)
 Z32.0 : Grossesse non (encore) confirmée
 Z33 : Grossesse constatée fortuitement
 Z34.9 : Surveillance d'une grossesse normale, sans précision
 Z35 : Surveillance d'une grossesse à haut risque, sans précision
 Z64.0 : Grossesse non désirée

DÉFINITION

++++ DÉVIATION en DEHORS du GROS ORTEIL

++1 | DIFFICULTÉS pour se CHAUSSER

++1 | DOULEUR de la 1^{ière} MÉTATARSO-PHALANGIENNE

++1 | BURSITE

++1 | ULCÉRATION

+ – autres déformations des orteils (à préciser en commentaire)

+ – bilatérale

+ – récurrence après chirurgie

+ – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

D

VOIR AUSSI

ARTHROPATHIE – PÉRIARTHROPATHIE

ARTHROSE

COR – DURILLON

GOUTTE

PIED (ANOMALIE STATIQUE)

SUITE OPÉRATOIRE

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

– Autres dénominations : Hallux valgus, Hallux abductus.

– Anglais : Hallux Valgus.

Critères d'inclusion

– DÉVIATION EN DEHORS DU GROS ORTEIL : de la première phalange par rapport au premier métatarsien faisant un angle supérieur à 20°.

– On relèvera la ou les plaintes (DIFFICULTÉS pour se CHAUSSER, DOULEUR). En effet, on ne peut pas relever ce résultat de consultation lorsqu'il n'y a qu'une déviation du gros orteil (sans gêne).

Ces critères regroupent donc les différentes plaintes et les complications (BURSITE, ULCÉRATION).

Compléments sémiologiques

– Autres orteils déformés : Il peut exister des déformations des orteils voisins (orteil en marteau).

Position(s) diagnostique(s)

D : Tableau de maladie.

CORRESPONDANCE CIM – 10

M20.1 : Hallux valgus (acquis)

DÉFINITION

++++ URINES CONTENANT DU SANG

++1 | HÉMATURIE MACROSCOPIQUE (SI NÉCESSAIRE FAIRE L'ÉPREUVE DES 3 VERRÉS)

- + – initiale
- + – terminale
- + – totale

++1 | HÉMATURIE MICROSCOPIQUE

- ++1 | bandelette réactive
- ++1 | hématies supérieures à 5 000/ml à l'ECBU
- ++1 | hématies supérieures à 10 000/minute (au test d'Addis)

+ – récidive

+ – asymptomatique

RISQUE(s)

CANCER
NÉPHROPATHIE

POSITION(s) DIAGNOSTIQUE(s)

A

VOIR AUSSI

BACTÉRIURIE – PYURIE
CANCER
COLIQUE NÉPHRÉTIQUE
CYSTITE – CYSTALGIE
LITHIASE URINAIRE
PROSTATE (HYPERTROPHIE)
PYÉLONÉPHRITE AIGUË
URÉTRITE

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Cette dénomination permet de relever les hématuries microscopiques comme les macroscopiques.

Critères d'inclusion

L'hématurie peut être macroscopique ou microscopique. On rappelle la classique épreuve des trois verres, bien qu'elle soit peu pratiquée. Elle permet pourtant une orientation dans la recherche de l'origine de l'hématurie. La découverte d'une hématurie microscopique résulte souvent de la pratique d'exams systématiques (bandelettes réactives). Plus précis sont les critères chiffrés.

Compléments sémiologiques

Uniquement l'éventuelle récidive.

Voir aussi

Les pathologies citées peuvent toutes être une cause d'hématurie. Le résultat de consultation HÉMATURIE sera choisi dans l'attente de l'étiologie puis révisé.

Position(s) diagnostique(s)

A : L'hématurie est un symptôme.

CORRESPONDANCE CIM – 10

R31 : Hématurie, sans précision
N02 : Hématurie récidivante et persistante

DÉFINITION

++++ ÉPANCHEMENT de SANG SOUS-CONJONCTIVAL
 ++++ SPONTANÉ SANS TRAUMATISME
 ++++ DÉBUT BRUTAL
 ++++ ABSENCE de DOULEUR OCULAIRE
 ++++ ACUITÉ VISUELLE CONSERVÉE

+ – récidive

+ – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

A

VOIR AUSSI

CONJONCTIVITE
 ECCHYMOSE SPONTANÉE
 CEIL (TRAUMATISME)

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

La dénomination désigne le saignement en nappe sous-conjonctivale (épanchement, extravasation) mais élimine les capillaires conjonctivaux un peu dilatés qui se rejoignent mais ne constituent pas un épanchement.

Critères d'inclusion

Le terme SPONTANÉ est important : le patient se réveille le matin avec l'œil rouge, n'en souffre pas et c'est souvent l'entourage qui lui signale que son œil est rouge.

Le DÉBUT BRUTAL : pratiquement d'une minute à l'autre.

L'ABSENCE DE DOULEUR OCULAIRE n'exclut pas parfois une certaine gêne signalée par le patient.

L'ACUITÉ VISUELLE CONSERVÉE permet d'éliminer par exemple une hémorragie du vitré qui provoque des troubles de la vision, de même qu'un glaucome ou une kératite (à classer en DÉNOMINATION HORS LISTE)

Compléments sémiologiques

On notera s'il s'agit d'une récidive

Position(s) diagnostique(s)

A : Symptôme isolé.

CORRESPONDANCE CIM – 10

H11.3 : Hémorragie sous-conjonctivale

DÉFINITION

++++ DILATATION VEINEUSE DE LA RÉGION ANALE
 ++1 | extériorisée, saillante
 ++1 | interne (constatée par anoscopie)

+ – douleur
 + – multiple
 + – saignement de sang rouge enrobant les selles ou survenant juste après elles
 + – thrombose confirmée par la présence d'un caillot
 + – prurit anal
 + – prolapsus hémorroïdaire
 + – étranglement

+ – récidive

+ – asymptomatique

RISQUE(s)

CANCER

POSITION(s) DIAGNOSTIQUE(s)

D

VOIR AUSSI

ABCÈS SUPERFICIEL
 CANCER
 PRURIT LOCALISÉ
 RECTORRAGIES
 THROMBOPHLÉBITE
 TUMÉFACTION

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Terme d'usage courant employé parfois abusivement par les patients à propos de toute pathologie ano-rectale.

L'examen clinique doit être systématique avant de choisir ce résultat de consultation.

Critères d'inclusion

Un seul : la constatation à l'examen de la région anale de dilatation veineuse bleutée.

L'anoscopie peut mettre en évidence une localisation interne.

Compléments sémiologiques

Ces critères correspondent aux divers inconforts ou complications des hémorroïdes.

En cas de saignement : on cochera ce critère seulement si le saignement a les caractères indiqués et coexiste avec les hémorroïdes.

Dans le cas contraire, on utilisera la dénomination RECTORRAGIES.

Voir aussi

Toute la pathologie ano-rectale qui peut être associée aux hémorroïdes et parfois négligée à cause de leur présence.

Position(s) diagnostique(s)

D : Diagnostic certifié.

CORRESPONDANCE CIM – 10

I84.9 : Hémorroïdes sans complication, sans précision (code par défaut)

I84.0 : Hémorroïdes internes thrombosées

I84.1 : Hémorroïdes internes avec d'autres complications

I84.2 : Hémorroïdes internes, sans complication

I84.3 : Hémorroïdes externes thrombosées

I84.4 : Hémorroïdes externes avec d'autres complications

I84.5 : Hémorroïdes externes, sans complication

I84.7 : Hémorroïdes thrombosées non précisées

DÉFINITION

++1 | TRANSAMINASES A.L.A.T. ÉLEVÉES (S.G.P.T.)
 ++1 | PONCTION BIOPSIE DU FOIE

++1 | SÉROLOGIE POSITIVE AU VIRUS A
 ++1 | SÉROLOGIE POSITIVE AU VIRUS B
 ++1 | SÉROLOGIE POSITIVE AU VIRUS C
 ++1 | SÉROLOGIE POSITIVE À UN AUTRE VIRUS
 (À PRÉCISER EN COMMENTAIRE)

+ – asthénie
 + – fièvre
 + – ictère
 + – nausées ou vomissements

+ – récidive

+ – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

C, D

VOIR AUSSI

ALCOOL (PROBLÈME AVEC L')
 ANOMALIE BIOLOGIQUE SANGUINE
 CANCER

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Cette définition n'inclut que les HÉPATITES VIRALES. Les autres hépatites (toxiques, médicamenteuses, auto-immunes, etc.) seront classées en DÉNOMINATION HORS LISTE.

Critères d'inclusion

L'élévation des transaminases A.L.A.T. (S.G.P.T.) est un des critères obligatoires retenu car et il est parfois le seul justifiant d'autres investigations. L'élévation des A.S.A.T. (S.G.O.T.) ne peut être retenue comme obligatoire car elle n'est pas spécifique de l'atteinte hépatique et peut être retrouvée en cas de pathologie myocardique ou musculaire striée,
 – les investigations cliniques et complémentaires permettront de classer l'hépatite.

Compléments sémiologiques

Ce sont des signes cliniques non spécifiques qui ne peuvent avoir qu'une valeur d'orientation.

Voir aussi

ANOMALIE BIOLOGIQUE SANGUINE : si l'élévation des S.G.O.T. est isolée.

Position(s) diagnostique(s)

C : Tableau avec sérologie ou autres preuves.

D : Après biopsie ou intervention.

CORRESPONDANCE CIM – 10

B19.9 : Hépatite virale, sans précision, sans coma (code par défaut)

B15.9 : Hépatite A sans coma hépatique

B16.9 : Hépatite aiguë B

B17.1 : Hépatite aiguë C

B17.8 : Autres hépatites virales aiguës précisées

B18.2 : Hépatite virale chronique C

B18.8 : Autres hépatites virales chroniques

B18.9 : Hépatite virale chronique

DÉFINITION

- ++1 | HERNIE ABDOMINO-PELVIENNE (TUMÉFACTION RÉNITENTE DE LA PAROI)
- ++1 | à travers un orifice naturel
 - ++1 | de nature accidentelle

 - ++1 | impulsive à la toux et réductible (parfois sensible)
 - ++1 | étranglée (douloureuse, irréductible et non impulsive à la toux)

 - ++1 | inguinale ou inguino-scrotale
 - ++1 | crurale
 - ++1 | ombilicale
 - ++1 | autre(s) (à préciser en commentaire)

 - ++1 | ÉVENTRATION (DÉHISCENCE DE LA PAROI ABDOMINALE)
 - ++1 | antérieure
 - ++1 | latérale
 - + – post-chirurgicale

 - + – récursive

 - + – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

C, D

VOIR AUSSI

ADÉNOPATHIE
LIPOME
ORCHI-ÉPIDIDYMITÉ
TUMÉFACTION

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Les problèmes de HERNIE et d'ÉVENTRATION sont regroupés dans la même définition.

L'éventration correspond à une entité particulière (souvent post-chirurgicale).

Critères d'inclusion

Les caractères cliniques précis permettent de classer le cas, de le localiser, de signaler la complication d'un étranglement et d'en reconnaître la nature accidentelle (hernie indirecte).

Compléments sémiologiques

« post chirurgicale » s'applique aux éventrations, mais aussi aux hernies récidivantes après chirurgie antérieure.

Voir aussi

Cette définition est discriminante de celles d'ADÉNOPATHIE ou de LIPOME.

Position(s) diagnostique(s)

C : Tableau de maladie.

D : Après chirurgie.

CORRESPONDANCE CIM – 10

- K46.9 : Hernie abdominale non précisée, sans occlusion ni gangrène (code par défaut)
- K40.3 : Hernie inguinale, unilatérale ou sans précision, avec occlusion sans gangrène
- K40.9 : Hernie inguinale, unilatérale ou sans précision, sans occlusion ni gangrène
- K41.3 : Hernie crurale, unilatérale ou sans précision, avec occlusion sans gangrène
- K41.9 : Hernie crurale, unilatérale ou sans précision, sans occlusion ni gangrène
- K42.0 : Hernie ombilicale avec occlusion sans gangrène
- K42.9 : Hernie ombilicale, sans occlusion ni gangrène
- K43.0 : Autres hernies de la paroi abdominale antérieure, avec occlusion, sans gangrène
- K43.9 : Autres hernies de la paroi abdominale antérieure, sans occlusion ni gangrène
- K45.0 : Autres hernies abdominales de siège précisé, avec occlusion, sans gangrène
- K45.8 : Autres hernies abdominales précisées, sans occlusion ni gangrène

DÉFINITION

- ++++ ISSUE D'UNE PARTIE DE L'ESTOMAC
- ++++ PAR LE HIATUS CESOPHAGIEN
- ++++ CONFIRMÉE PAR :
 - +1 | fibroscopie
 - +1 | imagerie
 - +1 | chirurgie

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

D

VOIR AUSSI

ÉPIGASTRALGIE
 PRÉCORDIALGIE
 REFLUX – PYROSIS – CESOPHAGITE

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Le terme même HERNIE HIATALE correspond à une description anatomique.

Cette dénomination ne doit être utilisée que :

- lors de l'établissement du diagnostic « HERNIE-HIATALE D/N »,
- lors du suivi immédiat post-opératoire, en l'absence de tout signe clinique « HERNIE HIATALE D/P ».

Par conséquent, tous les signes cliniques et complications devront être codés séparément, même si le patient a des antécédents de hernie hiatale, y compris récents (ex : REFLUX – PYROSIS – CESOPHAGITE).

De même pour les complications constatées lors de l'examen ayant permis le diagnostic de la hernie (ex : CESOPHAGITE qui sera relevée en DÉNOMINATION HORS LISTE).

Critères d'inclusion

Le choix de cette dénomination résulte donc obligatoirement d'un examen complémentaire ou d'une intervention chirurgicale, car aucune des manifestations cliniques des hernies hiatales n'est pathognomonique.

Voir aussi

Les résultats de consultation concernant la pathologie digestive haute.
 La PRÉCORDIALGIE : symptomatique d'une hernie ou d'une autre pathologie thoracique.

Position(s) diagnostique(s)

D : Anomalie anatomique constatée.

CORRESPONDANCE CIM – 10

K44.9 : Hernie diaphragmatique, sans occlusion ni gangrène

DÉFINITION

- ++1 BOUQUET DE PETITES VÉSICULES
 - ++1 claires ou louches
 - ++1 ulcérées, suintante
 - ++1 desséchées
- ++1 PHASE PRODROMIQUE HABITUELLE
 - ++1 péribuccal
 - ++1 endobuccal
 - ++1 région oculaire
 - ++1 ano-génital (incluant la région fessière)
 - ++1 autre (à préciser en commentaire)
- ++1 SIGNES BIOLOGIQUES d'infection herpétique en cours (à préciser en commentaire)
 - + – surinfection de la lésion (en cas de dissémination relever en plus IMPÉTIGO)
 - + – douleur, sensation de « cuisson » (brûlures, démangeaisons désagréables)
 - + – fièvre
 - + – adénopathie satellite
 - + – événement déclenchant (fièvre, règles, coup de soleil, surmenage)
 - + – récidive
 - + – asymptomatique

RISQUE(s)

CÉCITÉ IMMUNO-DÉPRESSION
ENCÉPHALITE HERPÉTIQUE

POSITION(s) DIAGNOSTIQUE(s)

A, C, D

VOIR AUSSI

CONJONCTIVITE	PRURIT GÉNÉRALISÉ
DERMATOSE	PRURIT LOCALISÉ
DOULEUR NON CARACTÉRISTIQUE	STOMATITE – GLOSSITE
ECZÉMA	VARICELLE
ÉTAT FÉBRILE	VULVITE – VAGINITE
ÉTAT MORBIDE AFÉBRILE	ZONA
PANARIS	

Voir aussi

Aucun des RC évoqués n'est caractéristique de l'herpès, mais selon le stade évolutif de la maladie, ils méritent d'être évoqués avant de choisir HERPÈS. COL (ANOMALIE DU) est un cas particulier : s'il a été choisi devant une ulcération ou une autre lésion non caractéristique, il devra être révisé en HERPÈS si le frottis retrouve les stigmates d'une infection herpétique. IMPÉTIGO : à choisir en plus si surinfection disséminée et non pas seulement localisée aux lésions initiales elles-mêmes. DERMATOSE : si les lésions cutanées ne sont pas caractéristiques (bouquet de petites vésicules). Il devra être révisé en herpès si l'évolution devient caractéristique ou devant le résultat de signes biologiques d'infection en cours. PRURIT LOCALISÉ : si les symptômes décrits ne sont pas ceux de la « phase prodromique habituelle » chez le malade. Il devra être révisé si l'évolution est caractéristique. DOULEUR NON CARACTÉRISTIQUE : si les symptômes décrits ne sont pas ceux de la « phase prodromique habituelle » chez le malade. Il devra être révisé si l'évolution est caractéristique. PANARIS : si panaris non caractéristique du « panaris herpétique », inclus dans la présente définition par le critère « autre » (à préciser en commentaire). VULVITE – VAGINITE : si les lésions observées ne sont pas caractéristiques (bouquet de petites vésicules). Il devra être révisé en herpès si l'évolution devient caractéristique ou devant le résultat de signes biologiques d'infection en cours.

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Désigne ce qui est couramment appelé « bouton de fièvre » dans la région péri-buccale mais aussi les stomatites herpétiques. Cette dénomination permet également d'intégrer les symptômes prodromiques chez les malades « habitués » à leur poussée d'herpès. Elle inclut enfin les signes biologiques retrouvés par exemple sur un frottis cervical, en l'absence éventuelle de lésion cliniquement visible sur le col.

Critères d'inclusion

Trois critères d'inclusion permettent de choisir ce résultat de consultation :

- le bouquet de petites vésicules caractéristique, dont on précisera le stade (selon le stade de l'évolution, il peut n'exister que des croûtes, mais toujours précédées de microvésicules, parfois à la limite de la visibilité).
- les symptômes prodromiques habituels chez un malade qui fait régulièrement des poussées d'herpès (mais s'il s'agit d'une douleur ou d'un prurit inhabituels, on choisira le RC correspondant).
- ou des signes biologiques d'infection herpétique en cours : cytodiagnostics de TZANCK sur un frottis cervical – isolement du virus – PCR – sérologies significatives d'une infection en cours.

La localisation devra être obligatoirement précisée :

- péribuccal : désigne le « bouton de fièvre »
- endobuccal : d'une simple lésion de la muqueuse endobuccale à la véritable stomatite herpétique
- région oculaire : lésion cornéenne ou péri oculaire (paupières)
- ano-génital (incluant la région fessière) : par convention désigne aussi bien les organes génitaux eux-mêmes, y compris le col utérin que la région cutanée péri-génitale et la localisation fessière.
- autre (à préciser en commentaire) inclut en particulier le panaris herpétique.

Compléments sémiologiques

Parmi les compléments sémiologiques,

- surinfection de la lésion est à utiliser uniquement en cas de surinfection très localisée. L'impétiginisation étant définie comme l'« inoculation d'impétigo sur une plaie ou une autre lésion cutanée », il faut alors relever en plus le résultat de consultation IMPÉTIGO.
- douleur, sensation de « cuisson » (brûlures, démangeaisons désagréables) sont habituels mais peuvent manquer (stigmates d'herpès sur un frottis cervical par exemple). C'est pourquoi il ne s'agit que d'un complément sémiologique.
- un événement déclenchant est souvent évoqué par le malade : il peut être intéressant de le préciser en commentaire.

Risques

ENCÉPHALITE HERPÉTIQUE : bien que rare, elle doit être évoquée en particulier chez l'enfant ou chez l'immuno-déprimé.
CÉCITÉ : toujours y penser devant des lésions de la région oculaire avec le risque de cicatrices cornéennes irréversibles.
IMMUNO-DÉPRESSION : on connaît les risques gravissimes sur ce terrain.

Voir aussi

(voir ci-contre)

Position(s) diagnostique(s)

A : En cas de phase prodromique « habituelle » chez un malade
C : Si bouquet de petites vésicules cliniquement caractéristiques
D : Si les signes biologiques d'infection en cours sont retrouvés

CORRESPONDANCE CIM – 10

B00.9 : Infection due au virus de l'herpès, sans précision (code par défaut)
B00.1 : Dermite vésiculaire due au virus de l'herpès
B00.2 : Gingivo-stomatite et pharyngo-amygdalite due au virus de l'herpès
B00.5 : Affections oculaires dues au virus de l'herpès
A60.9 : Infection ano-génitale par le virus de l'herpès, sans précision

DÉFINITION

++++ ÉLÉVATION de la PRESSION ARTÉRIELLE

++1 | P.A.S. \geq 140 mmHg

++1 | P.A.D. \geq 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. \geq 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)

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

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 réfléchi en cas de « faible risque ».

Risques

Hypertension secondaire

Voir Aussi

INSUFFISANCE CARDIAQUE

MALAISE – ÉVANOUISSEMENT

Position(s) diagnostique(s)

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

CORRESPONDANCE CIM – 10

I10 : Hypertension essentielle primitive (code par défaut)

I15.8 : Autres hypertensions secondaires

DÉFINITION

- ++++ TENDANCE à la TRISTESSE
 - + + 1 | baisse d'intérêt ou de plaisir
 - + + 1 | manque de confiance en soi
- ++++ BAISSÉ des ACTIVITÉS
 - + + 1 | physiques (asthénie, sexe, appétit, etc.)
 - + + 1 | psychiques (parole, mémoire, concentration, etc.)
 - + + 1 | de relation ou repli sur soi
 - + + 1 | sociale et professionnelle
- ++++ ABSENCE d'AUTO-ÉVALUATION MAJEURE
ou d'AUTO-ACCUSATION
- ++++ ABSENCE d'IDÉES SUICIDAIRES (exprimées ou retrouvées au cours
de l'entretien)
- ++++ ABSENCE de TROUBLE de la PERSONNALITÉ

- + – évolution depuis plus de deux ans chez l'adulte
- + – évolution depuis plus de un an chez l'enfant

- + – anxiété d'intensité identique à la tendance à la tristesse

- + – facteur déclenchant identifié depuis plus de 6 mois
- + – insomnie
- + – hypersomnie
- + – difficulté à prendre des décisions
- + – prédominance matinale des symptômes
- + – irritabilité, agressivité

- + – récédive

- + – asymptomatique

RISQUE(s)

AFFECTION MÉDICALE GÉNÉRALE (HYPOTHYROÏDIE, ANÉMIE FERRIPRIVE)
BOUFFÉE DÉLIRANTE
DÉPRESSION (y compris avec caractéristique mélancolique)
EFFETS DIRECTS d'une SUBSTANCE (ALCOOL, DROGUE)
SCHIZOPHRÉNIE
SUICIDE

POSITION(s) DIAGNOSTIQUE(s)

B

VOIR AUSSI

ANÉMIE
ANXIÉTÉ – ANGOISSE
ASTHÉNIE – FATIGUE
DÉPRESSION
INSOMNIE
PSYCHIQUE (TROUBLE)
RÉACTION à une SITUATION ÉPROUVANTE
SEXUELLE (DYSFONCTION)
SYNDROME MANIACO-DÉPRESSIF
SYNDROME PRÉMENSTRUEL

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Ce résultat de consultation permet d'inclure les troubles de l'humeur insuffisamment importants pour être relevés par DÉPRESSION. Il s'agit souvent d'une symptomatologie ancienne (plusieurs années parfois) et fluctuante.

Critères d'inclusion

Construite un peu sur le modèle de la définition de DÉPRESSION, on trouve ici, en plus du critère obligatoire essentiel qu'est la TRISTESSE, l'absence obligatoire de signe de dépression marquée ou grave (ABSENCE D'AUTO-DÉVALUATION MAJEURE, ABSENCE d'IDÉES SUICIDAIRES et ABSENCE de TROUBLE de la PERSONNALITÉ).

Compléments sémiologiques

Les deux premiers compléments sémiologiques permettent de préciser la chronicité (deux ans chez l'adulte, un an chez l'enfant, dans le cadre de la « dysthymie »). Ces critères pourront être négligés si le praticien pense se trouver devant « anxiété et dépression mixte ».

Le critère « anxiété » est isolé des autres compléments sémiologiques. Il sera choisi si l'anxiété se situe sur un même plan d'intensité que la tendance à la tristesse. En revanche, s'il s'agit d'une anxiété caractérisée, voire d'un trouble panique, le résultat de consultation ANXIÉTÉ – ANGOISSE peut être relevé en plus.

Voir aussi

DÉPRESSION : la tristesse est plus marquée et entraîne auto dévaluation, perte d'intérêt et de plaisir ou des idées récurrentes de la mort. Les deux définitions sont discriminantes.

ANXIÉTÉ-ANGOISSE peut être relevée en parallèle d'HUMEUR DÉPRESSIVE en cas de nécessité (voir plus haut).

RÉACTION À SITUATION ÉPROUVANTE (en choisissant le critère : manifestations dépressives) sera préféré à HUMEUR DÉPRESSIVE, si un événement déclenchant a clairement été identifié. En revanche, au-delà de 6 mois d'évolution, la RÉACTION À SITUATION ÉPROUVANTE devra être révisée soit en HUMEUR DÉPRESSIVE, soit en DÉPRESSION.

Position(s) diagnostique(s)

B : Car il s'agit d'un syndrome.

CORRESPONDANCE CIM – 10

F32.0 : Épisode dépressif léger (code par défaut)

F34.1 : Dysthymie

F41.2 : Trouble anxieux et dépressif mixte

DÉFINITION

++++ TUMÉFACTION D'UNE BOURSE SÉREUSE SOUS-CUTANÉE

- ++1 | rétro olécranienne
- ++1 | pré rotulienne
- ++1 | autre (à préciser en commentaire)

- + – douleur
- + – rougeur, chaleur
- + – collection (vérifiée par la ponction)
 - ++1 | séreuse
 - ++1 | sanguine
 - ++1 | suppurée
- + – notion de traumatisme (unique ou à répétition)

+ – récidive

+ – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

C, D

VOIR AUSSI

ARTHROPATHIE – PÉRIARTHROPATHIE
ÉPICONDYLITE
KYTE SÉBACÉ
LIPOME
TÉNOSYNOVITE
TUMÉFACTION

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

C'est une collection séreuse sous-cutanée, bien caractéristique par son aspect et sa localisation.

Critères d'inclusion

Les localisations les plus fréquentes touchent le coude, le genou et la cheville. Une autre localisation sera notée en commentaire.

Compléments sémiologiques

Ils précisent les complications et la notion de traumatisme.

Position(s) diagnostique(s)

C : Tableau de maladie.

D : Après confirmation par ponction.

CORRESPONDANCE CIM – 10

M70.8 : Autres affections des tissus mous par sollicitation excessive (code par défaut)

M70.2 : Bursite olécranienne

M70.4 : Bursite prépatellaire

M71.0 : Abscesses des bourses séreuses

DÉFINITION

- ++1 | GLYCÉMIE à JEUN entre 1,10 et 1,25 g/l
- ++1 | GLYCÉMIE à JEUN > 1,25 g/l (1^{ière} CONSTATATION)
- ++1 | GLYCÉMIE POSTPRANDIALE entre 1,4 et 2 g/l

+ – découverte fortuite

+ – récursive

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

A

VOIR AUSSI

ANOMALIE BIOLOGIQUE SANGUINE
DIABÈTE DE TYPE 1
DIABÈTE DE TYPE 2

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Cette définition permet d'inclure la première constatation d'une glycémie supérieure aux normes actuelles, sans qu'il soit encore possible de parler de diabète.

Critères d'inclusion

Soit entre 1,10 et 1,25 g/l, soit supérieure à 1,25 g/l pour une première constatation, soit entre 1,4 et 2 g/l après charge en glucose (si possible prise orale de 75 g et dosage 2 heures plus tard ou simplement glycémie 2 heures après un repas normal).

Compléments sémiologiques

Ils précisent en particulier la « récursive » : dosages itératifs de glycémie dans les normes ci-dessus, ne permettant toujours pas de parler de diabète.

On n'oubliera pas les réactions iatrogènes (ex. traitement par corticoïdes).

Position(s) diagnostique(s)

A : En cas de symptôme.

CORRESPONDANCE CIM – 10

R73.9 : Hyperglycémie, sans précision (code par défaut)

R70.0 : Anomalie de l'épreuve de tolérance au glucose

DÉFINITION

++1 | HYPERSUDATION – HYPERHIDROSE GÉNÉRALISÉE

++1 | HYPERHIDROSE LOCALISÉE

+ – récidive

+ – asymptomatique

RISQUE(s)

HYPERTHYROÏDIE

INSUFFISANCE CORONARIENNE

INFARCTUS DU MYOCARDE

LYMPHOME

DIABÈTE, NEUROPATHIE DIABÉTIQUE

TOXICOMANIE

TUMEUR CARCINOÏDE

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

A

VOIR AUSSI

ALGODYSTROPHIE

ANXIÉTÉ – ANGOISSE

BOUFFÉES DE CHALEUR

ÉTAT FÉBRILE

ÉTAT MORBIDE AFÉBRILE

IATROGÈNE – EFFET INDÉSIRABLE D'UNE THÉRAPEUTIQUE

MÉNOPAUSE

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Cette dénomination correspond à une sudation importante, ou hyperhidrose, qui peut être localisée (éventuellement plusieurs zones dans le même temps : les paumes des mains et / ou les plantes des pieds, les creux axillaires) ou généralisée.

Comme les bouffées de chaleur de la ménopause (il y a un RC dédié à la « ménopause » qui permet de relever ce type de bouffées de chaleur et un autre RC intitulé « BOUFFÉES DE CHALEUR »), de la tumeur carcinoïde, de l'hyperémotivité, les flushs d'origine médicamenteuse etc.

Pour les hyperhidroses localisées, l'étiologie émotionnelle est la plus fréquente.

Critères d'inclusion

Ce RC ne prend en compte que le symptôme de l'hyperhidrose, sans préjuger de son étiologie. Il y a donc deux critères d'inclusion proposés qui correspondent à l'hyperhidrose localisée ou diffuse (sans précision).

Compléments sémiologiques

Les deux premiers compléments sémiologiques permettent de préciser la chronicité (deux ans chez l'adulte, un an chez l'enfant, dans le cadre de la « dysthymie »). Ces critères pourront être négligés si le praticien pense se trouver devant « *anxiété et dépression mixte* ».

Le critère « anxiété » est isolé des autres compléments sémiologiques. Il sera choisi si l'anxiété se situe sur un même plan d'intensité que la tendance à la tristesse. En revanche, s'il s'agit d'une anxiété caractérisée, voire d'un trouble panique, le résultat de consultation ANXIÉTÉ – ANGOISSE peut être relevé en plus.

Voir Aussi

ALGODYSTROPHIE : les troubles vasomoteurs avec hypersudation localisée se situent dans un contexte différent.

ANXIÉTÉ – ANGOISSE

BOUFFÉES DE CHALEUR : si les « sensations de chaleurs » avec parfois sueurs diffuses ne peuvent être rattachées ni à la ménopause, ni à une hyperhidrose.

ÉTAT FÉBRILE

ÉTAT MORBIDE AFÉBRILE

IATROGÈNE – EFFET INDÉSIRABLE D'UNE THÉRAPEUTIQUE : si les sueurs excessives peuvent être rattachées à la prise de certains médicaments connus pour avoir cet effet secondaire

MÉNOPAUSE : à choisir si les sueurs excessives paraissent, compte tenu du contexte, d'origine ménopausique.

Position(s) diagnostique(s)

A

CORRESPONDANCE CIM – 10

R61.1 : Hypersudation généralisée.

R61.0 : Hypersudation localisée aux pieds et aux mains

DÉFINITION

++1 | TSH ULTRASENSIBLE ABAISSÉE
 ++1 | T4L AUGMENTÉE

+ – tremblements
 + – tachycardie
 + – diarrhée
 + – thermophobie
 + – perte de poids
 + – hyperactivité
 + – exophtalmie
 + – goitre

+ – récédive

+ – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

A, C

VOIR AUSSI

AMAIGRISSEMENT
 ASTHÉNIE – FATIGUE
 DIARRHÉE (ISOLÉE, NON INFECTIEUSE)
 FLUTER – FIBRILLATION AURICULAIRE
 GOITRE
 NERVOSISME
 TREMBLEMENT
 TROUBLE DU RYTHME (AUTRE)

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Terme voisin : Thyréotoxicose

Inclut l'hyperthyroïdie d'origine périphérique et non celle d'origine hypophysaire.

Critères d'inclusion

L'inclusion du cas sous cette dénomination ne peut se faire qu'à partir de critères biologiques car ce sont les seuls qui permettent d'affirmer le diagnostic d'hyperthyroïdie. L'abaissement seul de la TSH ultra sensible permet de classer le cas, sans dosage de la T4L.

Dans les cas rares d'hypersécrétion de TSH du secteur thyrotrope hypophysaire à l'origine de l'hyperthyroïdie, la TSH est alors élevée : il faudra classer le cas en DHL.

C'est la TSH us qui doit être dosée en premier lieu : si elle est abaissée, cela confirme l'hyperthyroïdie.

Cette hyperthyroïdie peut être « frustrée », la T4L étant alors dans les limites de la normale, ou effective, la T4L étant alors augmentée, avec ou sans signe clinique en fonction du taux.

Compléments sémiologiques

Ils permettent de documenter le dossier, bien que la liste des symptômes et signes recensés ne soit pas exhaustive.

Position(s) diagnostique(s)

A

C : Si l'un des compléments sémiologiques (hormis « hyperactivité » qui ne suffit pas à faire une « thyrotoxicose ») est saisi.

CORRESPONDANCE CIM – 10

E05.9 : Thyrotoxicose, sans précision

DÉFINITION

- ++++ ÉLÉVATION du TAUX D'ACIDE URIQUE DANS LE SANG
(femme > 60 mg/l, homme > 70 mg/l)
- ++++ ABSENCE d'ANTÉCÉDENT(s) PERSONNEL(s) de GOUTTE
- + – antécédents familiaux :
 - ++1 | d'hyperuricémie
 - ++1 | de goutte
- + – récurrence
- + – asymptomatique

POSITION(s) DIAGNOSTIQUE(s)

A

VOIR AUSSI

ANOMALIE BIOLOGIQUE SANGUINE
GOUTTE
INSUFFISANCE RÉNALE

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Ce résultat de consultation permet de classer tous les cas d'hyperuricémie « asymptomatique » à la condition qu'ils soient pris en charge lors de la séance (simples conseils hygiéno-diététiques et/ou traitement hypo-uricémiant).

Par contre, les hyperuricémies « symptomatiques » (par exemple, hyperuricémies avec antécédents d'accès goutteux, de lithiase(s) urique(s) ou d'arthropathies, etc.) seront classées sous la dénomination GOUTTE.

Critères d'inclusion

Les chiffres proposés ne le sont qu'à titre indicatif. Par convention, l'acide urique sanguin ne doit pas dépasser 70 mg/l chez l'homme et 60 mg/l chez la femme.

Il est obligatoire qu'il n'y ait aucun antécédent quelconque de goutte (crise aiguë plus ou moins typique, goutte chronique, etc.), dans ce cas voir GOUTTE.

Compléments sémiologiques

Permettent de prendre en compte les antécédents familiaux.

La notion de récurrence n'est pas rare (alternance de dosages normaux et anormaux).

L'hyperuricémie peut être secondaire à certaines thérapeutiques (diurétiques, anti-mitotiques, etc.).

Voir aussi

Tout hyperuricémique ayant des antécédents personnels de goutte sera classé GOUTTE.

L'hyperuricémie retrouvée chez un insuffisant rénal sera relevée par INSUFFISANCE RÉNALE.

C'est volontairement que le résultat de consultation ANOMALIE BIOLOGIQUE SANGUINE ne comporte pas l'item « hyperuricémie » car, en raison de sa fréquence, cette anomalie mérite d'être classée sous une dénomination propre.

Position(s) diagnostique(s)

A : Dans tous les autres cas.

CORRESPONDANCE CIM – 10

E79.0 : Hyperuricémie sans signes d'arthrite inflammatoire et de maladie tophacée

DÉFINITION

++++ CHUTE CONSTATÉE de la PRESSION ARTÉRIELLE
 ++1 | systolique (> ou = à 20 mm de mercure)
 ++1 | diastolique (> ou = à 10 mm de mercure)
 ++++ LORS DU PASSAGE EN POSITION DEBOUT

- + – persistante au moins cinq minutes
- + – état vertigineux
- + – lassitude
- + – lipothymie
- + – chute
- + – troubles oculaires
- + – accélération du pouls

- + – récidive

- + – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

A

VOIR AUSSI

ACCÈS ET CRISE
 ASTHÉNIE – FATIGUE
 MALAISE – ÉVANOUISSEMENT
 VERTIGE – ÉTAT VERTIGINEUX

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Les patients parlent de « vertiges », de « malaises », « d'hypotension », « d'hypoglycémie », de « sensation de vide », etc. Certaines hypotensions orthostatiques peuvent même entraîner une chute du patient.

Critères d'inclusion

La chute tensionnelle doit être constatée pendant la séance lors du passage en position debout en prenant comme référence la pression artérielle stabilisée en position couchée.

Compléments sémiologiques

Ils permettent le recueil des manifestations cliniques associées à la variation tensionnelle.

Certaines hypotensions orthostatiques font partie des effets latéraux de certaines drogues (antihypertenseurs, antidépresseurs, etc.). Dans ces circonstances, elles doivent donc être recherchées systématiquement même en l'absence de plainte du patient.

Voir aussi

MALAISE-LIPOTHYMIE comporte un critère « baisse de tension ». En conséquence, ce résultat de consultation doit être choisi si la baisse tensionnelle ne correspond pas aux critères retenus pour HYPOTENSION ORTHOSTATIQUE.

Position(s) diagnostique(s)

A : Chute tensionnelle seule sans manifestation clinique associée décelable.

CORRESPONDANCE CIM – 10

I95.1 : Hypotension orthostatique

DÉFINITION

- ++++ TSH ultrasensible AUGMENTÉE
- + – FT4 diminuée
- + – post chirurgicale
- + – médicamenteuse (à préciser)
- + – congénitale
- + – prise de poids
- + – ralentissement physique et/ou psychique et/ou sexuel
- + – modification de la voix
- + – troubles des phanères
- + – sécheresse cutanée
- + – hypotension, bradycardie
- + – constipation
- + – aménorrhée, spanioménorrhée
- + – goitre
- + – test dynamique positif
- + – présence d'anticorps antithyroïdiens
- + – récurrence
- + – asymptomatique

RISQUE(s)

ANGOR (au début du traitement)
COMA
INSUFFISANCE CARDIAQUE

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

D

VOIR AUSSI

ASTHÉNIE – FATIGUE
GOITRE

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Termes voisins : myxœdème.

Inclut l'hypothyroïdie périphérique et non celle d'origine hypophysaire.

Critères d'inclusion

L'inclusion du cas sous cette dénomination ne peut se faire qu'à partir de critères biologiques car ce sont les seuls qui permettent d'affirmer le diagnostic d'hypothyroïdie. L'élévation seule de la TSH ultra sensible permet de classer le cas, sans dosage de la FT4.

Dans les cas rares d'insuffisance hypophysaire à l'origine de l'hypothyroïdie, la TSH est alors effondrée : il faudra classer le cas en DHL.

Compléments sémiologiques

Ils permettent de documenter le dossier, encore que la liste des symptômes et signes recensés ne soit pas exhaustive.

Deux d'entre eux permettent un encodage CIM-10 plus précis :

- l'origine post chirurgicale, incluant l'hypothyroïdie par irradiation
- et l'origine médicamenteuse.

Voir aussi

GOITRE : choisir ce RC s'il existe un goitre sans dysthyroïdie.

ASTHÉNIE – FATIGUE : ne s'accompagne pas d'une élévation de la TSH ultrasensible.

Position(s) diagnostique(s)

D

CORRESPONDANCE CIM – 10

E03.9 : Hypothyroïdie, sans précision (code par défaut)

E03.0 : Hypothyroïdie congénitale, avec goitre diffus

E03.1 : Hypothyroïdie congénitale, sans goitre

E03.2 : Hypothyroïdie due à des médicaments et à d'autres produits exogènes

E89.0 : Hypothyroïdie après un acte à visée diagnostique et thérapeutique

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
- + - asymptomatique

RISQUE(s)

CHOC ANAPHYLACTIQUE
AUTRES CHOCS (SEPTIQUE, HYPOVOLÉMIQUE)

POSITION(s) DIAGNOSTIQUE(s)

Z

VOIR AUSSI

POST-PARTUM (COMPLICATION)
SUITE OPÉRATOIRE

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

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

Critères d'inclusion

Dans un premier temps le trouble déclenché doit être précisé en commentaire du RC (les symptômes, la pathologie). Ceci est important pour l'analyse ultérieure.

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 médecin évaluera le niveau de certitude du lien qu'il fait avec la pathologie, entre possible, probable ou confirmé s'il a un élément lui permettant de certifier ce lien.

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

Enfin on précise le type de iatrogénie.

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 (COMPLICATION).

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

T78.9 : Effet indésirable, non classé ailleurs

T88.9 : Complication de soins chirurgicaux et médicaux, sans précision

T50.9 : Médicaments et substances biologiques autres et sans précision

T88.7 : Effet indésirable d'un médicament, sans précision

DÉFINITION

- ++++ LÉSION(S) CUTANÉE(S) SUPERFICIELLE(S)
 ++++ NON FOLLICULAIRES
- ++1 | bulleuse(s) éphémère(s)
 - ++1 | vésiculo-pustuleuse(s) (rapidement recouverte(s) de croûte(s) mélicérique(s))
 - ++1 | croûte(s) mélicérique(s)
 - ++1 | suintante(s)
 - ++1 | ulcérée(s)
- ++1 | PÉRI-ORIFICIELLE(S) (NARINAIRE, BUCCALE, ORBITAIRE)
 ++1 | MAINS
 ++1 | CUIR CHEVELU
 ++1 | AUTRES (à préciser en commentaire)
- + – unique
 + – dermatose sous-jacente
 + – adénopathie satellite
 + – cas identiques dans l'entourage
 + – identification de germes (germe à préciser => position D)
- + – récidive
- + – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

C, D

VOIR AUSSI

DERMATOSE
 FOLLICULITE SUPERFICIELLE
 FURONCLE – ANTHRAX
 GALE
 HERPÈS
 PIQÛRE D'INSECTE
 VARICELLE

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Dermatose microbienne contagieuse (Streptocoque et/ou Staphylocoque)
 Autre dénomination : l'ecthyma est la forme ulcérée de l'impétigo.

Critères d'inclusion

Il s'agit d'une lésion superficielle et non folliculaire, ce qui la différencie de la folliculite.

Les différentes phases évolutives sont décrites. La présence d'ulcérations répond à l'ecthyma.

Les localisations habituelles seront précisées

Compléments sémiologiques

Dermatose sous-jacente : un impétigo peut survenir sur une dermatose prurigineuse préexistante (gale, eczéma). Cet item permet d'éviter de relever le RC correspondant à cette dermatose si on ne la prend pas spécifiquement en charge au cours de la séance.

Position(s) diagnostique(s)

C

D : Si isolement microbien

CORRESPONDANCE CIM – 10

L01.0 : Impétigo (tout micro-organisme, toute localisation). Impétigo de Bockhart

L01.1 : Impétiginisation d'autres dermatoses

DÉFINITION

++++ PERTE INCONTRÔLÉE d'URINE
 ++++ par le TRAJET NORMAL de l'URÈTRE

- + – massive
- + – partielle
- + – permanente
- + – occasionnelle
 - ++1 | à la toux
 - ++1 | à l'effort
 - ++1 | autre(s) (à préciser en commentaire)
- + – récidive
- + – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

A

VOIR AUSSI

CYSTITE – CYSTALGIE
 DYSURIE
 ÉNURÉSIE PSYCHOGÈNE
 ÉPILEPSIE
 POLLAKIURIE
 PROLAPSUS GÉNITAL

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Pertes d'urines, se mouiller, etc.

Critères d'inclusion

Il s'agit d'une perte incontrôlée d'urines et non d'une miction incontrôlée. Contrairement à l'énurésie, l'incontinence urinaire est « consciente ». On doit absolument vérifier que cette perte d'urine se fait par le trajet normal de l'urètre pour éliminer fistules ou malformations (hypospadias).

Compléments sémiologiques

Le critère « massive » se rapporte à la quantité d'urines émises, le critère « partielle » à la fréquence d'émissions incontrôlées, le critère « permanente » concerne plutôt les états neurologiques, et le critère « occasionnelle » concerne plutôt les incontinenances d'effort.

Voir aussi

CYSTITE-CYSTALGIE avec des incontinenances intermittentes, ÉNURÉSIE PSYCHOGÈNE mais la miction est inconsciente, NB : si des explorations urodynamiques sont pratiquées, leur conclusion peut éventuellement conduire à une révision de ce résultat de consultation en DÉNOMINATION HORS LISTE.

Position(s) diagnostique(s)

A : Dans tous les autres cas.

CORRESPONDANCE CIM – 10

R32 : Incontinence urinaire, sans précision (code par défaut)
 N39.3 : Incontinence urinaire d'effort

DÉFINITION

++++ TABLEAU CLINIQUE

+ + 1 | typique

+ + 1 | atypique

+ + 1 | prise en charge initiale.

+ + 1 | autre prise en charge

+ – confirmé par E.C.G.

+ – confirmé par autres examens complémentaires

+ – récidive

+ – asymptomatique

RISQUE(s)

INSUFFISANCE CARDIAQUE

TROUBLE DU RYTHME

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

C, D

VOIR AUSSI

ANGOR – INSUFFISANCE CORONARIENNE

ANOMALIE BIOLOGIQUE SANGUINE

DOULEUR NON CARACTÉRISTIQUE

DYSPNÉE

INSUFFISANCE CARDIAQUE

REFLUX – PYROSIS – CÉSOPHAGITE

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Désigne la nécrose ischémique du myocarde dont l'étendue dépasse 2 cm³. L'infarctus du myocarde correspond, en général, à une thrombose occlusive brutale d'une artère coronaire.

Par convention, au-delà de 4 semaines après le début de l'infarctus, le cas sera classé à ANGOR-INSUFFISANCE CORONARIENNE

Critères d'inclusion

L'expression clinique de la douleur est importante: on entend par « typique »: douleur rétro sternale constrictive, avec irradiations classiques (cou, mâchoires, bras, gauche en particulier, poignets) et disparition incomplète ou seulement très passagère à la prise d'un dérivé nitré par voie sublinguale (syndrome de menace d'infarctus). Il s'agit alors d'un tableau d'infarctus.

Il convient d'indiquer également s'il s'agit de la prise en charge initiale ou d'une prise en charge plus tardive mais toujours inférieure à 4 semaines (par exemple au sortir d'un séjour hospitalier)

Compléments sémiologiques

Il s'agit de tous les examens complémentaires permettant de confirmer le diagnostic d'infarctus du myocarde avec, en premier lieu, l'ECG et le dosage des enzymes cardiaques.

Voir aussi

ANGOR – INSUFFISANCE CORONARIENNE

ANOMALIE BIOLOGIQUE SANGUINE: élévation de certaines enzymes cardiaques

DOULEUR NON CARACTÉRISTIQUE

DYSPNÉE

INSUFFISANCE CARDIAQUE

REFLUX – PYROSIS – CÉSOPHAGITE

Position(s) diagnostique(s)

C: Tableau de maladie (signes cliniques associés à un ECG pathologique par exemple)

D: Diagnostic confirmé par la coronarographie ou le scanner coronaire.

CORRESPONDANCE CIM – 10

I21.90 : Infarctus aigu du myocarde, sans précision, prise en charge initiale.

I21.98 : Infarctus aigu du myocarde, sans précision, autre prise en charge (infarctus du myocarde précisé comme aigu ou d'une durée de 4 semaines (28 jours) ou moins depuis le début)

I22.9 : Infarctus du myocarde à répétition, de localisation non précisée

DÉFINITION

++++ PLAINTÉ DE MAUVAIS SOMMEIL
 ++++ NON CLASSABLE AILLEURS

++1 | ENDORMISSEMENT DIFFICILE
 ++1 | RÉVEILS FRÉQUENTS
 ++1 | RÉVEILS PRÉCOCES
 ++1 | CAUCHEMARS
 ++1 | AUTRE(S) (SENSATION DE SOMMEIL DE MAUVAISE QUALITÉ, ETC... À PRÉCISER EN COMMENTAIRE)

+ – au moins 3 fois par semaine depuis 1 mois
 + – occasionnelle
 + – usage d'excitants (café...)
 + – retentissement sur l'activité

+ – récidive

+ – asymptomatique

RISQUE(s)

DÉPRESSION
 APNÉE DU SOMMEIL

POSITION(s) DIAGNOSTIQUE(s)

A

VOIR AUSSI

ANXIÉTÉ – ANGOISSE
 DÉPRESSION
 HUMEUR DÉPRESSIVE
 PSYCHIQUE (TROUBLE)
 RÉACTION À SITUATION ÉPROUVANTE
 RONCHOPATHIE-APNÉE DU SOMMEIL
 SYNDROME MANIACO-DÉPRESSIF

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Il s'agit de la prise en compte d'une plainte concernant la qualité et la quantité de sommeil, ne pouvant être incluse dans un autre résultat de consultation.

Critères d'inclusion

La plainte de mauvais sommeil ne doit pas pouvoir être incluse dans un autre RC
 Il faut choisir au moins l'un des types de plainte.

Compléments sémiologiques

Ils décrivent les diverses variétés d'insomnie qui peuvent d'ailleurs être associées.

La durée d'évolution peut être indiquée, de même que l'aspect occasionnel (voyage en avion par exemple) de l'insomnie, ainsi que son retentissement éventuel (le malade indique qu'il ne peut pas travailler correctement quand il n'a pas « bien dormi » ou que cette insomnie constitue pour lui une souffrance insupportable).

La mise en évidence d'une cause précise permet une action préventive et un traitement mieux adapté.

Risque(s)

En effet, on peut penser que le risque est de décider que l'insomnie n'est qu'un symptôme isolé, sans réaliser qu'il s'agit en fait d'un trouble dépressif, d'une manifestation d'anxiété ou d'une réaction à un autre problème professionnel ou familial ou à une affection somatique identifiée

Voir Aussi

La liste indique les résultats de consultation où figure le critère d'inclusion « insomnie ». Il faudra y classer le cas si les éléments cliniques associés y autorisent.

RONCHOPATHIE – APNÉE DU SOMMEIL : s'il existe des ronflements, il n'y a pas d'insomnie.

Position(s) diagnostique(s)

A : Il s'agit ici exclusivement d'un symptôme.

CORRESPONDANCE CIM – 10

G47.0 : Troubles de l'endormissement et du maintien du sommeil (insomnies)

DÉFINITION

- ++1 | SIGNES CLINIQUES (d'insuffisance cardiaque)
 - ++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 | œdème des membres inférieurs
 - ++2 | râles crépitants ou sous crépitants
 - ++1 | des bases
 - ++1 | diffus (CÉdème Aigu du Poumon)
- ++1 | Signes échocardiographiques
 - ++1 | Signes d'HVG
 - ++1 | Baisse de la fraction d'éjection du VG (< 40%)
- + – Tachycardie
- + – Toux
- + – galop
- + – hépatalgie
- + – reflux hépato-jugulaire ou turgescence jugulaire spontanée
- + – Cardiomégalie
- + – Prise de poids récente
- + – Augmentation significative du BNP (Brain natriuretic peptide)
 - + – Entre 100 et 400
 - + – > 400
- + – récidive
- + – asymptomatique

RISQUE(s)

EMBOLIE PULMONAIRE
INFARCTUS DU MYOCARDE

POSITION(s) DIAGNOSTIQUE(s)

C

VOIR AUSSI

ASTHÉNIE – FATIGUE
DYSPNÉE
ÉTAT FÉBRILE
INSUFFISANCE RESPIRATOIRE
CÉDÈME DES MEMBRES INFÉRIEURS
TOUX

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Ce résultat de consultation regroupe toutes les insuffisances cardiaques (gauche, droite ou globale). Il est illusoire, voire totalement artificiel, et de toute façon 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

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, CÉDÈME DES 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)

C

CORRESPONDANCE CIM – 10

I50.9 : Insuffisance cardiaque, sans précision (code par défaut)
I50.0 : Insuffisance cardiaque congestive
I50.1 : Insuffisance ventriculaire gauche

DÉFINITION

++++ CLAIRANCE CRÉATININE ABAISSÉE

- + +1 | estimée
- + +1 | mesurée

+ +1 | ENTRE 60 ET 30 ml/min : DÉFICIT RÉNAL MODÉRÉ
 + +1 | ENTRE 30 ET 15 ml/min : DÉFICIT RÉNAL SÉVÈRE
 + +1 | INFÉRIEURE À 15 ml/min : DÉFICIT RÉNAL TERMINAL

+ – hémodialyse
 + +1 | en centre
 + +1 | à domicile

+ – signes biologiques associés
 + – signes cliniques associés
 + – d'apparition progressive
 + – régressive (insuffisance rénale fonctionnelle)

+ – récédive

+ – asymptomatique

RISQUE(s)

RÉACTION IATROGÈNE

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

B, C

VOIR AUSSI

DIABÈTE DE TYPE 1
 DIABÈTE DE TYPE 2
 HTA
 IATROGÈNE – EFFET INDÉSIRABLE D'UNE THÉRAPEUTIQUE

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Ce RC inclut principalement l'insuffisance rénale chronique, mais aussi l'insuffisance rénale aiguë, régressive.

L'évaluation de la créatininémie selon l'âge, le sexe et le poids du malade, donne une dimension assez exacte de la fonction rénale, sans recueil d'urines. Cependant, au-delà de 75 ans, ces estimations ne sont pas validées et il est important de s'appuyer sur les autres marqueurs de la maladie rénale. L'application d'indice intégrant ces facteurs est universellement recommandée.

Critères d'inclusion

C'est la mesure ou le calcul de la clairance de la créatinine.

Compléments sémiologiques

Le chiffre de la clairance de la créatinine permet une classification de l'insuffisance rénale. Les fourchettes sont celles du dernier référentiel de la HAS 2005.

Les signes biologiques associés comportent en particulier : protéinurie, anomalies du sédiment urinaire : albuminurie, hématurie, leucocyturie.

Position(s) diagnostique(s)

B : Il s'agit d'une insuffisance rénale « syndrome », dont l'importance est « chiffrée » par la fourchette de valeurs de la clairance de la créatinine.

C : L'insuffisance rénale fonctionnelle, l'insuffisance rénale chronique avec leurs complications.

CORRESPONDANCE CIM – 10

N17.9 : Insuffisance rénale aiguë
 N18.9 : Insuffisance rénale chronique
 N18.0 : Insuffisance rénale terminale
 Z99.2 : Hémodialyse

DÉFINITION

++++ DYSPNÉE DONT LES CIRCONSTANCES D'APPARITION PERMETTENT UNE ESTIMATION CLINIQUE DU DEGRÉ D'INSUFFISANCE RESPIRATOIRE

- ++1 | pour un effort physique important
- ++1 | à la montée d'escalier
- ++1 | avec arrêt en marchant à plat
- ++1 | pour un effort physique minime (s'habiller, se coiffer...)
- ++1 | permanente y compris lors du décubitus

++1 | CYANOSE

++1 | HYPOXIE MESURÉE PAR DOSAGE DES GAZ DU SANG (À LA GAZOMÉTRIE ARTÉRIELLE)

++1 | ÉPREUVES FONCTIONNELLES RESPIRATOIRES

- ++1 | syndrome obstructif
- ++1 | syndrome restrictif

+ – tirage

+ – hypercapnie

+ – récédive

+ – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

C

VOIR AUSSI

ASTHME

BRONCHITE CHRONIQUE

DYSPNÉE

INSUFFISANCE CARDIAQUE

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Tout en sachant que la définition officielle est basée sur la gazométrie artérielle (diagnostic certifié), cette dénomination fait référence à des critères cliniques (tableau de maladie).

Critères d'inclusion

La description des caractères de la dyspnée permet une évaluation clinique du degré d'insuffisance respiratoire.

La mesure des gaz du sang la confirme.

Compléments sémiologiques

Les E.F.R. permettent d'expliquer le mécanisme et d'orienter vers l'étiologie.

Voir aussi

BRONCHITE CHRONIQUE est un résultat de consultation compatible avec INSUFFISANCE RESPIRATOIRE (dans le sens où elles peuvent coexister).

Position(s) diagnostique(s)

C : Devant les critères cliniques et gazométriques.

CORRESPONDANCE CIM – 10

J96.9 : Insuffisance respiratoire, sans précision

DÉFINITION

++++ DERMITE SUPERFICIELLE DES PLIS

- ++1 | ÉRYTHÈME ROUGE VIF
- ++1 | FISSURE(S) AU FOND DES PLIS
- ++1 | PAPULO-PUSTULES EN PÉRIPHÉRIE
- ++1 | COLERETTE PÉRIPHÉRIQUE
- ++1 | MAL LIMITÉE À BORDS ÉMIETTÉS
- ++1 | BIEN LIMITÉE SANS COLLERETTE PÉRIPHÉRIQUE

- ++1 | SOUS-MAMMAIRE
- ++1 | INGUINALE
- ++1 | SIÈGE
- ++1 | RÉTRO-AURICULAIRE
- ++1 | AUTRE LOCALISATION (À PRÉCISER EN COMMENTAIRE)

- + – prurit
- + – macération
- + – surinfection
- + – facteurs favorisants : obésité, diabète, défaut d'hygiène, etc. (à préciser en commentaire)
- + – prélèvement

+ – récidive

+ – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

C

VOIR AUSSI

DERMITE SÉBORRHÉIQUE
 ECZÉMA
 ÉRYTHÈME FESSIER DU NOURRISSON
 PIED D'ATHLÈTE
 PRURIT LOCALISÉ
 PSORIASIS

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Cette dénomination permet d'inclure tous les cas de lésions inflammatoires (dermites) des plis sans préjuger de leur étiologie.

Critères d'inclusion

Le premier groupe de critères ++1 permet de décrire les lésions rencontrées.

Le second groupe de critères ++1 permet de relever la localisation topographique des lésions.

À noter que les critères retenus permettent parfois d'avoir une orientation étiologique.

Compléments sémiologiques

Ils permettent d'indiquer les signes associés (en évitant de retenir les résultats de consultation correspondants).

Un prélèvement est toujours possible.

Position(s) diagnostique(s)

C : Devant le tableau clinique correspondant.

CORRESPONDANCE CIM – 10

L30.4 : Intertrigo érythémateux

DÉFINITION

++++ PLAINTÉ LOCALISÉE AUX JAMBES
 ++++ ABSENCE DE VARICES ASSOCIÉES

++ 1 | DOULEUR
 ++ 1 | LOURDEUR
 ++ 1 | PARESTHÉSIE

++ 1 | JAMBE DROITE
 ++ 1 | JAMBE GAUCHE

+ – majorée par la station debout
 + – diminuée par le repos étendu
 + – nocturne
 + – soulagée par le froid
 + – prurit
 + – œdème discret
 + – douleur à la pression
 + – facteur déclenchant habituel (à préciser en commentaire)

+ – récédive

+ – asymptomatique

RISQUE(s)

ARTÉRITE DES MEMBRES INFÉRIEURS
 THROMBOPHLÉBITE

POSITION(s) DIAGNOSTIQUE(s)

A

VOIR AUSSI

ARTÉRITE DES MEMBRES INFÉRIEURS
 CRAMPE MUSCULAIRE
 DOULEUR NON CARACTÉRISTIQUE
 MYALGIE
 NÉVRALGIE – NÉVRITE
 CÉDÈME DES MEMBRES INFÉRIEURS
 PARESTHÉSIE DES MEMBRES
 SCIATIQUE
 THROMBOPHLÉBITE
 VARICES DES MEMBRES INFÉRIEURS

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Problème de médecine générale, le choix de cette dénomination permet de relever les cas où il existe des signes fonctionnels des membres inférieurs éventuellement attribuables à un début d'insuffisance veineuse, mais de toute façon, en l'absence de varices constituées.

Critères d'inclusion

Il est souligné que ce RC ne peut être relevé qu'en l'absence de varices des membres inférieurs. Dans le cas contraire, on préférera le RC VARICES DES MEMBRES INFÉRIEURS.

Compléments sémiologiques

Cette plainte peut ne toucher qu'un des deux membres, il faut alors le préciser.

L'item « œdème discret », est facultatif car ce qui doit dominer pour retenir cette dénomination c'est la plainte (véritable signe cardinal) alors que l'œdème est plus secondaire et caractérisé à dessein, de « discret ». Si cet œdème est plus important et devient le véritable signe cardinal, il faut alors inclure le cas sous CÉDÈME DES MEMBRES INFÉRIEURS.

Voir Aussi

Tout résultat de consultation pouvant comporter en critères d'inclusion, une plainte de type douleur ou lourdeur localisée aux jambes.

Position(s) diagnostique(s)

A : Il s'agit d'un signe cardinal, les signes associés ne font que préciser ou qualifier la plainte.

CORRESPONDANCE CIM – 10

M79.66 : Jambes lourdes

DÉFINITION

- ++++ TUMEUR SOUS-CUTANÉE
- ++++ DE CROISSANCE LENTE
- ++++ ARRONDIE BLANC JAUNÂTRE
- ++++ MOBILE SUR LE PLAN PROFOND
- ++++ ABSENCE DE SIGNES D'INFECTION

- + – sommet ombiliqué marqué par un point noir
- + – loupe du cuir chevelu

- + – consistance molle
- + – multiples

- + – récidive

- + – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

C

VOIR AUSSI

ABCÈS SUPERFICIEL
 ACNÉ
 ADÉNOPATHIE
 FURONCLE – ANTHRAX
 HYGROMA
 LIPOME
 TUMÉFACTION

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Gros kyste épidermique, loupe, tanne.

Critères d'inclusion

Le contenu du kyste n'est pas décrit car il n'apporte pas de renseignements sémiologiques. La différence avec le LIPOME se fait le plus souvent par la constatation d'un sommet ombiliqué marqué d'un point noir.

Compléments sémiologiques

En cas de signe patent d'infection on choisira « + – surinfection » : ceci évite de choisir le RC « ABCÈS » pour un kyste sébacé surinfecté.

Voir aussi

ABCÈS SUPERFICIEL : à choisir en cas d'infection patente du kyste sébacé
 ACNÉE
 ADÉNOPATHIE
 FURONCLE – ANTHRAX
 HYGROMA
 LIPOME
 TUMÉFACTION

Position(s) diagnostique(s)

C : Lorsque les critères d'inclusion sont retrouvés.

CORRESPONDANCE CIM – 10

L72.1 : Kyste sébacé

DÉFINITION

- ++++ TUMÉFACTION ARRONDIE ET FERME
- ++++ EN REGARD D'UNE ARTICULATION OU D'UNE GAINE TENDINEUSE
- ++++ SEMBLANT FIXÉE AU PLAN PROFOND
- ++++ ABSENCE DE SIGNE D'INFLAMMATION CUTANÉE EN REGARD

- ++1 | POIGNET
- ++1 | DOIGT
- ++1 | PIED
- ++1 | GENOU
- ++1 | AUTRE (à préciser en commentaire)

- + – douleur
- + – impotence fonctionnelle toujours modérée
- + – disparition ou réapparition spontanée
- + – ponction montrant un contenu gélatineux et transparent
- + – récursive
- + – asymptomatique

POSITION(s) DIAGNOSTIQUE(s)

C, D

VOIR AUSSI

ABCÈS SUPERFICIEL
 ARTHROPATHIE – PÉRIARTHROPATHIE
 HYGROMA
 TÉNOSYNOVITE
 TUMÉFACTION

ARGUMENTAIRE**Critères d'inclusion**

Quatre critères sont indispensables pour retenir la dénomination. Les critères à choix multiples permettent de préciser la localisation.

Compléments sémiologiques

Ils permettent d'enrichir la sémiologie.

Position(s) diagnostique(s)

C : Lorsque les critères d'inclusion sont retrouvés.

D : Après ponction ou cure chirurgicale.

CORRESPONDANCE CIM – 10

M71.3 : Autres kystes des bourses séreuses (code par défaut)

M71.2 : Autres kystes des bourses séreuses du genou

M71.33 : Autres kystes des bourses séreuses du poignet

M71.34 : Autres kystes des bourses séreuses des doigts

M71.37 : Autres kystes des bourses séreuses du pied

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

+ – récidive

+ – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

B, C

VOIR AUSSI

ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL

DIFFICULTÉ SCOLAIRE

ENROUEMENT

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.

Position(s) diagnostique(s)

B

C

CORRESPONDANCE CIM – 10

R47.8 : Trouble du langage (code par défaut)

F98.5 : Bégaiement

R47.1 : Dysarthrie

R48.0 : Dyslexie

R48.8 : Trouble de la fonction symbolique, autres non précisés
comprenant Acalculie et Agraphie

Z55.0 : Analphabétisme

DÉFINITION

- ++++ PLAINTÉ D'UN ÉCOULEMENT VULVAIRE
- ++++ NON SANGLANT
 - + + 1 | blanchâtre, translucide
 - + + 1 | jaune à jaune-verdâtre
- ++++ ABSENCE D'AUTRE SIGNE CLINIQUE (fièvre, douleur, etc.)

- + – touchers pelviens normaux
- + – examen au spéculum normal
- + – période ovulatoire
- + – période prémenstruelle
- + – contraception orale
- + – stérilet
- + – grossesse
- + – identification de germes

- + – récidive

- + – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

A

VOIR AUSSI

COL UTÉRIN (ANOMALIE DU)
 DOULEUR PELVIENNE
 PROLAPSUS GÉNITAL
 VULVITE – VAGINITE

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Cette dénomination inclut toutes les « pertes blanches » ne s'accompagnant pas de modification des muqueuses génitales.

Critères d'inclusion

Toutes les leucorrhées isolées peuvent être relevées par ce résultat de consultation quel que soit leur aspect. En revanche les pertes aqueuses ne sont pas des leucorrhées mais une hydorrhée (à relever en DÉNOMINATION HORS LISTE).

Cette dénomination ne pourra être retenue qu'en l'absence de tout autre signe fonctionnel ou physique, d'où la présence du critère obligatoire « négatif » ABSENCE de...

Compléments sémiologiques

Ils permettent si besoin, de préciser la période du cycle ovulatoire, le mode de contraception ou un état de grossesse.

L'examen au spéculum est naturellement recommandé, de même que le toucher vaginal. Néanmoins, ils figurent en complément sémiologique pour le cas où la situation ne permettrait pas ces examens.

La découverte d'un ou plusieurs germes n'impose pas obligatoirement une révision de ce résultat de consultation à la condition expresse qu'il n'existe pas de signe associé.

Voir aussi

DOULEUR PELVIENNE peut être, si besoin, retenu conjointement.

Position(s) diagnostique(s)

A : En l'absence d'autre signe clinique, et même en présence d'un germe identifié, il ne peut s'agir que d'un symptôme. La position D n'a pas été retenue car la découverte d'un germe ne peut être imputée avec certitude à la leucorrhée.

CORRESPONDANCE CIM – 10

N89.8 : Autres affections non inflammatoires précisées du vagin

DÉFINITION

++++ TUMEUR(S) SOUS-CUTANÉE(S)
 ++++ ARRONDIE(S), LISSE(S) ET RÉGULIÈRE(S)
 ++++ MOLLES, MOBILES
 ++++ RECOUVERTE(S) DE TÉGUMENT NORMAL

++1 | TÊTE, FACE, COU
 ++1 | TRONC
 ++1 | MEMBRES
 ++1 | AUTRE LOCALISATION

+ – polylobée(s)
 + – multiples
 + – douleur

+ – récidive

+ – asymptomatique

RISQUE(s)

CANCER – MÉTASTASE SOUS-CUTANÉE

POSITION(s) DIAGNOSTIQUE(s)

C, D

VOIR AUSSI

ABCÈS SUPERFICIEL
 CANCER
 HYGROMA
 KYSTE SÉBACÉ
 TUMÉFACTION

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Désigne des tumeurs molles sous-cutanées de taille et de nombre variables, que l'on peut trouver en n'importe quel endroit du corps. Elles sont faites de cellules graisseuses et peuvent être polylobées.

Critères d'inclusion

La totalité des critères d'inclusions obligatoires doit être choisie: ils doivent permettre de ne pas inclure d'autres néoformations de la peau et du tissu sous cutané.

L'un au moins des critères à choix multiples concerne la ou les localisations. En cas de localisation inhabituelle en relevant ++1 | AUTRES SIÈGES on précisera la localisation en commentaire.

Voir aussi

ABCÈS SUPERFICIEL: le lipome n'est pas habituellement douloureux.

CANCER: c'est sans doute par excès qu'il figure ici, mais certaines métastases sous cutanées pourraient égarer.

HYGROMA: localisé en regard d'une bourse séreuse

KYSTE SÉBACÉ: parfois difficile à différencier

TUMÉFACTION: dans le cas du lipome, sa nature exacte peut être déterminée..

Risques

CANCER – MÉTASTASE SOUS-CUTANÉE.

Position(s) diagnostique(s)

C: Quand les critères obligatoires sont réunis

D: Quand le lipome bénin est confirmé par biopsie ou exérèse

CORRESPONDANCE CIM – 10

D17.0: Tumeur lipomateuse bénigne de la peau et du tissu sous-cutané de la tête, de la face et du cou

D17.1: Tumeur lipomateuse bénigne de la peau et du tissu sous-cutané du tronc

D17.2: Tumeur lipomateuse bénigne de la peau et du tissu sous-cutané des membres

D17.3: Tumeur lipomateuse bénigne de la peau et du tissu sous-cutané de sièges autres et non précisés

DÉFINITION

++++ CALCUL DES VOIES BILIAIRES

++1 | SITUÉ DANS LA VÉSICULE

++1 | SITUÉ DANS LES VOIES BILIAIRES

++1 | DÉCOUVERT PAR IMAGERIE

++1 | CONSTATÉ PAR CHIRURGIE

+ – récidive

+ – asymptomatique

POSITION(s) DIAGNOSTIQUE(s)

C, D

VOIR AUSSI

CHOLÉCYSTITE

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Cette dénomination permet d'inclure les cas où des calculs biliaires sont découverts, de façon formelle (par l'imagerie ou la chirurgie) et quelqu'en soient leurs localisations (hépatique, voies biliaires primitives, accessoires ou principales).

Critères d'inclusion

Ils permettent de préciser le mode de découverte et la situation topographique du (des) calcul(s).

Compléments sémiologiques

La lithiase biliaire « asymptomatique » peut être découverte de façon totalement fortuite par un ASP, une échographie abdominale, un scanner ou encore une laparotomie réalisés pour des motifs divers.

Ce résultat de consultation n'étant, ni spécifique ni pathognomonique, les signes associés (ex PLAINTÉ ABDOMINALE) et/ou les complications (ex. CHOLÉCYSTITE, COLIQUE HÉPATIQUE, etc.) seront relevés séparément (autre résultat de consultation ou DÉNOMINATION HORS LISTE suivant le cas).

Position(s) diagnostique(s)

C : Pour les calculs découverts par l'imagerie et/ou par la chirurgie.

D : Lorsque la nature du calcul est connue (après analyse chimique).

CORRESPONDANCE CIM – 10

K80.2 : Calcul de la vésicule biliaire sans cholécystite

K80.5 : Calcul des canaux biliaires sans angiocholite ni cholécystite

DÉFINITION

- ++1 | CALCUL ÉLIMINÉ dans les URINES
- ++1 | IMAGE de CALCUL LOCALISÉ par l'IMAGERIE

- ++1 | dans le REIN
- ++1 | dans l'URETÈRE
- ++1 | dans la VESSIE

- + – multiple

- + – récidive

- + – asymptomatique

POSITION(s) DIAGNOSTIQUE(s)

C, D

VOIR AUSSI

COLIQUE NÉPHRÉTIQUE
 CYSTITÉ – CYSTALGIE
 DYSURIE
 HÉMATURIE

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Cette dénomination permet d'inclure tous les calculs urinaires, qu'ils soient « symptomatiques » ou de découverte fortuite (asymptomatiques). Par contre, ni symptomatiques, ni pathognomoniques, les signes associés (ex: DYSURIE, HÉMATURIE, etc.) ou les complications (ex: ÉTAT FÉBRILE, COLIQUE NÉPHRÉTIQUE, etc.) seront relevés séparément, soit dans la liste des résultats de consultation soit en DÉNOMINATION HORS LISTE.

Critères d'inclusion

Permettent de préciser le mode de découverte et la localisation du calcul.

Voir aussi

Ils correspondent essentiellement aux complications de la lithiase.

Position(s) diagnostique(s)

C : Pour la mise en évidence du calcul.

D : Lorsque la nature chimique du calcul est connue.

CORRESPONDANCE CIM – 10

N20.9 : Calcul urinaire, sans précision (code par défaut)

N20.0 : Calcul du rein

N20.1 : Calcul de l'uretère

N21.0 : Calcul de la vessie

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
- + – traumatisme ancien
- + – position antalgique
- + – rythme mécanique
- + – rythme inflammatoire
- + – contracture des muscles paravertébraux
- + – irradiation
- + – syndrome périosto-cellulo-téno-myalgique (cellulalgie au pincé roulé, myalgie unilatérale...)
- + – récidive
- + – asymptomatique

RISQUE(s)

CANCER
FRACTURE TASSEMENT
SPONDYLODISCITE
TUMEUR

POSITION(s) DIAGNOSTIQUE(s)

A

VOIR AUSSI

ARTHROSE
DOULEUR NON CARACTÉRISTIQUE
MUSCLE (ÉLONGATION – DÉCHIRURE)
MYALGIE
NÉVRALGIE – NÉVRITE

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Désigne les 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 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 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 – DÉCHIRURE) ou MYALGIE : lorsque la douleur peut-être attribuée uniquement à un muscle de la région lombaire.
NÉVRALGIE – NÉVRITE : l'existence de névralgie même s'il existe des douleurs lombaires doit faire classer le cas dans ce RC.

Position(s) diagnostique(s)

A

CORRESPONDANCE CIM – 10

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

DÉFINITION

- ++++ ÉRUPTION ERYTHÉMATO-PAPULEUSE (PARFOIS URTICAIRE CARACTÉRISTIQUE)
- ++++ APRÈS EXPOSITION SOLAIRE
- ++++ SUR LES ZONES DÉCOUVERTES EN PARTIE OU EN TOTALITÉ
- ++++ PRURIT

- + – vésicules
- + – desquamation
- + – récidivante et saisonnière (printemps, été)
- + – traitement favorisant par voie locale ou générale

- + – récurrence

- + – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

C

VOIR AUSSI

BRÛLURE
 DERMATOSE
 ECZÉMA
 HERPÈS
 CEDÈME DE QUINCKE – URTICAIRE GÉANTE
 PRURIT LOCALISÉ
 URTICAIRE

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Désigne les réactions cutanées au soleil et aux autres sources d'UV, à l'exception du « coup de soleil » qui sera relevé par BRÛLURE.

Critères d'inclusion

Les 4 critères obligatoires correspondent à la description clinique de la lucite : aspect et localisation de l'éruption, existence d'un prurit, ainsi qu'au facteur déclenchant (l'exposition solaire).

Compléments sémiologiques

Ils permettent de caractériser un peu plus précisément la lucite, son évolution (desquamation fréquente), ainsi que son caractère saisonnier et récidivant.

Position(s) diagnostique(s)

C

CORRESPONDANCE CIM – 10

L56.3 : Urticaire solaire

DÉFINITION

++++ DÉFORMATION ARTICULAIRE SECONDAIRE
 ++++ LUI FAISANT PERDRE ses RAPPORTS
 ++++ DOULEUR SPONTANÉE
 ++++ IMPOTENCE FONCTIONNELLE
 ++++ ABSENCE de FRACTURE ASSOCIÉE

++1 | ÉPAULE
 ++1 | COUDE
 ++1 | POIGNET
 ++1 | DOIGTS
 ++1 | HANCHE
 ++1 | ROTULE
 ++1 | CHEVILLE
 ++1 | AUTRES (à préciser en commentaire)

+ – épanchement intra-articulaire
 + – confirmation radiologique

+ – récursive

+ – asymptomatique

POSITION(s) DIAGNOSTIQUE(s)

C, D

VOIR AUSSI

ARTHROPATHIE – PÉRIARTHROPATHIE
 BLESSURES COMBINÉES SÉVÈRES
 ENTORSE
 FRACTURE

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Cette définition permet de relever les luxations osseuses traduites dans le langage commun par articulation « déboîtée » secondaire à un traumatisme. Elle exclut donc la luxation congénitale de hanche qui sera relevée en DÉNOMINATION HORS LISTE.

Critères d'inclusion

Ils permettent de caractériser la luxation : DÉFORMATION, MODIFICATION des RAPPORTS ARTICULAIRES, DOULEUR et IMPOTENCE FONCTIONNELLE. Par ailleurs l'association à une FRACTURE ferait classer le cas ailleurs.

Voir aussi

Si d'autres lésions sont associées à la luxation, en particulier une fracture on choisira BLESSURES COMBINÉES SÉVÈRES.

Position(s) diagnostique(s)

C : En l'absence de confirmation radiologique.

D : Avec certitude radiologique.

CORRESPONDANCE CIM – 10

S43.0 : Luxation de l'articulation de l'épaule

S53.1 : Luxation du coude, sans précision

S63.0 : Luxation du poignet

S63.1 : Luxation du doigt

S73.0 : Luxation de la hanche

S83.0 : Luxation de la rotule

S93.0 : Luxation de la cheville

T14.3 : Luxation, entorse et foulure d'une partie du corps non précisée

DÉFINITION

++++ ASPECT INFLAMMATOIRE DES TÉGUMENTS
 ++++ À EXTENSION LINÉAIRE
 ++++ ABSENCE DE BOURRELET PÉRIPHÉRIQUE

++1 | MEMBRE SUPÉRIEUR
 ++1 | MEMBRE INFÉRIEUR
 ++1 | THORAX
 ++1 | VISAGE
 ++1 | AUTRE LOCALISATION (à préciser en commentaire)

+ – placard extensif
 + – fièvre ou sensation de fièvre
 + – porte d'entrée retrouvée

+ – droit
 + – gauche

+ – récursive

+ – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

C

VOIR AUSSI

ÉRYSIPIÈLE
 CÈDÈME DES MEMBRES INFÉRIEURS
 SEIN (AUTRE)
 THROMBOPHLÉBITE

ARGUMENTAIRE**Critères d'inclusion**

Les trois critères obligatoires permettent de différencier la lymphangite de l'érysipèle : à l'aspect inflammatoire s'ajoutent l'extension linéaire et l'absence de bourrelet périphérique.

Les autres critères permettent de préciser la localisation.

Compléments sémiologiques

Ils permettent de préciser des caractères particuliers (côté, porte d'entrée, adénopathie etc.)

Voir aussi

ÉRYSIPIÈLE : placard extensif avec bourrelet périphérique.

SEIN (AUTRE) : à choisir en cas de lymphangite du sein.

THROMBOPHLÉBITE : essentiellement la thrombophlébite superficielle.

CORRESPONDANCE CIM – 10

L03.9 : Phlegmon

DÉFINITION

- ++++ PLAINTÉ LOCALISÉE À LA GORGE
 ++1 | spontanée
 ++1 | à la déglutition
 +++ SANS SIGNES OBJECTIFS À L'EXAMEN CLINIQUE
- + – récidive
- + – asymptomatique

RISQUE(s)

CANCER

POSITION(s) DIAGNOSTIQUE(s)

A

VOIR AUSSI

ANGINE (AMYGDALITE – PHARYNGITE)
 ANXIÉTÉ – ANGOISSE
 CANCER
 DOULEUR NON CARACTÉRISTIQUE
 ENROUEMENT
 RHINOPHARYNGITE – RHUME

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Cette dénomination concerne une plainte localisée à la gorge alors que les éléments en possession du médecin n'orientent vers aucune étiologie (aucun antécédent particulier et que l'examen clinique est parfaitement normal).

Critères d'inclusion

Ce symptôme est en fait une plainte qui peut se traduire par une douleur, une sensation de gêne, une brûlure et diverses manifestations qui ne permettent pas de le classer dans un autre résultat de consultation. L'examen clinique est strictement normal.

Risques

CANCER

Voir aussi

Toute pathologie infectieuse ou tumorale que l'examen local doit dépister. La boule dans la gorge ne rentre pas sous cette dénomination et doit être classée à ANXIÉTÉ – ANGOISSE: sera choisi si à la « boule dans la gorge » dont se plaint le malade s'associe une sensation de malaise psychique.

CORRESPONDANCE CIM – 10

R07.0: Douleur de la gorge

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.)
- + – 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)

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

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

On évoquera en particulier le syndrome de Stokes-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)

A : Il ne peut s'agir que d'un symptôme, 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.

CORRESPONDANCE CIM – 10

R40.2 : Coma, sans précision
R55 : Syncope et collapsus

DÉFINITION

++++ ÉMISSION, PAR L'ANUS, DE SANG NOIR NON MÉLANGÉ AUX SELLES, DE COULEUR GOUDRON

- + – troubles sensoriels (troubles de la vue, tintements dans l'oreille, etc.)
- + – état nauséeux
- + – baisse de la pression artérielle
- + – perte de connaissance
- + – à répétition

- + – récédive

- + – asymptomatique

RISQUE(s)

CANCER DIGESTIF

POSITION(s) DIAGNOSTIQUE(s)

A

VOIR AUSSI

CANCER
 CONSTIPATION
 FÉCALOME
 FISSURE ANALE
 GASTRITE CHRONIQUE
 ECCHYMOSE SPONTANÉE
 HÉMATURIE
 HÉMORROÏDE
 IATROGÈNE – EFFET INDÉSIRABLE D'UNE THÉRAPEUTIQUE
 MÉNORRAGIE – MÉTRORRAGIE
 RECTORRAGIES
 ULCÈRE DUODÉNAL
 ULCÈRE GASTRIQUE

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Un méléna est l'émission, par l'anus, de sang digéré, noir (selles « goudron ») et fétide (odeur nauséabonde). Il faut différencier le méléna des selles noirâtres d'origine alimentaire (Boudin par exemple) et / ou médicamenteuse (Fer et dérivés par exemple).

Critères d'inclusion

C'est l'aspect clinique des selles émises qui permettent de diagnostiquer un méléna.

Compléments sémiologiques

Ils permettent de caractériser le retentissement général éventuel de l'hémorragie digestive.

CORRESPONDANCE CIM – 10

K92.1 : Mélaena

DÉFINITION**++++ PLAINTÉ MNÉSIQUE**

- ++1 | exprimée par le patient ou par son entourage
- ++1 | objectivée par interrogatoire et par des tests éventuels

- + – portant sur la mémoire antérograde (incapacité de fixer les souvenirs nouveaux avec conservation du capital mnésique ancien = amnésie de fixation)
- + – portant sur la mémoire rétrograde (impossibilité de restituer un souvenir jusque-là bien fixé et bien conservé = amnésie d'évocation)
- + – sélective (oubli partiel – simple: oubli d'un nom, n° téléphone... ou plus complexe: oubli d'une période du passé concernant une situation ou une personne)
- + – récidive
- + – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

A

VOIR AUSSI

ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL
 ANXIÉTÉ – ANGOISSE
 DÉMENCE
 DÉPRESSION
 HUMEUR DÉPRESSIVE
 PSYCHIQUE (TROUBLE)
 RÉACTION À SITUATION ÉPROUVANTE
 SÉNILITÉ (SUJET ÂGÉ FRAGILE)

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Le terme retenu correspond à celui de la plainte qu'exprime le patient ou son entourage. Il exclut l'ictus amnésique qui sera classé en DHL-6.

Critères d'inclusion

La plainte est le seul critère d'inclusion

Compléments sémiologiques

Troubles de la mémoire antérograde ou amnésie de fixation: incapacité de fixer des souvenirs nouveaux avec conservation du capital mnésique ancien.

Troubles de la mémoire rétrograde ou amnésie d'évocation: impossibilité de restituer un souvenir jusque-là bien fixé et bien conservé.

Troubles de la mémoire élective: oubli partiel:

– simple: oubli d'un nom, d'un numéro de téléphone, etc.

– complexe: oubli d'une période du passé concernant une situation ou une personne.

Voir aussi

Des pathologies associées ou à l'origine des troubles de mémoire.

Position(s) diagnostique(s)

C: S'il s'agit d'un ictus amnésique.

CORRESPONDANCE CIM – 10

R41.3 : Autres formes d'amnésie (code par défaut)

R41.1 : Amnésie antérograde

R41.2 : Amnésie rétrograde

DÉFINITION

++++ MÉNOPAUSE

- ++1 | aménorrhée de plus de 1 an, chez une femme de la cinquantaine, en l'absence de signe de grossesse
- ++1 | aménorrhée de plus de 3 mois avec
 - ++2 | bouffées de chaleur surtout nocturnes
 - ++2 | test à la progestérone négatif
 - ++2 | confirmation biologique (frottis caractéristique, dosages hormonaux)
- ++1 | ménopause artificielle

++1 | SYMPTOMATIQUE

- ++1 | bouffées de chaleurs
- ++1 | trouble climatérique (irritation, trouble de l'humeur)
- ++1 | trouble cutané et des phanères
- ++1 | trouble trophique vulvo-vaginal (sécheresse, atrophie...)

++1 | TRAITÉE

- ++1 | traitement hormonal substitutif
- ++1 | traitements non hormonaux
- ++1 | traitements locaux

+ – prise de poids

+ – reprise du traitement

+ – récurrence des symptômes

+ – asymptomatique

RISQUE(s)

CANCERS GYNÉCOLOGIQUES
 DYSTHYROÏDIE
 OSTÉOPOROSE – FRACTURE
 PHÉOCROMOCYTOME
 TUMEUR HYPOPHYSAIRE

POSITION(s) DIAGNOSTIQUE(s)

B

VOIR AUSSI

AMÉNORRHÉE – OLIGOMÉNORRHÉE – HYPOMÉNORRHÉE
 BOUFFÉES DE CHALEUR
 SEXUELLE DYSFONCTION
 EXAMEN SYSTÉMATIQUE ET PRÉVENTION
 HUMEUR DÉPRESSIVE
 MÉNORRAGIE – MÉTRORRAGIE
 PRURIT LOCALISÉ
 SYNDROME PRÉMENSTRUEL
 VULVITE – VAGINITE

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Cette définition n'inclut pas la péri-ménopause dont la symptomatologie plus ou moins riche sera codée par les résultats de consultation correspondants. Ce résultat de consultation permet de relever les principales complications liées à la ménopause et/ou les ménopauses traitées.

Critères d'inclusion

La ménopause doit être certifiée. Soit une femme de la cinquantaine sans signe de grossesse qui a une aménorrhée de plus d'un an, soit la conjonction d'au moins deux critères fortement évocateurs, soit une ménopause artificielle.

Les complications relevées sont les plus fréquentes et surtout celles qui peuvent être aisément reliées à la ménopause. Les autres complications (dépression, métrorragie...) seront relevées par le ou les RC correspondants, parallèlement à MÉNOPAUSE (PROBLÈME ET SUIVI).

Ce RC permet aussi de relever les traitements des ménopauses asymptomatiques, comme le traitement hormonal de substitution.

Voir Aussi

Les RC de cette liste permettent de visualiser les RC voisins, mais aussi les autres complications pouvant être relevées parallèlement à MÉNOPAUSE (PROBLÈME ET SUIVI). Les examens de dépistages régulièrement demandés ou pratiqués lors des séances de suivi de la ménopause (frottis cervico-vaginal, mammographie...) seront relevés parallèlement par le RC EXAMEN SYSTÉMATIQUE ET PRÉVENTION.

Position(s) diagnostique(s)

B : Y compris pour les complications, même s'il n'en existe qu'une, car elle survient dans un contexte de ménopause et est liée à celle ci, par le médecin.

CORRESPONDANCE CIM – 10

N95.1 : Troubles de la ménopause et du climatère féminin (code par défaut)

N95.2 : Vaginite atrophique post-ménopausique

DÉFINITION

++1 | MÉNORRAGIE
 ++1 | MÉTRORRAGIE
 ++1 | SAIGNEMENTS INTERMITTENTS (SPOTTING)
 ++1 | CYCLES COURTS

++++ ABSENCE de SIGNE de GROSSESSE

+ – traitement hormonal
 + – stérilet
 + – grossesse évoquée par la patiente
 + – événement concomitant (deuil, séparation, etc.)
 + – résultat d'examen complémentaire

+ – récidive

+ – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

A

VOIR AUSSI

GROSSESSE

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Cette définition regroupe les saignements génitaux anormaux (en fréquence ou quantité), qu'ils apparaissent pendant les règles (MÉNORRAGIE) ou en dehors des règles (MÉTRORRAGIE).

Critères d'inclusion

Il peut s'agir de MÉNORRAGIE, de MÉTRORRAGIE, de simple spotting, mais aussi de cycle court car cela revient à une augmentation des saignements, au moins en fréquence.

Mais il faut que ce symptôme survienne en dehors d'une grossesse.

Compléments sémiologiques

Le critère +–grossesse évoquée par la patiente, n'est pas en contradiction avec le critère obligatoire précédent. Il permet seulement de souligner l'éventualité d'une grossesse avant que celle-ci ne soit confirmée (ou infirmée).

Voir aussi

En cas de saignement lors d'une grossesse on choisit GROSSESSE.

CORRESPONDANCE CIM – 10

N92.1 : Menstruation trop abondante et trop fréquente avec cycle menstruel irrégulier (code par défaut)

N92.0 : Menstruation trop abondante et trop fréquente avec cycle menstruel régulier

DÉFINITION

++++ BALLONNEMENT ABDOMINAL
 ++++ CONSTATÉ PAR LE MÉDECIN (TYMPANISME, ÉLASTICITÉ PARIÉTALE...)

- + – rapporté
- + – localisé
- + – récidive
- + – asymptomatique

POSITION(s) DIAGNOSTIQUE(s)

A

VOIR AUSSI

ABDOMEN DOULOUREUX AIGU
 COLIQUE (SYNDROME)
 CONSTIPATION
 DIARRHÉE (ISOLÉE, NON INFECTIEUSE)
 DIARRHÉE – NAUSÉE – VOMISSEMENT
 ÉPIGASTRALGIE
 FÉCALOME
 PLAINTÉ ABDOMINALE

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Désigne le ballonnement abdominal secondaire à la présence excessive de gaz dans l'intestin.

Critères d'inclusion

Indépendamment du fait qu'il est rapporté ou non par le patient, ce ballonnement abdominal doit être constaté par le médecin (signe objectif d'examen).

S'il est associé avec tout autre signe de nature digestive, ce symptôme doit être classé dans un autre résultat de consultation (CONSTIPATION, FÉCALOME, PLAINTÉ ABDOMINALE, ABDOMEN DOULOUREUX AIGU, etc.).

Compléments sémiologiques

Permettent de savoir s'il s'agit d'une simple constatation du médecin, mais aussi d'une plainte du patient, et de noter s'il s'agit d'un symptôme localisé ou diffus.

Voir aussi

Ce symptôme (laissant le problème ouvert) peut être révélateur d'une autre pathologie abdominale.

CORRESPONDANCE CIM – 10

R14 : Flatulence et troubles apparentés

DÉFINITION

++++ MAL DE TÊTE DURANT DE 4 À 72 HEURES EN L'ABSENCE DE TRAITEMENT

+2 | unilatéral

+2 | pulsatile

+2 | modéré ou sévère mais non « léger »

+2 | aggravé par les activités physiques

++1 | NAUSÉES OU VOMISSEMENTS

++1 | GÊNE À LA LUMIÈRE

++1 | GÊNE AU BRUIT

++++ ANTÉCÉDENTS DE 5 CRISES SEMBLABLES, AU MOINS

++++ ABSENCE DE LÉSION ASSOCIÉE POUVANT EXPLIQUER LE MAL DE TÊTE

+ – au moins 2 crises avec aura

+ – récédive

+ – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

B

VOIR AUSSI

ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL

CÉPHALÉE

DENT (PATHOLOGIE DE LA)

DOULEUR NON CARACTÉRISTIQUE

SINUSITE

SYNDROME PRÉMENSTRUEL

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Hémicrânie, crise de foie, etc.

C'est un mal de tête associé le plus souvent à des nausées et survenant par crises.

Critères d'inclusion

Nous avons repris les mêmes critères choisis et régulièrement réévalués par le groupe de travail sur les Céphalées de l'International Headache Society, car ils semblent bien correspondre à notre pratique :

– description du mal de tête survenant avec un critère de délai précis,

– troubles digestifs et intolérance aux bruits et à la lumière associés,

– au moins 5 crises exigées pour distinguer la migraine des céphalées de tension,

– absence de lésion associée pour éliminer les céphalées après traumatisme crânien ou associées à toute pathologie crânienne (ORL, ophtalmologique, stomatologique, autres algies faciales, cervicales, etc.).

De même pour les migraines avec aura (migraine ophtalmique, migraine accompagnée), outre les critères précédents, le choix pour l'inclusion devra retenir au moins trois critères.

Voir aussi

Lorsque la symptomatologie ne correspond pas à ces critères rigoureux ou dans le doute et avant la 5^{ème} crise, il faudra classer le cas dans CÉPHALÉE.

Les autres pathologies proches sont à rechercher systématiquement pour en interpréter la symptomatologie dans le but d'une réévaluation périodique du malade migraineux.

Position(s) diagnostique(s)

B

CORRESPONDANCE CIM – 10

G43.0 : Migraine sans aura (migraine commune) (code par défaut)

G43.1 : Migraine avec aura (migraine classique)

DÉFINITION

++++ PAPULE ARRONDIE, LISSE, CIREUSE (de 2 à 10 mm)
++++ DÉPRIMÉE EN SON CENTRE

+ – extension régionale
+ – dissémination

+ – récursive

+ – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

C

VOIR AUSSI

DERMATOSE
MOLLUSCUM PENDULUM
NAEVUS
VERRUE

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Il s'agit d'une petite tumeur cutanée (2 à 10 mm de diamètre), de couleur chair, dont le centre est affaissé, en cratère, et peut contenir une substance plus claire.

Critères d'inclusion

C'est la description clinique de la lésion qui permet, à elle seule, de la caractériser.

Compléments sémiologiques

Ils permettent de rappeler le caractère extensif des lésions, avec le risque de dissémination chez les patients immunodéprimés.

Position(s) diagnostique(s)

C

CORRESPONDANCE CIM – 10

B08.1 : Molluscum contagiosum

DÉFINITION

++++ PETITE TUMEUR MOLLE

++++ PÉDICULÉE

+ – disséminée

+ – récidive

+ – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

C

VOIR AUSSI

DERMATOSE

MOLLUSCUM CONTAGIOSUM

NAEVUS

VERRUE

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Le molluscum pendulum est une tumeur cutanée, très fréquente, bénigne, fibroblastique pure, de consistance molle, allongée, souvent pédiculée, fréquemment située sur le cou, le thorax ou les creux axillaires.

Critères d'inclusion

C'est la description clinique de la lésion qui permet, à elle seule, de la caractériser.

Compléments sémiologiques

Rappellent la localisation en plusieurs points du corps éventuels et la récidive.

Position(s) diagnostique(s)

C

CORRESPONDANCE CIM – 10

D23.9 : Autre tumeur bénigne de la peau sans précision

DÉFINITION

++++ LÉSION SECONDAIRE à une MORSURE ou GRIFFURE

- ++1 | plaie(s)
- ++1 | excoriation(s)
- ++1 | empreinte(s) de dent(s)
- ++1 | ecchymose(s)
- ++1 | perte de substance

- + – multiples
- + – douleur
- + – surinfection locale
- + – adénopathie

+ – récidive

+ – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

D

VOIR AUSSI

PIQÛRE D'INSECTE

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Ce résultat de consultation permettra de classer les cas de morsure et/ou griffure d'origine animale ou humaine. Par contre il n'inclut pas, par convention, les « morsures » de certains insectes qui seront classées à « PIQÛRE D'INSECTE » (ex: tiques, puces, fourmis, etc.) car les lésions macroscopiques ne sont pas majeures et leurs conséquences tant locales que générales se rapprochent beaucoup des piqûres d'animaux.

Critères d'inclusion

La morsure (et/ou la griffure) est obligatoire et doit être parfaitement identifiée. Les critères d'inclusion permettent de caractériser au mieux les lésions.

Compléments sémiologiques

Les lésions multiples, morsures ou griffures, pourront être classées sous cette dénomination en utilisant l'item + – multiples.

Voir aussi

PIQÛRE D'INSECTE sera utilisé même pour les insectes « mordeurs », comme la tique et la puce, mais dont les lésions provoquées s'apparentent plus à celles qui sont secondaires à des piqûres.

Position(s) diagnostique(s)

D: Dans tous les autres cas et même si l'animal n'est pas formellement identifié.

CORRESPONDANCE CIM – 10

T14.1: Plaie ouverte d'une partie du corps non précisée (code par défaut)

T01.9: Plaies ouvertes multiples, sans précision

DÉFINITION

- ++++ DOULEUR MUSCULAIRE
- ++++ SURVENUE BRUTALEMENT LORS D'UN EFFORT
- ++++ PERMANENTE
- ++++ POINT DOULOUREUX À LA PALPATION

- + – impotence fonctionnelle
- + – diminution du ballottement du muscle en position de relaxation
- + – contracture
- + – œdème
- + – ecchymose (parfois tardive)
- + – hématome
- + – confirmation échographique

+ – récurrence

+ – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

B, C, D

VOIR AUSSI

ARTÉRITE DES MEMBRES INFÉRIEURS
CERVICALGIE
ECCHYMOSE SPONTANÉE
MYALGIE
TENDON (RUPTURE)
THROMBOPHLEBITE

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Autres dénominations : « claquage », « étirement ».

Cette dénomination est réservée à la douleur musculaire localisée, survenant dans le cadre d'un effort récent, avec ou sans traumatisme associé. Elle inclut les ruptures partielles ou complètes des muscles.

Critères d'inclusion

La douleur doit absolument faire suite à un effort ou à un traumatisme identifié.

Compléments sémiologiques

Ils permettent d'enrichir la sémiologie du tableau clinique mais aussi de noter les signes apparaissant lors du suivi.

Position(s) diagnostique(s)

B : Si aucun complément sémiologique retrouvé

C : Si au moins un des six premiers compléments sémiologiques.

D : Si confirmation sémiologique.

CORRESPONDANCE CIM – 10

T14.6 : Lésion traumatique de muscles et de tendons d'une partie du corps non précisée

DÉFINITION

- ++++ DOULEUR MUSCULAIRE
- ++++ BIEN LOCALISÉE PAR LE PATIENT
- ++++ RÉVEILLÉE À LA PRESSION
- ++++ ABSENCE DE TRAUMATISME RÉCENT
- ++++ ABSENCE DE SIGNES GÉNÉRAUX

- + – contracture
- + – effort déclenchant récent
- + – traumatisme ancien

+ – récurrence

+ – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

A

VOIR AUSSI

ANOMALIE POSTURALE
 ARTHROPATHIE – PÉRIARTHROPATHIE
 CERVICALGIE
 CONTUSION
 DORSALGIE
 DOULEUR NON CARACTÉRISTIQUE
 JAMBES LOURDES
 LOMBALGIE
 MUSCLE (ÉLONGATION – DÉCHIRURE)
 NÉVRALGIE – NÉVRITE

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Cette dénomination permet d'inclure tous les cas de douleurs musculaires localisées et isolées, survenues en dehors d'un traumatisme récent.

En conséquence, ne rentrent pas dans cette dénomination les syndromes et tableaux comportant des myalgies tels les lombalgies, dorsalgies, cervicales.

Voir aussi

Ce chapitre regroupe de nombreuses dénominations comportant des douleurs musculaires.

Position(s) diagnostique(s)

A : Il s'agit toujours d'un signe cardinal (douleur), la contracture éventuellement associée ne permet pas de dire que nous avons à faire à un syndrome.

CORRESPONDANCE CIM – 10

M79.1 : Myalgie

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 bleuté lisse < 0,5 cm fréquent sur les pieds les mains et les zones d'extension)
 - ++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 | contours irréguliers
 - ++1 | modification de son relief (papule ou nodule)
- ++1 | NAEVUS CONGÉNITAL
- + - multiples
 - + - phénotype sensible au soleil
 - + - prurit
 - + - dépigmentation
 - + - pigmentation périphérique
 - + - antécédents familiaux
 - + - confirmation histologique
- + - récidive
- + - asymptomatique

RISQUE(s)

CANCER

POSITION(s) DIAGNOSTIQUE(s)

C, D

VOIR AUSSI

CANCER
 DERMATOSE
 TUMÉFACTION
 VERRUE

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 : Nævus à mélanocytes, sans précision (code par défaut)

I78.1 : Nævus, non néoplasique

DÉFINITION

- ++1 ENVIE DE VOMIR
- ++1 REJET PAR LA BOUCHE
 - ++1 alimentaire
 - ++1 bilieux
 - ++1 autres (à préciser en commentaires)
- + – stries sanglantes
- + – répétés
- + – récidive
- + – asymptomatique

RISQUE(s)

AFFECTION CÉRÉBRALE
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

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Seuls sont inclus dans cette dénomination les nausées (état nauséux) ou les vomissements, l'un et l'autre 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 :

AFFECTION CÉRÉBRALE
HÉMATOME SOUS DURAL
INFARCTUS DU MYOCARDE

Voir aussi

ABDOMEN DOULOUREUX AIGU : c'est la défense, l'arrêt du transit ou l'état de choc qui domine le tableau clinique.
DIARRHÉE – NAUSÉE – VOMISSEMENT : la diarrhée est au premier plan
ÉTAT FÉBRILE
ÉTAT MORBIDE AFÉBRILE
REFLUX – PYROSIS – CÉSOPHAGITE
VERTIGE – ÉTAT VERTIGINEUX : peut s'accompagner de nausée ou vomissement.

CORRESPONDANCE CIM – 10

R11 : Nausées et vomissements

DÉFINITION

- ++++ ÉTAT NERVEUX HABITUEL
- ++++ PRIS EN COMPTE PAR LE MÉDECIN
- ++++ ABSENCE DE FACTEUR DÉCLENCHANT RÉCENT

- ++1 | AGACEMENT, IRRITABILITÉ
- ++1 | LABILITÉ ÉMOTIONNELLE, PLEURS OU RIRES INADAPTÉS
- ++1 | AGITATION, HYPERKINÉSIE
- ++1 | DIFFICULTÉS À MAINTENIR L'ATTENTION
- ++1 | MANIFESTATIONS PHYSIQUES (POLLAKIURIE, TREMBLEMENTS, ÉRYTHÈME PUDIQUÉ, HYPERSUDATION)

- + – depuis l'enfance
- + – récidive
- + – asymptomatique

RISQUE(s)

DÉPRESSION

POSITION(s) DIAGNOSTIQUE(s)

B

VOIR AUSSI

ACCÈS ET CRISES
 ALCOOL (PROBLÈME AVEC L')
 ANXIÉTÉ – ANGOISSE
 ASTHÉNIE – FATIGUE
 BOUFFÉES DE CHALEUR
 COMPORTEMENT (TROUBLES)
 DÉPRESSION
 DIFFICULTÉ SCOLAIRE
 HYPERTHYROÏDIE
 PLAINTES POLYMORPHES (TROUBLE SOMATOFORME)
 PROBLÈME DE COUPLE
 PROBLÈME FAMILIAL
 PROBLÈME PROFESSIONNEL
 PRURIT GÉNÉRALISÉ
 PSYCHIQUE (TROUBLE)
 RÉACTION À SITUATION ÉPROUVANTE

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Terme usuel en médecine générale, le terme nervosisme est préféré à celui de nervosité car il décrit un état d'être, un terrain habituel dans le temps, alors que nervosité correspond à un état d'excitation passagère. Ce peut être une situation rencontrée chez l'enfant et l'adolescent (hyperkinésie) mais aussi chez l'adulte.

Critères d'inclusion

Il s'agit d'une situation habituelle sans facteur déclenchant récent, qui ferait par exemple, classer le cas à « RÉACTION À SITUATION ÉPROUVANTE ». Les manifestations physiques associées peuvent aisément se rattacher à cette situation dès lors qu'aucune d'entre elles ne domine l'ensemble. Dans le cas contraire, elles feraient l'objet d'un résultat de consultation séparé. Elle se distingue d'ANXIÉTÉ – ANGOISSE par le fait que celle-ci traduit plutôt une sensation pénible pour le patient alors que NERVOSISME est d'avantage un état mal ressenti par l'entourage et pris en compte par le médecin.

Complément(s) sémiologique(s)

Il qualifie l'ancienneté éventuelle du trouble.

Voir Aussi

Ils reprennent les RC où la symptomatologie pourrait faire penser à tort à NERVOSISME.

Position(s) diagnostique(s)

B : Dans tous les cas.

CORRESPONDANCE CIM – 10

R45.0 : Nervosité

DÉFINITION

- ++1 | DOULEUR sur un TRAJET NERVEUX ANATOMIQUEMENT DÉFINI
 - ++1 | continue
 - ++1 | paroxystique
- ++1 | SIGNES NEUROLOGIQUES OBJECTIFS ÉVOCATEURS de la NÉVRITE
 - ++1 | troubles moteurs
 - ++1 | troubles sensitifs objectifs
 - ++1 | réflexes ostéo-tendineux abolis du côté concerné
 - ++1 | amyotrophie
- + – paresthésies (fourmillement, engourdissement, lourdeur, etc.)
- + – majoration par décubitus nocturne
- + – douleur à pression trajet nerveux
- + – signes à l'E.M.G.
- + – polynévrite
- + – multinévrite
- ++1 | CERVICO-BRACHIALE
- ++1 | CRURALE
- ++1 | INTERCOSTALE
- ++1 | AUTRE(s) (à préciser en commentaire)
- + – récidive
- + – asymptomatique

POSITION(s) DIAGNOSTIQUE(s)

A, B, C

VOIR AUSSI

ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL
 ALGODYSTROPHIE
 CANAL CARPIEN
 CÉPHALÉE
 CERVICALGIE
 DOULEUR NON CARACTÉRISTIQUE
 JAMBES LOURDES
 MYALGIE
 PARESTHÉSIE DES MEMBRES
 PRÉCORDIALGIE
 SCIATIQUE

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Cette dénomination décrit la souffrance du nerf considéré ou l'atteinte lésionnelle sensitivo-motrice correspondante. La différence entre les deux n'est toutefois pas toujours facile.

En raison de sa fréquence et de sa prise en charge particulière, la NÉVRALGIE SCIATIQUE bénéficie d'une définition spécifique.

Critères d'inclusion

Il est possible de rentrer dans cette définition soit par la douleur, soit par les signes neurologiques objectifs, soit par les deux.

Compléments sémiologiques

La polynévrite est l'atteinte de plusieurs nerfs bilatéraux et symétriques, La multinévrite est l'atteinte simultanée de nerfs dans différents territoires non symétriques.

Voir Aussi

SCIATIQUE : particulière par sa localisation et sa fréquence

PARESTHÉSIE DES MEMBRES : sensations désagréables plus que douleurs.

Position(s) diagnostique(s)

A : Lorsqu'un seul signe clinique domine le tableau.

B : Devant l'association de plusieurs signes neurologiques.

C : Devant des douleurs associées à des signes neurologiques.

CORRESPONDANCE CIM – 10

M79.2 : Névralgie et névrite, sans précision (code par défaut)

G57.2 : Lésion du nerf fémoral (crural)

G58.0 : Névrite intercostale

G58.7 : Mononévrites de sièges multiples

G62.9 : Polynévrite, sans précision

M54.1 : Radiculopathie (brachialgie SAI, dorsale SAI, lombaire SAI, lombo-sacrée SAI, radiculite SAI)

DÉFINITION

- ++1 | POIDS DÉPASSANT DE 20 % LE POIDS IDÉAL
(selon la formule de Lorentz :
Homme : $P_{kg} = [T_{cm} - 100] - [(T_{cm} - 150)/4]$
Femme : $P_{kg} = [T_{cm} - 100] - [(T_{cm} - 150)/2]$
- ++1 | INDEX DE MASSE CORPORELLE SUPÉRIEUR OU ÉGAL À 30 pour l'homme, 29 pour la femme.
(Normal : Pour l'homme, entre 20 et 25.
Pour la femme, entre 19 et 24)
 $IMC = \text{Poids (kg)}/\text{Taille}^2 \text{ (m)}$
- + – aspect gynoïde (surcharge prédominant à la partie inférieure du corps)
- + – aspect androïde (augmentation du diamètre bi-acromial et du volume abdominal)
- + – notion d'hérédité
- + – prise en charge à la demande :
++1 | du patient
++1 | de l'entourage
++1 | du médecin
- + – récidive
- + – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

A

VOIR AUSSI

ANOREXIE – BOULIMIE
HYPOTHYROÏDIE
SURCHARGE PONDÉRALE

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Ce résultat de consultation permet d'inclure les excès de poids pathologiques et d'en caractériser le type (gynoïde ou androïde).

Critères d'inclusion

Ils reprennent les normes communément admises et permettent de faire la différence avec les surcharges pondérales qui seront relevées sous la dénomination SURCHARGE PONDÉRALE.

Compléments sémiologiques

Ils permettent d'enrichir la sémiologie en notant le type de l'obésité et la personne qui est à l'origine de la prise en charge.

Position(s) diagnostique(s)

A : En cas de symptôme.

CORRESPONDANCE CIM – 10

E66.9 : Obésité exogène SAI (code par défaut)

E66.8 : Autres obésités

DÉFINITION

++++ LÉSIONS ANGIO-ŒDÉMATEUSES

- ++1 | localisées (paupières, lèvres, muqueuses, etc.)
- ++1 | généralisées

+ – d'apparition brutale

+ – cause déclenchante

+ – fièvre

+ – récidive

+ – asymptomatique

RISQUE(s)

CHOC ANAPHYLACTIQUE

ŒDÈME LARYNGÉ AIGU

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

B, C

VOIR AUSSI

DERMATOSE

DYSPNÉE

ECZÉMA

LUCITE – ALLERGIE SOLAIRE

PIQÛRE D'INSECTE

PRURIT GÉNÉRALISÉ

PRURIT LOCALISÉ

URTICAIRE

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Décrit l'œdème de Quincke ou angio-œdème dans lequel l'œdème est hypodermique (urticaire profonde) mais aussi l'urticaire géante.

Critères d'inclusion

Les lésions angio-œdémateuses peuvent être localisées (souvent au visage ou aux régions du corps où la peau est fine).

Elles peuvent être généralisées à tout le corps, s'accompagnant d'urticaire : c'est l'urticaire géante.

Complément(s) sémiologique(s)

Ils permettent de préciser s'il y a une cause déclenchante retrouvée ou des signes généraux associés.

Position(s) diagnostique(s)

B

C : En cas de cause déclenchante identifiée.

CORRESPONDANCE CIM – 10

T78.3 : Œdème angioneurotique

DÉFINITION

- ++++ ŒDÈME LOCALISÉ
- ++++ SANS AUTRE SYMPTÔME OU SIGNE ASSOCIÉ
- + – récursive
- + – asymptomatique

RISQUE(s)

RÉACTION IATROGÈNE

POSITION(s) DIAGNOSTIQUE(s)

A

VOIR AUSSI

ALGODYSTROPHIE
 INSUFFISANCE CARDIAQUE
 INSUFFISANCE RÉNALE
 ŒDÈME DE QUINCKE – URTICAIRE GÉANTE
 ŒDÈME DES MEMBRES INFÉRIEURS
 PIQÛRE D'INSECTE
 TUMÉFACTION

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Désigne toutes les formes d'œdèmes localisés, à l'exception des œdèmes des membres inférieurs, dont l'origine ne peut être affirmée au moment de la séance.

Critères d'inclusion

L'œdème localisé est le seul critère d'inclusion, à condition qu'il ne s'accompagne ni de symptôme (hormis la gêne éventuelle) de type prurit ni de signes associés inflammatoires par exemple.

Complément(s) sémiologique(s)

Uniquement l'éventuelle récursive.

Position(s) diagnostique(s)

A

CORRESPONDANCE CIM – 10

R60.0: Œdème localisé

DÉFINITION

- ++++ AUGMENTATION DE VOLUME DES MEMBRES INFÉRIEURS
- ++++ ABSENCE DE SIGNES INFLAMMATOIRES (DOULEUR, ROUGEUR, CHALEUR)

- + – unilatérale
- + – douleur
- + – prenant le godet
- + – majorée par la station debout ou assise prolongée
- + – pied enflé

- + – récidive

- + – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

A

VOIR AUSSI

ALGODYSTROPHIE
 CONTUSION
 INSUFFISANCE CARDIAQUE
 INSUFFISANCE RÉNALE
 JAMBES LOURDES
 LYMPHANGITE
 PIQÛRE D'INSECTE
 SYNDROME PRÉMENSTRUEL
 THROMBOPHLÉBITE
 VARICES DES MEMBRES INFÉRIEURS

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Cette dénomination ne préjuge en rien de la cause. Cette définition est utilisée, le plus souvent, dans l'attente d'une étiologie patente parfois grave. Les causes potentielles étant très nombreuses, il est normal de trouver une liste de « VOIR AUSSI » assez importante. Il pourrait aussi y avoir de nombreux résultats des DÉNOMINATIONS HORS LISTE.

Voir aussi

L'augmentation de volume des membres inférieurs n'est pas à confondre avec « l'œdème discret » du résultat de consultation JAMBES LOURDES. L'œdème apparaît disproportionné à la plainte.

Position(s) diagnostique(s)

A : Œdèmes isolés.

CORRESPONDANCE CIM – 10

R60.0 : Œdème localisé

DÉFINITION

++++ ÉCOULEMENT de LARMES

+ – bilatéral

+ – récidive

+ – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

A

VOIR AUSSI

CHALAZION

CONJONCTIVITE

ŒIL (TRAUMATISME)

ORGELET

RHINITE

RHINOPHARYNGITE – RHUME

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Il s'agit d'un symptôme fréquent chez le nourrisson ou les gens âgés mais il peut aussi être constaté chez des gens de tous âges dont les yeux pleurent au vent ou dans certaines conditions.

Critères d'inclusion

C'est le constat d'un écoulement de larmes sans autre symptomatologie.

Compléments sémiologiques

Permet de noter la bilatéralité.

Voir aussi

En cas d'écoulement purulent de l'orifice du canal lacrymal, on classera le cas en DÉNOMINATION HORS LISTE sous le terme : DACRYOCYSTITE (imperforation du canal lacrymal chez le nourrisson).

Position(s) diagnostique(s)

A : Car c'est un signe cardinal.

CORRESPONDANCE CIM – 10

H04.2 : Épiphora

DÉFINITION

++++ AGRESSION OCULAIRE

- + + 1 | physique
- + + 1 | corps étranger
- + + 1 | chimique
- + + 1 | radiation

- + + 1 | PLAINTÉ OCULAIRE
- + + 1 | LÉSION CORNÉENNE
- + + 1 | MANIFESTATION(S) HÉMORRAGIQUE(S)
- + + 1 | CONJONCTIVITE
- + + 1 | VISION PERTURBÉE
- + + 1 | ABSENCE de LÉSIONS OCULAIRES

+ – bilatérale

+ – récidive

+ – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

C, D

VOIR AUSSI

BLESSURES COMBINÉES LÉGÈRES
BRÛLURE
CONJONCTIVITE
HÉMORRAGIE SOUS-CONJONCTIVALE
ŒIL (LARMOIEMENT)
PLAIE

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Cette dénomination inclut toutes les manifestations oculaires liées à un traumatisme (y compris les corps étrangers oculaires et les hémorragies sous-conjonctivales traumatiques).

Critères d'inclusion

La symptomatologie observée possède certains critères communs à d'autres résultats de consultation. Seule la notion de traumatisme (agression) permet d'être discriminante.

À noter le critère où aucune lésion n'est constatée alors que le patient relate le traumatisme oculaire dont il a été victime.

Compléments sémiologiques

La bilatéralité ou non.

Voir aussi

Outre les résultats de consultation de la liste se pose l'extension à certaines DÉNOMINATIONS HORS LISTE en raison de leur gravité et du risque à les méconnaître (ex. kératite).

Position(s) diagnostique(s)

C : Devant la notion d'agression sans lésion oculaire identifiée.

D : La constatation d'une lésion secondaire à une agression : plaie, hémotome, corps étranger, etc.

CORRESPONDANCE CIM – 10

S05.9 : Lésion traumatique de l'œil et de l'orbite, partie non précisée (code par défaut)

H16.1 : Autres kératites superficielles sans conjonctivite

S05.0 : Aésion traumatique de la conjonctive et abrasion de la cornée sans mention de corps étranger

T15.0 : Corps étranger dans la cornée

T15.1 : Corps étranger dans le sac conjonctival

T15.9 : Corps étranger dans la partie externe de l'œil, sans précision

T26.6 : Corrosion de la cornée et du sac conjonctival

T26.9 : Corrosion de l'œil et de ses annexes, partie non précisée

DÉFINITION

- ++1 | DIMINUTION NON DOULOUREUSE DE L'ACUITÉ VISUELLE
 - ++1 | de loin
 - ++1 | de près
 - ++1 | transitoire
 - ++1 | PERCEPTION VISUELLE ANORMALE
 - ++1 | impression de voile, de brouillard
 - ++1 | taches noires devant les objets
 - ++1 | sensation d'éblouissement
 - ++1 | halo visuel
 - ++1 | diplopie
 - ++1 | autre (à préciser en commentaire)
 - ++1 | ANOMALIE DU CHAMP VISUEL
 - ++1 | scotome (topographie à préciser en commentaire)
 - ++1 | à la campimétrie
 - ++1 | DYSCHROMATOPSIE
 - ++1 | CÉCITÉ
-
- + – à début brutal
 - + – unilatérale
-
- + – récidive
-
- + – asymptomatique

RISQUE(s)

ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL
 DÉCOLLEMENT DE LA RÉTINE
 GLAUCOME AIGU
 INTOXICATIONS (BOTULISME, MÉDICAMENT)
 TUMEUR CÉRÉBRALE

POSITION(s) DIAGNOSTIQUE(s)

A, C

VOIR AUSSI

ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL
 CATARACTE
 GLAUCOME
 ŒIL (TRAUMATISME)
 PPR – HORTON
 SCLÉROSE EN PLAQUES

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Cette définition permet d'inclure les troubles de l'acuité visuelle mais aussi les autres troubles de la vision.

Critères d'inclusion

Diminution non douloureuse de l'acuité visuelle: l'adjectif « non douloureux » est destiné à ne pas classer ici le glaucome. La méthode la plus utilisée est l'échelle de Monoyer utilisant des lettres de taille décroissante qui permet de chiffrer l'acuité visuelle de 1/10^{ème} à 10/10^{èmes}. Elle mesure la vision de loin et est placée à cinq mètres du patient. Pour la vision de près on utilise l'échelle de Parinaud qui est placée à 33 cm du patient. Elle est chiffrée de Parinaud 14 (P 14) à P 1,5, la vision de près normale correspondant à P2.

Troubles de la perception visuelle: halo visuel, voile, tache devant les yeux, diplopie, etc.

Anomalie du champ visuel, Dyschromatopsie, Cécité.

Compléments sémiologiques

Ils permettent de préciser le début éventuellement brutal et l'unilatéralité des troubles présentés (si ce complément sémiologique n'est pas choisi, c'est que les troubles sont bilatéraux!)

Risques

INTOXICATIONS (Botulisme, médicament)

DÉCOLLEMENT DE LA RÉTINE

TUMEUR CÉRÉBRALE: penser à une affection touchant le système nerveux central.

ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL: devra être évoqué devant un trouble visuel en particulier d'apparition brutale

GLAUCOME AIGU

Voir aussi

ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL: c'est le médecin qui choisira, devant une diminution transitoire de l'acuité visuelle, entre les deux définitions.

ŒIL (TROUBLE DE LA VISION): Un trouble visuel transitoire pourra être révisé en ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL selon l'évolution.

CATARACTE: si la baisse de l'acuité visuelle constatée peut-être rattachée par le praticien à l'opacification du cristallin.

GLAUCOME: la baisse brutale de l'acuité visuelle s'accompagne de douleur et photophobie.

ŒIL (TRAUMATISME): la vision perturbée est en relation avec une agression oculaire.

PPR-HORTON: les signes ophtalmologiques (scotome scintillant, diplopie, amaurose) s'accompagnent soit de céphalées récentes inhabituelles, soit de douleurs des ceintures et d'une accélération de la vitesse de sédimentation supérieure à 50 mm à la première heure.

SCLÉROSE EN PLAQUES: ne peut être choisi qu'à la deuxième poussée de « neuropathie optique rétro bulbaire (baisse brutale de l'acuité visuelle, scotome, dyschromatopsie) », dans un contexte de « dissémination temporo spatiale (affirmée soit par l'IRM encéphalique et médullaire, soit par la clinique à partir de la deuxième poussée) »

Position(s) diagnostique(s)

A: Quels que soient le critère d'inclusion et le complément sémiologique choisis, il ne peut s'agir ici que d'un symptôme,

C: En cas de cécité ou de dyschromatopsie.

CORRESPONDANCE CIM – 10

H53.9 : Trouble de la vision, sans précision (code par défaut)

H53.1 : Trouble subjectif de la vision

H53.2 : Diplopie

H53.4 : Anomalies du champ visuel

H53.5 : Trouble de la vision des couleurs

H54.0 : Cécité des deux yeux

H54.2 : Baisse de la vision des deux yeux

H54.4 : Cécité d'un œil

H54.5 : Baisse de la vision d'un œil

DÉFINITION

++++ MODIFICATION NON TRAUMATIQUE DE L'ONGLE

++++ À L'EXCLUSION D'ONYCHOMYCOSE

++1 | d'un ou plusieurs doigts

++1 | d'un ou plusieurs orteils

++1 | couleur

++1 | consistance

++1 | forme, épaisseur

++1 | en griffe

++1 | autre

++1 | striation

++1 | transversale (ligne de Beau)

++1 | longitudinale

++1 | décollement, chute (onycholyse)

++1 | autre(s) (à préciser en commentaire)

+ - multiple

+ - bilatéral

+ - récidive

+ - asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

A

VOIR AUSSI

ONGLE (ONYCHOMYCOSE)

ONGLE (TRAUMATISME)

PSORIASIS

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

La présente définition décrit exclusivement les « anomalies non traumatiques et non mycosiques » de l'ongle.

Critères d'inclusion

Il est possible de décrire les différentes déformations de l'ongle (couleur, transparence, stries etc.), sans lien avec un autre résultat de consultation caractéristique.

Décollement et chute de l'ongle ne doivent pas être d'origine traumatique.

Compléments sémiologiques

Ils permettent d'indiquer si les anomalies touchent plusieurs ongles ou sont bilatérales.

Risques

MÉLANOME

MALADIE GÉNÉRALE (HYPOTHYROÏDIE ou autre)

Voir aussi

ONGLE (ONYCHOMYCOSE)

ONGLE (TRAUMATISME) en cas de lésion post-traumatique, en particulier en cas d'hématome sous unguéal ou de plaie de l'ongle

PSORIASIS: si les lésions unguéales sont caractéristiques.

Position(s) diagnostique(s)

A

CORRESPONDANCE CIM - 10

L60.9: Maladie des ongles, sans précision

L60.1: Onycholyse

L60.2: Onychogryphose

L60.3: Dystrophie des ongles

L60.4: Lignes de Beau

DÉFINITION

++++ MODIFICATION DE L'ONGLE

++1 | d'un ou plusieurs doigts

++1 | d'un ou plusieurs orteils

++1 AVEC CARACTERISTIQUES CLINIQUES MYCOSIQUES

++3 | couleur

++3 | transparence

++3 | épaisseur

++3 | forme

++3 | consistance (mou, cassant, friable, etc.)

++3 | décollement, chute

++3 | progressant à partir de la partie distale de l'ongle

++3 | progressant à partir de la base de l'ongle

++1 AVEC PRÉLÈVEMENT POSITIF

++1 | levure

++1 | dermatophyte

+ – récidive

+ – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

C, D

VOIR AUSSI

ONGLE (ANOMALIE DE L')

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Cette dénomination permet d'inclure les mycoses de l'ongle, soit sur leur aspect clinique caractéristique, bien que non spécifique, mais que vient souvent confirmer l'épreuve thérapeutique, soit après prélèvement positif au laboratoire.

Critères d'inclusion

Après avoir précisé la localisation aux ongles des doigts ou aux ongles des orteils ou les deux,

– Soit par l'aspect clinique avec la nécessité de trois items au moins

– Soit par l'aspect clinique et un prélèvement positif à candida ou à dermatophyte.

– Il serait exceptionnel de n'avoir qu'un prélèvement positif sans modification clinique

Deux aspects caractéristiques se distinguent :

– l'atteinte des ongles des doigts, à partir de la base, de coloration blanchâtre en faveur d'une atteinte candidosique.

– l'atteinte des ongles des orteils, à partir de la partie distale, de coloration jaunâtre en faveur d'une atteinte dermatophytique.

Voir aussi

ONGLE (ANOMALIE DE L') : aspect de l'ongle non caractéristique d'une onychomycose

Position(s) diagnostique(s)

C : Caractéristiques uniquement cliniques.

D : Si prélèvement positif.

CORRESPONDANCE CIM – 10

B37.2 : Candidose de la peau et des ongles

B35.1 : Teigne de l'ongle

DÉFINITION

++++ LÉSION TRAUMATIQUE LOCALISÉE AUX ONGLES

++1 | hématome
 ++1 | décollement, chute
 ++1 | arrachement, plaie
 ++1 | autre (à préciser en commentaire)

++1 | des doigts

++1 | des orteils

+ – multiples

+ – récidive

+ – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

C

VOIR AUSSI

BLESSURES COMBINÉES LÉGÈRES

BLESSURES COMBINÉES SÉVÈRES

CONTUSION

FRACTURE

TUMÉFACTION

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

La définition permet d'inclure toutes les lésions traumatiques de l'ongle (mains ou pieds), à l'exclusion des lésions ayant une autre origine (déformation naturelle ou mycosique).

Critères d'inclusion

La lésion doit être obligatoirement d'origine traumatique

L'un au moins des critères d'inclusion doit être choisi (Hématome sous unguéal, décollement ou arrachement, plaie)

La localisation aux mains ou aux pieds doit être définie.

Compléments sémiologiques

Le complément « multiple » est à choisir si plusieurs ongles sont atteints.

Voir aussi

CONTUSION : exclut l'atteinte unguéale

TUMÉFACTION : d'origine non traumatique

BLESSURES COMBINÉES LÉGÈRES : à choisir si le traumatisme de l'ongle est associé à d'autres lésions traumatiques sur une autre partie du corps.

BLESSURES COMBINÉES SÉVÈRES : à choisir si le traumatisme de l'ongle est associé à d'autres lésions traumatiques sur une autre partie du corps.

FRACTURE : à choisir si fracture d'une phalange même si elle est associée à une lésion traumatique de l'ongle qui n'est alors qu'un signe d'accompagnement.

Position(s) diagnostique(s)

C

CORRESPONDANCE CIM – 10

S60.1 : Contusion de(s) doigt(s) avec lésion de l'ongle

S90.2 : Contusion d'un (des) orteil(s) avec lésion de l'ongle

DÉFINITION

++++ DÉVELOPPEMENT LATÉRAL DE L'ONGLE DANS LE REPLI UNGUÉAL

++1 | douleur

++1 | inflammation périunguéale

++1 | suppuration locale

++1 | bourgeon charnu (botryomycome)

+ – récursive

+ – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

C

VOIR AUSSI

ONGLE (ANOMALIE DE L')

ONGLE (TRAUMATISME)

ONGLE (ONYCHOMYCOSE)

PANARIS

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Cette définition permet d'inclure l'ongle incarné habituel, acquis.

Critères d'inclusion

L'atteinte du bourrelet cutané latéral doit s'accompagner d'une douleur, ou d'une inflammation voire suppuration.

Compléments sémiologiques

On notera la présence d'un granulome pyogénique développé sur le bourgeon (botryomycome).

Voir aussi

ONGLE (ANOMALIE DE L')

ONGLE (TRAUMATISME) : peut être associé

ONGLE (ONYCHOMYCOSE) : peut être associé

PANARIS

Position(s) diagnostique(s)

C

CORRESPONDANCE CIM – 10

L60.0: Ongle incarné

DÉFINITION

- ++++ DOULEUR INGUINO-SCROTALE (aiguë ou subaiguë)
 - ++1 | spontanée parfois très vive
 - ++1 | à la palpation
- ++++ LOCALISÉE
 - ++1 | au testicule
 - ++1 | à l'épididyme
- ++++ ABSENCE de NOTION de TRAUMATISME
- ++++ ABSENCE de SIGNES de TORSION TESTICULAIRE

- + – augmentation de volume des bourses
- + – fièvre
- + – scrotum enflammé
- + – troubles mictionnels
- + – urines troubles
- + – antécédents génito-urinaires
- + – confirmation échographique

- + – récursive

- + – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

C, D

VOIR AUSSI

CANCER
 CONTUSION
 CYSTITES – CYSTALGIE
 DOULEUR NON CARACTÉRISTIQUE
 DYSURIE
 HERNIE – ÉVENTRATION
 PYÉLONÉPHRITE AIGÜE
 TUMÉFACTION
 URÉTRITE

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

L'étude de la documentation montre l'ambiguïté du choix d'une bonne dénomination. S'il apparaît que l'épididymite est beaucoup plus fréquente que l'orchite, le « Garnier Delamare » indique à orchite « nom générique donné à toutes les inflammations du testicule, aiguë ou chronique s'accompagnant ordinairement d'épididymite ». De plus il est parfois cliniquement difficile de faire la part de l'atteinte respective de chaque élément anatomique.

Nous avons donc décidé de garder la dénomination orchi-épididymite.

Critères d'inclusion

La douleur est le critère « positif » obligatoire dont il faudra toutefois, et malgré la difficulté signalée en introduction, préciser le siège exact.

Les deux critères obligatoires « négatifs » permettent d'éliminer des tableaux cliniques nécessitant une prise de décision chirurgicale urgente comme par exemple les traumatismes testiculaires ou encore les torsions testiculaires.

Compléments sémiologiques

Ils permettent d'enrichir le tableau clinique et éventuellement d'orienter la recherche étiologique.

Position(s) diagnostique(s)

C : Devant le tableau clinique décrit.

D : En cas de confirmation anatomo-pathologique.

CORRESPONDANCE CIM – 10

N45.9 : Orchite, épididymite et épididymo-orchite, sans abcès

DÉFINITION

++++ TUMÉFACTION DU VOLUME D'UN GRAIN D'ORGE
++++ LOCALISÉE AU BORD LIBRE DE LA PAUPIÈRE
++++ DOULOUREUSE

++1 | ROUGE
++1 | SUPPURÉE

+ – récidive

+ – asymptomatique

POSITION(s) DIAGNOSTIQUE(s)

C, D

VOIR AUSSI

ABCÈS SUPERFICIEL
CHALAZION
CONJONCTIVITE
FURONCLE – ANTHRAX
TUMÉFACTION

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

C'est un furoncle du volume d'un grain d'orge centré sur un cil au bord de la paupière.

Critères d'inclusion

Ils définissent la lésion.

Position(s) diagnostique(s)

C : Devant le tableau clinique typique.

D : Si le germe en cause est identifié.

CORRESPONDANCE CIM – 10

H00.0 : Orgelet et autres inflammations profondes de la paupière

DÉFINITION

- ++++ ATTEINTE PÉRIARTICULAIRE
- ++++ DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT
- ++++ ABSENCE DE TRAUMATISME RÉCENT

- ++1 | DU RACHIS DORSAL (SCHEUERMANN)
 - ++2 | cyphose réductible
 - ++2 | douleur
 - ++2 | radiographie caractéristique (irrégularité des plateaux, encoches nucléaires intraspongieuses ou nodule de Schmorl, vertèbres cunéiformes)
- ++1 | DE LA TUBÉROSITÉ TIBIALE ANTÉRIEURE (OSGOOD-SCHLATTER)
 - ++2 | douleur majorée par l'effort
 - ++2 | douleur à la pression
 - ++2 | inflammation locale
 - ++2 | radiographie caractéristique (irrégularité de la tubérosité tibiale antérieure)
- ++1 | DU CALCANEUM (SEVER)
 - ++1 | talalgie à la marche
 - ++1 | douleur à la pression
 - ++1 | radiographie caractéristique (densification du noyau apophysaire et irrégularité de la séparation du corps du calcaneum)
- ++1 | AUTRES ATTEINTES
 - ++1 | tête fémorale (LEGG-PERTHES-CALVÉ)
 - ++1 | pointe de la rotule (SINDING LARSEN JOHASSEN)
 - ++1 | deuxième métatarsien (FREIBERG)
 - ++1 | scaphoïde tarsien (KÖHLER-MOUCHET)
 - ++1 | autre (à préciser en commentaire)

- + – hyperalgique
- + – bilatérale

- + – récidive

- + – asymptomatique

RISQUE(s)

CANCER

POSITION(s) DIAGNOSTIQUE(s)

B

VOIR AUSSI

ANOMALIE POSTURALE
 ARTHROPATHIE PÉRIARTHROPATHIE
 CERVICALGIE
 DORSALGIE
 ÉPICONDYLITE
 LOMBALGIE
 TARSALGIE – MÉTATARSALGIE
 TÉNOSYNOVITE

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

C'est une maladie de l'enfant de 4 à 16 ans touchant les apophyses, les épiphyses ou la région adjacente métaphysaire. L'origine est le plus souvent microtraumatique et entraîne une ostéonécrose aseptique. La plupart du temps bénigne, elle peut avoir des conséquences fonctionnelles dans les cas d'ostéochondrite disséquante, d'atteinte de l'épiphyse fémorale et de maladie de Scheuermann.

Critères d'inclusion

Il s'agit d'une atteinte périarticulaire de l'enfant ou de l'adolescent en l'absence de traumatisme récent.

Trois tableaux ont été isolés en raison de leurs fréquences, Scheuermann, Osgood-Schlatter et Sever, un quatrième dresse une liste non exhaustive des autres atteintes possibles.

En cas de doute, le RC sera classé à ARTHROPATHIE PÉRIARTHROPATHIE, ou en fonction de la localisation dans les RC cités dans les VOIR AUSSI

Compléments sémiologiques

Ils précisent si la douleur est très importante, mais aussi la localisation bilatérale éventuelle.

Risques

Il faut penser au cancer devant une douleur osseuse pouvant prendre un caractère inflammatoire. À plus long terme l'arthrose peut être la conséquence d'une mauvaise prise en charge.

Voir Aussi

Ce sont les atteintes articulaires isolées en raison de leur fréquence.

Position(s) diagnostique(s)

B

CORRESPONDANCE CIM – 10

M92.9 : Ostéochondrite juvénile, sans précision (code par défaut) selon la localisation :

M42.0 : Ostéochondrite vertébrale juvénile

M91.1 : Ostéochondrite juvénile de la tête du fémur [Legg-Calvé-Perthes]

M92.4 : Ostéochondrite juvénile de la rotule

M92.5 : Ostéochondrite juvénile du tibia et du péroné

M92.6 : Ostéochondrite juvénile du tarse

M92.7 : Ostéochondrite juvénile du métatarse

M92.8 : Autres ostéochondrites juvéniles précisées

DÉFINITION

- ++1 | DIMINUTION DE LA DENSITÉ OSSEUSE À L'IMAGERIE
 - ++1 | radiographie
 - ++1 | tomodensitométrie
 - ++1 | absorptiométrie
- ++1 | FRACTURE POUR UN TRAUMATISME MINIME (préciser la localisation en commentaire)
- ++++ BILAN BIOLOGIQUE NORMAL (NF, VS, CA, P, PHOSPHATASES)
 - + – autre fracture
 - + – douleurs osseuses (surtout dorsales)
 - + – facteurs favorisant (ménopause, dénutrition, immobilisation, antécédents familiaux, médicaments, insuffisance rénale)
 - + – diminution de la taille
 - + – déformation : cyphose dorsale accentuée
 - + – impotence
 - + – hypercalciurie
- + – il peut s'agir d'une réaction iatrogène
- + – asymptomatique

RISQUE(s)

CANCER, en particulier localisations métastatiques

POSITION(s) DIAGNOSTIQUE(s)

C

VOIR AUSSI

ARTHROSE
CANCER
DORSALGIE
DOULEUR NON CARACTÉRISTIQUE
EXAMEN SYSTÉMATIQUE ET PRÉVENTION
FRACTURE
LOMBALGIE

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Du grec *ostéon*, os et *poros*, pore. En langage courant, décalcification, déminéralisation.

La présente définition sert à inclure les cas d'ostéoporose confirmée (type I, type II ou secondaire), avec ou sans fracture.

Elle n'inclut pas les cas de patientes à risque (ostéoporose détectée par exemple à la ménopause par une absorptiométrie bi-photonique systématique sans anomalie de la trame osseuse ni fracture).

Critères d'inclusion

Deux critères d'inclusion, qui peuvent être associés :

- la modification de la trame osseuse à l'imagerie, associée à un bilan biologique sans anomalie (VS et calcémie en particulier) suffit à choisir le cas,
- une fracture survenant pour un traumatisme minime.

Dans l'un ou l'autre cas, le bilan biologique doit toujours être normal (en particulier VS, calcémie, phosphorémie, phosphatases alcalines et numération formule sanguine).

Compléments sémiologiques

Ils permettent de préciser l'existence de facteurs favorisant, de douleurs associées, en particulier dorsales.

La diminution de la taille (stature = hauteur) semble être un signe fréquent et intéressant à rechercher.

Permet de noter une éventuelle hypercalciurie.

Les facteurs favorisant (ménopause, dénutrition, immobilisation, médicaments, insuffisance rénale) seront classés au résultat de consultation correspondant.

Voir aussi

FRACTURE : la constatation d'une fracture autre qu'un tassement vertébral non traumatique (type Pouteau-Colles ou du col du fémur par exemple) et d'un critère obligatoire d'ostéoporose devra faire noter les deux résultats de consultation OSTÉOPOROSE et FRACTURE.

EXAMEN SYSTÉMATIQUE ET PRÉVENTION : inclut les femmes traitées pour un risque particulier (ici diminution de la densité osseuse à l'ODM, sans anomalie de la trame osseuse ni fracture à la ménopause).

Position(s) diagnostique(s)

C

CORRESPONDANCE CIM – 10

M81.8 : Autres ostéoporoses (code par défaut)

M80.9 : Ostéoporose avec fracture pathologique, sans précision

DÉFINITION

++++ DOULEUR DE L'OREILLE
 ++++ OTOSCOPIE NORMALE
 ++++ EXAMEN NORMAL DU PAVILLON

+ – hypoacousie
 + – bilatérale

+ – récidive

+ – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

A

VOIR AUSSI

ANGINE (AMYGDALITE – PHARYNGITE)
 CANCER
 CERVICALGIE
 CONTUSION
 DENT (PATHOLOGIE DE LA)
 DOULEUR NON CARACTÉRISTIQUE
 NÉVRALGIE – NÉVRITE
 OTITE EXTERNE
 OTITE MOYENNE
 PHLEGMON DE L'AMYGDALE
 TYMPAN (PERFORATION TRAUMATIQUE)

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

L'otalgie (ou otodynne) désigne toute douleur siégeant au niveau de l'oreille. Il s'agit d'un symptôme retrouvé dans de nombreux tableaux de maladie. Le résultat de consultation « OTALGIE » est réservé à l'inclusion des cas où, ni l'interrogatoire, ni l'examen clinique ne permettent de rattacher les douleurs auriculaires à un tableau clinique plus complet.

Compléments sémiologiques

Permet de signifier la bilatéralité de la symptomatologie.

Risque à prendre en compte : l'otalgie de l'adulte avec tympan normal et sans hypoacousie est un signe d'alarme.

Voir aussi

Regroupent des syndromes ou des maladies pouvant s'accompagner d'otalgies.

Position(s) diagnostique(s)

A : C'est toujours un symptôme isolé.

CORRESPONDANCE CIM – 10

H92.0 : Ootalgie

DÉFINITION

++++ MODIFICATION(s) du CONDUIT AUDITIF EXTERNE

- + + 1 | œdème (pouvant gêner l'examen du tympan)
- + + 1 | rougeur

- + – otalgie unilatérale parfois violente
- + – douleur à la traction du pavillon
- + – douleur à la pression du tragus
- + – sensation d'oreille bouchée
- + – otorrhée parfois fétide
- + – fièvre
- + – notion d'irritation du conduit (grattage, macération, saignement, etc.)
- + – récursive
- + – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

C

VOIR AUSSI

CÉRUMEN
ECZÉMA
FURONCLE – ANTHRAX
OTALGIE
OTITE MOYENNE
PRURIT LOCALISÉ

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

L'otite externe est une affection inflammatoire du conduit auditif externe.

Critères d'inclusion

Ils permettent d'inclure les signes inflammatoires découverts par l'examen clinique.

Compléments sémiologiques

La douleur unilatérale parfois très intense est très souvent à l'origine du recours.

En cas d'otorrhée associée, l'examen du tympan n'est pas toujours possible.

Voir aussi

La distinction avec l'ECZÉMA du conduit n'est pas toujours facile à faire en cas de surinfection.

Le FURONCLE est aussi une difficulté mais il s'en distingue par l'intensité de la douleur et l'importance de l'œdème.

Position(s) diagnostique(s)

C : Devant le tableau clinique caractéristique.

CORRESPONDANCE CIM – 10

H60.9 : Otite externe, sans précision

DÉFINITION

- ++++ TYMPAN(S) MODIFIÉ(S)
- ++1 | rouge vif
 - ++1 | rosé ou ambré
 - ++1 | mat ou blanchâtre
 - ++1 | bombé (partiellement ou totalement)
 - ++1 | rétracté
 - ++1 | phlycténulaire ou phlycténulo-hémorragique
 - ++1 | épaissi
 - ++1 | niveaux liquides (ou bulles hydroaériques)
 - ++1 | perforation spontanée ou après paracentèse (exclus les traumatismes récents)
 - ++1 | autre (à préciser en commentaire)
- + – droite
- + – gauche
- + – fièvre (ou sensation de fièvre)
- + – otalgie
- + – otorrhée ou otorragie
- + – hypoacousie
- + – résultats d'impédancimétrie
- + – récurrence
- + – asymptomatique

RISQUE(s)

MASTOÏDITE
MÉNINGITE

POSITION(s) DIAGNOSTIQUE(s)

C, D

VOIR AUSSI

CÉRUMEN
ÉTAT FÉBRILE
ÉTAT MORBIDE AFÉBRILE
OTALGIE
OTITE EXTERNE
RHINOPHARYNGITE – RHUME
SURDITÉ
TYMPAN (PERFORATION TRAUMATIQUE)

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Ce résultat de consultation permet d'inclure les principales pathologies infectieuses, aiguës ou chroniques de l'oreille moyenne.

Critères d'inclusion

Les divers aspects du tympan modifié par l'infection aiguë ou chronique peuvent être relevés, voire révisés, en fonction de l'évolution de la symptomatologie. À noter que la perforation doit être spontanée ou secondaire à la pratique d'une paracentèse. Elle exclut donc les perforations traumatiques (cf. TYMPAN (PERFORATION TRAUMATIQUE)).

Compléments sémiologiques

Les compléments sémiologiques servent à noter les divers signes locaux ou généraux associés et considérés par le médecin comme secondaires à l'otite sans avoir besoin de recourir à un autre résultat de consultation.

Le critère + – récurrence, s'applique aux formes aiguës récurrentes ou aux formes chroniques dont on constate une reprise des symptômes.

Voir aussi

Ce sont les autres pathologies pouvant affecter l'oreille moyenne mais où l'atteinte du tympan ne domine pas le tableau (exemple ÉTAT FÉBRILE ou ÉTAT MORBIDE AFÉBRILE au cours desquels la constatation de tympan légèrement rouges ne permet pas de relever OTITE MOYENNE).

Si l'origine de la perforation est traumatique, il faut choisir cette dénomination : TYMPAN (PERFORATION TRAUMATIQUE).

Position(s) diagnostique(s)

C : En cas de tableau de maladie.

D : En cas de diagnostic certifié.

CORRESPONDANCE CIM – 10

H66.9 : Otite moyenne, sans précision (code par défaut)

H72.9 : Perforation du tympan, sans précision

DÉFINITION

- ++++ SENSATION PÉNIBLE INTRATHORACIQUE
 - ++1 | de palpitations
 - ++1 | de sensation d'irrégularité des battements du cœur

- ++++ SANS TROUBLE du RYTHME CONSTATÉ
 - ++1 | à l'examen clinique
 - ++1 | à l'ECG (normal)
 - ++1 | à l'examen Holter (normal)

- + – apparaissant au repos
- + – apparaissant à l'effort
- + – apparaissant après une émotion
- + – arrêt brutal

- + – récidive

- + – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

A

VOIR AUSSI

ACCÈS ET CRISE
 ANXIÉTÉ – ANGOISSE
 FIBRILLATION – FLUTTER AURICULAIRE
 NERVOSISME
 PRÉCORDIALGIE
 RÉACTION À SITUATION ÉPROUVANTE
 TACHYCARDIE PAROXYSTIQUE
 TROUBLE DU RYTHME (AUTRE)

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Ce résultat de consultation permet d'inclure les plaintes telles « J'ai des coups dans la poitrine », « J'ai le cœur qui bondit », « J'ai le cœur qui bat la chamade », « J'ai le cœur qui frémit », etc. alors que tous les moyens diagnostiques (cliniques ou paracliniques) mis en œuvre par le médecin lors de la séance ne retrouvent aucune anomalie.

Critères d'inclusion

Permettent de caractériser le type de « malaise » ressenti par le patient et de noter quels examens ont été réalisés pour essayer d'expliquer les troubles.

À noter que ces examens doivent être parfaitement normaux sinon se reporter aux résultats de consultation de la rubrique VOIR AUSSI et aux DÉNOMINATIONS HORS LISTE.

Compléments sémiologiques

Permettent d'enrichir le tableau décrit par le patient.

Position(s) diagnostique(s)

A

CORRESPONDANCE CIM – 10

R00.2 : Palpitations

DÉFINITION

++++ INFECTION DES DOIGTS OU DES ORTEILS
++++ PROVOQUÉE PAR UNE EFFRACTION CUTANÉE

++1 | INFLAMMATION infra ou sous-cutanée
++1 | ÉVOLUTION vers la FONTE PURULENTE

+ – tournoie
+ – lymphangite
+ – adénopathie satellite

+ – récurrence

+ – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

C, D

VOIR AUSSI

ABCÈS SUPERFICIEL
ENGELURE
HERPÈS
ONGLE (PATHOLOGIE DE L')

ARGUMENTAIRE**Critères d'inclusion**

Ce résultat de consultation décrit une atteinte infectieuse des doigts (ou des orteils) se différenciant du furoncle par le fait qu'il y a une effraction cutanée identifiable à l'origine du phénomène infectieux.

L'inflammation se caractérise par une douleur, une rougeur et une chaleur.

Position(s) diagnostique(s)

C : Devant le tableau clinique classique.

D : En cas de confirmation bactériologique.

CORRESPONDANCE CIM – 10

L03.0 : Phlegmon des doigts et des orteils

DÉFINITION

++1 | NÉMATHÉLMINTHES

- ++1 | oxyurose
- ++1 | ascarirose
- ++1 | trichocéphalose
- ++1 | ankylostomose
- ++1 | anguillulose
- ++1 | trichinose

++1 | PLATHÉLMINTHES

- ++1 | téniasis (*T. saginata* et *T. solium*)
- ++1 | téniasis autre (*Hymenolepis nana*)
- ++1 | hydatidose (*Échinococcose* hydatique)
- ++1 | distomatose
- ++1 | bilharziose intestinale

++1 | PROTOZOAIRES

- ++1 | amibiase
- ++1 | giardiase (*Lambliia intestinalis*)
- ++1 | trichomonases

+ – récidive

+ – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

D

VOIR AUSSI

AMAIGRISSEMENT
 APPÉTIT (PERTE D')
 ASTHÉNIE – FATIGUE
 COLIQUE (SYNDROME)
 DIARRHÉE (ISOLÉE, NON INFECTIEUSE)
 DIARRHÉE – NAUSÉE – VOMISSEMENT
 PLAINTÉ ABDOMINALE
 PRURIT GÉNÉRALISÉ

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Ce résultat de consultation permet d'inclure tous les cas de parasitoses digestives, tant autochtones qu'exotiques. Il s'agit aussi bien des parasitoses à manifestations digestives que celles contractées par voie digestive. Plusieurs parasitoses peuvent être éventuellement associées.

Critères d'inclusion

Une (ou plusieurs) parasitose(s) pourra être « cochée(s) » à condition qu'il y ait une certitude diagnostique (position « D » obligatoire pour inclure).

Position(s) diagnostique(s)

D : La certitude diagnostique est obligatoire pour choisir ce résultat de consultation.

CORRESPONDANCE CIM – 10

- A06.9 : Amibiase, sans précision
- A07.1 : Giardiase [lambliaise]
- A07.8 : Autres maladies intestinales précisées, à protozoaires
- B65.1 : Schistosomiase due à *Schistosoma mansoni* [schistosomiase intestinale]
- B66.9 : Infection par douves, sans précision
- B67.9 : Infections à *Echinococcus*, autres et sans précision
- B68.9 : Infection à *Tænia*, sans précision
- B75 : Trichinose
- B76.0 : Ankylostomose
- B77 : Ascarirose
- B78.0 : Anguillulose intestinale
- B79 : Infection à *Trichuris trichiuria*
- B80 : Oxyurose

DÉFINITION

++++ SENSATION PÉNIBLE des EXTRÉMITÉS

- + + 1 | engourdissement
- + + 1 | fourmillement
- + + 1 | picotement
- + + 1 | chaleur
- + + 1 | froid

+ + 1 | AFFECTANT LE MEMBRE SUPÉRIEUR

+ + 1 | AFFECTANT LE MEMBRE INFÉRIEUR

- + – bilatérale
- + – nocturne
- + – soulagée par des moyens simples (secouer les mains, remuer ou frotter les doigts, etc.)
- + – favorisée par le travail répétitif (impliquant par exemple une crispation de la main sur un outil ou un objet)
- + – récidive
- + – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

A

VOIR AUSSI

ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL
CANAL CARPIEN
DOULEUR NON CARACTÉRISTIQUE
ÉPICONDYLITE
JAMBES LOURDES
NÉVRALGIE – NÉVRITE
SCIATIQUE
SYNDROME DE RAYNAUD

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Ce résultat de consultation permet d'inclure des plaintes comme « J'ai des fourmis dans les jambes, dans les bras, etc. ».

Position(s) diagnostique(s)

A: En cas de symptôme.

CORRESPONDANCE CIM – 10

R20.2: Paresthésie des membres

DÉFINITION

- ++2 | TREMBLEMENT de repos, lent régulier
 - ++1 | majoré par la fatigue, l'émotion
 - ++1 | diminué par le mouvement
 - ++1 | prédominant aux membres supérieurs
 - ++1 | disparaissant pendant le sommeil
- ++2 | AKINÉSIE (perte des mouvements automatiques)
 - ++1 | absence de balancement des bras à la marche
 - ++1 | rareté du geste
 - ++1 | difficulté de mise en route
 - ++1 | rareté du clignement palpébral
- ++2 | HYPERTONIE
 - ++1 | rigidité plastique
 - ++1 | attitude générale en flexion
 - ++1 | phénomène de la roue dentée

- + – secondaire (médicament,...)
- + – douleurs, paresthésies diffuses
- + – troubles du caractère/affectivité
- + – troubles vasomoteurs, hypotension, hypersialorrhée, etc.

- + – récidive

- + – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

B, C

VOIR AUSSI

ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL
 DÉMENCE
 DÉPRESSION
 HUMEUR DÉPRESSIVE
 SÉNILITÉ (SUJET ÂGÉ FRAGILE)
 TREMBLEMENT

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Cette définition purement clinique permet d'inclure :

- la maladie de Parkinson dans sa forme complète typique,
- la maladie de Parkinson dans ses formes incomplètes ou atypiques (formes de début),
- les divers syndromes extrapyramidaux.

Critères d'inclusion

Sur les trois principaux critères, tremblement, akinésies et hypertonie, deux au moins sont nécessaires pour classer le cas sous cette dénomination.

Compléments sémiologiques

Ils complètent la sémiologie et peuvent constituer un argument supplémentaire dans le choix de cette dénomination.

L'item « secondaire (médicament...) » est destiné à relever les syndromes parkinsoniens secondaires par exemple à un médicament ou à d'autres agents externes.

Voir aussi

La discrimination avec certains résultats de consultation à symptomatologie intriquée et présentant des phénomènes extrapyramidaux spontanés ou induits par la thérapeutique est parfois difficile à faire.

L'item « secondaire » (médicament...) est destiné à relever les syndromes parkinsoniens secondaires par exemple à un médicament ou à d'autres agents externes.

Position(s) diagnostique(s)

B : Devant un syndrome extrapyramidal de type parkinsonien.

C : Devant le tableau typique de Maladie de Parkinson.

CORRESPONDANCE CIM – 10

G20 : Maladie de Parkinson

G25.9 : Syndrome extrapyramidal et trouble de la motricité, sans précision

DÉFINITION

- ++++ TUMÉFACTION SAILLANTE ET ROUGE
 - ++++ du pilier antérieur de l'amygdale
 - + – de l'amygdale

- ++++ AVEC UNE DOULEUR AIGUË DE LA RÉGION AMYGDALIENNE
 - ++++ spontanée
 - ++++ majorée par la déglutition

- ++++ DE LOCALISATION UNILATÉRALE
 - + – trismus
 - + – altération de l'état général
 - + – fièvre
 - + – isolement d'un agent responsable

- + – récurrence

- + – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

C, D

VOIR AUSSI

ANGINE (AMYGDALITE – PHARYNGITE)
 ANXIÉTÉ – ANGOISSE
 CANCER
 DOULEUR NON CARACTÉRISTIQUE
 ENROUEMENT
 RHINOPHARYNGITE – RHUME

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Cette définition permet de décrire le phlegmon peri-amygdalien, qui peut être la complication d'une angine.

Critères d'inclusion

Au nombre de trois : le caractère unilatéral, la tuméfaction saillante du pilier de l'amygdale, s'accompagnant d'une douleur intense.

Compléments sémiologiques

L'altération de l'état général, la fièvre et localement le trismus.
 L'éventuel isolement de l'agent microbien responsable.

Voir aussi

ANGINE (AMYGDALITE-PHARYNGITE)
 ANXIÉTÉ – ANGOISSE
 CANCER
 DOULEUR NON CARACTÉRISTIQUE
 ENROUEMENT
 RHINOPHARYNGITE – RHUME

Position(s) diagnostique(s)

C

D : Si isolement de l'agent microbien responsable

CORRESPONDANCE CIM – 10

J36 : Angine phlegmoneuse (Abscess de l'amygdale, Phlegmon périamygdalien)

Utiliser au besoin un code supplémentaire (B95-B97 pour identifier l'agent infectieux)

DÉFINITION**++++ CRAINTE IRRATIONNÉE SURVENANT**

- ++1 | dans un lieu spécifique
- ++1 | pour une situation particulière
- ++1 | en présence de personne(s) particulière(s)
- ++1 | en présence d'objet(s) particulier(s)
- ++1 | en présence d'animal(aux) particulier(s)

+++++ AVEC CONDUITE CONTRAPHOBIQUE

- ++1 | par l'évitement
- ++1 | par l'utilisation d'objet(s)
- ++1 | par le recours à l'alcool, à des médicaments, etc.
- ++1 | par des gestes ou des comportements stéréotypés

+ – retentissement

- ++1 | familial
- ++1 | socioprofessionnel
- ++1 | modéré
- ++1 | sévère

+ – panique**+ – récidive****+ – asymptomatique****POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)**

C

VOIR AUSSI

ACCÈS ET CRISE
 ALCOOL (PROBLÈME AVEC L')
 ANXIÉTÉ – ANGOISSE
 DÉPRESSION
 HUMEUR DÉPRESSIVE
 MALAISE – ÉVANOUISSEMENT
 POLLAKIURIE
 PSYCHIQUE (TROUBLE)
 RÉACTION À SITUATION ÉPROUVANTE
 TOXICOMANIE
 TRAC

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Cette dénomination permet d'inclure tous les cas de phobies (agoraphobie, phobie sociale, phobie simple).

Les symptômes, éventuellement associés et souvent décrits par les patients (sensations vertigineuses, paresthésies, lipothymie, etc.) ne font pas partie de la définition. Ils pourront être, soit simplement relevés en commentaire si le médecin les relie à la phobie, soit relevés parallèlement par les résultats de consultation appropriés, si le médecin les prend séparément en charge.

Critères d'inclusion

Il s'agit d'une crainte (peur irrationnelle) survenant dans un contexte particulier et obligatoirement associée à une conduite dite contraphobique. C'est l'aspect non fondé de la crainte et cette conduite pour l'éviter ou la diminuer qui font la phobie.

Compléments sémiologiques

Le retentissement socioprofessionnel de la phobie sera, s'il existe, classé en léger, moyen ou sévère. Ceci a un intérêt opératoire évident pour la prise en charge du patient par le médecin et permet d'avoir une idée plus fine de la gravité du trouble.

Voir aussi

ACCÈS ET CRISE et MALAISE – ÉVANOUISSEMENT : la symptomatologie clinique est au premier plan, l'objet de la crainte est « masqué » par cette symptomatologie.

ANXIÉTÉ-ANGOISSE peut être relevé parallèlement à PHOBIE notamment dans le cas des attaques de panique.

TRAC diffère de PHOBIE en deux points : l'intensité moindre de la crainte et l'absence de conduite contraphobique.

Position(s) diagnostique(s)

C : Dans tous les cas.

CORRESPONDANCE CIM – 10

F40.9 : Troubles anxieux phobiques (code par défaut)

F40.0 : Agoraphobie

F40.1 : Phobies sociales

F40.2 : Phobies spécifiques isolées

DÉFINITION

- ++++ TROUBLE DE LA STATIQUE DU PIED
 ++++ SANS LIEN AVEC UNE MALADIE IDENTIFIÉE (SPA, PR, Hémiplegie, etc.)
- ++1 | MALPOSITION DU PIED DU NOURRISSON RÉDUCTIBLE
 ++1 | PIED BOT (dont la forme exacte sera à préciser en commentaire)
 ++1 | PIED CREUX (diminution de l'assise plantaire dont le degré pourra être précisé en commentaire)
 ++1 | PIED PLAT (augmentation de l'assise plantaire dont le degré pourra être précisé en commentaire)
 ++1 | AUTRE (à préciser en commentaire)
- + – acquis
 + – bilatéral
 + – douleurs
 + – non réductible
 + – usure précoce et/ou anormale des chaussures
 + – contrôle radiologique
- + – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

D

VOIR AUSSI

ANOMALIE POSTURALE
 ARTHROPATHIE – PÉRIARTHROPATHIE
 ARTHROSE
 COR – DURILLON
 DOULEUR NON CARACTÉRISTIQUE
 HALLUX VALGUS
 TARSALGIE – MÉTATARSALGIE
 TÉNOSYNOVITE

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Relève les anomalies statiques des pieds le plus fréquemment prises en charge par le médecin généraliste dans sa pratique quotidienne, qu'il s'agisse d'anomalies congénitales ou acquises.

Critères d'inclusion

Malpositions du pied du nourrisson : il s'agit des malpositions simples, souvent signalées par la mère lors des examens systématiques du nourrisson. La déviation du pied est totalement réductible et généralement sanctionnée par un traitement fonctionnel (kinésithérapie, plâtre). Elles regroupent le classique MÉTATARSUS VARUS mais aussi les PIED VALGUS, PIED TALUS VALGUS, PIED SUPINATUS.

Pied bot : le type sera précisé en commentaire en sachant que le plus fréquent est le PIED BOT VARUS ÉQUIN.

Pied creux : il s'agit d'une exagération de la concavité de la voûte plantaire ou cavus, liée au rapprochement de l'appui antérieur et de l'appui postérieur.

Compléments sémiologiques

Non réductible : cet item permet de souligner la gravité de l'anomalie.

Acquis : le choix de ce critère précise qu'il ne s'agit pas d'une affection congénitale et modifiera de ce fait la correspondance CIM-10.

Position(s) diagnostique(s)

D

CORRESPONDANCE CIM – 10

- M21.97 : Déformation de la cheville et du pied sans précision (code par défaut)
 M21.4 : Pied plat acquis et sans précision
 M21.5 : Pied bot ou en griffe acquis
 M21.97 : Déformation de la cheville et du pied sans précision
 Q66.5 : Pied plat congénital
 Q66.7 : Pied creux congénital et sans précision
 Q66.9 : Anomalie morphologique congénitale du pied, sans précision

DÉFINITION

++++ DERMITE SUPERFICIELLE INTERDIGITALE

- ++1 | érythème rouge vif
- ++1 | fond blanc nacré
- ++1 | fissure(s)
- ++1 | vésicule(s)
- ++1 | squame(s)

+ – extension plante du pied, avant-pied

+ – prurit

+ – phénomènes de macération

+ – identification mycologique

- ++1 dermatophyte
- ++1 candida

+ – récidive

+ – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

C, D

VOIR AUSSI

DERMATOSE

DERMATOPHYTOSE

INTERTRIGO

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Ce résultat de consultation permet d'inclure les localisations particulières d'intertrigo des orteils sans présager de leurs étiologies (dermatophytique ou candidosique, plus rare).

Critères d'inclusion

Ils permettent de décrire les caractères sémiologiques discriminants de cette affection.

Compléments sémiologiques

Ils permettent d'enrichir le tableau clinique et de noter les éventuelles complications.

Position(s) diagnostique(s)

C : Devant le tableau clinique, mais en l'absence de confirmation bactériologique.

D : Avec une confirmation mycologique.

Voir aussi

INTERTRIGO : pour les localisations autres que les orteils

DERMATOPHYTOSE : n'inclut pas la localisation aux pieds

DERMATOSE : aspect non caractéristique.

CORRESPONDANCE CIM – 10

B35.3 : Teigne du pied (code par défaut)

B37.2 : Candidose de la peau et des ongles

DÉFINITION

++++ LÉSION CUTANÉE ou MUQUEUSE

++1 | érythème

++1 | œdème

++1 | ulcération

++1 | vésicule

++1 | papule

++1 | autre (à préciser en commentaire)

++++ par PIQÛRE ou CONTACT

++1 | animal non identifié par le malade ou le médecin

++1 | guêpe, abeille, frelon, moustique, fourmi, taon, etc.

++1 | poux

++1 | tique

++1 | aoûtats

++1 | autres

+ - multiple

+ - douleur

+ - prurit

+ - lésion de grattage

+ - adénopathie

+ - fièvre

+ - récurrence

+ - asymptomatique

RISQUE(s)

CHOC ANAPHYLACTIQUE

POSITION(s) DIAGNOSTIQUE(s)

C, D

VOIR AUSSI

DERMATOSE

GALE

MORSURE – GRIFFURE

CEDÈME DE QUINCKE – URTICAIRE GÉANTE

CEDÈME DES MEMBRES INFÉRIEURS

PLAIE

URTICAIRE

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Seront classées sous cette dénomination toutes les lésions cutanées et/ou muqueuses secondaires à une piqûre d'insecte venimeux ou non venimeux.

Critères d'inclusion

Choisir le critère « Animal non identifié par le malade ou le médecin » si nécessaire.

Compléments sémiologiques

« Douleur », « prurit », « lésion de grattage », « adénopathie » permettront d'enrichir la description des lésions.

Mais les réactions générales autres que la fièvre (choc anaphylactique, urticaire, etc.) ainsi que les maladies systémiques (ex : Maladie de Lyme) seront notées à part.

Position(s) diagnostique(s)

C : Si l'animal n'est pas formellement identifié.

D : Si l'animal est parfaitement identifié. (Tique encore en place par ex.).

Voir aussi

CEDEME DE QUINCKE - URTICAIRE GÉANTE : à choisir en plus en cas de réaction de ce type après une piqûre d'insecte

CORRESPONDANCE CIM – 10

T00.9 : Piqûres multiples (code par défaut)

B85.2 : Pédiculose, sans précision

B88.0 : Piqûres d'aoûtats

B88.2 : Piqûres de tiques

T63.4 : Piqûre d'insectes venimeux

T14.0 : Lésion traumatique superficielle d'une partie du corps non précisée

B85.2 : Pédiculose, sans précision

B88.0 : Autres acariases

B88.2 : Autres infestations par arthropodes (Scarabiase)

T00.9 : Lésions traumatiques superficielles multiples, sans précision

T63.4 : Piqûre ou morsure d'insecte venimeux

DÉFINITION

++++ TACHES LENTICULAIRES LOCALISÉES au TRONC

+2 | érythémateuses

+2 | à centre gaufré, décoloré

+2 | avec desquamation en périphérie

++++ SUCCÉDANT à un MÉDAILLON INITIAL

+ – prurit

+ – récurrence

+ – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

C

VOIR AUSSI

DERMATOSE

DERMATOPHYTOSE

ECZÉMA

PITYRIASIS VERSICOLOR

PRURIT LOCALISÉ

PSORIASIS

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Dermatose d'origine inconnue, décrite par GIBERT.

Critères d'inclusion

Il est indispensable que coexistent la lésion initiale, habituellement thoraco-abdominale, avec les autres taches lenticulaires. Si le malade est vu à un stade précoce et ne présentant que la plaque initiale, il faudra alors choisir le résultat de consultation « DERMATOSE » qui pourra être révisé secondairement.

Compléments sémiologiques

Le prurit peut exister mais il est rarement intense.

Position(s) diagnostique(s)

C : Devant le tableau typique.

CORRESPONDANCE CIM – 10

L42 : Pityriasis rosé de Gibert

DÉFINITION

- ++1 | ÉLÉMENTS MACULAIRES JAUNÂTRES BRUNS
- ++1 | TACHES HYPOCHROMIQUES/ACHROMIQUES
(rosées si hypochromiques)
- ++++ ABSENCE D'ATTEINTE DES PAUMES DES MAINS
ET DES PLANTES DES PIEDS
- + – squames molles au grattage « signe du copeau »
- + – prédominance sur le tronc
- + – prurit
- + – confluence en nappes
- + – récurrence
- + – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

C

VOIR AUSSI

DERMATOSE
 DERMATOPHYTOSE
 ECZÉMA
 PITYRIASIS ROSÉ DE GIBERT
 PRURIT GÉNÉRALISÉ
 PRURIT LOCALISÉ
 PSORIASIS

ARGUMENTAIRE**Compléments sémiologiques**

Le signe du copeau pathognomonique mais non nécessaire au diagnostic est ainsi classé dans les compléments sémiologiques.

Position(s) diagnostique(s)

C : Devant le tableau caractéristique.

CORRESPONDANCE CIM – 10

B36.0 : Pityriasis versicolor

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, hématome, contusion, fracture, lésion tendineuse ou articulaire)**++++ TRAUMATISME CAUSAL IDENTIFIÉ**

- + + 1 | agent piquant
- + + 1 | agent coupant
- + + 1 | chute
- + + 1 | coup ou choc
- + + 1 | autre (à préciser en commentaire)

- + – multiple
- + – souillée
- + – surinfection

- + – récidive

- + – 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 (TRAUMATISME)
PIQÛRE D'INSECTE
POST-PARTUM (COMPLICATION)
SUITE OPÉRATOIRE
ULCÈRE DE JAMBE

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 : Plaie ouverte d'une partie du corps non précisée (code par défaut)

T01.9 : Plaies ouvertes multiples, sans précision

DÉFINITION

- ++++ DOULEUR ou PLAINTÉ de la RÉGION ABDOMINALE
 ++1 | spontanée
 ++1 | retrouvée à la palpation
 ++++ ABSENCE DE SIGNE D'EXAMEN CARACTÉRISTIQUE D'UN AUTRE RC
- + – douleurs permanentes
 + – douleurs survenant par crises
- + – digestion difficile
 + – tendance à la diarrhée
 + – tendance à la constipation
 + – alternance diarrhée et constipation
 + – ballonnements
 + – flatulences
 + – crampes
- + – diurne
 + – nocturne
- + – localisation
 ++11 fosse iliaque droite
 ++11 fosse iliaque gauche
 ++11 hypochondre droit
 ++11 hypochondre gauche
 ++11 diffuse à l'ensemble de l'abdomen
- + – irradiations (à préciser en commentaire)
- + – fébricule
- + – favorisée par la prise de certains médicaments (à préciser en commentaires)
 + – favorisée par la prise de certains aliments (à préciser en commentaires)
- + – examen après disparition des symptômes
- + – récidive
- + – asymptomatique

RISQUE(s)

AFFÉCTIONS CARDIOVASCULAIRES (CORONARIENNES)
 AFFÉCTIONS THORACIQUES (PLEURO PULMONAIRES OU MÉDIASTINALE)
 APPENDICITE AIGUÉ
 CANCERS, LYMPHOME
 LOCALISATIONS SUPPURÉES

POSITION(s) DIAGNOSTIQUE(s)

A

VOIR AUSSI

ABDOMEN DOULOUREUX AIGU	ÉTAT MORBIDE AFÉBRILE
ANXIÉTÉ – ANGOISSE	FÉCALOME
COLIQUE (SYNDROME)	GROSSESSE
COLIQUE NÉPHRÉTIQUE	HERNIE – ÉVENTRATION
CONSTIPATION	INFARCTUS DU MYOCARDE
DIARRHÉE (ISOLÉE, NON INFECTIEUSE)	MÉTÉORISME
DIARRHÉE – NAUSÉE – VOMISSEMENT	PLAINTES POLYMORPHES (TROUBLE SOMATOFORME)
DOULEUR NON CARACTÉRISTIQUE	PYÉLONÉPHRITE AIGUÉ
DOULEUR PELVIENNE	ULCÈRE DUODÉNAL
ÉPIGASTRALGIE	ULCÈRE GASTRIQUE
ÉTAT FÉBRILE	

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Ce résultat de consultation permet d'inclure tous les types de douleurs abdominales mais aussi de crampes digestives, de digestion difficile, voire de troubles du transit non caractéristiques d'un autre résultat de consultation. Ce résultat de consultation ne s'adresse pas aux troubles chroniques.

Critères d'inclusion

Il s'agit d'une plainte spontanée pas forcément douloureuse, avec ou sans douleur à la palpation de l'abdomen.

Sa localisation ne doit pas être exclusivement pelvienne ou épigastrique ni avoir les caractéristiques de l'abdomen douloureux aigu (arrêt net du transit, défense ou contracture, état de choc)

Compléments sémiologiques

Ils permettent d'indiquer le type de douleur ou de plainte, la localisation de la douleur et ses éventuelles irradiations, les facteurs favorisant et de noter si l'examen clinique a eu lieu après la disparition totale des symptômes.

Voir Aussi

Sont listés ici les autres résultats de consultation concurrents et en particulier :

ÉPIGASTRALGIE : localisation exclusivement épigastrique

DOULEUR PELVIENNE : localisation exclusivement pelvienne

ABDOMEN DOULOUREUX AIGU : il comporte soit arrêt net du transit, soit une défense ou contracture, soit un état de choc

DIARRHÉE – NAUSÉE – VOMISSEMENT : la diarrhée ou les vomissements sont au premier plan.

COLIQUE (SYNDROME) : y penser en cas de chronicité de la symptomatologie.

Position(s) diagnostique(s)

A : Même si plusieurs symptômes ou signes sont associés, il ne peut s'agir ici que d'un symptôme cardinal (douleur ou plainte).

CORRESPONDANCE CIM – 10

R10.3 : Douleur localisée à d'autres parties inférieures de l'abdomen

DÉFINITION

- ++++ PLAINTÉ PHYSIQUE
- ++++ SANS SUBSTRATUM ORGANIQUE RETROUVÉ
- ++ 2 | Localisation multiple
- ++ 2 | Récurrence
- ++ 2 | Variable dans le temps
- + – depuis plus de deux ans
- + – centrée sur une douleur persistante, intense (à préciser en commentaire)
- + – neurovégétative (palpitations, transpiration, bouffées de chaleur, tremblements)
- + – gastroentérologique (nausée, ballonnement, diarrhée...)
- + – neurologique (vertiges, déglutition, paresthésies...)
- + – urogénitale (dysfonction sexuelle, troubles des règles...)
- + – crainte d'une maladie grave, d'une dysmorphie
- + – retentissement sur la vie sociale, affective ou familiale
- + – recours médicaux multiples (médecins, examens complémentaires)
- + – récurrence
- + – asymptomatique

RISQUE(s)

DÉPRESSION
PSYCHOSE
RÉACTION IATROGÈNE

POSITION(s) DIAGNOSTIQUE(s)

B

VOIR AUSSI

ACCÈS ET CRISE
ANXIÉTÉ – ANGOISSE
ASTHÉNIE – FATIGUE
COLIQUE (SYNDROME)
DÉPRESSION
DOULEUR NON CARACTÉRISTIQUE
DYSPNÉE
HUMEUR DÉPRESSIVE
PHOBIE
PLAINTÉ ABDOMINALE
PSYCHIQUE (TROUBLE)
RÉACTION À SITUATION ÉPROUVANTE
SCLÉROSE EN PLAQUE

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Cette dénomination permet de regrouper un ensemble de plaintes qui n'apparaît pas au médecin comme organiques pendant cette séance. Ce RC correspond aux somatisations, hypochondrie et troubles somatoformes. La notion de plainte polymorphe reste inscrite dans le titre car le médecin n'est pas nécessairement en mesure de confirmer l'origine non organique lors des premières consultations. Au moindre doute le médecin devra relever la symptomatologie par le RC correspondant. Une révision en Plaintes polymorphes et somatoformes pourra secondairement être réalisée. Les tableaux d'hystérie ou hystériformes doivent être relevés par le RC psychique (trouble) ou DHL 05 – troubles mentaux et du comportement.

Critères d'inclusion

L'inclusion dans cette dénomination nécessite de la part du médecin, qu'aucun autre résultat de consultation ne puisse être choisi. Il s'agit des plaintes sans substratum organique retrouvé pendant la consultation ou par les résultats d'examens antérieurs, que le médecin décide de regrouper sous un syndrome commun. Un des trois critères concernant la multiplicité des localisations, la récurrence des troubles ou la variabilité dans le temps doit être impérativement relevé. Attention : les symptômes ne sont pas produits intentionnellement ou feints comme dans le trouble factice ou la simulation. Relever alors simulation dans le RC DHL 05 – troubles mentaux et du comportement.

Compléments sémiologiques

Ils permettent de préciser le type de trouble somatoforme. Ils sont calqués autant que possible sur la CIM 10.

Voir aussi

ACCÈS ET CRISE : aspect « paroxystique » différent.
ANXIÉTÉ – ANGOISSE : c'est alors la sensation de malaise « psychique » qui domine la situation.
DOULEUR NON CARACTÉRISTIQUE : sera souvent choisi lors des premières consultations et révisé ensuite en « Plainte polymorphe – trouble somatoforme » lors des consultations ultérieures.
PHOBIE : crainte irraisonnée dans une situation ou un lieu spécifique. Le tableau est dans ce cas dominé par la peur plus que par l'objet de celle-ci. La cancérophobie est relevée par le RC plaintes polymorphes et somatoformes. Dans ce cas l'obnubilation du patient porte sur l'objet (le cancer). Le patient ne se plaint pas directement de cette peur. Alors que dans l'agoraphobie c'est la peur, la crainte de la foule qui sont mises en avant.
COLIQUE (SYNDROME) : autrement dénommé colopathie fonctionnelle, le syndrome colique est individualisé de plaintes polymorphes et somatoformes, par la fréquence de sa prévalence et l'aspect systématique de sa localisation.

Position(s) diagnostique(s)

B : Association obligatoire de plaintes (synonyme : symptômes) formant un syndrome.

CORRESPONDANCE CIM – 10

F45.9 : Trouble somatoforme, sans précision (code par défaut)
F45.0 : Somatisation
F45.1 : Trouble somatoforme indifférencié
F45.2 : Trouble hypochondriaque
F45.3 : Dysfonctionnement neurovégétatif somatoforme
F45.4 : Syndrome douloureux somatoforme persistant

DÉFINITION

++1 | SIGNES CLINIQUES

- ++++ fièvre ou frissons
- ++++ râles crépitants en foyer
- ++++ toux
- ++++ douleur thoracique localisée

++1 | SIGNES RADIOLOGIQUES FOCALISES AVEC IMAGES PARENCHYMATEUSES DE DISTRIBUTION PLUS OU MOINS SEGMENTAIRE OU LOBAIRE

- ++1 | fièvre
- ++1 | toux
- ++1 | douleur thoracique localisée
- ++1 | râles crépitants en foyer

- + – expectoration
- + – dyspnée avec battements des ailes du nez du nourrisson
- + – douleur abdominale
- + – état général altéré
- + – sub-matité
- + – souffle tubaire
- + – augmentation des vibrations vocales
- + – germe identifié

- + – récidive

- + – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

C, D

VOIR AUSSI

BRONCHITE AIGÜE
 BRONCHITE CHRONIQUE
 DOULEUR NON CARACTÉRISTIQUE
 ÉTAT FÉBRILE
 ÉTAT MORBIDE AFÉBRILE
 INSUFFISANCE CARDIAQUE
 TOUX

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Cette définition reste volontairement relativement fermée (position C ou D). Ce concept de pneumopathie n'est pas limité à celui de la pneumopathie infectieuse. Les autres termes employés sont dans le langage courant : « congestion pulmonaire » ou « pneumonie ».

Critères d'inclusion

Deux entrées sont possibles :

- Soit un authentique tableau clinique complet avec une sémiologie caractéristique.
- Soit des signes d'appel déjà évocateurs mais confirmés par l'imagerie.

Compléments sémiologiques

Ils apportent des précisions sémiologiques et des éléments pronostiques.

Voir aussi

Ils se différencient par les éléments cliniques différents des critères obligatoires de la définition. PLEURÉSIE et EMBOLIE PULMONAIRE seront classés en DÉNOMINATION HORS LISTE.

Position(s) diagnostique(s)

C : Devant le tableau clinique ou les images radiologiques.
 D

CORRESPONDANCE CIM – 10

J18.9 : Pneumopathie, sans précision

DÉFINITION

++++ AUGMENTATION DE LA FRÉQUENCE DES MICTIONS

++1 | diurne

++1 | nocturne

++++ SANS POLYURIE

++++ SANS AUTRE SYMPTÔME OU SIGNE URINAIRE

+ – récidive

+ – asymptomatique

RISQUE(s)

DIABÈTE DE TYPE 1

DIABÈTE DE TYPE 2

POSITION(s) DIAGNOSTIQUE(s)

A

VOIR AUSSI

CYSTITE – CYSTALGIE

DIABÈTE DE TYPE 1

DIABÈTE DE TYPE 2

DYSURIE

ÉNURÉSIE PSYCHOGÈNE

INCONTINENCE URINAIRE

PHOBIE

PROLAPSUS GÉNITAL

PROSTATE (HYPERTROPHIE)

PROSTATITE

PYÉLONÉPHRITE AIGUË

URÉTRITE

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

La plainte incluse dans cette définition est souvent la suivante : « Je fais pipi souvent », « Je fais peu à la fois », « Je n'ai pas mal en urinant ».

Critères d'inclusion

– Augmentation de la fréquence des mictions : son caractère diurne ou nocturne doit être précisé, pouvant orienter les investigations.

– Mictions peu abondantes ou d'abondance normale avec un volume d'urines par 24 heures normal, ce qui distingue la pollakiurie de la polyurie.

Voir aussi

CYSTITE – CYSTALGIE : la pollakiurie est alors associée, soit à des brûlures mictionnelles, soit à une pesanteur pelvienne, soit aux deux.

DYSURIE : où existe la notion obligatoire d'une difficulté à la miction volontaire.

DIABÈTE DE TYPE 1 et DE TYPE 2 : où il existe en fait plus une polyurie qu'une pollakiurie

PROLAPSUS GÉNITAL : la pollakiurie est souvent associée au prolapsus.

PROSTATE (HYPERTROPHIE) : la pollakiurie s'accompagne alors d'une augmentation de volume de la prostate au toucher rectal (critère obligatoire).

Position(s) diagnostique(s)

A : Il ne s'agit que d'un symptôme dont le patient se plaint.

CORRESPONDANCE CIM – 10

R35 : Polyurie

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 DÉROUILLAGE MATINAL (d'au moins une heure)
- ++4 | DEPUIS AU MOINS 6 SEMAINES
- ++4 | FACTEUR RHUMATOÏDE POSITIF
- ++4 | NODULES RHUMATOÏDES (sous cutanés)
- ++4 | MODIFICATIONS RADIOLOGIQUES (érosions, décalcifications osseuses) EN REGARD DES ARTICULATIONS ATTEINTES.

- + – anticorps antipeptide citrique citrulline (anti-CCP) positif

- + – asymptomatique

RISQUE(s)

ARTHRITE INFECTIEUSE

POSITION(s) DIAGNOSTIQUE(s)

C, D

VOIR AUSSI

ARTHROPATHIE PÉRIARTHROPATHIE
DOULEUR NON CARACTÉRISTIQUE
ÉPICONDYLITE
GOUTTE
TARSALGIE – MÉTATARSALGIE
TÉNOSYNOVITE

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'inclusion 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'ACR.

Compléments sémiologiques

Un seul complément sémiologique: la présence d'anticorps antipeptide 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 (code par défaut)

M05.9 : Polyarthrite rhumatoïde séropositive, sans précision

DÉFINITION

++++ PRISE en CHARGE CONSÉCUTIVE À

- ++1 | accouchement par voie basse
- ++1 | césarienne

++++ AVEC COMPLICATION

- ++1 | cicatricielle (épisiotomie, déchirure, césarienne)
- ++1 | infection urinaire
- ++1 | infection génitale
- ++1 | problème d'allaitement (crevasses, engorgement, etc.)
- ++1 | retard de retour de couches
- ++1 | problèmes psychologiques
- ++1 | autre

+ – récidive

+ – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

C

VOIR AUSSI

AMÉNORRHÉE – OLIGOMÉNORRHÉE – HYPOMÉNORRHÉE
EXAMEN SYSTÉMATIQUE ET PRÉVENTION
SUITE OPÉRATOIRE

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Cette dénomination inclut les complications locales ou générales du post-partum. Par contre pour l'examen systématique du post-partum sans complication, il faudra choisir EXAMEN SYSTÉMATIQUE ET PRÉVENTION.

Critères d'inclusion

Le premier critère d'inclusion est obligatoire : suivi après accouchement ou césarienne.

L'un ou plusieurs des autres critères au choix doit être choisi : complications locales, générales ou retard du retour de couche.

Voir aussi

EXAMEN SYSTÉMATIQUE ET PRÉVENTION : pour l'examen post-natal légal de la mère

SUITE OPÉRATOIRE : à choisir pour l'ablation des fils d'une césarienne sans complication

AMÉNORRHÉE – OLIGOMÉNORRHÉE – HYPOMÉNORRHÉE : ne peut être choisi en post-partum.

Position(s) diagnostique(s)

C

CORRESPONDANCE CIM – 10

O90.9 : Complication puerpérale, sans précision (code par défaut)

O86.1 : Autres infections des voies génitales, après accouchement

O86.2 : Infection des voies urinaires, après accouchement

O92.7 : Anomalies de la lactation, autres et sans précision

N91.1 : Aménorrhée secondaire

F53.9 : Trouble mental de la puerpéralité, 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 DES DEUX POUFS 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
- + – récédive
- + – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

C, D

VOIR AUSSI

ANOMALIE BIOLOGIQUE SANGUINE
 ARTHROPATHIE – PÉRIARTHROPATHIE
 CÉPHALÉE
 DOULEUR NON CARACTÉRISTIQUE
 ÉPAULE (TÉNOSYNOVITE)
 ÉTAT FÉBRILE
 ÉTAT MORBIDE AFÉBRILE
 MIGRAINE
 CEIL (TROUBLE DE LA VISION)
 STÉNOSE ARTÉRIELLE
 SURDITÉ

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Cette dénomination correspond à deux affections précises, mais qui sont parfois intimement liées, sans que l'on ait prouvé 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 effectué 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, proposés 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.

La définition de la PPR est la suivante :

Localisation aux ceintures scapulaire et/ou pelvienne (avec synovite articulaire)

Atteint de l'état général.

Syndrome inflammatoire biologique marqué.

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 avec ceux de la maladie de 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).

CORRESPONDANCE CIM – 10

M31.6 : Autres artérites à cellules géantes (code par défaut)

M31.5 : Artérite à cellules géantes avec polymyalgie rhumatismale

M35.3 : Polymyalgie rhumatismale

DÉFINITION

++++ DOULEUR
 ++++ DE LA RÉGION CARDIAQUE
 ++++ BIEN LOCALISÉE PAR LE MALADE
 ++++ NON PROVOQUÉE PAR LA PALPATION

RISQUE(s)

DÉPRESSION
 RÉACTION IATROGÈNE
 PSYCHOSE

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

B

VOIR AUSSI

ANGOR – INSUFFISANCE CORONARIENNE
 ARTHROPATHIE – PÉRIARTHROPATHIE
 DOULEUR NON CARACTÉRISTIQUE
 INFARCTUS DU MYOCARDE
 MYALGIE
 NÉVRALGIE – NÉVRITE
 PALPITATION – ÉRÉTHISME CARDIAQUE
 REFLUX – PYROSIS – CESOPHAGITE

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Cette dénomination permet de regrouper un ensemble de plaintes qui n'apparaissent pas au médecin comme organiques pendant cette séance. Ce RC correspond aux somatisations, hypochondrie et troubles somatoformes. La notion de plainte polymorphe reste inscrite dans le titre car le médecin n'est pas nécessairement en mesure de confirmer l'origine non organique lors des premières consultations. Au moindre doute le médecin devra relever la symptomatologie par le RC correspondant. Une révision en Plaintes polymorphes et somatoformes pourra secondairement être réalisée.

Les tableaux d'hystérie ou hystéroides doivent être relevés par le RC psychique (trouble) ou DHL 05 – troubles mentaux et du comportement.

Critères d'inclusion

L'inclusion dans cette dénomination nécessite de la part du médecin, qu'aucun autre résultat de consultation ne puisse être choisi.

Il s'agit des plaintes sans substratum organique retrouvé pendant la consultation ou par les résultats d'examens antérieurs, que le médecin décide de regrouper sous un syndrome commun.

Un des trois critères concernant la multiplicité des localisations, la récurrence des troubles ou la variabilité dans le temps doit être impérativement relevé.

Attention : les symptômes ne sont pas produits intentionnellement ou feints comme dans le trouble factice ou la simulation. Relever alors simulation dans le RC DHL 05 – troubles mentaux et du comportement.

Compléments sémiologiques

Ils permettent de préciser le type de trouble somatoforme. Ils sont calqués autant que possible sur la CIM-10.

Voir aussi

ACCES ET CRISE : aspect « paroxystique » différent.

ANXIÉTÉ – ANGOISSE : c'est alors la sensation de malaise « psychique » qui domine la situation.

DOULEUR NON CARACTÉRISTIQUE : sera souvent choisi lors des premières consultations et révisé ensuite en PLAINTES POLYMORPHES – TROUBLE SOMATOFORME lors des consultations ultérieures.

PHOBIE : crainte irraisonnée dans une situation ou un lieu spécifique. Le tableau est dans ce cas dominé par la peur plus que par l'objet de celle-ci. La cancérophobie est relevée par le RC plaintes polymorphes et somatoformes. Dans ce cas l'obnubilation du patient porte sur l'objet (le cancer). Le patient ne se plaint pas directement de cette peur. Alors que dans l'agoraphobie c'est la peur, la crainte de la foule qui est mise en avant.

COLIQUE (SYNDROME) : autrement dénommé colopathie fonctionnelle, le syndrome colique est individualisé de plaintes polymorphes et somatoformes, par la fréquence de sa prévalence et l'aspect systématique de sa localisation.

Position(s) diagnostique(s)

B : Association obligatoire de plaintes (synonyme : symptômes) formant un syndrome.

CORRESPONDANCE CIM – 10

F45.9 : Trouble somatoforme, sans précision (code par défaut)

F45.0 : Somatisation

F45.1 : Trouble somatoforme indifférencié

F45.2 : Trouble hypocondriaque

F45.3 : Dysfonctionnement neurovégétatif somatoforme

F45.4 : Syndrome douloureux somatoforme persistant

DÉFINITION

- ++1 | ADHÉRENCES DU PRÉPUCE SUR LE GLAND (empêchant le décalottage complet du gland)
 - ++1 | couvrant au moins la moitié du gland
 - ++1 | couvrant moins de la moitié du gland

- ++1 | PHIMOSIS
 - ++++ étroitesse de l'anneau du prépuce (empêchant de décalotter le gland)
 - ++1 | congénital
 - ++1 | acquis

- ++++ ABSENCE DE DOULEUR SPONTANÉE
- ++++ ABSENCE DE SIGNES D'INFECTION

- + – accumulation de smegma

- + – récédive

- + – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

D

VOIR AUSSI

BALANOPOSTHITE

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Cette dénomination désigne à la fois les adhérences du prépuce sur le gland et le phimosis (étroitesse de l'anneau préputial empêchant le moindre décalottage).

Critères d'inclusion

Ou bien il existe des adhérences du prépuce sur le gland mais l'orifice préputial permet d'effectuer au moins une partie du décalottage :

- soit décalottage de la moitié distale du gland (« Adhérences couvrant au moins la moitié du gland »)
- soit décalottage pouvant dépasser la moitié distale du gland. (Adhérences couvrant moins de la moitié du gland).

Ou bien il existe un phimosis, ce qui interdit tout décalottage et ne permet donc pas de voir les adhérences. Ce phimosis pouvant être congénital ou acquis (Diabète, infections, manipulations)

En aucun cas il ne doit y avoir de phénomène douloureux majeur, ni de signe d'infection.

Compléments sémiologiques

L'accumulation de smegma est fréquente entre le prépuce et le gland en l'absence d'infection (« Matière blanchâtre analogue à du savon mouillé »).

Voir aussi

BALANOPOSTHITE : il s'agit ici d'une inflammation du gland (balanite), pouvant certes se prolonger au prépuce (balanoposthite) mais différente des simples adhérences ou du phimosis.

Position(s) diagnostique(s)

D

CORRESPONDANCE CIM – 10

N47 : Hypertrophie du prépuce, phimosis et paraphimosis

DÉFINITION

- ++++ DIFFICULTÉS RELATIONNELLES D'UN COUPLE
 - ++1 | communication négative
 - ++1 | communication ambiguë
 - ++1 | absence de communication
- ++++ PERTURBANT LE FONCTIONNEMENT DE L'INDIVIDU OU DE LA FAMILLE

- + – conduite addictive du conjoint
- + – conduite addictive des enfants
- + – mésentente (à préciser)
- + – séparation, divorce envisagés
- + – violences verbales ou physiques
- + – interférences familiales
 - ++1 | avec ascendants
 - ++1 | avec descendants
 - ++1 | avec collatéraux
- + – récidive
- + – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

Z

VOIR AUSSI

ALCOOL (PROBLÈME AVEC L')
 COMPORTEMENT (TROUBLES)
 DÉPRESSION
 HUMEUR DÉPRESSIVE
 NERVOSISME
 PROBLÈME FAMILIAL
 PROBLÈME PROFESSIONNEL
 RÉACTION À SITUATION ÉPROUVANTE
 SEXUELLE (DYSFONCTION)

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Cette définition inclut toutes les difficultés relationnelles survenant dans un couple mais elle exclut les problèmes limités à l'activité sexuelle.

Critères d'inclusion

Le seul critère obligatoire est la plainte de difficultés relationnelles dans le couple.

Compléments sémiologiques

Les situations décrites ne sont pas limitatives, le critère « autre(s) » permettant de préciser une situation non indiquée.

Voir aussi

PROBLÈME FAMILIAL : il s'agit là de difficultés du patient dans sa famille, à l'exclusion du couple.

PROBLÈME PROFESSIONNEL : peut être associé dans la même séance.

SEXUELLE (DYSFONCTION) : cette dénomination sera choisie en plus, s'il existe également une dysfonction sexuelle associée.

N.B. Lorsque la séparation ou le divorce ont eu lieu, il n'y a plus de couple, donc selon les troubles présentés on choisira le résultat de consultation correspondant.

Position(s) diagnostique(s)

Z : Il ne s'agit pas d'un problème d'ordre biomédical.

CORRESPONDANCE CIM – 10

Z63.0 : Difficultés dans les rapports avec le conjoint ou le partenaire (code par défaut)

Z63.5 : Dislocation de la famille par séparation et divorce

DÉFINITION

++++ DIFFICULTÉ(S) DU PATIENT DANS SA FAMILLE

- + + 1 | avec ascendants
- + + 1 | avec descendants
- + + 1 | avec collatéraux

- + – problèmes relationnels
- + – problèmes socio-économiques
- + – problèmes de santé
- + – problème(s) autre(s) (à préciser en commentaire)
- + – récursive
- + – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

Z

VOIR AUSSI

COMPORTEMENT (TROUBLES)
 DÉPRESSION
 HUMEUR DÉPRESSIVE
 PROBLÈME DE COUPLE
 PROBLÈME PROFESSIONNEL
 RÉACTION À SITUATION ÉPROUVANTE

ARGUMENTAIRE**Position(s) diagnostique(s)**

Z : Il ne s'agit pas d'un problème d'ordre biomédical.

CORRESPONDANCE CIM – 10

- Z63.9 : Difficulté liée à l'entourage immédiat, sans précision (code par défaut)
- Z63.1 : Difficultés dans les rapports avec les parents et les beaux-parents
- Z63.7 : Autres événements difficiles ayant une incidence sur la famille et le foyer
- Z63.8 : Autres difficultés précisées liées à l'entourage immédiat

DÉFINITION

- ++++ PLAINTÉ SECONDARÉ À
- ++1 | CONFLIT D'ENTREPRISE
 - ++1 | général
 - ++1 | individuel
 - ++1 | hiérarchie
 - ++1 | collègues
- ++1 | CONDITIONS DE TRAVAIL
 - ++1 | trajet
 - ++1 | nuisance
 - ++1 | toxique
 - ++1 | radiation
 - ++1 | horaires
 - ++1 | dangerosité
 - ++1 | pénibilité
 - ++1 | autre(s) (à préciser en commentaire)
- ++1 | PRÉCARITÉ DU TRAVAIL
 - ++1 | peur de perdre son emploi
 - ++1 | chômage
 - ++1 | changement d'emploi
- ++1 | MISE À LA RETRAITE
- + – récidive
- + – asymptomatique

RISQUE(s)

SUICIDÉ

POSITION(s) DIAGNOSTIQUE(s)

Z

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Cette définition permet de relever le contexte professionnel particulier dans lequel s'inscrit la plainte du patient sans préjuger d'une relation de cause à effet. Ce n'est que ce contexte qui est relevé ici et non les éventuelles conséquences (ex. INSOMNIE, DÉPRESSION, etc.). Ainsi la pathologie prise en charge au cours de la séance sera relevée parallèlement par le(s) résultat(s) de consultation correspondant(s).

Critères d'inclusion

Ils permettent de relever la (les) situation(s) contextuelle(s) dans lesquelles se situe la plainte, depuis le CONFLIT aux CONDITIONS DE TRAVAIL sans omettre le passage à la RETRAITE ou les difficultés dues à la PRÉCARITÉ professionnelle de plus en plus fréquente.

Voir aussi

Contrairement à RÉACTION À SITUATION ÉPROUVANTE, qui établit un lien obligatoire entre les symptômes et la réaction causale, PROBLÈME PROFESSIONNEL ne fait que signaler un contexte professionnel particulier.

Position(s) diagnostique(s)

Z : Il ne s'agit pas d'un problème d'ordre biomédical.

CORRESPONDANCE CIM – 10

- Z56.7 : Difficultés liées à l'emploi, autres et sans précision (code par défaut)
- Z56.0 : Difficultés liées au chômage, sans précision
- Z56.1 : Difficultés liées à un changement d'emploi
- Z56.2 : Difficultés liées à une menace de perte d'emploi
- Z56.3 : Difficultés liées à un rythme de travail pénible
- Z56.4 : Difficultés liées à un désaccord avec le supérieur et les collègues
- Z56.5 : Condition de travail difficile
- Z57.1 : Exposition professionnelle à des rayonnements
- Z57.8 : Dangerosité du travail
- Z57.9 : Exposition à des facteurs de risques professionnels

DÉFINITION

++++ RÉDACTION

- ++1 | certificat (à préciser)
- ++1 | lettre (à préciser)
- ++1 | formulaire

++++ RÉALISÉ(S) À :

- ++1 | l'initiative du médecin
- ++1 | la demande du malade
- ++1 | la demande de l'entourage (famille ou tuteur)
- ++1 | la demande d'une administration (sécurité sociale, justice, assurance,...)

++++ POUR UN PROBLÈME :

- ++1 | médico-social (sécurité sociale, invalidité, handicap...)
- ++1 | médico-légal (coups et blessures, garde à vue...)
- ++1 | personnel (assurance vie, prêt, naturalisation...)

+ – lien avec un autre RC de la séance

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

Z

VOIR AUSSI

COMPORTEMENT (TROUBLES)
 DÉCÈS
 EXAMEN SYSTÉMATIQUE ET PRÉVENTION
 GROSSESSE
 POST-PARTUM (SUIVI)
 PROBLÈME DE COUPLE
 PROBLÈME FAMILIAL
 PROBLÈME PROFESSIONNEL
 VACCINATION

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Anglais : administrative proceedings.

Allemand : Verwaltungsverfahren.

Inclut les actes administratifs, à l'exclusion des feuilles de soins, arrêts de travail, éviction scolaire, garde d'enfant malade, dispense de sport, déclaration de grossesse, certificat prénuptial, lettre à un confrère spécialiste.

Critères d'inclusion

Trois critères obligatoires :

- Le type de certificat, formulaire ou lettre rédigé,
- L'origine de la demande : plusieurs des critères précisés ici peuvent être choisis simultanément,
- Le type de problème justifiant cette rédaction.

Compléments sémiologiques

C'est l'association, dans la même séance, d'une procédure administrative avec un résultat de consultation.

Exemples :

Contusion + Certificat pour coups et blessures.

Diabète + Protocole ALD 30 (ainsi, si le médecin remplit en dehors de la présence du malade le protocole ALD 30, le critère facultatif ne sera pas choisi. Inversement, s'il renouvelle dans la même séance l'ordonnance du diabétique et qu'il remplit le protocole, il choisira le critère facultatif).

Voir aussi

EXAMEN SYSTÉMATIQUE ET PRÉVENTION : l'éventuel certificat rédigé fait partie du résultat de consultation lui-même (licence de sport par exemple, non-contagion).

GROSSESSE : la déclaration de grossesse, le certificat pour la CAF ne seront pas relevés séparément.

PROBLÈME PROFESSIONNEL : les deux résultats de consultation peuvent être relevés dans la même séance.

Position(s) diagnostique(s)

Z : Il ne s'agit pas d'un problème d'ordre biomédical.

CORRESPONDANCE CIM – 10

Z02.7 : Délivrance d'un certificat médical

DÉFINITION

- ++1 | BOMBEMENT DE LA PAROI VAGINALE (à l'examen déroulement de la paroi sous l'action d'une poussée abdominale ou d'un effort de toux)
 - ++1 | antérieure
 - ++1 | postérieure
- ++1 | HYSTÉROCÈLE
 - ++1 | intravaginale
 - ++1 | à la vulve
 - ++1 | extériorisée
- + – aspect inflammatoire avec parfois des leucorrhées
- + – ulcération de la muqueuse avec parfois des pertes sanglantes
- + – récidive
- + – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

D

VOIR AUSSI

BACTÉRIURIE – PYURIE
 CYSTITITE – CYSTALGIE
 DYSURIE
 INCONTINENCE URINAIRE
 LEUCORRHÉE
 POLLAKIURIE
 TUMÉFACTION
 UTÉRUS (HYPERTROPHIE-FIBROME)

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Le prolapsus génital est souvent appelé dans le langage commun « chute d'organe » ou « descente de matrice ».

Critères d'inclusion

La définition propose 2 possibilités d'entrée :

- Soit par un simple bombement de la paroi vaginale avec un déroulement retrouvé à l'examen en demandant à la patiente d'effectuer un effort de poussée. Celui-ci traduit une cystocèle, une élytrocèle ou une simple descente de la paroi vaginale.
- Soit par une véritable hystérocèle avec trois stades progressifs de localisation.

Compléments sémiologiques

Ils permettent de relever les possibles complications, principalement les inflammations et les ulcérations.

Position(s) diagnostique(s)

D : En cas de diagnostic certifié.

CORRESPONDANCE CIM – 10

N81.9 : Prolapsus génital, sans précision (code par défaut)
 N81.1 : Cystocèle
 N81.2 : Prolapsus utéro-vaginal partiel
 N81.3 : Prolapsus utéro-vaginal complet
 N81.4 : Prolapsus utéro-vaginal, sans précision
 N81.6 : Rectocèle

DÉFINITION

++1 | AUGMENTATION du VOLUME de la PROSTATE

++1 | homogène

++1 | nodulaire

++1 | asymétrique

++1 | constatée par le toucher rectal

++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 AIGUË

POSITION(s) DIAGNOSTIQUE(s)

A, D

VOIR AUSSI

CANCER

CYSTITE – CYSTALGIE

PROSTATITE

TUMÉFACTION

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, voire 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

N40 : 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)

ABCÈS
 SEPTICÉMIE

POSITION(s) DIAGNOSTIQUE(s)

B, C

VOIR AUSSI

CYSTITE – CYSTALGIE
 DOULEUR PELVIENNE
 DYSURIE
 ÉTAT FÉBRILE
 ÉTAT MORBIDE AFÉBRILE
 POLLAKIURIE
 PROSTATE (HYPERTROPHIE)
 PYÉLONÉPHRITE AIGÜE
 URÉTRITE

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 qualifie 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 peu 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.

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 survenue des troubles, la présence d'au moins un des trois items du deuxième groupe de critères obligatoires est considérée comme suffisante pour différencier ces deux entités morbides. Reste le cas de la cystite-cystalgie chez l'homme, puisque d'aucuns 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

N41.9 : Affection inflammatoire de la prostate, sans précision (code par défaut)

N41.0 : Prostatite aiguë

N41.1 : Prostatite chronique

DÉFINITION

- ++++ SENSATION DE DÉMANGEAISON (c'est l'importance de la démangeaison qui distingue cette définition de dermatose)
- ++++ ÉTENDUE À TOUT LE CORPS
- ++++ NON SPÉCIFIQUE D'UN AUTRE RC
- + – lésions de grattage (stries linéaires, excoriations, lichénification, altérations des phanères, purpura, etc.)
- + – retentissement sur le sommeil
- + – surinfection locale
- + – adénopathies
- + – retentissement psychique
- + – récidive
- + – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

A

VOIR AUSSI

DERMATOPHYTOSE
 DERMATOSE
 ECZÉMA
 GALE
 LUCITE – ALLERGIE SOLAIRE
 CEDÈME DE QUINCKE – URTICAIRE GÉANTE
 PIQÛRE D'INSECTE
 PITYRIASIS ROSÉ DE GIBERT
 PITYRIASIS VERSICOLOR
 PRURIT LOCALISÉ

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Les résultats de consultation Prurit « généralisé » et « localisé » ont été individualisés car ils induisent des démarches diagnostiques et thérapeutiques différentes.

Le prurit symptomatique d'un autre résultat de consultation est exclu de cette définition.

Critères d'inclusion

Le seul critère est la sensation de « démangeaison » étendue à tout le corps.

Compléments sémiologiques

Lésions de grattage, adénopathies, troubles nerveux, insomnie, altérations des phanères donnent une indication sur l'importance effective du prurit et sur son retentissement.

Retentissement psychique sera choisi lorsque le prurit entraîne une insomnie, des troubles du caractère, voire des troubles de l'humeur.

Position(s) diagnostique(s)

A : Il ne s'agit que d'un symptôme même s'il est enrichi par son retentissement nerveux ou par des lésions de grattage.

CORRESPONDANCE CIM – 10

L29.8 : Autres prurits

DÉFINITION

- ++++ SENSATION DE DÉMANGEAISON (c'est l'importance de la démangeaison qui distingue cette définition de dermatose)
- ++++ LOCALISÉE
- ++1 | anus
 - ++1 | vulve
 - ++1 | cuir chevelu, nuque
 - ++1 | autre(s) localisation(s) (à préciser en commentaire)
- + – lésions de grattage (érythème, excoriations, purpura, lichenification, eczématisation, surinfection...)
- + – horaire
- + – intense
- + – retentissement psychique
- + – cas semblables dans l'entourage
- + – récédive
- + – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

A

VOIR AUSSI

BALANOPOSTHITE
 DERMATOPHYTOSE
 DERMATOSE
 ECZÉMA
 GALE
 HÉMORROÏDE
 INTERTRIGO
 CEDÈME DE QUINCKE – URTICAIRE GÉANTE
 PARASITOSE DIGESTIVE
 PITYRIASIS ROSÉ DE GIBERT
 PITYRIASIS VERSICOLOR
 PRURIT GÉNÉRALISÉ
 URÉTRITE
 URTICAIRE
 VULVITE – VAGINITE

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Les résultats de consultation Prurit « généralisé » et « localisé » ont été individualisés car ils induisent des démarches diagnostiques et thérapeutiques différentes.

Les démangeaisons localisées posent toujours le problème du diagnostic étiologique.

Voir aussi

VULVITE – VAGINITE : sera choisi plutôt que prurit localisé si les critères d'inclusion de ce résultat sont présents à l'examen.

Position(s) diagnostique(s)

A : Il ne s'agit que d'un symptôme, en l'absence d'étiologie retrouvée.

CORRESPONDANCE CIM – 10

L29.8 : Prurit localisé (code par défaut)

L29.0 : Prurit anal

L29.2 : Prurit vulvaire

L29.3 : Prurit ano-génital, sans précision

DÉFINITION

- ++1 | PLACARDS ERYTHÉMATO-SQUAMEUX BIEN LIMITÉS
 - ++1 | érythémateux
 - ++1 | squameux
- ++1 | ÉLÉMENTS PAPULEUX « EN GOUTTE » DISPERSÉS SUR TOUT OU PARTIE DU CORPS
- ++1 | ASPECT TYPIQUE AU GRATTAGE À LA CURETTE
 - ++1 | tâche de bougie
 - ++1 | rosée sanglante
- ++1 | RÉSULTAT D'EXAMEN HISTOLOGIQUE
- ++1 | GÉNÉRALISÉ
- ++1 | LOCALISÉ
 - ++1 | cuir chevelu
 - ++1 | coudes
 - ++1 | genoux (face antérieure des jambes)
 - ++1 | plis (aspect érythémateux souvent exclusif)
 - ++1 | sacro-lombaire
 - ++1 | autre localisation (palmo-plantaire, gland, visage, etc.)
- + – prurit
- + – récidive
- + – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

C, D

VOIR AUSSI

BALANOPOSTHITE
 DERMATOSE
 DERMITE SÉBORRHÉIQUE
 ECZÉMA
 ECZÉMA PALMO-PLANTAIRE DYSHIDROSIQUE
 INTERTRIGO
 ONGLE (PATHOLOGIE DE L')
 PITYRIASIS VERSICOLOR
 PRURIT GÉNÉRALISÉ
 PRURIT LOCALISÉ

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Le terme de psoriasis est reconnu de façon universelle.

Critères d'inclusion

Le placard érythémato-squameux est la lésion la plus typique.

Mais parfois, l'aspect érythémateux peut paraître quasi exclusif (érythrodermie des plis). On peut donc choisir l'un des deux critères ou les deux selon l'aspect.

Cependant dans l'aspect érythémateux, le grattage à la curette de Brocq doit retrouver une fine desquamation avec « rosée sanglante » sous-jacente.

Le psoriasis « en goutte » est une forme particulière qui peut être individualisée.

Le résultat d'un examen histologique après biopsie peut être enfin une autre forme d'entrée dans cette définition.

Compléments sémiologiques

Le prurit est inconstant mais peut exister. Il reste cependant minime. S'il existe, il ne justifiera pas de choisir le résultat de consultation PRURIT GÉNÉRALISÉ ou PRURIT LOCALISÉ, il suffira de choisir le critère + – prurit. NB : Si une arthropathie ou une spondylarthrite est concomitante, elle devra être codée en plus dans la même séance (il s'agit d'un rhumatisme associé au psoriasis dont rien ne permet de dire qu'il est lié au psoriasis : cf. : DRYLLA Rhumatisme psoriasique Concours Médical 29.09.90 112-29).

Position(s) diagnostique(s)

C : Si tableau clinique typique.

D : Si biopsie.

CORRESPONDANCE CIM – 10

L40.9 : Psoriasis, sans précision (code par défaut)

L40.4 : Psoriasis en goutte

L40.8 : Autres psoriasis

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 histrioniques
- ++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)
DÉMENCE
DÉPRESSION
HUMEUR DÉPRESSIVE
MÉMOIRE (PERTE DE)
NERVOSISME
PHOBIE
RÉACTION À SITUATION ÉPROUVANTE
SÉNILITÉ (SUJET ÂGÉ FRAGILE)
SYNDROME MANIACO-DÉPRESSIF

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 ou 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 : Trouble mental, sans précision.

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
- ++++ PYURIE A L'EXAMEN CYTOBACTÉRIOLOGIQUE DES URINES OU A LA BANDELETTE
- ++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
- + – signes d'imagerie (à l'échographie ou au scanner)
- + – récidive
- + – asymptomatique

RISQUE(s)

ABCÈS PÉRINÉPHRITIQUE
 PYÉLONÉPHRITE SECONDAIRE (par exemple LITHIASÉ URINAIRE)
 SEPTICÉMIE

POSITION(s) DIAGNOSTIQUE(s)

C

VOIR AUSSI

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

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

La pyélonéphrite a une définition avant tout 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. Exceptionnellement la pyurie et bactériurie peuvent ne pas être présentes au moins au stade initial.

Néanmoins, l'examen des urines à la bandelette est inclus en critère d'inclusion car dans l'immense majorité des cas, il montrera une pyurie ou une bactériurie.

La pyélonéphrite peut être :

- simple et le plus souvent chez la femme (10 à 20 % des femmes présenteront au moins un épisode dans leur vie, 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

L'item « trouble mictionnel » regroupe des symptômes urinaires pouvant être associés (brûlures mictionnelles, pollakiurie, dysurie) ou des antécédents urinaires. Le critère des signes d'imagerie est facultatif, puisque la définition est, en premier lieu, clinique et que les examens complémentaires peuvent être normaux : 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, éthylisme, transplantation rénale) serait pour certains une pyélonéphrite.

Risques

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 ne s'accompagne pas de douleur lombaire

COLIQUE NÉPHRÉTIQUE ne s'accompagne pas de fièvre

CORRESPONDANCE CIM – 10

N10 : Néphrite tubulo-interstitielle aiguë

DÉFINITION

- ++++ EXPRESSION d'un « MAL ÊTRE » (avec reviviscence fréquente de l'épreuve déclenchante)
- ++1 | agitation ou prostration
 - ++1 | manifestations anxieuses
 - ++1 | manifestations dépressives
 - ++1 | mauvais sommeil
 - ++1 | trouble(s) du comportement
 - ++1 | addiction(s) (à préciser en commentaire)
 - ++1 | autre(s) (à préciser en commentaire)
- ++++ ÉPREUVE DÉCLENCHANTE DE MOINS DE 6 MOIS
- ++1 | familiale (conflit, séparation, deuil, etc. à préciser en commentaire)
 - ++1 | professionnelle (conflit, licenciement, etc. à préciser en commentaire)
 - ++1 | scolaire
 - ++1 | maladie ou accident corporel ou matériel (à préciser en commentaire)
 - ++1 | agressions diverses (viol, attentat, etc.) (à préciser en commentaire)
 - ++1 | catastrophe naturelle
 - ++1 | autre(s) (à préciser en commentaire)
- + – entourage présent pendant la séance
- + – récédive
- + – asymptomatique

RISQUE(s)

ADDICTIONS
PSYCHOSE
SUICIDE

POSITION(s) DIAGNOSTIQUE(s)

B

VOIR AUSSI

ACCÈS ET CRISE
ANXIÉTÉ – ANGOISSE
ASTHÉNIE – FATIGUE
DÉPRESSION
DIFFICULTÉ SCOLAIRE
HUMEUR DÉPRESSIVE
INSOMNIE
MALAISE – ÉVANOUISSEMENT
PHOBIE
PROBLÈME DE COUPLE
PROBLÈME FAMILIAL
PROBLÈME PROFESSIONNEL
PSYCHIQUE (TROUBLE)
TRAC

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Cette définition désigne l'expression d'une souffrance, directement liée par le malade à un événement particulier. Elle permet d'inclure, entre autres, le « chagrin d'amour », le choc secondaire à une agression, un accident ou le « travail du deuil ».

Critères d'inclusion

L'expression de la souffrance (ou du mal être) peut avoir des modalités très variées que les critères permettent de choisir (au moins un critère obligatoire). Toutefois, les signes ne sont pas assez caractéristiques pour pouvoir classer le cas sous un RC plus spécifique comme DÉPRESSION, ANXIÉTÉ-ANGOISSE, ALCOOL (PROBLÈME AVEC L'), TOXICOMANIE, etc. L'épreuve déclenchante doit dater de moins de 6 mois. Au-delà de ce délai, le résultat de consultation devra être révisé (cf. Voir aussi).

Voir Aussi

ACCÈS ET CRISE : il n'y a pas d'événement déclenchant.
DÉPRESSION : les critères d'inclusion sont différents et l'épreuve déclenchante est au-delà de six mois.
HUMEUR DÉPRESSIVE : l'épreuve déclenchante est au-delà de six mois.
INSOMNIE (sans épreuve déclenchante de moins de 6 mois).

Position(s) diagnostique(s)

B : Car il s'agit d'un syndrome.

CORRESPONDANCE CIM – 10

F43.9 : Réaction à un facteur de stress sévère, sans précision (code par défaut)

DÉFINITION

- ++1 | RECHERCHE de l'ALLERGIE TUBERCULINIQUE par IDR
 - ++1 | avant BCG
 - ++1 | à visée diagnostique

- ++1 | LECTURE
 - ++1 | positive (critères à préciser en commentaire)
 - ++1 | négative

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

Z

VOIR AUSSI

EXAMEN SYSTÉMATIQUE ET PRÉVENTION
VACCINATION

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Ce résultat de consultation permet d'inclure la pratique d'un test tuberculinique, d'en mentionner le motif et d'en indiquer le résultat.

Critères d'inclusion

- Le jour de la pratique du test, indiquer le motif de la recherche d'allergie tuberculinique :
 - « Systématique avant BCG » pour un patient n'ayant jamais eu le BCG antérieurement.
 - « À visée diagnostique » pour un patient chez lequel on suspecte une tuberculose ou dans un contexte de contagion sans signe d'appel.
- Le jour de la lecture, distinguer le résultat :
 - « Positif » (préciser le diamètre en mm de la réaction locale),
 - « Négatif ».

Position(s) diagnostique(s)

Z : Car il ne s'agit pas d'un phénomène morbide.

CORRESPONDANCE CIM - 10

Z01.5 : Tests cutanés de diagnostic et de sensibilisation

DÉFINITION

- ++1 | ÉMISSION SPONTANÉE DE SANG ROUGE PAR L'ANUS
 - ++1 | sang rouge sur le linge
 - ++1 | sang rouge après la selle
 - ++1 | sang en stries linéaires autour des selles
 - ++1 | sang émis en abondance en cours de défécation
- ++1 | SANG OCCULTE DE DÉCOUVERTE
 - ++1 | systématique
 - ++1 | orientée
- + – récidive
- + – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

A

VOIR AUSSI

CANCER
 CONSTIPATION
 FÉCALOME
 FISSURE ANALE
 ECCHYMOSE SPONTANÉE
 HÉMATURIE
 HÉMORROÏDE
 MÉLÉNA
 MÉNORRAGIE – MÉTRORRAGIE
 ULCÈRE DUODÉNAL
 ULCÈRE GASTRIQUE

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Cette définition permet d'inclure la présence de sang dans les selles ou de sang extériorisé par l'anus, en l'absence de toute cause évidente qui permettrait de le classer dans un autre résultat de consultation. Il s'agit de sang « rouge » ce qui fait la différence avec un méléna (autre orthographe : melæna).

Critères d'inclusion

La présence de sang émis par l'anus se manifeste en deux circonstances, d'où cette définition à deux entrées possibles :

Rectorragie : émission de sang rouge (on éliminera les hémorragies non rectales d'origine urologique, gynécologique, périnéale et on distinguera l'émission de sang rouge de la coloration des selles par l'ingestion de certains aliments comme les betteraves).

Sang occulte : résultat d'un examen complémentaire (hémocult systématique ou orienté).

Position(s) diagnostique(s)

A : C'est un symptôme.

CORRESPONDANCE CIM – 10

K62.5 : Hémorragie de l'anus et du rectum (code par défaut)

DÉFINITION

- ++1 | BRÛLURE ÉPIGASTRIQUE REMONTANT VERS LA GORGE (PYROSIS)
- ++1 | RÉGURGITATIONS SANS EFFORT APPARENT (REFLUX)
- ++1 | ŒSOPHAGITE CONFIRMÉE PAR LA FIBROSCOPIE
 - ++1 | stade 1 : érythémateuse
 - ++1 | stade 2 : ulcérée
 - ++1 | stade 3 : sténosée
- + – favorisée(s) par certaines positions (procubitus ou décubitus dorsal)
- + – survenant en période post-prandiale
- + – rejet (surtout pour les nourrissons)
- + – pituite (rejet à jeun au lever, d'un liquide aqueux, surtout pour l'alcoolique).
- + – gêne pharyngée
- + – toux
- + – hoquet, éructation
- + – douleur thoracique postérieure
- + – récédive
- + – asymptomatique

RISQUE(s)

ALCOOLISME
 ASTHME
 CANCER DE L'ŒSOPHAGE
 ENDOBRACHYŒSOPHAGE
 INFECTION ORL ET BRONCHIQUE
 TROUBLE CORONARIEN
 ULCÈRE GASTRIQUE

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

A, D

VOIR AUSSI

ANGOR-INSUFFISANCE CORONARIENNE
 DYSPHAGIE
 DIARRHÉE – NAUSÉE – VOMISSEMENT
 ÉPIGASTRALGIE
 GASTRITE CHRONIQUE
 HERNIE HIATALE
 PRÉCORDIALGIE
 ULCÈRE DUODÉNAL
 ULCÈRE GASTRIQUE

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

L'expression « reflux gastro-œsophagien » étant communément retenu, le mot « reflux » est placé en premier dans le titre afin de permettre aux utilisateurs de retrouver rapidement la définition.

Le terme de pyrosis, du grec *pyros*, caractérise les brûlures dont souffre le patient, occasionnées par le reflux et les régurgitations.

L'œsophagite est de plus en plus authentifiée, il a donc été décidé, lors de la mise à jour du dictionnaire, de rajouter œsophagite dans la définition qui s'appelait avant PYROSIS-REFLUX. Jusqu'alors l'œsophagite devait être relevée en DHL.

Critères d'inclusion

Trois entrées possibles dans la définition :

- soit par une douleur épigastrique (le plus souvent à type de brûlure),
- soit par des régurgitations, qui se font sans effort apparent, ce qui les distingue des vomissements,
- soit par l'œsophagite, après une fibroscopie.

Compléments sémiologiques

Ils permettent d'enrichir le tableau clinique, d'orienter d'éventuelles explorations ou encore de préciser la cause des douleurs.

Le « rejet » est l'extériorisation hors de la bouche des régurgitations. Il est souvent retrouvé chez l'enfant.

La pituite est un rejet à jeun au lever, d'un liquide aqueux. Il est souvent retrouvé chez l'alcoolique.

Voir Aussi

HERNIE HIATALE : ne peut être affirmée que sur les examens complémentaires.

VOMISSEMENT : se fait avec des « efforts » contrairement à la régurgitation.

Ni spécifiques, ni pathognomoniques, les signes associés, les infections respiratoires à répétition, les douleurs pseudo-angineuses, l'asthme, seront relevés séparément.

Position(s) diagnostique(s)

A : Dans tous les cas (pyrosis ou reflux) sauf

D : Si le critère œsophagite est relevé.

CORRESPONDANCE CIM – 10

K21.0 : Reflux gastro-œsophagien avec œsophagite

K21.9 : Reflux gastro-œsophagien sans œsophagite

K22.1 : Ulcère de l'œsophage

K22.2 : Obstruction de l'œsophage

R12 : Pyrosis

DÉFINITION

- ++1 | RHINORRHÉE CLAIRE, DURABLE
- ++1 | OBSTRUCTION NASALE DURABLE

- ++++ ABSENCE DE FIÈVRE OU SENSATION DE FIÈVRE

- ++1 | SAISONNIÈRE
- ++1 | CIRCONSTANCE DÉCLENCHANTE IDENTIFIÉE
- ++1 | PER-ANNUELLE (tout au long de l'année)

- + – éternuements
- + – prurit nasal
- + – brûlure oculaire, larmoiement
- + – toux
- + – muqueuses nasales pâles, de coloration lilas
- + – polypes nasaux
- + – test allergique positif (à préciser)

- + – récidive

- + – asymptomatique

RISQUE(s)

TUMEURS DU RHINO-PHARYNX
 SYNDROME DE WIDAL (allergie aspirine)

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

C, D

VOIR AUSSI

ÉPISTAXIS
 ÉTAT FÉBRILE
 ÉTAT MORBIDE AFÉBRILE
 RHINOPHARYNGITE – RHUME
 SINUSITE

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Cette dénomination permet de relever les rhinorrhées claires qui perdurent au-delà de la période habituelle d'un « rhume ». Elle sera choisie en particulier dans les cas suivants :

- Lorsque la durée habituelle pour un simple rhume est largement dépassée.
- Quand il existe une obstruction nasale ou une rhinorrhée permanente.
- Lorsque la périodicité saisonnière est évidente (« Rhume des foins »).

Critères d'inclusion

Il peut s'agir d'une rhinorrhée claire ou d'une obstruction nasale, mais bien souvent on observe la succession de l'une et de l'autre selon les moments de la journée. Dans ce cas, les deux critères seront choisis.

La rhinorrhée (en particulier post-prandiale) du vieillard sera classée ici en choisissant le critère « Rhinorrhée claire » et « per-annuelle »

Les circonstances déclenchantes identifiées (poussière, fleurs, passage du froid au chaud, mais aussi saison déclenchante) seront précisées.

Le caractère saisonnier périodique est très spécifique.

L'absence de fièvre est un critère négatif important. En cas de fièvre associée, il faudrait classer le cas à ÉTAT FÉBRILE

Compléments sémiologiques

L'examen au spéculum nasal est conseillé pour juger :

- de l'état de la muqueuse (dont l'aspect est parfois « lilas » ou pâle),
- de la présence éventuelle de polypes.

Les tests d'allergies positifs sont importants dans le suivi du patient, mais entraînent aussi une position diagnostique et une correspondance CIM-10 différentes.

Voir Aussi

ÉTAT MORBIDE AFÉBRILE : c'est l'importance et la durée de l'obstruction nasale et de l'écoulement qui feront choisir plutôt RHINITE que ÉTAT MORBIDE AFÉBRILE.

ÉTAT FÉBRILE : état fébrile n'entraîne pas de fièvre.

RHINOPHARYNGITE : l'écoulement nasal ne perdure pas et il est mucopurulent.

RHINOPHARYNGITE – RHUME : la durée de l'écoulement est plus brève.

Position(s) diagnostique(s)

C

D : Si test allergique positif

CORRESPONDANCE CIM – 10

J31.0 : Rhinite chronique (code par défaut)

J30.1 : Rhinite allergique due au pollen

J30.3 : Autres rhinites allergiques

DÉFINITION

++1 | RHINORRHÉE 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 pharyngée

+ – adénopathie sous angulo maxillaire

+ – récidive

+ – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

B

VOIR AUSSI

ANGINE (AMYGDALITE – PHARYNGITE)

CONJONCTIVITE

CORPS ÉTRANGER DANS CAVITÉ NATURELLE

ENROUEMENT

ÉTAT FÉBRILE

ÉTAT MORBIDE AFÉBRILE

MAL DE GORGE

RHINITE

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

ANGINE (AMYGDALITE – PHARYNGITE) : ne comporte pas d'écoulement nasal.

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.

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 : Rhinopharyngite aiguë (rhume banal)

DÉFINITION

- ++1 | RONFLEMENTS
- ++1 | PAUSES RESPIRATOIRES PENDANT LE SOMMEIL
 - +1 | constatées par l'entourage
 - +1 | mesurées par enregistrement (polygraphique ou polysomnographique)
- + – avec retentissement sur la vigilance
- + – surpoids
- + – bouche sèche au réveil
- + – hypertrophie amygdalienne ou adénoïdienne

- + – récurrence

- + – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

A, B, C

VOIR AUSSI
INSOMNIE

ARGUMENTAIRE

Dénomination

Cette dénomination permet d'inclure les ronflements banals ou « ronchopathies », les pauses (apnées) constatées, mais aussi les tableaux plus complexes de « syndrome d'apnée du sommeil » où les pauses sont significatives (au moins 5 pauses supérieures à 10 secondes par heure) avec un retentissement clinique sur la vigilance diurne (évaluable par le questionnaire d'Epworth).

Critères d'inclusion

Les « RONFLEMENTS » ne correspondent qu'à des nuisances sonores, essentiellement pour l'entourage, mais dont l'intensité nécessite peut être une prise en charge spécifique.

Les « PAUSES RESPIRATOIRES PENDANT LE SOMMEIL » qui peuvent être constatées par le patient ou son entourage ou recherchées (et validées par un enregistrement) par le médecin devant une symptomatologie évoquant un SAS.

Compléments sémiologiques

Ils permettent de noter l'hypertrophie amygdalienne et la sensation de bouche sèche qu'on retrouve souvent dans cette pathologie

Voir Aussi

INSOMNIE : les troubles du sommeil ne s'accompagnent pas de ronflement ou de pause respiratoire

Position(s) diagnostique(s)

A : Si ronflements ou pauses

B : Si ronflements et pauses

C : Si syndrome d'apnée du sommeil (ronflements+pauses+enregistrement)

CORRESPONDANCE CIM – 10

G 47.3 : Apnée du sommeil

R06.5 : Respiration par la bouche

R06.8 : Anomalies de la respiration, autres et non précisées –
Apnée SAI

DÉFINITION**++++ DOULEUR DANS LE TERRITOIRE DU NERF SCIATIQUE**

- ++1 | sur le trajet de la racine L5, jusqu'au gros orteil
- ++1 | sur le trajet de la racine S1, jusqu'au 5^{ième} orteil
- ++1 | tronquée

++++ ABSENCE DE SIGNES GÉNITO-SPHINCTÉRIENS

- + – effort déclenchant récent
- + – majorée par la toux ou la défécation
- + – aggravée par la 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)

FORME PARALYSANTE

POSITION(s) DIAGNOSTIQUE(s)

A, B

VOIR AUSSI

DOULEUR NON CARACTÉRISTIQUE
 LOMBALGIE
 NÉVRALGIE – NÉVRITE

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 « NÉVRALGIE-NÉVRITE » 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 territoire 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

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).

NÉVRALGIE – NÉVRITE : 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 (code par défaut)

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
- + – hémiparésie ou hémiplégie
- + – 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)

- + – asymptomatique

RISQUE(s)

ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL
CÉCITÉ
ENCÉPHALITE
TUMEUR CÉRÉBRALE

POSITION(s) DIAGNOSTIQUE(s)

C

VOIR AUSSI

ACCÈS et CRISE	CEIL (TROUBLE DE LA VISION)
ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL	PARESTHÉSIE DES MEMBRES
ACOUPHÈNE	PLAINTES POLYMORPHES (TROUBLE SOMATOFORME)
DOULEUR NON CARACTÉRISTIQUE	PSYCHIQUE (TROUBLE)
DYSPHAGIE	SCIATIQUE
DYSURIE	SEXUELLE (DYSFONCTION)
ENROUEMENT	SURDITÉ
GOÛT (ANOMALIE DU)	VERTIGE – ÉTAT VERTIGINEUX
INCONTINENCE URINAIRE	
NÉVRALGIE – NÉVRITE	

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 débuter 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 CRISE, CEIL (TROUBLE DE LA VISION), voire ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL pourraient parfois être choisis lors de la première poussée et être révisé 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^{ère} poussée ne peut être reconnue qu'*a posteriori*, et l'aggravation progressive demande du recul pour en juger.

CORRESPONDANCE CIM – 10

G35 : Sclérose en plaques

DÉFINITION

++++ PLAINTÉ CONCERNANT LE SEIN
 ++++ ABSENCE DE TUMÉFACTION MAMMAIRE

++1 | MASTODYNIE
 ++1 | ÉCOULEMENT MAMELONNAIRE (EN PRÉCISER LA NATURE)
 ++1 | SIGNES INFLAMMATOIRES (LYMPHANGITE)
 ++1 | DYSMORPHIE :
 ++1 | hypertrophie
 ++1 | hypotrophie
 ++1 | ptose
 ++1 | asymétrie
 ++1 | ombilication mamelonnaire

+ – bilatérale
 + – fièvre

+ – récidive

+ – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

A, B, D

VOIR AUSSI

ABCÈS SUPERFICIEL
 DOULEUR NON CARACTÉRISTIQUE
 EXAMEN SYSTÉMATIQUE ET PRÉVENTION
 LYMPHANGITE
 POST-PARTUM (COMPLICATION)
 SEIN (TUMÉFACTION)
 SYNDROME PRÉMENSTRUEL

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Cette définition permet d'inclure les diverses mastopathies, à l'exclusion des tuméfactions mammaires.

Critères d'inclusion

Il s'agit d'une plainte concernant le ou les seins, sans tuméfaction mammaire.

Au moins un critère ++1 | doit être choisi.

Les diverses pathologies mammaires dues à l'allaitement seront incluses ici.

Compléments sémiologiques

Ils précisent le caractère uni ou bilatéral (si bilatéral n'est pas choisi, c'est que l'affection est unilatérale. Préciser le sein atteint en commentaire) ainsi que la présence ou non de fièvre.

Position(s) diagnostique(s)

A : Dans le cas de simples douleurs (mastodynies).

B : Douleur et écoulement mamelonnaire par exemple.

D : Dysmorphie (ptose, asymétrie) car diagnostiquable *de visu*.

CORRESPONDANCE CIM – 10

N64.9 : Affection du sein, sans précision (code par défaut)

N61 : Affections inflammatoires du sein

N62 : Hypertrophie mammaire

N64.2 : Atrophie mammaire

N64.4 : Mastodynie

N64.5 : Autres signes et symptômes observés au niveau du sein

DÉFINITION**++++ ANOMALIE DU SEIN**

- ++1 | constatée par la palpation (parfois visible à l'inspection)
- ++1 | découverte par l'imagerie

- + – douleur spontanée ou à la palpation
- + – multiples
- + – bilatérale
- + – mobile
- + – à limites précises
- + – ferme
- + – signes inflammatoires
- + – signes cutanés
- + – collection liquidienne
 - ++1 | révélée par l'imagerie
 - ++1 | confirmée par la ponction
- + – microcalcifications
- + – écoulement mamelonnaire
- + – adénopathie(s) loco-régionale(s)

- + – récidive

- + – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

C

VOIR AUSSI

ABCÈS SUPERFICIEL
 CANCER
 SEIN (AUTRE)
 TUMÉFACTION

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Cette définition permet d'inclure toutes les tumeurs du sein, palpables ou naissantes, y compris les micro-calcifications radiologiques.

Critères d'inclusion

Anomalie découverte lors de la palpation du sein (tuméfaction) ou anomalie radiologique ou échographique de la glande mammaire.

Compléments sémiologiques

Ils décrivent, si elles existent, les diverses caractéristiques sémiologiques de cette anomalie et les signes d'accompagnement.

Voir aussi

TUMÉFACTION : SEIN (TUMÉFACTION) est une forme isolée de ce résultat de consultation en raison de sa fréquence et de sa prise en charge spécifique.

ABCÈS : bien qu'il s'agisse aussi d'une tuméfaction ses caractères sémiologiques sont radicalement différents.

CANCER : à classer ici après examen anatomopathologique certifiant la malignité.

Position(s) diagnostique(s)

C : Lorsque les signes d'inclusion obligatoires sont présents.

NB : après résultat anatomopathologique, le RC sera révisé par le résultat de consultation correspondant (le plus souvent en DÉNOMINATION HORS LISTE, hormis le CANCER) et sera mis en position D.

CORRESPONDANCE CIM – 10

N63 : Tuméfaction mammaire, sans précision (code par défaut)

DÉFINITION

- ++++ SUJET ÂGÉ DE PLUS DE 65 ANS
- ++++ DIMINUTION PROGRESSIVE DES CAPACITÉS
- ++1 | PHYSIQUES
 - ++1 | réduction du périmètre de vie
 - ++1 | dénutrition (IMC, MNA, circonférences des membres, pré albumine)
 - ++1 | troubles de l'équilibre (chute, tests unipodal ou « up and go »)
 - ++1 | sensorielle (visuelle et auditive)
- ++1 | PSYCHO INTELLECTUELLES
 - ++1 | manifestations dépressives
 - ++1 | capacités d'adaptation aux situations nouvelles
 - ++1 | actes de la vie quotidienne (échelle IADL)
 - ++1 | cognitives (test de l'horloge, 5 mots, MMS entre 25 et 27,...)
- + – modification du caractère
- + – bas niveau socio-économique
- + – isolement
- + – accentuation récente
- + – asymptotique

RISQUE(s)

CANCERS
 AUTRES MALADIES induisant une réduction des capacités physiques ou psycho intellectuelles.

POSITION(s) DIAGNOSTIQUE(s)

B

VOIR AUSSI

ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL
 ALCOOL (PROBLÈME AVEC L')
 COMPORTEMENT (TROUBLES)
 DÉMENCE
 DÉPRESSION
 HUMEUR DÉPRESSIVE
 MÉMOIRE (PERTE DE)
 PSYCHIQUE (TROUBLE)
 RÉACTION À SITUATION ÉPROUVANTE

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Ce RC inclut les malades de plus de 65 ans présentant un état instable d'autonomie (capacité à décider par soi-même) et de dépendance (obligation de recourir à des aides pour la satisfaction de besoins fondamentaux).

Critères d'inclusion

Hormis l'âge, la diminution progressive des capacités physiques ou psycho-intellectuelles ou des deux sont les deux critères d'inclusion. Pour chacune de ces deux entrées sont définis un certain nombre de critères d'appréciation dont l'un au moins devra être choisi. C'est dire par exemple que la réduction du périmètre de vie – quelle qu'en soit l'origine – chez un patient de plus de 65 ans, permet ainsi de définir « SÉNILITÉ (SUJET ÂGÉ FRAGILE) ».

Les pathologies associées (FRACTURE, DÉPRESSION etc.) seront relevées en plus par le RC correspondant.

Compléments sémiologiques

L'isolement et le bas niveau socio-économique sont de nature différente des autres compléments sémiologiques, mais peuvent être notés car accentuant cet état instable d'autonomie et de dépendance.

Risques

CANCERS

AUTRES MALADIES induisant une réduction des capacités physiques ou psycho intellectuelles.

Voir aussi

DÉMENCE : le score au MMS est inférieur à 25. Les autres RC cités doivent être choisis si les critères d'inclusion sont retrouvés, mais peuvent aussi être choisis en plus de SÉNILITÉ si le praticien estime que, chez un sujet de plus de 65 ans, ils entraînent également un état instable d'autonomie et de dépendance.

Position(s) diagnostique(s)

B

CORRESPONDANCE CIM – 10

R54 : Sénilité

DÉFINITION

++++ PLAINTÉ D'ORDRE SEXUEL EXPRIMÉE

++1 | par le patient

++1 | par la ou le partenaire

++1 | IMPUISSANCE

++1 | ÉJACULATION PRÉMATURÉE

++1 | ANORGASMIE

++1 | LIBIDO PERTURBÉE

++1 | DYSpareunie

++1 | VAGINISME

++1 | FRIGIDITÉ

++1 | AUTRE(S) (À PRÉCISER EN COMMENTAIRE)

+ – origine organique ou médicamenteuse

+ – récidive

+ – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

A

VOIR AUSSI

ALCOOL (PROBLÈME AVEC L')

DÉPRESSION

DIABÈTE DE TYPE 1

DIABÈTE DE TYPE 2

HUMEUR DÉPRESSIVE

PROBLÈME DE COUPLE

PSYCHIQUE (TROUBLE)

RÉACTION À SITUATION ÉPROUVANTE

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Ce résultat de consultation désigne la(les) plainte(s) exprimée(s) par le patient ou par le (la) partenaire, soit spontanément, soit au cours de l'entretien avec le médecin.

Comme pour tous les résultats de consultation, il ne sera retenu que s'il est pris en compte par le médecin au cours de la séance (écoute, conseil, thérapeutique, etc.).

Toutefois, cette dénomination n'inclut pas les troubles de l'identité sexuelle ni les troubles de la préférence sexuelle qui seront relevés hors-liste.

Critères d'inclusion

Le critère « Plainte d'ordre sexuel » doit être choisi ainsi que l'un ou deux des critères « par le patient » et « par le ou la partenaire ».

La liste qui suit n'est évidemment pas exhaustive : la définition de chacun des termes est supposée connue.

La rubrique « autre » est destinée à noter le problème posé, qui sera écrit en commentaire (autres troubles de l'éjaculation par exemple).

Compléments sémiologiques

Si une origine organique ou médicamenteuse est envisagée, il faudra choisir en plus IATROGÈNE – EFFET INDÉSIRABLE D'UNE THÉRAPEUTIQUE ou le résultat de consultation correspondant (par exemple DIABÈTE)

Voir aussi

La liste désigne les dénominations où des troubles sexuels font partie du syndrome ou du tableau de maladie, ou celles pouvant être associées à SEXUELLE (DYSFONCTION).

Les Troubles de l'identité sexuelle et les Troubles de la préférence sexuelle qui seront relevés en Dénomination Hors Liste.

Position(s) diagnostique(s)

A : C'est un symptôme.

CORRESPONDANCE CIM – 10

F52.9 : Dysfonctionnement sexuel non dû à un trouble ou à une maladie organique, sans précision (code par défaut)

F52.0 : Absence ou perte du désir sexuel

F52.2 : Échec de la réponse génitale

F52.3 : Dysfonctionnement orgasmique

F52.4 : Éjaculation précoce

F52.5 : Vaginisme non organique

F52.6 : Dyspareunie non organique

N48.4 : Impuissance d'origine organique

N94.1 : Dyspareunie organique et sans précision

N94.2 : Vaginisme organique et sans précision

DÉFINITION

- ++1 | DOULEUR DES SINUS DE LA FACE
 - ++++ spontanée
 - ++++ retrouvée à la palpation
 - ++++ avec écoulement nasal purulent
 - ++1 | antérieur
 - ++1 | postérieur
- ++1 | SIGNES D'IMAGERIE (À LA RADIOGRAPHIE OU AU SCANNER)
- ++1 | PUS À LA PONCTION DES SINUS

- ++1 | SINUS FRONTAUX
- ++1 | SINUS MAXILLAIRE DROIT
- ++1 | SINUS MAXILLAIRE GAUCHE

- + – douleur lancinante
- + – douleur majorée par mouvements tête
- + – douleur provoquée par la percussion dentaire supérieure
- + – toux
- + – fièvre ou sensation de fièvre
- + – opacité/flou à la transillumination
- + – non-réponse aux vaso-constricteurs locaux

- + – récidive

- + – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

C, D

VOIR AUSSI

CÉPHALÉE
 DENT (PATHOLOGIE DE LA)
 DOULEUR NON CARACTÉRISTIQUE
 ÉTAT FÉBRILE
 ÉTAT MORBIDE AFÉBRILE
 MIGRAINE
 NÉVRALGIE – NÉVRITE
 RHINITE
 RHINOPHARYNGITE – RHUME

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Inclut les sinusites maxillaires et frontales, aiguës ou chroniques.
 Exclut les ethmoïdites dont le tableau clinique particulier est plus rare.

Critères d'inclusion

Trois entrées différentes sont possibles :

- Soit clinique, à la condition de réunir un faisceau d'arguments : douleur spontanée et à la palpation des sinus, écoulement nasal purulent antérieur (le plus souvent au méat moyen) ou postérieur (traînée purulente pharyngée uni ou bilatérale).
 - Soit par des signes d'imagerie (radiographie – scanner). C'est souvent le seul moyen d'affirmer une sinusite chronique.
 - Soit par la présence de pus à la ponction d'un ou plusieurs sinus (avec ou sans germe isolé).
- Naturellement, dans certains cas, les trois entrées pourront être choisies.

Compléments sémiologiques

Les symptômes et signes facultatifs sont souvent associés et sont autant d'éléments supplémentaires pour choisir cette dénomination, en particulier :

- Le caractère lancinant de la douleur.
- La douleur provoquée par la percussion dentaire supérieure.
- La non-réponse aux vaso-constricteurs locaux.
- La trans-illumination retrouvant une opacité ou un flou d'un sinus (pratique vivement recommandée en médecine générale).

Voir aussi

Chacun des résultats de consultation qui pourrait prêter à confusion avec SINUSITE :

- soit en raison des douleurs de la région crânio-faciale : CÉPHALÉE, MIGRAINE, NÉVRALGIE – NÉVRITE, DENT (PATHOLOGIE DE LA), DOULEUR NON CARACTÉRISTIQUE,
- soit en raison d'un écoulement nasal : ÉTAT MORBIDE AFÉBRILE, ÉTAT FÉBRILE, RHINITE (écoulement clair).

Position(s) diagnostique(s)

C : Devant les seuls signes cliniques obligatoires.

D : Devant des signes d'imagerie ou après ponction de pus (voire identification de germes).

CORRESPONDANCE CIM – 10

J01.9 : Sinusite aiguë, sans précision (code par défaut)

J01.0 : Sinusite maxillaire aiguë

J01.1 : Sinusite frontale aiguë

J01.4 : Pansinusite aiguë

DÉFINITION

- ++++ SOUFFLE PERÇU À L'AUSCULTATION
- ++++ ABSENCE DE SIGNE DE LÉSION ORGANIQUE CARACTÉRISÉE (pouvant être affirmée au cours de la séance)
- + – de temps systolique
- + – de temps diastolique
- + – perçu à la base
- + – perçu à la pointe
- + – autre(s) localisation(s) (à préciser en commentaire)
- + – irradiations :
 - ++1 | vers l'aisselle
 - ++1 | vers les vaisseaux du cou
- + – de timbre doux (noté de 1 à 6)
- + – de timbre râpeux (noté de 1 à 6)
- + – en jet de vapeur (noté de 1 à 6)
- + – variable :
 - ++1 | avec la respiration
 - ++1 | avec la position
 - ++1 | dans le temps
- + – autre(s) signe(s) auscultatoire(s) associé(s) (à préciser en commentaire)
- + – connu
- + – récidive
- + – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

A

VOIR AUSSI

ANÉVRYSME ARTÉRIEL
STÉNOSE ARTÉRIELLE

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Cette définition a pour objectif de déterminer et de noter les caractères sémiologiques d'un souffle cardiaque dont on ne peut pas affirmer l'origine organique sur les seuls arguments cliniques lors de la séance (voire après examens complémentaires).

NB : Lorsque l'organicité est caractérisée, soit d'emblée, soit à la suite d'une révision, la lésion organique doit être relevée en DÉNOMINATION HORS LISTE (rétrécissement mitral, insuffisance aortique, etc.).

NB : les autres bruits cardiaques, s'ils ne s'accompagnent pas d'un souffle, seront relevés en DÉNOMINATION HORS LISTE sous la dénomination « BRUITS CARDIAQUES ».

Critères d'inclusion

C'est essentiellement la présence d'un souffle dont l'organicité ne peut être affirmée au cours de la séance qui constitue le critère obligatoire.

Compléments sémiologiques

Ils servent :

- à préciser la sémiologie exacte du souffle (localisation, temps, timbre, etc.),
- à noter son intensité (la cotation de 1 à 6 mérite d'être signalée dans le dossier),
- À noter l'existence d'un autre signe auscultatoire associé au souffle (voir NB ci-dessus).

NB : Le roulement diastolique, caractéristique du rétrécissement mitral ne figure pas dans les items de cette définition.

Position(s) diagnostique(s)

A : Devant la perception d'un souffle.

CORRESPONDANCE CIM – 10

- R01.1 : Souffle cardiaque, sans précision (code par défaut)
- R01.0 : Souffles cardiaques bénins et anodins

DÉFINITION

++++ STÉNOSE ARTÉRIELLE MISE EN ÉVIDENCE

++1 | par un doppler

++1 | par imagerie (angiographie, IRM, ARM...)

++++ LOCALISATION

++1 | carotidienne

++1 | sous-clavière

++1 | aortique abdominale

++1 | fémorale superficielle

++1 | autre (à préciser en commentaire)

+ – souffle

+ – abolition d'un pouls

+ – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

D

VOIR AUSSI

ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL

ANÉVRYSME ARTÉRIEL

ARTÉRITE DES MEMBRES INFÉRIEURS

SOUFFLE CARDIAQUE

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Ce résultat de consultation ne préjuge pas de la cause de la sténose (artérite, compression, anomalie congénitale, etc.).

La perception d'un souffle artériel, avant confirmation paraclinique d'une sténose, n'entre pas dans cette définition et sera classée en DÉNOMINATION HORS LISTE.

Critères d'inclusion

Le seul critère obligatoire est la constatation par Doppler ou angiographie d'une sténose.

L'un des autres critères de localisation doit être obligatoirement choisi. Le critère « autre(s) » permet d'indiquer une localisation non prévue dans la définition.

Compléments sémiologiques

Ils précisent la présence d'un souffle associé ou l'abolition d'un pouls dans certaines sténoses (ex. sous-clavière).

Position(s) diagnostique(s)

D: En cas de diagnostic certifié.

CORRESPONDANCE CIM – 10

I77.1 : Sténose d'une artère (code par défaut)

DÉFINITION

- ++1 | MYCOSE BUCCALE
 - ++1 | MUGUET (érythème et enduit blanchâtre de la muqueuse buccale)
 - ++1 | ÉRYTHÈME DIFFUS DANS UN CONTEXTE ÉVOCATEUR
- ++1 | AUTRES LÉSIONS :
 - ++1 | de la cavité buccale (sauf lésion isolée des gencives)
 - ++1 | de la langue
 - ++1 | érythème
 - ++1 | langue noire
 - ++1 | ulcération (sauf aphte)
 - ++1 | leucoplasie (plaque porcelainée)
 - ++1 | langue plicaturée (fissurée, scrotale, striée)
 - ++1 | aspect blanchâtre, enduit (plaque de leucoplasie ou langue saburrale)
 - ++1 | atrophie papillaire (langue vernissée)
- + – circonscrite
- + – multiples
- + – extension aux gencives
- + – douloureuse
- + – adénopathie(s)
- + – récidive
- + – asymptomatique

RISQUE(s)

CANCERS
LYMPHOME
SIDA

POSITION(s) DIAGNOSTIQUE(s)

A, C

VOIR AUSSI

ABCÈS SUPERFICIEL
APHTE
CANCER
DENT (PATHOLOGIE DE LA)
DOULEUR NON CARACTÉRISTIQUE
GINGIVITE
HERPÈS
PHLEGMON DE L'AMYGDALE
PLAIE

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Cette définition permet de décrire les lésions de la bouche et de la langue à l'exception des affections isolées des gencives.

Critères d'inclusion

Au nombre de deux, ils désignent :

- soit le tableau de mycose buccale, pouvant prendre l'aspect du « muguet » ou celui d'un érythème diffus dans un contexte évocateur (prise récente d'antibiotiques par exemple)
- soit celui d'autres lésions (érythème localisé, langue noire, ulcération, à l'exception des aphtes etc.), sauf si elles sont localisées uniquement sur les gencives.

Compléments sémiologiques

Ils permettent de préciser l'aspect multiple des lésions observées, ou au contraire localisé, la l'existence de phénomènes douloureux associés ou la présence d'une d'adénopathie.

En cas d'atteinte des gencives accompagnant l'atteinte de la muqueuse buccale ou de la langue, choisir le complément sémiologique « extension aux gencives ».

Risques

CANCERS à évoquer devant une ulcération non caractéristique
LYMPHOME
SIDA

Voir aussi

APHTE : pour toute ulcération ayant les caractéristiques d'un aphte.
GINGIVITE : en cas d'atteinte isolée des gencives.
HERPÈS : si les lésions sont caractéristiques.
PLAIE : pour toute plaie traumatique.

Position(s) diagnostique(s)

A : S'agissant de lésions non caractéristiques
C : S'agissant des aspects caractéristiques d'une mycose buccale

CORRESPONDANCE CIM – 10

B37.0 : Stomatite à Candida
K12.1 : Autres formes de stomatite
K13.2 : Leucoplasie et autres anomalies de l'épithélium buccal y compris la langue
K14.0 : Glossite
K14.4 : Atrophie des papilles de la langue
K14.5 : Langue plicaturée

DÉFINITION

++++ TENTATIVE DE METTRE FIN À SES JOURS

++++ PAR DIVERS MOYENS

+ +1 | médicament à préciser

+ +1 | autre(s) (à préciser en commentaire)

+ +1 | RAPPORTÉE PAR LE MALADE

+ +1 | RAPPORTÉE PAR L'ENTOURAGE

+ +1 | CONSTATÉE PAR LE MÉDECIN

+ – répétée

POSITION(s) DIAGNOSTIQUE(s)

D

VOIR AUSSI

DÉCÈS

DÉPRESSION

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Cette définition inclut les tentatives de suicide mais exclut le suicide « réussi » qui sera classé à DÉCÈS. Elle rend compte d'une situation à risque immédiat.

Critères d'inclusion

Ils sont au nombre de trois :

– Il doit y avoir eu une tentative de mettre fin à ses jours. On se trouve donc dans une situation de réalité où le

« passage à l'acte » est en cours ou a déjà été réalisé.

– Le(s) moyen(s) utilisé(s) doivent être (médicamenteux ou autre moyen non médicamenteux) précisés en commentaire.

– Troisième critère obligatoire, le mode de connaissance de la tentative (soit par le malade, soit par l'entourage, soit constatation par le médecin lui-même).

Compléments sémiologiques

Un seul, mais important, la notion de répétition des tentatives.

Voir aussi

DÉCÈS : décès par suicide. Il faudra choisir en cas de décès ce résultat et non pas « TENTATIVE ».

DÉPRESSION : risque évitable connu.

Position(s) diagnostique(s)

D : Diagnostic certifié.

CORRESPONDANCE CIM – 10

X84.9 : Lésion auto-infligée par un moyen non précisé, dans un lieu, sans précision (code par défaut)

X64.9 : Auto-intoxication par des médicaments et substances biologiques et exposition à ces produits, autres et sans précision, dans un lieu, sans précision

DÉFINITION

- ++++ PRISE EN CHARGE DE MOINS DE 3 MOIS CONSÉCUTIVE À UNE
- ++1 | intervention chirurgicale sous anesthésie (générale, loco-régionale ou régionale)
 - ++1 | petite chirurgie réalisée en cabinet
- ++1 | SANS COMPLICATION
- ++1 | contrôle de la plaie sans soin local
 - ++1 | réfection de pansement
 - ++1 | ablation de fils, d'agrafes ou de strips
 - ++1 | traitement anticoagulant (prescription, surveillance, ajustement des doses)
 - ++1 | autre(s) (à préciser en commentaire)
- ++1 | AVEC COMPLICATION LOCALE
- ++1 | douleur
 - ++1 | inflammation locale
 - ++1 | suppuration
 - ++1 | lâchage de suture
 - ++1 | hématome de paroi
 - ++1 | fils non résorbés
 - ++1 | hémorragie
 - ++1 | autre(s) (à préciser en commentaire)

RISQUE(s)

EMBOLIE PULMONAIRE
INFECTION LOCALE ou GÉNÉRALE
PHLÉBITE

POSITION(s) DIAGNOSTIQUE(s)

A, B, C, D, Z

VOIR AUSSI

ABCÈS SUPERFICIEL
BRÛLURE
CICATRICE
ESCARRE
PLAIE
POST-PARTUM (COMPLICATION)

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Ce résultat de consultation permet de relever les actes pratiqués à la suite d'une intervention chirurgicale et directement induits par celle-ci, y compris les complications locales des plaies opératoires. Mais il ne concerne que les problèmes locaux, toute complication générale devra être relevée par le résultat de consultation correspondant.

Critères d'inclusion

La prise en charge doit survenir dans les 3 mois qui suivent l'intervention chirurgicale. Ce délai évite de continuer à choisir ce résultat de consultation pendant des mois, en raison par exemple de douleurs de la région opérée. Au-delà de 3 mois, les cas seront donc classés sous leurs propres dénominations.

Voir aussi

PLAIE : si les soins initiaux sont relevés sous cette dénomination, il faudra choisir SUITE OPÉRATOIRE pour le suivi et l'ablation des fils.

Se souvenir également qu'il existe des RC particuliers pour BRÛLURE, tout au long du suivi, POST-PARTUM (COMPLICATION) pour, par exemple, l'ablation des fils d'épisiotomie et ESCARRE.

Position(s) diagnostique(s)

Z : En l'absence de complication locale.

A, B, C, D : En cas de suite opératoire avec complication locale, la position diagnostique sera fonction de la symptomatologie présentée.

CORRESPONDANCE CIM – 10

- T81.0 : Hémorragie et hématome compliquant un acte à visée diagnostique et thérapeutique, non classés ailleurs
- T81.3 : Désunion d'une plaie opératoire, non classée ailleurs
- T81.4 : Infection après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, non classée ailleurs
- T81.9 : Complication non précisée d'un acte à visée diagnostique et thérapeutique
- Z48.0 : Prise en charge pour surveillance des sutures et pansements chirurgicaux
- Z48.8 : Prise en charge pour d'autres soins de contrôle chirurgicaux précisés
- Z48.9 : Prise en charge pour soin de contrôle chirurgical, sans précision

DÉFINITION

- ++1 | EXCÈS DE POIDS DE MOINS DE 20 % PAR RAPPORT AU POIDS IDÉAL SELON LA FORMULE DE LORENTZ :
 Homme : $Pkg = [Tcm - 100] - [(Tcm - 150) / 4]$
 Femme : $Pkg = [Tcm - 100] - [(Tcm - 150) / 2]$
- ++1 | AUGMENTATION de l'INDEX de MASSE CORPORELLE
 IMC = Poids (kg)/Taille² (m).
 Normal : Homme entre 20 et 25, Femme entre 19 et 24
 NB : si \geq à 29 pour les femmes et \geq à 30 pour les hommes, voir OBÉSITÉ
- + – localisé
 + – récent
 + – variable
 + – régime antérieur
 + – traitement antérieur
 + – prise en charge à la demande
 ++1 | du patient
 ++1 | de l'entourage
- + – récidive
- + – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

A

VOIR AUSSI

ANOREXIE – BOULIMIE
 HYPOTHYROÏDIE
 OBÉSITÉ

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Ce résultat de consultation permet de relever les excès de poids modérés qui ne peuvent pas être classés dans la définition OBÉSITÉ.

Critères d'inclusion

La distinction avec obésité résulte de l'application des formules de calcul :
 – Soit excès de poids de moins de 20 % par rapport au poids idéal défini par la formule de Lorentz :
 Homme : $Pkg = [Tcm - 100] - [Tcm - 150 / 4]$
 Femme : $Pkg = [Tcm - 100] - [Tcm - 150 / 2]$
 – Soit index de masse corporelle (Body Mass Index) entre 24 et 29 pour les femmes et entre 25 et 30 pour les hommes. Au dessus on définit obésité.
 IMC = Poids (kg)/Taille² (m).

Compléments sémiologiques

Ils précisent différents caractères de cet excès pondéral, la notion de régime ou de traitement antérieur.

Position(s) diagnostique(s)

A : C'est un symptôme.

CORRESPONDANCE CIM – 10

R63.5 : Prise de poids anormale

DÉFINITION

- +++ BAISSÉ de l'AUDITION (sans préjuger de son importance)
- ++1 | BRUTALE
- ++++ otoscopie normale
 - + – sensation d'oreille pleine
 - + – totale
 - + – précédée d'acouphènes
- ++1 | PROGRESSIVE
- + – bilatérale
 - + – portant sur les fréquences aiguës
 - + – intelligibilité du langage (mesurée par l'audiométrie vocale)
- ++1 | CONGÉNITALE OU NÉONATALE
- + – bilatérale
- + – surdité de transmission
(Rinne négatif : le son est mieux perçu par voie osseuse que par voie aérienne. WEBER : son perçu par la moins bonne oreille)
- + – surdité de perception
(Rinne positif : le son est mieux perçu par voie aérienne que par voie osseuse. WEBER : son perçu par la meilleure oreille)
- + – récidive
- + – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

A, B, C, D

VOIR AUSSI

ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL
 ACOUPHÈNE
 CÉRUMEN
 OTITE EXTERNE
 OTITE MOYENNE
 PPR – HORTON
 RHINOPHARYNGITE – RHUME
 SCLÉROSE EN PLAQUES

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

La surdité est une hypoacousie, c'est-à-dire une baisse de l'acuité auditive sans préjuger de son importance (« être dur d'oreille »). La surdité totale est appelée cophose. La surdité verbale est l'impossibilité de comprendre le sens des mots.

La présente définition permet d'inclure ces trois aspects.

Critères d'inclusion

Selon le mode d'apparition de la surdité : brutale, progressive ou congénitale.

- Brutale : afin d'éliminer une autre cause, l'otoscopie doit être normale.
- Progressive.
- Congénitale ou néo-natale (héréditaire, embryopathie, prématurité, traumatisme obstétrical, incompatibilité rhésus).

Compléments sémiologiques

- Caractère ou bilatéralité de l'atteinte auditive.
- Surdité de transmission (voir Test de Rinne et de Weber).
- Surdité de perception (voir Test de Rinne et de Weber).

Voir aussi

Lorsqu'une cause précise à la surdité est identifiée, on classera le cas sous sa dénomination dans la liste ou hors liste. Rappel étiologique schématique : Surdités brusques : urgence thérapeutique de cause mal connue (hypothèse virale, vasculaire, contraceptifs oraux). Surdités progressives : essentiellement dégénératives (presbyacousie) mais aussi toxiques (aminosides, quinine, salicylés, diurétiques), traumatiques (accidentelles ou sonores), maladie de Ménière (surdité toutes fréquences avec vertiges et acouphènes), radiculaires (neurinome du VIII, avec surdité unilatérale). Surdités congénitales ou néo-natales (dépistage ++): héréditaires, embryopathies (rubéole), prématurité, traumatisme obstétrical, incompatibilité Rhésus.

Position(s) diagnostique(s)

- A : En cas de symptôme.
- B : En cas de syndrome.
- C : En cas de tableau de maladie.
- D : En cas de diagnostic certifié.

CORRESPONDANCE CIM – 10

- H90.0 : Surdité bilatérale de transmission
- H90.2 : Surdité de transmission sans précision
- H90.3 : Surdité de perception bilatérale
- H90.4 : Surdité neurosensorielle unilatérale sans altération de l'audition de l'autre oreille
- H90.5 : Surdité neurosensorielle, sans précision
- H90.7 : Surdité unilatérale mixte de transmission et neurosensorielle sans altération de l'audition de l'autre oreille
- H90.8 : Surdité mixte de transmission et neurosensorielle, sans précision
- H91.2 : Perte auditive soudaine idiopathique
- H91.8 : Autres pertes précisées de l'audition
- H91.9 : Perte de l'audition, sans précision

DÉFINITION

++++ PÂLEUR PAROXYSTIQUE DES TÉGUMENTS

++++ REFROIDISSEMENT DES EXTRÉMITÉS

+ + 1 | doigts : sensation de doigt mort

+ + 1 | pieds

+ + 1 | oreilles

+ + 1 | lèvres

++++ DISPARAISSANT ENTRE LES CRISES

+ – accès déclenchés par le froid

+ – rougeur et cyanose secondaires

+ – trouble trophique (gangrène sèche)

+ – douleur

+ – bilatéral

+ – récursive

+ – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

B

VOIR AUSSI

ARTÉRITE DES MEMBRES INFÉRIEURS

DOULEUR NON CARACTÉRISTIQUE

ENGELURE

PARESTHÉSIE DES MEMBRES

STÉNOSE ARTÉRIELLE

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Le syndrome de RAYNAUD fait partie des « acrosyndromes », nom générique des troubles vasomoteurs des extrémités. Mais les autres acrosyndromes (acrocyanose, érythromélgie, etc.) sont exclus de cette définition. Les patients emploient souvent les termes : « J'ai les mains froides », « J'ai l'onglée ».

La dénomination inclut le syndrome de pâleur des extrémités.

Critères d'inclusion

– Pâleur des téguments rapportée ou constatée par le malade, survenant de façon paroxystique.

– Refroidissement des extrémités, d'autres localisations que les doigts étant possibles (pieds, oreilles, lèvres, etc.).

– Disparaissant entre les crises, ce qui confirme le caractère paroxystique.

Compléments sémiologiques

– Le déclenchement par le froid est fréquent mais non obligatoire.

– On peut parfois constater la rougeur ou la cyanose secondaires à la pâleur initiale.

– Il peut y avoir un aspect bilatéral, souvent symétrique au niveau des membres, qui sera noté ici.

Voir aussi

Acrocyanose et érythromélgie où les mains (ou les pieds) sont froids et cyanosés en permanence sont exclus de la présente définition et seront classés en DÉNOMINATION HORS LISTE.

Position(s) diagnostique(s)

B : C'est un syndrome.

CORRESPONDANCE CIM – 10

I73.0 : Syndrome de Raynaud

DÉFINITION

++++ ALTERNANCE DE PHASES MANIAQUES ET DÉPRESSIVES

- ++1 | rapportées
- ++1 | constatées

++1 | PHASE DÉPRESSIVE :

- ++1 | douleur morale
- ++1 | perte du sentiment de plaisir
- ++1 | troubles du sommeil
- ++1 | fonctions vitales corporelles diminuées
- ++1 | fonctions de relation sociale diminuées

++1 | PHASE MANIAQUE

- ++1 | augmentation de l'activité
- ++1 | paroles précipitées
- ++1 | insomnie croissante
- ++1 | irritabilité, agressivité
- ++1 | levée d'inhibition
- ++1 | fuite des idées
- ++1 | hallucinations
- ++1 | délire

+ – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

B

VOIR AUSSI

ALCOOL (PROBLÈME AVEC L')
 ANOREXIE – BOULIMIE
 COMPORTEMENT (TROUBLES)
 DÉPRESSION
 HUMEUR DÉPRESSIVE
 PSYCHIQUE (TROUBLE)
 TOXICOMANIE

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Autrefois appelée « psychose maniaco-dépressive », elle est actuellement dénommée « Trouble bipolaire ».

Le terme de « syndrome » utilisé ici ne préjuge pas de l'origine psychotique ou non des troubles.

Critères d'inclusion

Les inclusions permettent de choisir ce tableau quelle que soit la phase dépressive, maniaque ou mixte où l'on est amené à examiner le patient. Les phases dépressives et les phases maniaques doivent être définies par au moins un des critères cités.

Position(s) diagnostique(s)

B : C'est un syndrome.

CORRESPONDANCE CIM – 10

F31.9 : Trouble affectif bipolaire, sans précision (code par défaut)

F31.1 : Trouble affectif bipolaire, épisode actuel maniaque sans symptômes psychotiques

F31.3 : Trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression légère ou moyenne

DÉFINITION

- ++++ TROUBLES RYTHMÉS PAR LES RÈGLES
 - + + 1 | dans les 5 jours avant les règles
 - + + 1 | dans les 15 jours avant les règles
- ++++ CESSANT AVEC LA SURVENUE DES RÈGLES
- + + 1 | À PRÉDOMINANCE CONGESTIVE (gonflement des seins, de l'abdomen, œdème...)
- + + 1 | À PRÉDOMINANCE ÉMOTIONNELLE (irritabilité, humeur dépressive, trouble du sommeil,...)
- + + 1 | À PRÉDOMINANCE ALGIQUE (céphalées, mastodynies, douleurs abdominales et pelviennes,...)
- + – récidive
- + – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

B

VOIR AUSSI

AMÉNORRHÉE – OLIGOMÉNORRHÉE – HYPOMÉNORRHÉE
 BOUFFÉES DE CHALEUR
 CÉPHALÉE
 DOULEUR NON CARACTÉRISTIQUE
 DOULEUR PELVIENNE
 DYSMÉNORRHÉE
 HUMEUR DÉPRESSIVE
 MÉNOPAUSE (PROBLÈME ET SUIVI)
 MÉNORRAGIE – MÉTRORRAGIE
 MIGRAINE
 CÈDÈME DES MEMBRES INFÉRIEURS

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Ce résultat de consultation a été conservé en raison de sa connotation « culturelle ». La survenue de certaines manifestations dans la période précédant les règles est considérée, classiquement, comme un syndrome particulier.

Critères d'inclusion

Les troubles incriminés doivent être rythmés par les règles :

- Soit immédiatement pré-menstruels.
- Soit pendant un ou plusieurs jours de la période dite post-ovulatoire (fixée ici arbitrairement à 15 jours).
- Ils doivent cesser dès l'apparition des règles, répondant ainsi à leur caractère « pré » menstruel.

Les symptômes et signes recensés dans la littérature (au moins 150 différents) ne peuvent être énumérés ici de façon exhaustive. Ils peuvent prendre cependant trois aspects « génériques » :

- Troubles d'allure « congestive » (gonflement des seins, de l'abdomen, des mains, des pieds, du visage etc.).
- Troubles de type « émotionnel » (irritabilité, troubles du sommeil, humeur triste, etc.).
- Troubles de type « algique » (mastodynies, céphalées, douleurs abdominales ou pelviennes, etc.).

Compléments sémiologiques

L'aspect récidivant sera noté ici.

Position(s) diagnostique(s)

B : C'est un syndrome.

CORRESPONDANCE CIM – 10

N94.3 : Syndrome de tension prémenstruelle

DÉFINITION

- ++++ DOULEUR DU GENOU
- ++++ ABSENCE DE TRAUMATISME RÉCENT
- ++2 | survenant après flexion prolongée (position assise, en tailleur, accroupie)
- ++2 | à l'ascension rotulienne contrariée
- ++2 | à la palpation des facettes postérieures de la rotule
- ++2 | à la flexion associée à une subluxation de la rotule

- + – sensation de dérobement
- + – pseudo-blocage
- + – signe de la baïonnette (désaxation de l'appareil extenseur de la rotule)
- + – rétraction du droit antérieur
- + – genu valgum
- + – signes radiologiques (dysplasie rotulienne ou des condyles fémoraux, subluxation patellaire externe)

- + – récidive

- + – asymptomatique

RISQUE(s)

ARTHROSE

POSITION(s) DIAGNOSTIQUE(s)

B, C

VOIR AUSSI

ARTHROPATHIE PÉRIARTHROPATHIE

ARGUMENTAIRE

Dénomination

Ce syndrome est très fréquent en médecine générale, et comme en outre il est facile à reconnaître, il doit être individualisé du groupe « arthropathie »

Critères d'inclusion

La douleur est toujours présente. Sa localisation est souvent mal définie parfois légèrement en dedans et en bas de la rotule mais elle peut se ressentir en n'importe quel autre point du genou, voir même dans le creux poplité et la partie haute du mollet, raison pour laquelle le critère d'inclusion obligatoire ne situe pas la douleur au niveau de la rotule mais du genou. Il ne doit pas y avoir eu de traumatisme récent.

Elle est nécessairement déclenchée par un effort ou un mouvement particulier.

Compléments sémiologiques

Le dérobement s'observe généralement lors de la descente d'escaliers.

Le pseudo-blocage est une sensation passagère, voire fugace de blocage du genou en extension, ressentie aussi bien lors de la descente ou montée d'escaliers, où lors du lever en partant d'une position assise prolongée (« signe du strapontin »).

La dysplasie rotulienne : assez rare en fait, peut être évoquée lors de l'examen clinique par le signe de la baïonnette (le patient allongé sur le dos, genoux fléchis à 90°, l'axe de la rotule et l'axe de la tubérosité tibiale antérieure font un léger décroché : ne pas confondre avec la « baïonnette » lorsque les jambes sont étendues car cela est physiologique !).

La rétraction du droit antérieur : c'est la cause la plus fréquente et de très loin. Le patient en décubitus ventral : on mesure la distance talon-fesse : celle-ci est nettement augmentée, signant la rétraction plus ou moins importante du droit antérieur (le traitement consistera simplement en de la rééducation à base d'étirements).

Risques

Apparition d'une ARTHROSE en cas de méconnaissance du phénomène.

Voir Aussi

Il s'agit des RC entraînant une douleur articulaire ou para articulaire d'un genou. En cas de doute, choisir ARTHROPATHIE PÉRIARTHROPATHIE.

Position(s) diagnostique(s)

B

C : Si rétraction du droit antérieur ou signe d'imagerie.

CORRESPONDANCE CIM – 10

M22.2 : Lésions fémoro-patellaires

DÉFINITION

- ++1 | CONSOMMATION RÉGULIÈRE DE TABAC (sous ses diverses formes)
 - ++1 | moins de 10 cigarettes par jour (ou équivalent)
 - ++1 | de 10 à 20 cigarettes par jour (ou équivalent)
 - ++1 | plus de 20 cigarettes par jour (ou équivalent)
 - ++++ difficulté d'arrêt durable
- ++1 | SUJET EXPOSÉ (TABAGISME PASSIF)
 - + – demande d'arrêt ou de diminution (de la part du patient)
 - + – prise en compte par le médecin du tabagisme (dans le suivi du patient)
 - + – incitation parentale à l'arrêt de l'intoxication passive des enfants
- + – rechute
- + – asymptomatique

RISQUE(s)

ADDICTION
 ARTÉRIOPATHIES CARDIAQUES ou PÉRIPHÉRIQUES
 BRONCHITE CHRONIQUE
 CANCER
 INSUFFISANCE RESPIRATOIRE
 PATHOLOGIES DIGESTIVES HAUTES

POSITION(s) DIAGNOSTIQUE(s)

B

VOIR AUSSI

ALCOOL (PROBLÈME AVEC L')
 TOXICOMANIE

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

La présente définition désigne la consommation régulière de tabac sous toutes ses formes, qu'elle soit active ou passive (entourage du fumeur).

Critères d'inclusion

Deux entrées sont possibles :

- soit par la consommation régulière et non épisodique, dont l'importance sera estimée en équivalence de nombre de cigarettes quotidiennes avec difficulté d'arrêt durable, définissant ainsi la dépendance,
- soit par le critère « SUJET EXPOSÉ » qui permet d'inclure les fumeurs passifs.

Équivalents

Une pipe égale trois cigarettes

Un cigare (très gros) égale un paquet (20)

Un paquet de 40 g de tabac égale 40 cigarettes « roulées »

NB : On parle aussi en « paquets/année » : un paquet de cigarettes par jour pendant 40 ans est égal à 40 paquets/année.

Compléments sémiologiques

Ils permettent de préciser les modalités de prise en charge de ce problème.

Voir Aussi

La liste évoque l'association fréquente et grave avec ALCOOL (PROBLÈME AVEC L') et TOXICOMANIE, avec dépendance et comportements similaires, associés au tabagisme.

Position(s) diagnostique(s)

B

CORRESPONDANCE CIM – 10

F17.2 : Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de tabac, syndrome de dépendance

Z58.7 : Tabagisme passif

DÉFINITION

- ++++ FRÉQUENCE CARDIAQUE RÉGULIÈRE
- ++++ SUPÉRIEURE À 150 PULSATIONS PAR MINUTE
- ++++ À DÉBUT BRUTAL
- ++++ À FIN BRUTALE

- + – confirmée par ECG
- + – confirmée par Holter
- + – soulagée par des moyens simples (compression des sinus carotidiens, des globes oculaires, manœuvre de Valsalva)
- + – signes d'accompagnement :
 - ++1 | sueurs
 - ++1 | douleur précordiale
 - ++1 | nausée
 - ++1 | lipothymie

- + – récurrence d'épisodes identiques

- + – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

C

VOIR AUSSI

FIBRILLATION – FLUTTER AURICULAIRE
 PALPITATION – ÉRÉTHISME CARDIAQUE
 TROUBLE DU RYTHME (AUTRE)

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Ce résultat de consultation désigne une tachycardie à début et fin brutale, supérieure à 150, incluant en particulier la tachycardie dite de Bouveret. Il peut arriver que les examens complémentaires conduisent à une révision diagnostique en mettant en évidence une cardiopathie sous-jacente.

Critères d'inclusion

La tachycardie doit être supérieure à 150 par minute, régulière et à début et fin brutaux.

Compléments sémiologiques

Ils précisent les signes cliniques d'accompagnement et rendent compte des résultats d'examens paracliniques (ECG, Holter).

Position(s) diagnostique(s)

C : C'est un tableau de maladie.

CORRESPONDANCE CIM – 10

I47.9 : Tachycardie paroxystique, sans précision

DÉFINITION

++++ DOULEUR :

- + + 1 | spontanée
- + + 1 | provoquée

+ + 1 | DU TARSE :

- + + 1 | talalgie inférieure (face plantaire du talon)
- + + 1 | talalgie postérieure (rétrocalcaneenne)
- ++++ tendon d'Achille non douloureux
- + + 1 | autre(s) tarsalgie(s) (à préciser en commentaire)

+ + 1 | DU MÉTATARSE :

- + + 1 | métatarso-phalangienne
- + + 1 | sous-métatarsienne
- + + 1 | autre(s) métatarsalgie(s) (à préciser en commentaire)

++++ ABSENCE d'ECCHYMOSE ou d'HÉMATOME

+ – récursive

+ – asymptomatique

RISQUE(s)

ARTÉRITE

POSITION(s) DIAGNOSTIQUE(s)

A, B

VOIR AUSSI

ARTHROPATHIE – PÉRIARTHROPATHIE
 CONTUSION
 DOULEUR NON CARACTÉRISTIQUE
 HYGROMA
 KYSTE SYNOVIAL
 PIED (ANOMALIE STATIQUE)
 TÉNOSYNOVITE

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Cette définition inclut les deux localisations douloureuses de la région du tarse ou du métatarse, à l'exclusion des douleurs du tendon d'Achille. Il s'agit le plus souvent d'entésopathies, n'incluant pas des phénomènes douloureux qui paraissent au médecin d'origine articulaire et qui seront classés alors à ARTHROPATHIE – PÉRIARTHROPATHIE.

Critères d'inclusion

La douleur est spontanée ou provoquée, il faut en préciser la localisation :
 – Soit au niveau du tarse en précisant s'il s'agit de tarsalgie inférieure (face plantaire du talon) ou postérieure (rétrocalcaneenne) ou d'une autre localisation (à préciser).

– Soit au niveau des métatarses, en précisant s'il s'agit de douleur métatarso-phalangienne, sous-métatarsienne ou d'une autre localisation à préciser.

NB : la maladie de Morton, avec sa douleur sous métatarsienne souvent localisée au 3^{ème} espace ne pourra être affirmée qu'après chirurgie et sera alors relevée en DÉNOMINATION HORS LISTE.

Enfin, l'absence d'ecchymose ou d'hématome évite de classer ici les douleurs traumatiques qui seront relevées par le résultat de consultation CONTUSION.

Compléments sémiologiques

Ils décrivent les signes d'examen retrouvés éventuellement par le médecin. Le critère « traumatisme antérieur » s'entend d'un traumatisme ancien et non pas d'un traumatisme récent qui ferait classer le cas à CONTUSION comme dit plus haut.

Voir aussi

ARTHROPATHIE – PÉRIARTHROPATHIE : si l'origine paraît plutôt articulaire
 DOULEUR NON CARACTÉRISTIQUE : la localisation est tarsienne ou métatarsienne
 CONTUSION : origine traumatique de la douleur.
 TÉNOSYNOVITE : à choisir s'il existe une atteinte du tendon d'Achille.

Position(s) diagnostique(s)

A : Si la douleur est isolée.

B : Si la douleur s'accompagne d'un signe d'examen.

CORRESPONDANCE CIM – 10

M77.4 : Métatarsalgie

M77.5 : Autres entésopathies du pied

DÉFINITION

- ++++ DOULEUR TENDINEUSE VIOLENTE
- ++++ SURVENUE BRUTALEMENT
 - +1 | lors d'un effort
 - +1 | lors d'un traumatisme indirect
- ++++ PERMANENTE
- ++++ IMPOTENCE FONCTIONNELLE

- + – déhiscence perçue au niveau du tendon (par la palpation)
- + – rétraction du muscle correspondant (traduite par une tuméfaction visible et palpable)
- + – confirmation échographique

- + – récurrence

- + – asymptomatique

RISQUE(s)

BLESSURES MULTIPLES

POSITION(s) DIAGNOSTIQUE(s)

C, D

VOIR AUSSI

ARTHROPATHIE – PÉRIARTHROPATHIE
 BLESSURES COMBINÉES SÉVÈRES
 DOULEUR NON CARACTÉRISTIQUE
 ENTORSE
 ÉPAULE (TÉNOZYNOVITE)
 FRACTURE
 LUXATION
 MUSCLE (ÉLONGATION – DÉCHIRURE)

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Inclut les déchirures tendineuses à l'occasion d'un effort survenant le plus souvent au niveau du tendon d'Achille, du quadriceps, du Biceps ou des doigts (« mallet-finger »).

Critères d'inclusion

La douleur tendineuse a dû être brutale, au cours d'un effort ou d'un traumatisme indirect et persister, entraînant une impotence fonctionnelle.

Compléments sémiologiques

La déhiscence est parfois perçue à la palpation dans les ruptures importantes, de même que la rétraction du muscle comme on peut l'observer lors des ruptures du long biceps.

La confirmation échographique permet de passer en position D.

Risques

BLESSURES MULTIPLE : éliminer une lésion associée éventuelle

Voir aussi

MUSCLE (ÉLONGATION – DÉCHIRURE) : douleur localisée au niveau d'un muscle et non d'un tendon.

Position(s) diagnostique(s)

C

D : Si confirmation échographique

CORRESPONDANCE CIM – 10

T14.6 : Lésion traumatique de muscles et de tendons d'une partie du corps non précisée.

DÉFINITION

- ++++ DOULEUR TENDINEUSE
- ++++ RETROUVÉE À LA PALPATION
- ++++ DÉCLENCHÉE PAR UN MOUVEMENT CONTRARIÉ (ACTIF OU PASSIF)
- ++++ INTÉGRITÉ DES ARTICULATIONS SUS ET SOUS JACENTES

- + – tuméfaction
- + – crépitation
- + – impotence fonctionnelle
- + – hyperalgique
- + – secondaire à certains efforts (activités, sports, ...)
- + – imagerie pouvant également montrer des calcifications

+ – récidive

+ – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

C

VOIR AUSSI

ARTHROPATHIE – PÉRIARTHROPATHIE
DOULEUR NON CARACTÉRISTIQUE
ÉPAULE (TÉNOSYNOVITE)
ÉPICONDYLITE
HYGROMA
Kyste synovial

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

– Inclut les atteintes des tendons (tendinites ou tendinopathies) ou de leurs gaines (synovite et ténosynovite), les bursites (sauf l'hygroma qui est une bursite avec collection liquidienne) et les enthésopathies (tendinites « d'insertion »).
– N'inclut pas les « ligamentopathies » à classer en ARTHROPATHIE – PÉRIARTHROPATHIE.

Critères d'inclusion

– Douleur spontanée d'une région tendineuse au mouvement.
– Retrouvée à la palpation mais aussi aux mouvements contrariés.
– Les articulations sus et sous-jacentes étant indemnes (en cas d'atteinte articulaire, il faudra coder dans la même séance la TÉNOSYNOVITE et l'atteinte articulaire).

Compléments sémiologiques

Ils précisent certains caractères cliniques particuliers (augmentation de volume du tendon, crépitation, facteur déclenchant) et permettent d'inclure les éventuels signes d'imagerie (calcifications par exemple).

Voir aussi

ARTHROPATHIE – PÉRIARTHROPATHIE : peut être éventuellement associé.
ÉPICONDYLITE : localisation particulière d'enthésopathie.
HYGROMA : forme particulière de bursite avec collection liquidienne.

Position(s) diagnostique(s)

C : Tableau de maladie.

CORRESPONDANCE CIM – 10

M65.9 : Synovite et ténosynovite, sans précision

DÉFINITION

- ++1 | THROMBOPHLÉBITE SUPERFICIELLE
- ++++ cordon veineux superficiel
 - ++++ induré
 - ++++ douloureux
 - + – extériorisation d'un thrombus
- ++1 | TABLEAU DE THROMBOPHLÉBITE PROFONDE
- ++++ douleur spontanée
 - ++++ douleur provoquée
 - ++++ unilatérale
 - ++++ chaleur locale augmentée
 - ++++ augmentation de volume
 - ++++ diminution du ballonnement
 - ++++ dans un contexte évocateur (alitement, plâtre, chirurgie, obésité, insuffisance veineuse, polyglobulie, traitement œstro-progestatif, etc.)
 - + – fièvre
 - + – tachycardie
- ++1 | DIAGNOSTIC de THROMBOPHLÉBITE PROFONDE PAR ÉCHO DOPPLER
- ++1 | veine fémorale
 - ++1 | autre veine
- + – récidive
- + – asymptomatique

RISQUE(s)

EMBOLIE D'UNE ARTÈRE PÉRIPHÉRIQUE

POSITION(s) DIAGNOSTIQUE(s)

C, D

VOIR AUSSI

CRAMPE MUSCULAIRE
DOULEUR NON CARACTÉRISTIQUE
ÉRYSIPIÈLE
HÉMORROÏDE
JAMBES LOURDES
MUSCLE (ÉLONGATION – DÉCHIRURE)
CEDÈME DES MEMBRES INFÉRIEURS
VARICES DES MEMBRES INFÉRIEURS

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Cette définition réunit les thrombophlébites superficielles et profondes des membres inférieurs. Elle exclut les phlébites compliquant la grossesse l'accouchement et la puerpéralité qui seront classées hors liste.

Critères d'inclusion

Si la thrombophlébite superficielle semble facile à caractériser, la thrombophlébite profonde peut rarement être affirmée avant la pratique d'examen complémentaires, sauf sur des critères cliniques très stricts (qui entraîneront des examens complémentaires si la situation le justifie).

Pour ces raisons, la présente définition comporte trois entrées possibles :

– Thrombophlébite superficielle, caractérisée par la sémiologie clinique, à plus forte raison si le médecin évacue un caillot.

– Tableau clinique de thrombophlébite profonde, nécessitant la totalité des critères obligatoires.

– Diagnostic de thrombophlébite profonde, nécessitant obligatoirement un examen écho-doppler (la phlébographie n'étant plus guère pratiquée).

Compléments sémiologiques

– L'extériorisation au bistouri d'un thrombus superficiel.

– La présence d'une fièvre ou d'une tachycardie classiquement associée au tableau clinique de thrombophlébite profonde. Pour l'ensemble des trois situations, le critère « récidive » peut être choisi si nécessaire.

Voir aussi

Il s'agit des situations cliniques proches en raison d'une douleur, d'un œdème, d'une augmentation de la chaleur locale, de la présence d'un thrombus...

HÉMORROÏDES : la thrombose hémorroïdaire sera classée ici.

Position(s) diagnostique(s)

C

D : Si extériorisation d'un thrombus superficiel ou examens complémentaires (écho-doppler ou phlébographie) confirmant le diagnostic.

CORRESPONDANCE CIM – 10

I80.0 : Phlébite et thrombophlébite des veines superficielles des membres inférieurs

I80.1 : Phlébite et thrombophlébite de la veine fémorale

I80.2 : Phlébite et thrombophlébite d'autres vaisseaux profonds des membres inférieurs

DÉFINITION

- ++++ MOUVEMENT CONVULSIF HABITUEL CONSCIENT
- ++++ PAR CONTRACTION INVOLONTAIRE D'UN OU PLUSIEURS MUSCLES DU CORPS
- ++++ REPRODUISANT QUELQUES GESTES RÉFLEXES OU AUTOMATIQUES DE LA VIE ORDINAIRE, MAIS DE FAÇON INTEMPESTIVE
- ++++ DISPARAISANT PENDANT LE SOMMEIL
- ++++ POUVANT ÊTRE REPRODUIT VOLONTAIREMENT

- + – réfréné par la volonté

- + – récursive

- + – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

A

VOIR AUSSI

NERVOSISME
 PARKINSONNIEN (SYNDROME)
 TREMBLEMENT

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Mot venant de l'allemand Ticken (toucher légèrement) désignant un « mouvement convulsif habituel conscient, résultant de la contraction involontaire d'un ou plusieurs muscles du corps et reproduisant le plus souvent, mais d'une façon intempestive, quelque geste réflexe ou automatique de la vie ordinaire ».

Critères d'inclusion

Ils reprennent tous les items de la définition classique de G. GUINON (in GARNIER-DELMARE 23° Ed. 1992).

Compléments sémiologiques

Le tic peut être parfois réfréné par la volonté.

Position(s) diagnostique(s)

A : Pour les tics « simples ».

CORRESPONDANCE CIM – 10

F95.9 : Tic, sans précision

DÉFINITION

++++ TOUX
 ++++ SANS SYMPTÔME OU SIGNE ÉVOQUANT UN AUTRE RC

- + – toux rapportée
- + – grasse
- + – sèche
- + – rauque
- + – quinteuse
- + – d'effort
- + – émétisante
- + – diurne
- + – au décubitus
- + – au procubitus
- + – récidive
- + – asymptomatique

RISQUE(s)

ASTHME
 CANCER
 CORPS ÉTRANGER INHALÉ
 EMBOLIE PULMONAIRE
 PNEUMOPATHIE AIGUË

POSITION(s) DIAGNOSTIQUE(s)

A

VOIR AUSSI

ASTHME
 BRONCHIOLITE
 BRONCHITE AIGUË
 BRONCHITE CHRONIQUE
 CORPS ÉTRANGER DANS CAVITÉ NATURELLE
 ÉTAT FÉBRILE
 ÉTAT MORBIDE AFÉBRILE
 REFLUX – PYROSIS – ŒSOPHAGITE
 RHINOPHARYNGITE – RHUME
 SINUSITE

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Inclut uniquement la toux qui ne peut être classée dans un autre résultat de consultation, en l'absence de symptômes ou signes associés lors de la séance.

Critères d'inclusion

Il suffit pour choisir ce résultat de consultation qu'il n'y ait aucun autre symptôme ou signe associé à la toux permettant d'en choisir un autre. Il peut y avoir néanmoins, lors de la même consultation, d'autres RC dont le médecin estime qu'ils n'expliquent pas la toux « hic et nunc » (polyypes du nez, asthme, reflux gastro-œsophagien, insuffisance cardiaque etc.).

Compléments sémiologiques

Ils n'ont qu'un but de documentation du dossier pour préciser le caractère de la toux, les circonstances de survenue et la suspicion d'une origine iatrogène.

Voir Aussi

La liste comporte les RC où la toux est l'un des critères présents. Certains d'entre eux peuvent cependant être choisis au cours de la même consultation, si le médecin pense que la toux est bien un symptôme indépendant.

Position(s) diagnostique(s)

A

CORRESPONDANCE CIM – 10

R05 : Toux

DÉFINITION

++1 | ÉVOCATIONS OU PLAINTES OU TROUBLES LIÉS À L'USAGE DE SUBSTANCES PSYCHO-ACTIVES

++1 | DÉPENDANCE À UN PRODUIT PSYCHO-ACTIF

++1 | haschich

++1 | héroïne

++1 | autres opiacés

++1 | benzodiazépines

++1 | autre(s) (à préciser en commentaire)

+ – comportement et signes physiques de l'effet d'une drogue

+ – syndrome de manque physique ou psychique

+ – accident de surdosage

+ – substitution

+ – prise en charge conjointe avec structures spécialisées

+ – demande directe de produit

+ – demande de sevrage

+ – demande d'aide sans sevrage (psychologique, sociale, physique, etc.)

+ – récidive

+ – asymptomatique

RISQUE(s)

HÉPATITE

OVERDOSE

SEPTICÉMIE

TROUBLES DU COMPORTEMENT

VIH

POSITION(s) DIAGNOSTIQUE(s)

C

VOIR AUSSI

ACCÈS ET CRISES

ALCOOL (PROBLÈME AVEC L')

COMPORTEMENT (TROUBLES)

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Cette dénomination permet de relever les problèmes de toxicomanie.

Elle exclut ceux liés à l'usage de l'alcool et du tabac qui sont respectivement relevés par ALCOOL (PROBLÈME AVEC L') et TABAGISME.

Critères d'inclusion

Ils imposent l'existence :

– Soit de plaintes concernant la consommation de substances psychoactives (ainsi le consommateur de haschich venant parler, évoquer, ou se plaindre de cette consommation, souvent dans une situation existentielle instable)

– Soit d'un syndrome de dépendance, caractérisée par l'incapacité du patient à renoncer au produit.

Compléments sémiologiques

Ils permettent de relever :

– les symptômes ou signes cliniques retrouvés, le manque comme le surdosage,

– le type de demande explicite du patient, au moins lors de la première rencontre.

Voir aussi

ALCOOL (PROBLÈME AVEC L') : on rappelle que, même sous une forme de consommation de type addictif, l'alcoolisme ne peut être relevé par le résultat de consultation TOXICOMANIE.

TABAGISME : même remarque.

L'un et l'autre peuvent, être relevés aux côtés de TOXICOMANIE.

Position(s) diagnostique(s)

B

CORRESPONDANCE CIM – 10

F11.2 : Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés. Syndrome de dépendance

F12.2 : Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis. Syndrome de dépendance

F13.2 : Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques. Syndrome de dépendance

F19.2 : Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés. Syndrome de dépendance

Z50.3 : Rééducation des drogués et après abus de médicaments

Z71.5 : Prise en charge pour conseil et surveillance pour toxicomanie et pharmacodépendance

DÉFINITION

- ++++ INHIBITION ANXIEUSE PAROXYSTIQUE
- ++++ DÉCLENCHÉE PAR ANTICIPATION
- ++++ À LA SEULE IDÉE D'UNE SITUATION « MOTIVANTE »
CONNUE DU PATIENT
- ++++ DISSIPÉE PAR L'ACTION

+ – brève

+ – récidive

+ – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

A

VOIR AUSSI

ACCÈS ET CRISE
ANXIÉTÉ – ANGOISSE
PHOBIE
RÉACTION À SITUATION ÉPROUVANTE

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Cette dénomination au titre « familial » désigne cette peur incontrôlée, angoisse irraisonnée qu'éprouve une personne en certaines circonstances, et où se mêlent à la fois un sentiment de crainte ou de frayeur et une émotion intense. En langage populaire « frousse, pétoche ou trouille ».

Critères d'inclusion

L'inhibition anxieuse paroxystique, anticipatoire, mais dissipée par l'action, devant une situation particulière sont les quatre critères d'inclusion.

Compléments sémiologiques

Le caractère particulièrement bref peut être choisi.

Voir aussi

PHOBIE : la conduite d'évitement ne se retrouve pas dans le trac
ANXIÉTÉ – ANGOISSE : le trac s'en rapproche, mais a pour caractéristique d'être dissipé par l'action.
RÉACTION À SITUATION ÉPROUVANTE : donne des manifestations beaucoup plus marquées que l'action ne peut pas non plus dissiper.

Position(s) diagnostique(s)

A

CORRESPONDANCE CIM – 10

R46.6 : Inquiétude et préoccupation exagérées pour les événements sources de tension

DÉFINITION

++++ SITUATION À RISQUE CONSÉCUTIVE À
 ++++ CHUTE OU CHOC SUR LE CRÂNE

++1 | perte de connaissance primaire ou secondaire
 ++1 | signes de souffrance cérébrale
 ++1 | céphalée
 ++1 | obnubilation
 ++1 | troubles sensoriels
 ++1 | troubles de la déglutition
 ++1 | vertiges

+ – excoriation locale
 + – hématome sous cutané
 + – résultat d'examen complémentaire

+ – récidive

+ – asymptotique

RISQUE(s)

HÉMATOME INTRA-CRÂNIEN

POSITION(s) DIAGNOSTIQUE(s)

B

VOIR AUSSI

BLESSURES COMBINÉES LÉGÈRES
 BLESSURES COMBINÉES SÉVÈRES
 CÉPHALÉE
 CONTUSION
 ÉPILEPSIE
 MALAISE – ÉVANOUISSEMENT
 PLAIE

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

De la chute de bicyclette à l'accident de voiture, ce résultat de consultation décrit les conséquences d'un choc sur le crâne s'accompagnant ou non de signes de souffrance cérébrale, et la prise en compte du risque de lésion intracrânienne.

Critères d'inclusion

La situation à risque d'une chute ou d'un choc sur le crâne suffit à choisir ce résultat de consultation.

Compléments sémiologiques

Ils permettent de décrire s'il y a eu perte de connaissance initiale ou secondaire et des signes de souffrance cérébrale.

Ils permettent aussi de décrire l'existence de lésions locale cutanées ou d'hématome sous-cutané.

En cas d'examen complémentaire retrouvant des signes de souffrance cérébrale, le dernier complément sémiologique sera choisi.

Risques

BLESSURES MULTIPLE : éliminer une lésion associée éventuelle

Voir aussi

BLESSURES COMBINÉES LÉGÈRES : ne comporte pas de situation à risque lié à une chute ou un choc sur le crâne.

BLESSURES COMBINÉES SÉVÈRES : à choisir en cas de lésions sévères associées à une chute ou un choc sur le crâne.

CONTUSION : si la contusion n'est pas consécutive à une chute ou un choc sur le crâne.

ÉPILEPSIE : ne comporte pas la notion de chute ou choc sur le crâne.

MALAISE ÉVANOUISSEMENT : à choisir s'il n'y a pas la notion de chute ou de choc sur le crâne.

Position(s) diagnostique(s)

B : C'est un syndrome.

CORRESPONDANCE CIM – 10

S06.9 : Lésion traumatique intracrânienne, sans précision

DÉFINITION

++++ OSCILLATIONS INVOLONTAIRES

+ + 1 | du corps

+ + 1 | d'une partie du corps (à préciser)

+ – régulières

+ – de petite amplitude

+ – rapides

+ – au repos

+ – lors de mouvements volontaires

+ – variables dans le temps

+ – permanentes

+ – récidive

+ – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

A

VOIR AUSSI

ACCÈS ET CRISE

ALCOOL (PROBLÈME AVEC L')

ANXIÉTÉ – ANGOISSE

CONVULSION FÉBRILE

DÉPRESSION

ÉPILEPSIE

HUMEUR DÉPRESSIVE

IATROGÈNE – EFFET INDÉSIRABLE D'UNE THÉRAPEUTIQUE

NERVOSISME

PARKINSONNIEN (SYNDROME)

SÉNILITÉ (SUJET ÂGÉ FRAGILE)

TOXICOMANIE

TRAC

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Cette définition permet de classer les cas de tremblement lorsqu'aucune étiologie ne peut être mise en évidence au cours de la séance.

Elle permet d'éviter les conclusions hâtives non sans conséquences thérapeutiques et psychologiques pour le malade.

Elle permet une révision ultérieure à la suite d'une période d'observation souvent nécessaire avant d'affirmer par exemple une maladie de Parkinson.

Critères d'inclusion

C'est essentiellement l'agitation du corps ou d'une partie du corps (main, bras, pied).

Compléments sémiologiques

Ils caractérisent le type de tremblement sans préjuger de son étiologie.

Voir aussi

C'est la liste de tous les résultats de consultation pouvant comporter un tremblement.

Position(s) diagnostique(s)

A : C'est un symptôme.

CORRESPONDANCE CIM – 10

R25.1 : Tremblement, sans précision

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/min
 - ++1 Tachycardie supérieure à 100/min
 - ++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 AURICULAIRE, 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)

INFARCTUS DU MYOCARDE SILENCIEUX
SYNDROME D'ADAMS-STOCKES

POSITION(s) DIAGNOSTIQUE(s)

A, D

VOIR AUSSI

FIBRILLATION – FLUTTER AURICULAIRE
INSUFFISANCE CARDIAQUE
MALAISE – ÉVANOUISSEMENT
PALPITATION – ÉRÉTHISME CARDIAQUE
TACHYCARDIE PAROXYSTIQUE

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

TACHYCARDIE PAROXYSTIQUE, FIBRILLATION – FLUTTER AURICULAIRE sont exclus de cette définition.

MALAISE – ÉVANOUISSEMENT 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)

A

D : Si identification précise par ECG ou Holter

CORRESPONDANCE CIM – 10

- I44.0 : Bloc auriculo-ventriculaire du premier degré
- I44.1 : Bloc auriculo-ventriculaire du second degré
- I44.2 : Bloc auriculo-ventriculaire complet
- I44.7 : Bloc de branche gauche sans précision
- I45.1 : Blocs de branche droits, autres et sans précisions
- I49.1 : Dépolarisation auriculaire prématurée
- I49.3 : Dépolarisation ventriculaire prématurée
- R00.0 : Tachycardie sans précision
- R00.1 : Bradycardie, sans précision
- R00.8 : Anomalies du rythme cardiaque, autres et non précisées

DÉFINITION

++++ MASSE, GROSSEUR (dont il est impossible de déterminer la nature exacte en fin de séance)

++1 | découverte à l'examen clinique

++1 | découverte par l'imagerie ou endoscopie

++1 | de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané

++1 | abdomino-pelvienne

++1 | intracrânienne

++1 | pulmonaire

++1 | cardiaque

++1 | hépatobiliaire

++1 | autres voies digestives

++1 | osseuse

++1 | du crâne

++1 | d'un membre

++1 | autre (à préciser en commentaire)

++1 | autres parties du corps (à préciser en commentaire)

+ – douleur spontanée

+ – douleur à la palpation

+ – ferme voire dure (contrairement à molle, rénitente, fluctuante)

+ – bien limitée à contours précis

+ – mobile sous les doigts ou par rapport au plan profond

+ – signes de compression vasculaire ou nerveuse (à préciser)

+ – adénopathie satellite

+ – multiples

+ – récidive

+ – asymptomatique

RISQUE(s)

CANCER

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

A

VOIR AUSSI

ABCÈS SUPERFICIEL

ADÉNOPATHIE

CANCER

CHALAZION

CONTUSION

CORPS ÉTRANGER SOUS-CUTANÉ

HERNIE – ÉVENTRATION

HYGROMA

KYSTE SÉBACÉ

KYSTE SYNOVIAL

LIPOME

SEIN (TUMÉFACTION)

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Ce résultat de consultation sert à décrire une tumeur (grosneur, masse), en un point quelconque du corps, pour laquelle il n'y a aucune certitude sur la nature en fin de séance. Il sera le plus souvent révisé dans les séances suivantes.

Critères d'inclusion

Il s'agit d'une masse, d'un grosneur, quelle que soit sa localisation superficielle ou profonde, visible, palpable ou visible seulement à l'imagerie (échographie, radiographie, scanner, IRM) ou à l'endoscopie, avant d'en connaître la nature exacte.

La localisation sera précisée

Compléments sémiologiques

Ils permettent une description clinique de la tuméfaction et éventuellement une amorce d'orientation étiologique.

NB : Une tumeur du rectum perçue au toucher rectal sera classée à tuméfaction avant la réalisation des examens qui permettront de la visualiser et éventuellement d'en faire la preuve cancéreuse par exemple.

Voir aussi

Avant de classer à TUMÉFACTION, il importe de bien vérifier dans la liste des VOIR AUSSI que le cas ne peut pas y être classé.

ABCÈS SUPERFICIEL : chaleur et rougeur

ADÉNOPATHIE : dans un territoire particulier

CHALAZION : localisation particulière et de diagnostic évident

CORPS ÉTRANGER SOUS CUTANÉ : peut poser problème

CONTUSION : il s'agira d'un hématome, reconnaissable, secondaire à un coup

HERNIE – ÉVENTRATION : localisation et diagnostic particulier

HYGROMA : localisation et diagnostic particulier

Position(s) diagnostique(s)

A : C'est un symptôme.

CORRESPONDANCE CIM – 10

R19.0 : Tuméfaction et masse intra-abdominales et pelviennes SAI

R22.9 : Tuméfaction et masse localisées, sans précision

R90.0 : Image intracrânienne anormale

R91 : Résultats anormaux d'imagerie diagnostique du poumon

R93.0 : Résultats anormaux d'imagerie diagnostique du crâne et de la tête non classés ailleurs.

R93.1 : Résultats anormaux d'imagerie diagnostique du cœur et de la circulation coronaire

R93.2 : Résultats anormaux d'imagerie diagnostique du foie et des voies biliaires. Vésicule biliaire exclue

R93.3 : Résultats anormaux d'imagerie diagnostique d'autres parties des voies digestives

R93.5 : Résultats anormaux d'imagerie diagnostique d'autres parties de l'abdomen, y compris l'espace rétropéritonéal

R93.6 : Résultats anormaux d'imagerie diagnostique des membres

R93.7 : Résultats anormaux d'imagerie diagnostique d'autres parties du système ostéo-musculaire

R93.8 : Résultats anormaux d'imagerie diagnostique d'autres parties du corps précisées

DÉFINITION

- ++++ SOLUTION de CONTINUITÉ du TYMPAN
- ++++ TRAUMATISME CAUSAL IDENTIFIÉ
 - ++1 | traumatique direct (agent traumatisant varié – à préciser)
 - ++1 | traumatique indirect (gifle ou blast auriculaire)
- + – otalgie
- + – otorrhée
- + – otorragie
- + – récédive
- + – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

D

VOIR AUSSI

BLESSURES COMBINÉES LÉGÈRES
 BLESSURES COMBINÉES SÉVÈRES
 CONTUSION
 OTALGIE
 OTITE EXTERNE
 OTITE MOYENNE
 PLAIE
 SUITE OPÉRATOIRE

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Inclut les perforations traumatiques du tympan si le traumatisme causal est identifié, mais aussi les perforations retrouvées à l'examen sans cause déclenchant évidente (les perforations d'origine infectieuse étant classées à « otite moyenne »).

Elle exclut les perforations tympaniques par barotraumatisme qui seront classées hors liste (T70.0)

Critères d'inclusion

Constatation otoscopique de la perforation tympanique.

Compléments sémiologiques

Origine traumatique directe ou indirecte, retrouvée à l'interrogatoire.
 Symptômes auriculaires éventuellement associés.

Voir aussi

OTALGIE : otoscopie normale (en particulier pas de perforation).

OTITE MOYENNE : inclut les perforations non traumatiques mais dans un contexte infectieux.

SUITE OPÉRATOIRE : suivi d'une greffe tympanique par exemple.

Position(s) diagnostique(s)

D : L'otoscopie montre la perforation.

CORRESPONDANCE CIM – 10

S09.2 : Rupture traumatique du tympan

DÉFINITION

++++ PERTE DE SUBSTANCE DERMO-ÉPIDERMIQUE DE LA JAMBE
 ++++ TORPIDE (ABSENCE DE CICATRISATION SPONTANÉE)

- + – à bords découpés souples
- + – à bords abrupts
- + – à fond bourgeonnant
- + – à fond blanchâtre
- + – croûte, nécrose

- + – multiple
- + – douleur
- + – surinfection
- + – traumatisme déclenchant
- + – peau épaisse
- + – érythème péri-lésionnel

- + – origine variqueuse

- + – récurrence

- + – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

D

VOIR AUSSI

ARTÉRITE DES MEMBRES INFÉRIEURS
 DIABÈTE DE TYPE 2
 ECZÉMA
 ESCARRE
 PLAIE
 VARICES DES MEMBRES INFÉRIEURS

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Cette définition désigne les pertes de substance cutanée des membres inférieurs ayant peu tendance à la cicatrisation par opposition à une plaie. Les pathologies du même territoire souvent associées seront relevées séparément (varices, eczéma, artérite, thrombophlébite, etc.).

Critères d'inclusion

Les deux critères obligatoires : « perte de substance » et « torpide » définissent l'ulcère.

Compléments sémiologiques

Ils permettent de décrire plus précisément les bords et le fond de l'ulcère et peuvent éventuellement orienter vers une étiologie (artérielle ou veineuse). Un traumatisme peut avoir été l'élément déclenchant (le cas aura été classé en « PLAIE » puis révisé en « ULCÈRE DE JAMBE » en cas d'évolution torpide).

Voir aussi

Le ou les résultats de consultation associés à ulcère de jambe seront relevés séparément.

Position(s) diagnostique(s)

D : C'est un diagnostic certifié.

CORRESPONDANCE CIM – 10

L97 : Ulcère du membre inférieur, non classé ailleurs (code par défaut)
 I83.2 : Varices des membres inférieurs, avec ulcère et inflammation

DÉFINITION

++++ PERTE DE SUBSTANCE DE LA MUQUEUSE DUODÉNALE

++++ CONFIRMÉE PAR

++1 | fibroscopie

++1 | imagerie

++1 | chirurgie

++1 | AIGUË

++1 | CHRONIQUE

+ – résultat histologique affirmant

++1 | la bénignité des éléments prélevés

++1 | la présence d'helicobacter pylori

+ – hémorragie

+ – perforation

+ – récédive

+ – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

C, D

VOIR AUSSI

ABDOMEN DOULOUREUX AIGU

CANCER

ÉPIGASTRALGIE

PLAINTE ABDOMINALE

REFLUX – PYROSIS – CÉSOPHAGITE

ULCÈRE GASTRIQUE

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Ce résultat de consultation ne correspond qu'à une description anatomique et éventuellement histologique.

Critères d'inclusion

Les signes cliniques seuls n'étant pas pathognomoniques des ulcérations digestives gastro-duodénales, le choix de cette dénomination résulte donc obligatoirement d'un examen complémentaire ou d'une intervention chirurgicale.

Compléments sémiologiques

Le résultat histologique, si la biopsie a été faite, confirme la bénignité.

On notera également la présence éventuelle d'Helicobacter-pylori et du caractère aigu ou chronique de l'ulcère.

Voir aussi

CANCER : après histologie exclusivement.

ÉPIGASTRALGIE : sera choisi uniquement s'il existe des signes cliniques même « évocateurs » d'un ulcère et même en cas d'antécédents ulcéreux y compris récents du patient.

REFLUX – PYROSIS – CÉSOPHAGITE : peut être associé.

Position(s) diagnostique(s)

C : Visualisation de l'ulcère sans histologie (fibroscopie).

D : Après histologie confirmant l'ulcère bénin.

CORRESPONDANCE CIM – 10

K26.9 : Ulcère du duodénum non précisé comme étant aigu ou chronique, sans hémorragie ni perforation (code par défaut)

K26.0 : Ulcère du duodénum aigu, avec hémorragie

K26.1 : Ulcère du duodénum aigu, avec perforation

K26.3 : Ulcère du duodénum aigu, sans hémorragie ni perforation

K26.4 : Ulcère du duodénum chronique ou non précisé, avec hémorragie

K26.5 : Ulcère du duodénum chronique ou non précisé, avec perforation

K26.7 : Ulcère du duodénum chronique, sans hémorragie ni perforation

DÉFINITION

++++ PERTE DE SUBSTANCE DE LA MUQUEUSE GASTRIQUE

++++ CONFIRMÉE PAR

++1 | fibroscopie

++1 | imagerie

++1 | chirurgie

++1 AIGUË

++1 CHRONIQUE

+ – résultat histologique affirmant

++1 | la bénignité des éléments prélevés

++1 | la présence d'helicobacter pylori

+ – hémorragie

+ – perforation

+ – récédive

+ – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

C, D

VOIR AUSSI

ABDOMEN DOULOUREUX AIGU

CANCER

ÉPIGASTRALGIE

PLAINTE ABDOMINALE

PREFLUX – PYROSIS – CÉSOPHAGITE

ULCÈRE DUODÉNAL

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Ce résultat de consultation ne correspond qu'à une description anatomique et éventuellement histologique.

Critères d'inclusion

Les signes cliniques seuls n'étant pas pathognomoniques des ulcérations digestives gastroduodénales, le choix de cette dénomination résulte donc obligatoirement d'un examen complémentaire ou d'une intervention chirurgicale.

Compléments sémiologiques

Le résultat histologique, si la biopsie a été faite, confirme la bénignité.

On notera également la présence éventuelle d'*Helicobacter-pylori* et du caractère aigu ou chronique de l'ulcère.

Voir aussi

ÉPIGASTRALGIE : sera choisi uniquement s'il existe des signes cliniques même « évocateurs » d'un ulcère et même en cas d'antécédents ulcéreux y compris récents du patient.

CANCER : après histologie exclusivement.

REFLUX – PYROSIS – CÉSOPHAGITE : peut être associé.

Position(s) diagnostique(s)

C : Visualisation de l'ulcère sans histologie (fibroscopie).

D : Après histologie confirmant l'ulcère bénin.

CORRESPONDANCE CIM – 10

K25.9 : Ulcère de l'estomac non précisé comme étant aigu ou chronique, sans hémorragie ni perforation (code par défaut)

K25.0 : Ulcère de l'estomac aigu avec hémorragie

K25.1 : Ulcère de l'estomac aigu avec perforation

K25.3 : Ulcère de l'estomac aigu sans hémorragie ni perforation

K25.4 : Ulcère de l'estomac chronique ou non précisé avec hémorragie

K25.5 : Ulcère de l'estomac chronique ou non précisé avec perforation

K25.7 : Ulcère de l'estomac chronique sans hémorragie ni perforation

DÉFINITION

- ++1 | ÉCOULEMENT URÉTRAL
 - ++1 | purulent
 - ++1 | séreux
 - ++1 | abondant
 - ++1 | goutte matinale
- ++1 | SENSATION de GÊNE URÉTRALE (persistant entre les mictions)
 - ++1 | démangeaisons
 - ++1 | brûlures
 - ++1 | fausses envies
- ++1 | IDENTIFICATION d'AGENT PATHOGÈNE au PRÉLÈVEMENT URÉTRAL
 - ++1 | mycosique
 - ++1 | parasitaire
 - ++1 | chlamydia (trachomatis)
 - ++1 | gonocoque
 - ++1 | bactérie (autres)
- + – pollakiurie
- + – méat à lèvres éversées et rouges
- + – sujet à risque
- + – antécédents de MST
- + – récurrence
- + – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

A, C, D

VOIR AUSSI

ABCÈS SUPERFICIEL
 BACTÉRIURIE – PYURIE
 BALANOPOSTHITE
 CYSTITITE – CYSTALGIE
 DYSURIE
 HÉMATURIE
 POLLAKIURIE
 PROSTATE (HYPERTROPHIE)
 PROSTATITE
 PRURIT LOCALISÉ
 VULVITE – VAGINITE

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Désigne toute inflammation ou infection de l'urètre chez l'homme comme chez la femme.

Critères d'inclusion

Trois entrées sont possibles dans cette définition qui rendent compte des situations rencontrées en pratique :

- l'écoulement urétral caractéristique qu'il faudra décrire en qualité et en quantité,
- les phénomènes subjectifs conduisant à des explorations et des traitements répétés,
- les résultats de prélèvements chez des sujets symptomatiques ou non (certaines phosphaturies importantes peuvent entraîner une gêne urétrale qu'il faudra classer ailleurs si la preuve en est apportée).

Compléments sémiologiques

Ils contribuent à détailler la symptomatologie et à mieux situer le malade (sujet à risque, antécédents de maladie sexuellement transmissible).

Voir aussi

Tout résultat de consultation concernant la sphère uro-génitale. CYSTITITE et PROSTATE (HYPERTROPHIE) posent parfois un problème de classification difficile.

Position(s) diagnostique(s)

A

C

D : Si identification d'agent pathogène au prélèvement urétral.

CORRESPONDANCE CIM – 10

N34.2 : Autres urétrites (code par défaut)

A54.0 : Infection gonococcique de la partie intérieure de l'appareil génito-urinaire, sans abcès périurétral ou des glandes annexes

A56.2 : Infection à Chlamydia de l'appareil génito-urinaire, sans précision

A59.8 : Autres localisations de trichomonase

B37.4 : Candidose d'autres localisations uro-génitales

N37.0 : Urétrite au cours de maladies classées ailleurs

DÉFINITION

- ++++ PAPULES ÉRYTHÉMATO-CEDÉMATEUSES
- ++1 | en placards polycycliques géographiques (circinés, marginés)
 - ++1 | en micro-papules (urticaire cholinergique)
 - ++1 | dermatographisme (apparaissant quelques minutes après le grattage)
- ++++ PRURIGINEUSES
- + – variation d'aspect des lésions au cours d'une même crise
 - + – mobilité topographique des lésions en quelques heures (au cours d'une même crise)
 - + – localisées (urticaire de contact)
 - + – récidive
 - + – asymptomatique

RISQUE(s)

CHOC ANAPHYLACTIQUE
RÉACTION IATROGÉNIQUE

POSITION(s) DIAGNOSTIQUE(s)

C

VOIR AUSSI

DERMATOSE
ECZÉMA
LUCITE – ALLERGIE SOLAIRE
PIQÛRE D'INSECTE
PRURIT GÉNÉRALISÉ
PRURIT LOCALISÉ
CEDÈME DE QUINCKE – URTICAIRE GÉANTE

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Inclut l'urticaire « ortiée » comme l'urticaire cholinergique, exclut l'œdème de Quincke où sera classée également l'urticaire géante.

Critères d'inclusion

Trois aspects peuvent être isolés ou s'associer :

- L'aspect de piqûre d'orties, en placards polycycliques.
- L'aspect en micro papules.
- Le dermatographisme (rougeur vive puis saillie d'un blanc rosé urticarien suivant la ligne tracée sur la peau par la pointe d'un instrument moussé).

Compléments sémiologiques

Ils précisent les caractères de variabilité morphologique et topographique au cours de la même crise, ainsi que la notion de contact à l'origine de l'urticaire.

Voir aussi

DERMATOSE
ECZÉMA
LUCITE – ALLERGIE SOLAIRE : l'origine en est l'exposition aux UV
PIQÛRE D'INSECTE : réaction après une piqûre d'insecte
PRURIT GÉNÉRALISÉ : sans lésion cutanée décelable
PRURIT LOCALISÉ : sans lésion cutanée décelable
CEDÈME DE QUINCKE – URTICAIRE GÉANTE

Position(s) diagnostique(s)

C

CORRESPONDANCE CIM – 10

L50.9 : Urticaire, sans précision (code par défaut)
L50.3 : Dermatographisme
L50.5 : Urticaire cholinergique
L50.6 : Urticaire de contact

DÉFINITION

- ++++ AUGMENTATION DU 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 | CONFIRMÉE PAR 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

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

N85.2 : Hypertrophie de l'utérus (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

D25.9 : Léiomyome de l'utérus, sans précision

N84.0 : Polype du corps de l'utérus

DÉFINITION

++++ VACCINATION (injection, scarification, multipuncture)

- ++1 | grippe
- ++1 | diphtérie
- ++1 | tétanos
- ++1 | poliomyélite
- ++1 | coqueluche
- ++1 | hémophilus B
- ++1 | hpv
- ++1 | rougeole
- ++1 | rubéole
- ++1 | oreillons
- ++1 | tuberculose
- ++1 | pneumocoque
- ++1 | hépatite A
- ++1 | hépatite B
- ++1 | typhoïde
- ++1 | méningocoque
- ++1 | autre(s) (ex. leptospirose, rage, choléra.   préciser en commentaire)

RISQUE(s)**POSITION(s) DIAGNOSTIQUE(s)**

Z

VOIR AUSSI

EXAMEN SYSTÉMATIQUE ET PRÉVENTION
RÉACTION TUBERCULINIQUE

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Ce résultat de consultation est utilis e le jour de la vaccination effective (et non pas pour la prescription des vaccins en vue de la vaccination). Pour les vaccins qui ne sont pas faits par le médecin (ex: fièvre jaune), on ne peut utiliser ce RC. Il faut seulement mettre à jour le carnet informatis e.

Critères d'inclusion

Choisir le critère « vaccination » (acte technique).

Compléments sémiologiques

Indiquer le ou les vaccins effectu es.

La liste permet de choisir les associations pratiquées (exemple : Diphtérie + Tétanos + Polio + Hémophilus B ou Rougeole + Rubéole + Oreillons).

Il est conseillé d'inscrire dans le dossier le numéro du lot du vaccin.

Voir Aussi

Ils peuvent être, en cas de besoin, associ es dans la même séance.

Position(s) diagnostique(s)

Z: Il ne s'agit pas d'un phénomène morbide.

CORRESPONDANCE CIM - 10

Nécessité d'une vaccination associée contre plusieurs maladies infectieuses, sans précision	Z27.8
Code par défaut	Z26.9
Coqueluche	Z23.7
DT Coq	Z27.1
DT Coq Polio	Z27.3
DT Coq Polio+Hémophilus	Z27.8
DT Coq Polio+Hémophilus+ Hépatite B	Z27.9
Diphtérie	Z23.6
Encéphalite japonaise	Z25.8
Grippe	Z25.1
Hépatite A	Z24.6
Hépatite B	Z24.6
Hémophilus B	Z23.8
HPV	Z26.9
Leptospirose	Z23.8
Méningocoque	Z26.8
Oreillons	Z25.0
Pneumocoque	Z26.8
Poliomyélite	Z24.0
ROR	Z27.4
Rougeole	Z24.4
Rubéole	Z24.5
Tuberculose	Z23.2
Typhoïde	Z23.1
Tétanos	Z23.5
Tétanos-Grippe	Z27.8

DÉFINITION

++++ ÉRUPTION FAITE DE

++1 | maculo-vésicule(s)

++1 | pustule(s)

++1 | croûte(s)

++1 | LÉSIONS d'ÂGES DIFFÉRENTS

++1 | CONTEXTE ÉPIDÉMIQUE (cas identiques dans l'entourage)

+ – prurit

+ – énanthème

+ – signes généraux (fièvre, abattement, etc.)

+ – surinfection locale

+ – adénopathies

+ – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

C

VOIR AUSSI

DERMATOSE

FOLLICULITE SUPERFICIELLE

HERPÈS

IMPÉTIGO

PIQÛRE D'INSECTE

PRURIT GÉNÉRALISÉ

ZONA

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Anglais : Chickenpox

Allemand : Windpocken

Maladie infectieuse épidémique.

Critères d'inclusion

Deux entrées possibles pour affirmer ce tableau de maladie :

– Ou bien l'association de lésions typiques d'âges différents.

– Ou bien lésions maculaires ou maculo-vésiculaires isolées, mais associées à un contexte épidémique (par exemple, varicelle chez le frère ou la sœur 14 jours plus tôt).

NB : Si ce contexte épidémique n'est pas retrouvé et qu'il n'existe pas de lésions d'âges différents, il est préférable de classer le cas à DERMATOSE, qui pourra être révisé selon l'évolution en VARICELLE.

Compléments sémiologiques

Ils décrivent les symptômes (prurit) et les signes généraux (fièvre souvent peu élevée) ou locaux associés (énanthème, adénopathies satellites).

Voir aussi

La liste comporte les affections cutanées pouvant comporter des lésions maculo-vésiculaires, pustuleuses ou croûteuses.

Position(s) diagnostique(s)

C

CORRESPONDANCE CIM – 10

B01.9 : Varicelle sans complication (code par défaut)

B01.8 : Varicelle avec autres complications

DÉFINITION

- ++++ DILATATION VEINEUSE PERMANENTE
 - ++1 | visible (spontanément ou après manœuvre complémentaire)
 - ++1 | palpable (spontanément ou après manœuvre complémentaire)
- ++++ MAJORÉE PAR LA STATION DEBOUT
- ++++ DIMINUÉE PAR LE REPOS ÉTENDU

- + – bilatérale
- + – douleur, paresthésies, prurit
- + – la nuit : tension mollet, brûlures, crampes, impatiences
- + – troubles trophiques
 - ++1 | œdème
 - ++1 | modification de la couleur de la peau
 - ++1 | induration cutanée
 - ++1 | induration sous-cutanée
- + – signes inflammatoires localisés
- + – résultats d'écho-doppler

- + – récédive

- + – asymptomatique

RISQUE(s)

CANCER
 COMPRESSION
 HÉMOPATHIE
 PHLÉBITE
 RUPTURE
 THROMBOSE
 ULCÉRATION

POSITION(s) DIAGNOSTIQUE(s)

D

VOIR AUSSI

JAMBES LOURDES
 THROMBOPHLÉBITE

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Terme usuel définissant des veines pathologiques. Cette définition n'inclut pas les varicosités isolées ou les varices affectant d'autres territoires qui seront classées en DÉNOMINATION HORS LISTE.

Critères d'inclusions

Le choix de cette dénomination se fait par les critères cliniques habituels sans qu'il soit nécessaire de recourir à des examens complémentaires. L'examen par écho-doppler n'est qu'un argument sémiologique complémentaire souvent effectué en pré-opératoire.

NB : En cas d'ulcération associée, les deux résultats de consultation VARICES des MEMBRES INFÉRIEURS et ULCÈRE de JAMBE seront relevés.

Voir aussi

JAMBES LOURDES sera préféré en l'absence certaine de varices.

Position(s) diagnostique(s)

D : Dans tous les cas.

CORRESPONDANCE CIM – 10

I83.9 : Varices des membres inférieurs sans ulcère ou inflammation (code par défaut)

I83.1 : Varices des membres inférieurs, avec inflammation

DÉFINITION

++++ PETITE TUMEUR CUTANÉE

++1 | VERRUE VULGAIRE (cornée, rugueuse, végétante)
 ++1 | VERRUE PLANE (papule arrondie lisse, gris rosé ou jaunâtre)
 ++1 | VERRUE SÉBORRHÉIQUE (brunâtre à contours irréguliers, se détachant facilement)

++1 | PLANTAIRE
 ++1 | PÉRIUNGUÉALE
 ++1 | AUTRE LOCALISATION (à préciser en commentaire)

+ – douleur
 + – multiple
 + – après confirmation histologique

+ – récidive

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

C, D

VOIR AUSSI

CANCER
 COR – DURILLON
 MOLLUSCUM CONTAGIOSUM
 NAEVUS
 ONGLE (PATHOLOGIE DE L')

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Anglais : verruca, wart.

Le terme de verrue recouvre différents aspects, dont cette définition décrit les trois principaux.

Critères d'inclusion

Il s'agit d'une tumeur cutanée.

Trois aspects sont possibles :

- La verrue « vulgaire », cornée, rugueuse, végétante.
- La verrue « plane », papule arrondie et lisse.
- La verrue « séborrhéique », élevation kératosique brunâtre, apparaissant plutôt après la quarantaine.

Compléments sémiologiques

Ils permettent d'une part de relever la localisation. Le critère « autre(s) » permet de relever des localisations du visage, des paupières, des zones barbues.

Ils permettent d'autre part de noter le caractère douloureux (qui serait l'apanage des localisations péri-unguéales et plantaires), le caractère multiple et les récurrences après traitement.

Voir aussi

CANCER : épithélioma kératosique

COR DURILLON : confusion possible avec les localisations plantaires des verrues.

MOLLUSCUM CONTAGIOSUM : pouvant en imposer pour une verrue plane.

NAEVUS : certains nævi ont un aspect verruqueux.

Position(s) diagnostique(s)

C : Devant les seuls signes cliniques.

D : Si un prélèvement pour anatomopathologie est réalisé, en raison d'un aspect douteux, pour confirmer la verrue.

CORRESPONDANCE CIM – 10

B07 : Verrues d'origine virale

L82 : Kératose séborrhéique

DÉFINITION**++++ PLAINTÉ À TYPE DE**

- + + 1 | impression de manque d'équilibre
- + + 1 | sensation de déplacement des objets par rapport à l'individu

- + – tangage
- + – tendance à la chute d'un côté
- + – rotation des objets sur le plan vertical
- + – rotation des objets sur le plan horizontal
- + – d'installation brutale
- + – durée
 - + – de courte durée
 - + – permanente
- + – facteur déclenchant identifié
 - + – provoqués par certains changements de position du corps
 - + – provoqués par certains mouvements de la tête
 - + – effort / hyperpression
- + – présence de signe vestibulaire
 - + – nystagmus (type à préciser en commentaire)
 - + – instabilité objectivée à l'examen (signe de Romberg)
 - + – déviation des index
- + – nausées ou vomissements
- + – récidive
- + – asymptomatique

RISQUE(s)

ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL (dont WALLEMBERG)
 INTOXICATION au CO
 LABYRINTHITE
 NEURINOME DU VIII
 SURDITÉ
 TUMEUR de la FOSSE POSTÉRIEURE

POSITION(s) DIAGNOSTIQUE(s)

A

VOIR AUSSI

ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL
 ACOUPHÈNES
 HYPOTENSION ORTHOSTATIQUE
 MALAISE – ÉVANOUISSEMENT

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

De « Vertigo » (latin) : mouvement tournant, le terme de vertige décrit la plainte du malade, le symptôme « subjectif ».

Sous cette dénomination sont regroupés :

- les « faux vertiges » (sensations vertigineuses),
- l'ensemble des vertiges périphériques (syndromes vestibulaires),
- l'ensemble des vertiges centraux (syndromes cérébelleux).

Critères d'inclusion

Ils décrivent la nature de la plainte :

- soit impression de manque d'équilibre (« faux vertige »),
- soit sensation de déplacement des objets (« vrai vertige »).

Compléments sémiologiques

Ils se réfèrent à certains symptômes ou signes d'accompagnement qui peuvent orienter les explorations et la thérapeutique. Ceux-ci sont facilement et directement liés aux vertiges. Les autres signes associés seront relevés parallèlement dans la même séance, en retenant les RC correspondants (ou/et les dénominations hors listes).

- La découverte d'un nystagmus est d'une particulière importance pour la recherche étiologique.
- La durée du vertige : brève, avec vertige intense et répété dans certaines positions, elle évoque le vertige « positionnel bénin paroxystique ».
- Nausées et vomissements accompagnent souvent les vertiges et pourraient évoquer une maladie de Ménière si le vertige est précédé d'acouphènes et s'accompagne de surdité.

Voir Aussi

Ni spécifiques, ni pathognomoniques, les signes d'accompagnement seront relevés séparément (exemple : acouphènes, surdité).

Certains résultats de consultation peuvent également se trouver en DÉNOMINATION HORS LISTE (exemple de la « Maladie » de Ménière, du neurinome de l'acoustique).

Position(s) diagnostique(s)

A : Dans tous les cas car il s'agit d'un signe cardinal plus ou moins riche cliniquement.

CORRESPONDANCE CIM – 10

R42 : Étourdissements et éblouissements

DÉFINITION

++1 | SÉROPOSITIVITÉ AU VIH (ELISA ET WESTERN BLOT)

++1 | SIDA

++1 | T4 SUPÉRIEUR À 500

++1 | T4 COMPRIS ENTRE 200 ET 500

++1 | T4 INFÉRIEUR À 200

++1 | diarrhée

++1 | adénopathie

++1 | amaigrissement

++1 | candidose digestive

++1 | fièvre

++1 | autres (à préciser)

+ – antigène p24 positif

+ – charge virale indétectable

+ – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

A, D

VOIR AUSSI

ANOMALIE BIOLOGIQUE SANGUINE

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Cette définition regroupe l'ensemble des patients séropositifs, qu'ils soient symptomatiques ou non.

Critères d'inclusion

Deux critères d'inclusion : séropositivité ou SIDA.

L'un des critères obligatoire est la séropositivité aux deux tests de référence (Elisa et Western Blot).

En cas de test Elisa positif et de western Blot négatif, il faudra coder le cas en « Anomalie biologique ».

Le deuxième critère obligatoire est la numération des T4.

Compléments sémiologiques

Ils aident le médecin au suivi de son patient.

L'antigène P24, le dosage des T4 et la Bêta 2 microglobuline sont là pour aider le médecin au suivi en raison du caractère prédictif de ces signes.

Voir aussi

N.B. : Les complications spécifiques du SIDA (Kaposi) seront relevées en DÉNOMINATION HORS LISTE.

CORRESPONDANCE CIM – 10

Z21 : Infection asymptomatique par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)

B24 : Immunodéficience humaine virale (VIH), sans précision

DÉFINITION**++++ MODIFICATION d'ASPECT des MUQUEUSES GÉNITALES**

- ++1 | vulvaires
- ++1 | vaginales

- ++1 | rougeur
- ++1 | œdème
- ++1 | ulcération
- ++1 | autre(s) (granité, piqueté, lichénifié)

++++ ABSENCE DE SIGNES GÉNÉRAUX**++++ ABSENCE DE DOULEUR PELVIENNE (spontanée ou à la mobilisation utérine au toucher vaginal)****+ – pertes vaginales**

- ++1 | blanches, épaisses, caillebotées
- ++1 | malodorantes
- ++1 | abondantes
- ++1 | autres aspects (à préciser en commentaire)

+ – cervicite**+ – prurit****+ – dyspareunie****+ – résultat d'examen biologique**

- ++1 | présence de candida
- ++1 | présence d'autres germes (à préciser en commentaire)
- ++1 | absence de bacille de Doderlein

+ – récurrence**+ – asymptomatique****POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)**

C, D

VOIR AUSSI

CANCER
COL UTÉRIN (ANOMALIE DU)
CYSTITE – CYSTALGIE
DOULEUR PELVIENNE
HERPÈS
LEUCORRHÉE
MÉNOPAUSE (PROBLÈME ET SUIVI)
PRURIT LOCALISÉ
URÉTRITE

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Cette définition permet d'inclure les modifications de la « filière génitale féminine basse » : vulve et vagin à l'exclusion des lésions cervicales qui seront incluses par COL UTÉRIN (ANOMALIE DU).

Le suffixe « ite » rend compte des phénomènes soit infectieux, soit inflammatoires à l'origine de ces manifestations cliniques. Elle exclut l'atrophie vulvo-vaginale de la femme ménopausée, qui sera classée à MÉNOPAUSE.

Critères d'inclusion

Au nombre de trois :

L'aspect des muqueuses vulvaires ou vaginales doit être modifié. Il peut s'agir d'une rougeur, d'un œdème ou encore d'un aspect granité, piqueté de rouge, lichénifié, ulcéré.

Il ne doit pas y avoir de signes généraux (fièvre)

Il ne doit pas y avoir de douleur pelvienne ni spontanée ni à la mobilisation de l'utérus et des annexes au toucher vaginal. Ceci n'empêche pas qu'il puisse exister des brûlures ou douleurs vulvaires ou une dyspareunie, mais il ne s'agit pas de douleur du pelvis.

Compléments sémiologiques

Il s'agit de l'existence de pertes que les critères essayent de caractériser, de prurit, de dyspareunie, de lésion du col associée ou de résultat de prélèvement vaginal.

Voir aussi

L'atrophie vulvo-vaginale de la ménopause sera classée dans le RC MÉNOPAUSE.

S'il n'existe que des lésions du col sans atteinte ni vulvaire ni vaginale, on choisira COL UTÉRIN (ANOMALIE DU).

Position(s) diagnostique(s)

C : En fonction de la richesse du tableau.

D : S'il y a une confirmation biologique.

CORRESPONDANCE CIM – 10

N76.0 : Vaginite aiguë (code par défaut)

B37.3 : Cabdidose de la vulve et du vagin (N77.1*)

N76.2 : Vulvite aiguë

N76.5 : Ulcération du vagin

N76.6 : Ulcérations de la vulve

N77.1 : Vaginite, vulvite et vulvo-vaginite au cours de maladies infectieuses et parasitaires classées ailleurs

DÉFINITION

- ++++ DOULEUR UNILATÉRALE (à type de brûlure ou de morsure)
- ++++ DANS LE TERRITOIRE D'UN DERMATOME

- ++1 | MACULES CONGESTIVES EN PLAQUES ESPACÉES DE PEAU SAINE
- ++1 | VÉSICULES CONTENANT UN LIQUIDE CLAIR (LE PLUS SOUVENT GROUPÉES EN BOUQUETS)
- ++1 | DESSICCATION (croûtelles)
- ++1 | CICATRICES DANS LE TERRITOIRE (macules dépigmentées)

- + – ophtalmique
- + – adénopathie dans le territoire
- + – troubles sensitifs objectifs (anesthésie profonde surmontée d'une bande d'hyperesthésie)
- + – surinfection
- + – dissémination des vésicules
- + – douleurs post-zostériennes

- + – récédive

- + – asymptomatique

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

C

VOIR AUSSI

DOULEUR NON CARACTÉRISTIQUE
 HERPÈS
 NÉVRALGIE – NÉVRITE

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Permet de classer à la fois le zona au stade initial et les douleurs persistantes parfois à long terme.

Critères d'inclusion

Ils sont au nombre de trois :

- La douleur, à type de morsure ou de brûlure.
- Son siège unilatéral, dans le territoire d'un dermatome.
- La présence de lésions d'aspect variable selon le stade évolutif où est vu le malade : macules, puis vésicules, puis dessiccation et enfin cicatrices. Le dernier aspect (cicatrices) s'il s'accompagne de douleurs (dites « post-zostériennes ») permet de classer ici ces douleurs sans les classer artificiellement en « DOULEUR NON CARACTÉRISTIQUE » ou « NÉVRALGIE – NÉVRITE ».

Compléments sémiologiques

Ils individualisent la localisation ophtalmique particulièrement grave du zona.

Ils permettent aussi de relever certains troubles sensitifs objectifs, la présence d'adénopathies satellites fréquentes, la surinfection et la dissémination des vésicules au-delà du dermatome atteint.

Voir aussi

DOULEUR NON CARACTÉRISTIQUE : souvent choisi au stade tout initial qui peut être révisé ensuite en ZONA.

HERPÈS : la taille des vésicules est en principe plus petite.

NÉVRALGIE – NÉVRITE : parfois choisi au stade initial et sera révisé ensuite en ZONA.

Position(s) diagnostique(s)

C : Le plus souvent, puisqu'il est exceptionnel qu'un prélèvement de vésicule soit réalisé

CORRESPONDANCE CIM – 10

B02.9 : Zona sans complication (code par défaut)

B02.2 : Zona accompagné d'autres manifestations neurologiques

B02.3 : Zona ophtalmique

B02.7 : Zona disséminé

B02.8 : Zona avec autres complications

DÉFINITION

- ++1 | TUBERCULOSE PULMONAIRE, CONFIRMATION BACTÉRIOLOGIQUE OU HISTOLOGIQUE : A15.9
- ++1 | SCARLATINE (à l'exclusion de angine à streptocoques (J02.0) : A38
- ++1 | ÉRYTHÈME INFECTIEUX (cinquième maladie) (mégalérythème épidémique) : B08.3
- ++1 | BORRÉLIOSE – MALADIE DE LYME : A69.2
- ++1 | CONDYLOME VÉNÉRIENS ANO-GÉNITAUX : A63.0
- ++1 | MONONUCLÉOSE INFECTIEUSE, SANS PRÉCISION : B27.9
- ++1 | OREILLONS SANS COMPLICATION : B26.9
- ++1 | ROSÉOLE – EXANTHÈME SUBIT – 6^{ÈME} MALADIE : B08.2
- ++1 | TOXOPLASMOSE : B58.9
- ++1 | AUTRE DHL (À PRÉCISER EN COMMENTAIRE)

RISQUE(s)

S'agissant de tableaux de maladie ou de diagnostics très variés, nous ne pouvons pas établir de liste de RISQUES.

POSITION(s) DIAGNOSTIQUE(s)

Aucune position diagnostique ne peut être proposée. Le praticien choisit, parmi les 4 positions diagnostiques, celle qui lui semble la plus adaptée à la situation clinique qu'il relève.

ARGUMENTAIRE

Pas d'argumentaire s'agissant d'une DHL

CORRESPONDANCE CIM – 10

- A15.3 : Tuberculose pulmonaire
- A38 : Scarlatine
- A63.0 : Condylomes ano-génitaux
- A69.2 : Maladie de Lyme
- B08.2 : Exanthème subit (6^{ème} maladie)
- B08.3 : Érythème infectieux
- B26.9 : Oreillons
- B27.9 : Mononucléose infectieuse
- B58.9 : Toxoplasmose

DÉFINITION

- ++1 | ANGIOME – HÉMANGIOME, TOUT SIÈGE : D18.0
- ++1 | GAMMAPATHIE MONOCLONALE : D47.2
- ++1 | KYSTE DE L'ÉPIDIDYME : D29. 3 N50.8
- ++1 | LYMPHANGIOME, TOUT SIÈGE : D18.1
- ++1 | MALADIE DE VAQUEZ : D45
- ++1 | POLYPE DE VESSIE – TUMEUR BÉNIGNE : D41.4
- ++1 | POLYPE DU COLON – TUMEUR BÉNIGNE DU : D12.6
- ++1 | AUTRE DHL (à préciser en commentaire)

RISQUE(s)

S'agissant de tableaux de maladie ou de diagnostics très variés, nous ne pouvons pas établir de liste de RISQUES.

POSITION(s) DIAGNOSTIQUE(s)

Aucune position diagnostique ne peut être proposée. Le praticien choisit, parmi les 4 positions diagnostiques, celle qui lui semble la plus adaptée à la situation clinique qu'il relève.

ARGUMENTAIRE

Pas d'argumentaire s'agissant d'une DHL

CORRESPONDANCE CIM – 10

- D12.6 : Tumeur bénigne du colon
- D18.0 : Angiome
- D18.1 : Lymphangiome
- D29.3 : Kyste de l'épididyme
- D41.4 : Tumeur bénigne de la vessie
- D45 : Maladie de Vaquez
- D47.2 : Gammopathie monoclonale

DÉFINITION

- ++1 | ANÉMIE DE BIERMER : D51.0
- ++1 | PURPURA S.A.I. : D69.2
- ++1 | SARCOÏDOSE : D86.9
- ++1 | AUTRE DHL (à préciser en commentaire)

RISQUE(s)

S'agissant de tableaux de maladie ou de diagnostics très variés, nous ne pouvons pas établir de liste de RISQUES.

POSITION(s) DIAGNOSTIQUE(s)

Aucune position diagnostique ne peut être proposée. Le praticien choisit, parmi les 4 positions diagnostiques, celle qui lui semble la plus adaptée à la situation clinique qu'il relève.

ARGUMENTAIRE

Pas d'argumentaire s'agissant d'une DHL

CORRESPONDANCE CIM - 10

- D51.0 : Anémie par carence en vitamine B12 due à une carence en facteur intrinsèque
- D69.2 : Autres purpura non thrombopéniques
- D86.9 : Sarcôïdose

DÉFINITION

- ++1 | ADDISON – INSUFFISANCE SURRÉNALE : E27.1
- ++1 | DÉSHYDRATATION – HYPOVOLÉMIE SANS CHOC : E86
- ++1 | HYPERPROLACTINÉMIE – ADÉNOME HYPOPHYSAIRE : E22.1
- ++1 | HYPOGLYCÉMIE : E16.2
- ++1 | HYPOPARATHYROÏDIE : E20.9
- ++1 | HÉMOCHROMATOSE : E83.1
- ++1 | NEUROPATHIE DIABÉTIQUE (TYPE 1) : E10.4 († G63.2)
- ++1 | NEUROPATHIE DIABÉTIQUE (TYPE 2) : E11.4 († G63.2)
- ++1 | THYROÏDITE : E06
- ++1 | AUTRE DHL (à préciser en commentaire)

RISQUE(s)

S'agissant de tableaux de maladie ou de diagnostics très variés, nous ne pouvons pas établir de liste de RISQUES.

POSITION(s) DIAGNOSTIQUE(s)

Aucune position diagnostique ne peut être proposée. Le praticien choisit, parmi les 4 positions diagnostiques, celle qui lui semble la plus adaptée à la situation clinique qu'il relève.

ARGUMENTAIRE

Pas d'argumentaire s'agissant d'une DHL

CORRESPONDANCE CIM – 10

- E06.9 : Thyroïdite
- E10.4 : Neuropathie diabétique (type 1) († G63.2)
- E11.4 : Neuropathie diabétique (type 2) († G63.2)
- E16.2 : Hypoglycémie
- E20.9 : Hypoparathyroïdie
- E22.1 : Hyperprolactinémie
- E27.1 : Addison – insuffisance surrénale
- E83.1 : Hémochromatose
- E86 : Déshydratation

DÉFINITION

- ++1 | TROUBLES MENTAUX ET DU COMPORTEMENT LIÉS À DES SUBSTANCES PSYCHO ACTIVES (F10-F19)
- ++1 | AUTISME INFANTILE (F84.0)
- ++1 | RETARD MENTAL (F79)
- ++1 | SCHIZOPHRÉNIE (F20.9)
- ++1 | TERREURS NOCTURNES (F51.4)
- ++1 | TROUBLE HYPOCHONDRIQUE (F45.2)
- ++1 | TROUBLES HYPERKINÉTIQUES (F90.9)
- ++1 | TROUBLES OBSESSIONNEL COMPULSIF – TOC (F42.9)
- ++1 | AUTRE DHL (à préciser en commentaire)

RISQUE(s)

S'agissant de tableaux de maladie ou de diagnostics très variés, nous ne pouvons pas établir de liste de RISQUES.

POSITION(s) DIAGNOSTIQUE(s)

Aucune position diagnostique ne peut être proposée. Le praticien choisit, parmi les 4 positions diagnostiques, celle qui lui semble la plus adaptée à la situation clinique qu'il relève.

ARGUMENTAIRE

Pas d'argumentaire s'agissant d'une DHL

CORRESPONDANCE CIM – 10

- (F10-F19) : Troubles liés à des substances psychoactives
- F20.9 : Schizophrénie
 - F42.9 : Troubles obsessionnels compulsifs
 - F45.2 : Troubles hypochondriaque
 - F51.4 : Terreurs nocturnes
 - F79 : Retard mental
 - F84.0 : Autisme infantile
 - F90.9 : Troubles hyperkinétiques

DÉFINITION

- ++1 | ALGIE VASCULAIRE DE LA FACE : G44.0
- ++1 | AMNÉSIE GLOBALE TRANSITOIRE : G45.4
- ++1 | AUTRE DHL (à préciser en commentaire)
- ++1 | MYASTHÉNIE : G70.0
- ++1 | PARALYSIE FACIALE À FRIGORE : G51.0
- ++1 | PARAPLÉGIE, SANS PRÉCISION : G82.2
- ++1 | SYNDROME CÉRÉBELLEUX VASCULAIRE : G46.4

+ – récidive

RISQUE(s)

S'agissant de tableaux de maladie ou de diagnostics très variés, nous ne pouvons pas établir de liste de RISQUES.

POSITION(s) DIAGNOSTIQUE(s)

Aucune position diagnostique ne peut être proposée. Le praticien choisit, parmi les 4 positions diagnostiques, celle qui lui semble la plus adaptée à la situation clinique qu'il relève.

ARGUMENTAIRE

Pas d'argumentaire s'agissant d'une DHL

CORRESPONDANCE CIM – 10

- G44.0 : Algie vasculaire de la face
- G45.4 : Amnésie globale transitoire
- G46.4 : Syndrome cérébelleux vasculaire
- G51.0 : Paralysie faciale à frigore
- G70.0 : Myasthénie
- G82.2 : Paraplégie

DÉFINITION

- ++1 | BLÉPHARITE : H01.0
- ++1 | DÉGÉNÉRESCENCE MACULAIRE : H35.3
- ++1 | RÉTINOPATHIE DÉGÉNÉRATIVE : H35.4
- ++1 | STRABISME : H50.9
- ++1 | AUTRE DHL (à préciser en commentaire)

RISQUE(s)

S'agissant de tableaux de maladie ou de diagnostics très variés, nous ne pouvons pas établir de liste de RISQUES.

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

Aucune position diagnostique ne peut être proposée. Le praticien choisit, parmi les 4 positions diagnostiques, celle qui lui semble la plus adaptée à la situation clinique qu'il relève.

ARGUMENTAIRE

Pas d'argumentaire s'agissant d'une DHL

CORRESPONDANCE CIM – 10

- H01.0 : Blépharite
- H35.3 : Dégénérescence maculaire
- H35.4 : Rétinopathie dégénérative
- H50.9 : Strabisme

DÉFINITION

Aucune DHL du thesaurus n'appartient à ce chapitre de la CIM10.
Précisez votre DHL en commentaire.
L'analyse statistique de ce relevé permettra d'accroître le thesaurus.

RISQUE(s)

S'agissant de tableaux de maladie ou de diagnostics très variés, nous ne pouvons pas établir de liste de RISQUES.

POSITION(s) DIAGNOSTIQUE(s)

Aucune position diagnostique ne peut être proposée. Le praticien choisit, parmi les 4 positions diagnostiques, celle qui lui semble la plus adaptée à la situation clinique qu'il relève.

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

RISQUE(s)

S'agissant de tableaux de maladie ou de diagnostics très variés, nous ne pouvons pas établir de liste de RISQUES.

POSITION(s) DIAGNOSTIQUE(s)

Aucune position diagnostique ne peut être proposée. Le praticien choisit, parmi les 4 positions diagnostiques, celle qui lui semble la plus adaptée à la situation clinique qu'il relève.

ARGUMENTAIRE

Pas d'argumentaire s'agissant d'une DHL

CORRESPONDANCE CIM – 10

- I08.9 : Maladies de plusieurs valvules rhumatismales
- I26.9 : Embolie pulmonaire
- I30.9 : Péricardite
- I34.1 : Prolapsus mitral
- I34.2 : Sténose non rhumatismale de la valve mitrale
- I35.0 : Sténose non rhumatismale de la valve aortique
- I38 : Endocardite, valvule non précisée
- I42.1 : Myocardiopathie obstructive hypertrophique
- I42.2 : Myocardiopathie obstructive non hypertrophique
- I51.7 : Cardiomégalie
- I89.0 : Lymphœdème

DHL 10 – Maladies de l'appareil respiratoire

DÉFINITION

- ++1 | AMYGDALITE CHRONIQUE : J35.0
- ++1 | DILATATION DES BRONCHES : J47
- ++1 | AUTRE DHL (à préciser en commentaire)

RISQUE(s)

S'agissant de tableaux de maladie ou de diagnostics très variés, nous ne pouvons pas établir de liste de RISQUES.

POSITION(s) DIAGNOSTIQUE(s)

Aucune position diagnostique ne peut être proposée. Le praticien choisit, parmi les 4 positions diagnostiques, celle qui lui semble la plus adaptée à la situation clinique qu'il relève.

ARGUMENTAIRE

Pas d'argumentaire s'agissant d'une DHL

CORRESPONDANCE CIM – 10

J35.0 : Amygdalite chronique

J47 : Dilatation des bronches

DÉFINITION

- ++1 | APPENDICITE AIGÜE, SANS PRÉCISION : K35.9
- ++1 | CROHN (MALADIE DE) : K50.9
- ++1 | HÉMATÉMÈSE : K92.0
- ++1 | LITHIASSE SALIVAIRE – SIALOLITHIASSE : K11.5
- ++1 | PANCRÉATITE AIGÜE : K85.9
- ++1 | PANCRÉATITE CHRONIQUE : K86.1
- ++1 | PAROTIDITE NON OURLIENNE K11.2
- ++1 | RECTO-COLITE HÉMORRAGIQUE : K51.9
- ++1 | AUTRE DHL (à préciser en commentaire)

RISQUE(s)

S'agissant de tableaux de maladie ou de diagnostics très variés, nous ne pouvons pas établir de liste de RISQUES.

POSITION(s) DIAGNOSTIQUE(s)

Aucune position diagnostique ne peut être proposée. Le praticien choisit, parmi les 4 positions diagnostiques, celle qui lui semble la plus adaptée à la situation clinique qu'il relève.

ARGUMENTAIRE

Pas d'argumentaire s'agissant d'une DHL

CORRESPONDANCE CIM – 10

- K11.2 : Parotidite non ourlienne
- K11.5 : Lithiasse salivaire
- K35.9 : Appendicite aiguë
- K50.9 : Crohn (maladie de)
- K51.9 : Rectocolite hémorragique
- K85.9 : Pancréatite aiguë
- K86.1 : Pancréatite chronique
- K92.0 : Hématémèse

DÉFINITION

- ++1 | ACNÉ ROSACÉE : L71.9
- ++1 | HIDROSADÉNITE SUPPURÉE : L73.2
- ++1 | HIRSUTISME : L68.0
- ++1 | KYSTE PILONIDAL : L05.9
- ++1 | KÉRATOSE ACTINIQUE [SAI, sénile, solaire] L57.0
- ++1 | LICHEN PLAN : L43.9
- ++1 | PRURIGO : L28.2
- ++1 | VERGETURE : L90.8
- ++1 | ÉRYTHÈME NOUEUX : L52
- ++1 | AUTRE DHL (à préciser en commentaire)

+ – récédive

RISQUE(s)

S'agissant de tableaux de maladie ou de diagnostics très variés, nous ne pouvons pas établir de liste de RISQUES.

POSITION(s) DIAGNOSTIQUE(s)

Aucune position diagnostique ne peut être proposée. Le praticien choisit, parmi les 4 positions diagnostiques, celle qui lui semble la plus adaptée à la situation clinique qu'il relève.

ARGUMENTAIRE

Pas d'argumentaire s'agissant d'une DHL

CORRESPONDANCE CIM – 10

- L05.9 : Kyste pilonidal
- L28.2 : Prurigo
- L43.9 : Lichen plan
- L52 : Érythème noueux
- L57.0 : Kératose actinique
- L68.0 : Hirsutisme
- L71.9 : Acné rosacée
- L73.2 : Hidrosadénite suppuré
- L90.6 : Peau (stries atrophiques)

DÉFINITION

- ++1 | DUPUYTREN – FIBROMATOSE DE L'APONÉVROSE PALMAIRE : M72.0
- ++1 | OSTÉITE – ANOMALIE DE LA DENSITÉ ET DE LA STRUCTURE OSSEUSE : M85.9
- ++1 | SPONDYLARTHRITE ANKYLOSANTE – PELVISPONDYLITE RHUMATISMALE : M45
- ++1 | APOPHYSITE INTERNE DU COUDE : M77.0
- ++1 | CAPSULITE RÉTRACTILE DE L'ÉPAULE : M75.0
- ++1 | CHONDROCALCINOSE SAI : M11.2
- ++1 | CHONDROMALACIE ROTULIENNE : M22.4
- ++1 | DOIGT À RESSORT : M65.3
- ++1 | HERNIE DISCALE NON CERVICALE : M51.2
- ++1 | LUPUS ÉRYTHÉMATEUX DISSÉMINÉ : M32.9
- ++1 | MALADIE OSSEUSE DE PAGET : M88.9
- ++1 | OSTÉONÉCROSE ASEPTIQUE, SANS PRÉCISION : M87.9
- ++1 | SYNDROME DE GOUGEROT – SJÖGREN : M35.0
- ++1 | AUTRE DHL (à préciser en commentaire)

+ – récidive

RISQUE(s)

S'agissant de tableaux de maladie ou de diagnostics très variés, nous ne pouvons pas établir de liste de RISQUES.

POSITION(s) DIAGNOSTIQUE(s)

Aucune position diagnostique ne peut être proposée. Le praticien choisit, parmi les 4 positions diagnostiques, celle qui lui semble la plus adaptée à la situation clinique qu'il relève.

ARGUMENTAIRE

Pas d'argumentaire s'agissant d'une DHL

CORRESPONDANCE CIM – 10

- M11.2 : Chondrocalcinose SAI
- M22.4 : Chondromalacie rotulienne
- M32.9 : Lupus érythémateux disséminé
- M35.0 : Syndrome de Gougerot-Sjögren
- M45 : Spondylarthrite ankylosante de siège non précisé
- M51.2 : Hernie discale non cervicale
- M65.3 : Doigt à ressort
- M72.0 : Maladie de Dupuytren
- M75.0 : Capsulite rétractile de l'épaule
- M77.0 : Apophysite interne du coude
- M85.9 : Anomalie de la densité et de la structure osseuse
- M87.9 : Ostéonécrose aseptique sans précision
- M88.9 : Maladie osseuse de Paget

DHL 14 – Maladies de l'appareil génito-urinaire

DÉFINITION

- ++1 | HYDRONÉPHROSES, AUTRES ET SANS PRÉCISION: N13.1
- ++1 | ABCÈS DE LA GLANDE DE BARTHOLIN: N75.1
- ++1 | ENDOMÉTRIOSE: N80.9
- ++1 | HYDROCÈLE: N43.3
- ++1 | KYSTE OVARIEN: N83.2
- ++1 | SALPINGITE ET OVARITE, SANS PRÉCISION : N70.9
- ++1 | STÉRILITÉ – HYPOFERTILITÉ (FEMME): N97.9
- ++1 | STÉRILITÉ – HYPOFERTILITÉ (HOMME): N46
- ++1 | AUTRE DHL (à préciser en commentaire)

RISQUE(s)

S'agissant de tableaux de maladie ou de diagnostics très variés, nous ne pouvons pas établir de liste de RISQUES.

POSITION(s) DIAGNOSTIQUE(s)

Aucune position diagnostique ne peut être proposée. Le praticien choisit, parmi les 4 positions diagnostiques, celle qui lui semble la plus adaptée à la situation clinique qu'il relève.

ARGUMENTAIRE

Pas d'argumentaire s'agissant d'une DHL

CORRESPONDANCE CIM – 10

- N13.1 : Hydronéphrose
- N43.3 : Hydrocèle
- N46 : Stérilité masculine
- N70.9 : Salpingite
- N75.1 : Bartholinite
- N80.9 : Endométriose
- N83.2 : Kyste ovarien
- N97.9 : Stérilité féminine

DÉFINITION

- ++1 | HÉMORRAGIES DU DÉBUT DE LA GROSSESSE, SANS PRÉCISION : O20.9
- ++1 | MENACE D'AVORTEMENT. HÉMORRAGIE DUE À UNE MENACE D'AVORTEMENT : O20.0
- ++1 | AVORTEMENT SPONTANÉ : O03.9
- ++1 | DIABÈTE GESTATIONNEL : O24.4
- ++1 | GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE SANS PRÉCISION : O00.9
- ++1 | AUTRE DHL (à préciser en commentaire)

RISQUE(s)

S'agissant de tableaux de maladie ou de diagnostics très variés, nous ne pouvons pas établir de liste de RISQUES.

POSITION(s) DIAGNOSTIQUE(s)

Aucune position diagnostique ne peut être proposée. Le praticien choisit, parmi les 4 positions diagnostiques, celle qui lui semble la plus adaptée à la situation clinique qu'il relève.

ARGUMENTAIRE

Pas d'argumentaire s'agissant d'une DHL

CORRESPONDANCE CIM – 10

- O00.9 : Grossesse extra-utérine sans précision
- O03.9 : Avortement spontané
- O20.0 : Menace d'avortement. Hémorragie due à une menace d'avortement
- O20.9 : Hémorragies du début de la grossesse, sans précision
- O24.4 : Diabète gestationnel

DHL 16 – Certaines affections dont origine période périnatale

DÉFINITION

Aucune DHL du thesaurus n'appartient à ce chapitre de la CIM10.
Précisez votre DHL en commentaire.
L'analyse statistique de ce relevé permettra d'accroître le thesaurus.

RISQUE(s)

S'agissant de tableaux de maladie ou de diagnostics très variés, nous ne pouvons pas établir de liste de RISQUES.

POSITION(s) DIAGNOSTIQUE(s)

Aucune position diagnostique ne peut être proposée. Le praticien choisit, parmi les 4 positions diagnostiques, celle qui lui semble la plus adaptée à la situation clinique qu'il relève.

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.

DHL 17 – Malformations congénitales et anomalies chromosomiques

DÉFINITION

++1 | ECTOPIE TESTICULAIRE : Q53.0
++1 | AUTRE DHL (à préciser en commentaire)

RISQUE(s)

S'agissant de tableaux de maladie ou de diagnostics très variés, nous ne pouvons pas établir de liste de RISQUES.

POSITION(s) DIAGNOSTIQUE(s)

Aucune position diagnostique ne peut être proposée. Le praticien choisit, parmi les 4 positions diagnostiques, celle qui lui semble la plus adaptée à la situation clinique qu'il relève.

ARGUMENTAIRE

Pas d'argumentaire s'agissant d'une DHL

CORRESPONDANCE CIM – 10

Q53.0 : Ectopie testiculaire

DÉFINITION

- ++1 | RETARD STATURO PONDÉRAL DU DÉVELOPPEMENT
PHYSIOLOGIQUE : R62.9
- ++1 | ASCITE : R18
- ++1 | HÉPATOMÉGALIE NON CLASSÉE AILLEURS : R16.0
- ++1 | ICTÈRE SANS PRÉCISION : R17
- ++1 | INCONTINENCE ANALE : R15
- ++1 | PLEURÉSIE : R09.1
- ++1 | RÉTENTION URINAIRE : R33
- ++1 | AUTRE DHL (à préciser en commentaire)

RISQUE(s)

S'agissant de tableaux de maladie ou de diagnostics très variés, nous ne pouvons pas établir de liste de RISQUES.

POSITION(s) DIAGNOSTIQUE(s)

Aucune position diagnostique ne peut être proposée. Le praticien choisit, parmi les 4 positions diagnostiques, celle qui lui semble la plus adaptée à la situation clinique qu'il relève.

ARGUMENTAIRE

Pas d'argumentaire s'agissant d'une DHL

CORRESPONDANCE CIM – 10

- R09.1 : Pleurésie
- R15 : Incontinence anale
- R16.0 : Hépatomégalie
- R17 : Ictère
- R18 : Ascite
- R33 : Rétention urinaire
- R62.9 : Retard staturo-pondéral

LISTE DES 278 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
BOUFFÉES DE CHALEUR
BRONCHIOLITE
BRONCHITE AIGUË
BRONCHITE CHRONIQUE
BRÛLURE
CANAL CARPIEN
CANCER
CATARACTE
CÉPHALÉE
CÉRUMEN (BOUCHON DE)
CERVICALGIE
CHALAZION
CHEVEUX (CHUTE)
CHOLÉCYSTITE
CICATRICE
CIRRHOSE DU FOIE
COCCYDYNIE
COL UTÉRIN (ANOMALIE DU)
COLIQUE (SYNDROME)
COLIQUE NÉPHRÉTIQUE
COMPORTEMENT (TROUBLES)
CONJONCTIVITE
CONSTIPATION
CONTRACEPTION
CONTUSION
CONVULSION FÉBRILE
COR – DURILLON
CORPS ÉTRANGER DANS CAVITÉ NATURELLE
CORPS ÉTRANGER SOUS-CUTANÉ
CRAMPE MUSCULAIRE
CYSTITITE – CYSTALGIE
DÉCÈS
DÉMENCE
DENT (PATHOLOGIE DE LA)
DÉPRESSION
DERMATOPHYTOSE
DERMATOSE
DERMITE SÉBORRHÉIQUE
DIABÈTE DE TYPE 1
DIABÈTE DE TYPE 2
DIARRHÉE (ISOLÉE, NON INFECTIEUSE)
DIARRHÉE – NAUSÉE – VOMISSEMENT
DIFFICULTÉ SCOLAIRE
DORSALGIE
DOULEUR NON CARACTÉRISTIQUE
DOULEUR PELVIENNE
DYSLIPIDÉMIE
DYSMÉNORRHÉE
DYSPHAGIE
DYSPNÉE
DYSURIE
ECCHYMOSE SPONTANÉE
ECZÉMA
ECZÉMA FACE DU NOURRISSON
ECZÉMA PALMO-PLANTAIRE DYSHIDROSIQUE
ECZÉMA PALMO-PLANTAIRE FISSURAIRE
ENGELURE
ENROUEMENT
ENTORSE
ÉNURÉSIE PSYCHOGÈNE
ÉPAULE (TÉNO-SYNOVITE)
ÉPICONDYLITE
ÉPIGASTRALGIE
ÉPILEPSIE
ÉPISTAXIS
ÉRYSIPELE
ÉRYTHÈME FESSIER DU NOURRISSON
ESCARRE
ÉTAT FÉBRILE
ÉTAT MORBIDE AFÉBRILE
EXAMEN SYSTÉMATIQUE ET PRÉVENTION
FÉCALOME
FIBRILLATION – FLUTTER AURICULAIRE
FISSURE ANALE
FOLLICULITE SUPERFICIELLE
FRACTURE
FURONCLE – ANTHRAX
GALE
GASTRITE CHRONIQUE
GINGIVITE

LISTE DES 278 RÉSULTATS DE CONSULTATION

GLAUCOME
GOITRE
GOÛT (ANOMALIE DU)
GOUTTE
GROSSESSE
HALLUX VALGUS
HÉMATURIE
HÉMORRAGIE SOUS-CONJONCTIVALE
HÉMORROÏDE
HÉPATITE VIRALE
HERNIE – ÉVENTRATION
HERNIE HIATALE
HERPÈS
HTA
HUMEUR DÉPRESSIVE
HYGROMA
HYPERGLYCÉMIE
HYPERSUDATION
HYPERTHYROÏDIE
HYPERURICÉMIE
HYPOTENSION ORTHOSTATIQUE
HYPOTHYROÏDIE
IATROGÈNE – EFFET INDÉSIRABLE D'UNE THÉRAPEUTIQUE
IMPÉTIGO
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
LITHIASE BILIAIRE
LITHIASE 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
NAEVUS
NAUSÉE OU VOMISSEMENT
NERVOSISME
NÉVRALGIE – NÉVRITE
OBÉSITÉ
CÈDÈME DE QUINCKE – URTICAIRE GÉANTE
CÈDÈME LOCALISÉ
CÈDÈME DES MEMBRES INFÉRIEURS
CÈIL (LARMOIEMENT)
CÈIL (TRAUMATISME)
CÈIL (TROUBLE DE LA VISION)
ONGLE (ANOMALIE DE L')
ONGLE (ONYCHOMYCOSE)
ONGLE (TRAUMATISME)
ONGLE INCARNÉ
ORCHI-ÉPIDIDYMITÉ
ORGELET
OSTÉOCHONDROSE
OSTÉOPOROSE
OTALGIE
OTITE EXTERNE
OTITE MOYENNE
PALPITATION – ÉRÉTHISME CARDIAQUE
PANARIS
PARASITOSE DIGESTIVE
PARESTHÉSIE DES MEMBRES
PARKINSONNIEN (SYNDROME)
PHLEGMON DE L'AMYGDALE
PHOBIE
PIED (ANOMALIE STATIQUE)
PIED D'ATHLÈTE
PIQÛRE D'INSECTE
PITYRIASIS ROSÉ DE GIBERT
PITYRIASIS VERSICOLOR
PLAIE
PLAINTÉ ABDOMINALE
PLAINTES POLYMORPHES (TROUBLE SOMATOFORME)
PNEUMOPATHIE AIGUË
POLLAKIURIE
POLYARTHRITE RHUMATOÏDE
POST-PARTUM (COMPLICATION)
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 AIGUË

LISTE DES 278 RÉSULTATS DE CONSULTATION

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

DÉNOMINATIONS HORS LISTE

DHL 01 – Certaines maladies infectieuses et parasitaires
DHL 02 – Tumeurs bénignes
DHL 03 – Maladies du sang, des organes hémato. et certaines maladies du système immunitaire
DHL 04 – Maladies endocriniennes, nutritionnelles 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

Le Dictionnaire des Résultats de Consultation est bien le reflet du « vrai monde » de la Médecine Générale : celui où les symptômes ou signes présentés par nos patients ne sont que rarement caractéristiques d'une maladie ; celui où parfois ils se combinent en un syndrome qui ne sera peut-être significatif que plus tard.

Mais pour permettre de comparer nos observations à celles des autres spécialités, il fallait passer par le standard utilisé dans tous les pays pour classer les maladies et autres problèmes de santé : la Classification Internationale des Maladies.

Il a fallu plus de deux ans de travail à la SFMG, avec l'aide précieuse de l'AUNIS (Association des Utilisateurs de Nomenclatures Nationales et Internationales de Santé) pour réaliser l'encodage des Résultats de Consultation. Chacun d'entre eux correspond ainsi soit à un seul code CIM-10 comme c'était le cas jusqu'à présent, soit, en fonction des critères choisis, à plusieurs codes CIM-10. Un peu moins de 900 rubriques de la CIM-10, qui en compte plus de 30 000, ont été utilisées.

Nous en avons profité pour améliorer certaines définitions ou rendre plus compréhensibles certains argumentaires qui n'avaient pas été modifiés depuis la première édition.

C'est naturellement sous sa forme informatique du DRC que cet encodage sera utilisé au mieux : le praticien ne choisira pas lui-même le Code CIM-10, mais son logiciel le fera pour lui, en « tâche masquée » en fonction des items qu'il aura choisis.

Il va sans dire que les utilisateurs de plus en plus nombreux du DRC sont invités à nous adresser leurs remarques sur les définitions dont l'utilisation en temps réel reste la meilleure validation.



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:sfmfg@sfmg.org) • <http://www.sfmfg.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