

HOOFDSTUK 1

ACHTERGROND VAN DE ICD-10-CM EN ICD-10-PCS CLASSIFICATIE

OVERZICHT

- ICD-10-CM en ICD-10-PCS werden ontwikkeld om ICD-9-CM te vervangen
- De overstap naar ICD-10-CM is noodzakelijk omwille van verschillende redenen, waaronder:
 - o ICD-9-CM werd te beperkt om nieuwe inzichten en technologieën erin onder te brengen.
 - o Eens een categorie in ICD-9-CM vol was, kon men alleen maar bijkomende pathologieën of procedures onder eenzelfde code zetten om plaats te sparen.
 - o Verschillende landen hebben al een overstap gemaakt naar ICD10, zodat het moeilijk wordt om gegevens te vergelijken.
- ICD-10-CM en ICD-10-PCS kunnen de kwaliteit van de zorg, de patiëntveiligheid en de financiering van de zorg positief beïnvloeden.
- Elke applicatie en databank waarin diagnoses en procedures worden geregistreerd, opgeslagen, geanalyseerd of gerapporteerd zullen het nieuwe classificatiesysteem gebruiken.
- ICD-10-CM heeft vele gelijkenissen met ICD-9-CM, voornamelijk wat betreft het formaat en de conventies. De codestructuur werd licht gewijzigd zodat uitbreidingen mogelijk worden om een betere classificatie te krijgen.
- ICD-10-PCS vervangt het derde volume van de ICD-9-CM, maar heeft weinig gelijkenissen met zijn voorganger.

LEERDOELSTELLINGEN

Na het doornemen van dit hoofdstuk bent u in staat om:

- Aan te geven waarom het ICD-10 codeersysteem efficiënter en beter is dan het ICD-9 systeem.
- Aan te geven waarom de omschakeling naar ICD-10-CM en ICD-10-PCS voordelen biedt.
- Het onderscheid tussen ICD-9 en ICD-10 te kennen.

TERMEN ON TE KENNEN

ICD-10-CM

International Classification of Diseases, Tenth Revision, Clinical Modification: omvat de diagnose codes.

ICD-10-PCS

International Classification of Diseases, Tenth Revision, Procedure Coding System: omvat de procedure codes.

TE HERINNEREN...

Codeerders moeten de basisprincipes kennen achter de classificatie zodat zowel de ICD-10-CM als de ICD-10-PCS correct en effectief kunnen gebruikt worden.

INLEIDING

De 'International Classification of Diseases, Tenth Revision, Clinical Modification (ICD-10-CM)' en de 'International Classification of Diseases, Tenth Revision, Procedure Coding System (ICD-10-PCS)' werden ontwikkeld om de ICD-9-CM te vervangen. ICD-10-CM bevat de klinische aanpassingen van ICD-10 van de Wereld Gezondheidsorganisatie. ICD-10-CM

bevat de diagnoses, terwijl ICD-10-PCS de procedures bevat. De klinische aanpassing breidt bepaalde ICD-10 codes uit om een duidelijkere codering mogelijk te maken voor bepaalde aandoeningen. De ICD-10-PCS is een classificatie om ingrepen en procedures te coderen in de Verenigde Staten; het is geen onderdeel van de WGO classificatie.

Een classificatie systeem is een ordening van elementen in groepen volgens bepaalde afspraken en criteria. In ICD-10-CM en ICD-10-PCS zijn deze elementen diagnoses, letsels, operaties en procedures, die gegroepeerd worden in hoofdstukken en secties. Drie-karakter categorieën worden gebruikt in de ICD-10-CM en zeven-karakter codes in de ICD-10-PCS. Deze groepen vormen de algemene basis van de classificatie, die gebruikt wordt voor medische statistische berekeningen. Hiermee worden vragen beantwoord over groepen, gerelateerde aandoeningen en biedt het de mogelijkheid om pathologiegegevens systematisch in te delen, te bewaren en te bevragen. Elke alfanumerieke code stelt een teller voor waarbij de drie-karakter code, de basis is voor de hoofdingdeling. In ICD-10-CM worden verschillende aandoeningen en letselcategorieën verder uitgebreid met een vierde, vijfde of zesde karakter om meer specificiteit te kunnen weergeven, maar toch zijn ze terug te brengen naar hun drie-karakter categorie. Bepaalde codes hebben zelfs een zevende karakter om bijkomende informatie weer te geven over de opname.

ICD-10-CM en ICD-10-PCS zijn gesloten classificatie systemen – zij bezitten één en slechts één plaats om een aandoening of een procedure te klasseren. Ondanks het grote aantal verschillende aandoeningen zal de classificatie zich moeten beperken om bruikbaar te blijven. Daarom zullen bepaalde zeldzame aandoeningen of aandoeningen met een minder belang, in groepen geplaatst worden met het label 'other' of 'not elsewhere classified'. Anderzijds is er een restcategorie om diagnoses te kunnen coderen waarvan men onvoldoende detail heeft. Soms worden deze twee vage groepen onder een gecombineerde code gezet.

Codeerders moeten goed de basisprincipes achter het classificatiesysteem kennen om ICD-10-CM en ICD-10-PCS op een correcte manier te kunnen gebruiken. Deze kennis is ook de basis om de codeeradviezen van de 'AHA Coding Clinic' te begrijpen en toe te passen. Het is dus belangrijk dat de codeerders zich regelmatig bijscholen in zowel de officiële codeerregels voor de ICD-10-CM en ICD-10-PCS, als de adviezen die gegeven worden in de Coding Clinic.

DE ONTWIKKELING VAN ICD-10-CM

ICD-10 werd vrijgegeven door de WGO in 1993. In 1994 adviseerde de NCHS, het federaal agentschap van de 'Centers for Disease Control and Prevention', dat een klinische aanpassing ervan een meerwaarde zou betekenen voor de Verenigde Staten. Er was nood om urgente aandoeningen en nieuwe medische inzichten te incorporeren, alsook de incorporatie van nieuwe concepten en uitbreidingen voor de ambulante zorg en de zorgbeheersing. De WGO gaf de toestemming om ICD-10 uit te breiden voor de Verenigde Staten. Alle wijzigingen aan de ICD-10 moesten echter wel conform de WGO afspraken voor de ICD gemaakt worden. ICD-10 bevat enkel diagnoses. ICD-10-CM werd ontwikkeld onder het toezicht van de NCHS als een vervanging van de volumes 1 en 2 van de ICD-9-CM (de diagnose codes).

De ICD-10-CM is publiek domein. Doch geen enkele code, noch de omschrijving ervan mag gewijzigd worden tenzij door het 'Coordination and Maintenance Process' onder toezicht van NCHS en CMS. ICD-10-CM bevat 21 hoofdstukken waaronder ongeveer 69.000 codes worden geplaatst. De classificatie van de uitwendige oorzaken, vergiftigingen en de classificatie van de factoren die de gezondheidstoestand beïnvloeden zijn in de ICD-10-CM ondergebracht.

DE ONTWIKKELING VAN ICD-10-PCS

In 1992 startte de 'U.S. Health Care Financing Administration (HCFA, nu CMS)' een voorbereidend project om het volume 3 van de ICD-9-CM te vervangen. In 1995 gaf de HCFA een 3-jarig contract aan '3M Health Information Systems (3M HIS)' om een procedure codificatiesysteem te ontwikkelen. Dit werd ICD-10 Procedure Coding System (ICD-10-PCS) genoemd. In het eerste jaar werd een eerste draft door 3M HIS aangemaakt. In het tweede jaar werden externen gevraagd het voorstel na te kijken en werden er informele testen gemaakt. In het derde jaar werden de formele testen en revisies uitgevoerd. ICD-10-PCS werd vervolledigd in 1998 en nadien jaarlijks aangepast door 3M HIS. Het doel van die revisie is up-to-date te blijven met de nieuwste medische technologieën en codeer vereisten.

ICD-10-PCS werd ontwikkeld volgens vier pijlers:

- Volledigheid: alle substantiële verschillende procedures moeten een unieke afzonderlijke code krijgen.
- Uitbreidbaarheid: de ICD-10-PCS structuur moet het mogelijk maken om op eenvoudige wijze nieuwe unieke codes toe te voegen voor nieuwe procedures.
- Multi-axiale structuur: deze multi-axiale structuur moet het mogelijk maken dat elk karakter in een code dezelfde betekenis zou krijgen binnen een zelfde sectie en indien mogelijk over de verschillende secties heen.
- Gestandaardiseerde methodologie: ICD-10-PCS moet unieke definities hanteren voor de verschillende gebruikte termen, waarbij elke term een duidelijke betekenis moet hebben.

Volgende principes werden daarenboven aangehouden bij de ontwikkeling van ICD-10-PCS:

- Er wordt geen diagnostische informatie in de procedurecode gezet.
- Expliciete 'not otherwise specified (NOS)' opties worden niet aangeboden.
- 'Not elsewhere classified (NEC)' opties worden slecht in beperkte mate aangeboden.
- Alle mogelijke procedures werden opgenomen ongeacht de frequentie van voorkomen. Indien een procedure kan uitgevoerd worden, wordt er een code voor voorzien.

De 16 secties in ICD-10-PCS vertegenwoordigen zo'n 72.000 verschillende codes. ICD-10-PCS gebruikt een tabelstructuur zodat er verschillende mogelijke codes zichtbaar worden op één pagina.

MOTIVERING VOOR DE OVERSTAP

ICD-9-CM wordt in de Verenigde Staten sinds 1979 gebruikt. Sinds de eerste publicatie ervan werden er reeds verschillende toevoegingen en aanpassingen gedaan.

Niettegenstaande ICD-9-CM op regelmatige basis aangepast werd, is deze classificatie aan het einde van haar limieten gekomen, onder andere qua nummering. Sommige categorieën hebben vage en onnauwkeurige codes. Deze tekortkomingen creëren problemen bij de collectie van nauwkeurige gegevens over de nieuwste technologieën, de nood aan uitgebreide documentatie bij klachten en het gebrek aan datakwaliteit voor het beleid en de financiering van de zorg.

Over de jaren heen geraakten verschillenden ICD-9-CM categorieën vol en werd het moeilijk om nog bijkomende codes aan te maken. Wanneer een categorie vol was werden verschillende types of gelijkaardige diagnoses en procedures onder eenzelfde code geplaatst, of onder een andere sectie in de classificatie geplaatst. Door dit gebrek aan plaats, werden verschillende procedures op verschillende lichaamsdelen en met het gebruik van verschillende middelen toch onder een zelfde codegroep geplaatst. De structurele

integriteit van de ICD-9-CM procedureclassificatie, werd reeds aangetast door de aanmaak van het hoofdstuk '00' en het hoofdstuk '17', wanneer er geen plaats meer was voor nieuwe codes in het desbetreffende hoofdstuk. Anderzijds, en niet minder belangrijk, weten we dat andere landen reeds een overstap hebben gemaakt naar ICD-10, zodat het moeilijk wordt om pathologiegegevens te vergelijken. Tot op heden gebruiken reeds 138 landen ICD-10 voor de codering van de mortaliteit en 99 landen om de morbiditeit te registreren. Elk land heeft daarbij zijn eigen procedure codeersysteem ontwikkeld.

MOMENT VAN OVERSCHAKELING

De Verenigde Staten stappen over voor alle ontslagen patiënten vanaf 1 oktober 2015. De datum van ontslag uit de instelling is dus bepalend voor het gebruik van ICD-10-CM en ICD-10-PCS. Vóór die datum codeert men nog met ICD-9-CM en mogen er geen ICD-10-CM of ICD-10-PCS codes gebruikt worden.

Verschillende databanken en applicaties zullen dus moeten aangepast worden – elke applicatie of gegevensbank waarin diagnoses en procedures geregistreerd, bewaard, verwerkt, geanalyseerd of gerapporteerd worden. Een succesvolle overstap kan alleen maar gebeuren wanneer dit zorgvuldig gepland en gecoördineerd wordt. Elke professionele codeerder moet bedreven worden in dit nieuwe classificatie systeem. De overstap is een welgekomen verbetering in zowel het coderen als het verwerken van medische gegevens.

In België wordt de overstap gepland voor alle ontslagen verblijven vanaf 1 januari 2015.

OEFENINGEN 1.1

Zonder gebruik te maken van het handboek, noch van de ICD-10-CM of de ICD-10-PCS, markeer de volgende beweringen als 'juist' of 'fout'.

1. ICD-10-CM bevat de diagnose en de procedure codes F
2. Het gebruik van de ICD-10-CM en ICD-10-PCS in de Verenigde Staten is 1 oktober 2015 J
3. In de ICD-10-CM worden drie-karakter categorieën gebruikt en zeven-karakter codes in de ICD-10-PCS J
4. Zowel de ICD-10-CM als de ICD-10-PCS werden door de WGO ontwikkeld. F
5. ICD-10-CM en ICD-10-PCS werden ontwikkeld omdat de ICD-9-CM verouderd is en er problemen ontstonden door de beperkte nummering. J

VERGELIJKING TUSSEN ICD-9-CM EN ICD-10-CM

ICD-10-CM heeft vele gelijkenissen met ICD-9-CM voornamelijk wat de indeling en de conventies betreft. De codestructuur is licht gewijzigd zodat uitbreidingen en verbeteringen mogelijk worden.

Codestructuur

Tabel 1.1 toont de verschillen tussen de codestructuur van het ICD-9-CM en het ICD-10-CM systeem.

Figuur 1.1 toont het verschil tussen de verschillende codestructuur in ICD-9-CM en ICD-10-CM voor eenzelfde diagnose: de gesloten cervicale fractuur.

Formaat

Zowel de ICD-9-CM als de ICD-10-CM hebben een alfabetische als een systematische index. De alfabetische index heeft twee onderdelen: deze voor de aandoeningen en letsels en deze voor de uitwendige oorzaken. Er is ook een tabel voor de neoplasmata en de medicamenten en chemicaliën. ICD-10-CM heeft echter geen hypertensietabel meer. In ICD-

10-CM heeft men ook nog het verbindingssteken ‘-’ dat niet gekend was in ICD-9-CM, om aan te geven dat een code onvolledig is en nog bijkomende karakters vereist zijn op het einde van de voorgestelde code.

Tabel 1.1: belangrijke verschillen tussen ICD-9-CM en ICD-10-CM

| Kenmerk | ICD-9-CM | ICD-10-CM |
|----------------------------------|---|--|
| Minimum aantal cijfers/karakters | 3 | 3 |
| Maximum aantal cijfers/karakters | 5 | 7 |
| Aantal hoofdstukken | 17 | 21 |
| Bijkomende classificatie | V codes en E codes | Geen, alles zit reeds in de classificatie |
| Lateraliteit (rechts en links) | Niet | Wel |
| Alfanumerisch versus numerisch | Numerisch, uitgezonderd de V codes en E codes | Alfanumerisch, waarbij elke code begint met een letter en sommige codes een letter als zevende karakter hebben |
| Exclusie opmerkingen | Ja | Twee soorten ‘Exclude 1’ en ‘Exclude 2’ |
| Plaatshoudende karakters (dummy) | Neen | Ja: “x” |

Figuur 1.0 ICD-9-CM codestructuur versus deze van ICD-10-CM

Conventies

ICD-10-CM heeft verschillende afspraken (conventies) die de codeerder reeds kent vanuit de ICD-9-CM, zoals instructies (notes), afkortingen, kruisverwijzingen (see), interpuncties, en relaties (zoals “en”). De belangrijkste wijziging zit in de exclusies van de ICD-10-CM. ICD-9-CM kent slechts één type exclusie, terwijl ICD-10-CM er twee kent – elk met een verschillende toepassing. Beide exclusies zijn onafhankelijk van elkaar. De ICD-10-CM conventies worden in het hoofdstuk 3 van dit handboek behandeld.

Verbeteringen en belangrijke wijzigingen

ICD-10-CM heeft de volgende verbeteringen en belangrijke wijzigingen t.o.v. ICD-9-CM

- Significante verbetering om de eerste contacten, de uitwendige oorzaken van letsels, de mentale aandoeningen, de neoplasmata, en de preventieve zorg te coderen.
- De nieuwste medische inzichten werden ingebouwd.
- Er zijn codes voor de socio-economische toestand, de familiale relaties, de ambulante problemen, problemen gerelateerd aan de levensstijl, en voor resultaten van screeningstesten.
- Er is meer ruimte voor latere uitbreidingen (alfanumerische structuur)
- Nieuwe categorieën voor aandoeningen na een procedure.
- De notie van de lateraliteit – specificering van het orgaan of het lichaamsdeel dat aangetast is wanneer de plaats links, rechts, of bilateraal kan zijn.
- Uitbreiding om het onderscheid te maken tussen ambulante en andere zorg.
- Uitbreiding van de diabetes- en letselcodes.
- Het samenvoegen van diagnose-/symptoomcodes zodat het aantal te coderen codes vermindert.
- Grotere specificiteit binnen de codes.
- Inclusie van het trimester voor de zwangerschapscodes.

VERGELIJKING TUSSEN ICD-9-CM EN ICD-10-PCS

ICD-10-PCS is de vervanger van het volume 3 bij de ICD-9-CM, maar heeft er weinig gelijkenis mee. Tabel 1.2 toont de belangrijkste verschillen tussen ICD-9-CM en de ICD-10-PCS structuur en conventies.

Figuur 1.2 toont het verschil in codestructuur tussen ICD-9-CM en ICD-10-PCS voor een zelfde procedure: de laparoscopische cholecystectomie.

Formaat

ICD-9-CM volume 3 (procedures) heeft een alfabetische en systematische index. Deze hebben ongeveer dezelfde structuur als deze voor de diagnoses van de ICD-9-CM. ICD-10-PCS heeft drie indelingen: een alfabetische index, tabellen en een lijst met codes. De hoofdtermen voor een procedure kan men terugvinden in de alfabetische index, in alfabetische volgorde. In tegenstelling tot ICD-9-CM leidt deze ICD-10-PCS index zelden tot de volledige code, maar zal de gebruiker verwezen worden naar de correcte tabel door de eerste drie karakters te geven van de code (de 'index'). De ICD-10-PCS tabellen zijn roosters ('matrixen') die mogelijke combinaties bevatten van karakters die moeten gebruikt worden om de code samen te stellen.

Tabel 1.2 Belangrijke verschillen tussen ICD-9-CM en ICD-10-PCS

| Kenmerk | ICD-9-CM | ICD-10_PCS |
|--|-----------|--|
| Minimum aantal cijfers/karakters | 3 | 7 |
| Maximum aantal cijfers/karakters | 4 | 7 |
| Decimaal punt | Ja | Nee |
| Alfanumerisch of numerisch | Numerisch | Alfanumerisch |
| Inclusies | Ja | Nee |
| Exclusies | Ja | Nee |
| Ingebouwde betekenis voor de gebruikte karakters | Nee | Ja, multi-axiale structuur waarbij elk karakter dezelfde betekenis heeft binnen een zelfde sectie en zelfs zoveel mogelijk over de verschillende secties heen. |

Figuur 1.2 ICD-9-CM versus ICD-10-PCS codestructuur

Verbeteringen belangrijke wijzigingen

ICD-10-PCS bevat de volgende verbeteringen en belangrijke wijzigingen t.o.v. ICD-9-CM:

- Bevat de huidige medische terminologie en materialen die gebruikt worden.
- Is flexibel om codes toe te voegen.
- Is zeer specifiek.
- Kent de lateraliteit.
- Heeft een gedetailleerde omschrijving voor lichaamsdelen.
- Heeft een gedetailleerde omschrijving voor de toegangswegen.
- Definieert procedures in detail volgens het lichaamsdeel, de toegangsweg, het gebruikte materiaal en de bijkomende informatie.
- Geeft elke code een unieke definitie.
- Heeft de mogelijkheid om codes te aggregeren voor de verschillende onderdelen van de procedure.
- Nieuwe procedures en technologieën kunnen eenvoudig toegevoegd worden.
- Maakt dat de code-uitbreidingen niet de codestructuur in het gedrang brengen.

- Maakt slechts uitzonderlijk gebruik van NOS en NEC categorieën.
- Heeft een terminologie die duidelijk gedefinieerd is voor en toegepast wordt voor alle codes.
- Heeft geen diagnostische informatie meer in de procedurecode.

HOOFDSTUK 2

INLEIDING TOT DE ICD-10-CM CLASSIFICATIE

OVERZICHT

- ICD-10-CM is een classificatie systeem voor medische diagnoses.
- Volume 1 is de systematische lijst van diagnoses en letsels
 - o Er zijn drie, vier, vijf, zes en zeven karakter codes.
 - o De codes staan in numerieke volgorde.
- Volume 2 is de alfabetische index voor de diagnoses en letsels. Er zit een patroon in de insprongen binnen dit volume:
 - o Hoofdtermen staan volledig links.
 - o Subtermen springen rechts in. Hoe nauwkeuriger de term hoe verder deze inspringt.
 - o 'Carryover (andere lijn)' van een lijn, springen twee plaatsen verder in dan de vorige lijn.
 - o Er zijn ook strikte regels voor de volgorde.

LEERDOELSTELLINGEN

Na het doornemen van dit hoofdstuk bent u in staat om:

- De basisprincipes van het medisch classificatiesysteem ICD-10-CM uit te leggen.
- Het gebruik van het derde, vierde, vijfde, zesde en zevende karakter in de praktijk toe te passen.
- De alfabet regels en de insprongen in de alfabetische index uit te leggen.

TERMEN OM TE KENNEN

ICD-10-CM

International Classification of Diseases, Tenth Revision, Clinical Modification: een medisch classificatiesysteem dat gebruikt wordt voor de verzameling van informatie over ziekten en letsels.

INLEIDING

ICD-10-CM heeft vele gelijkenissen met ICD-9-CM, vooral qua formaat als conventies. De codestructuur is licht gewijzigd, om uitbreidingen en verbeteringen mogelijk te maken.

HET FORMAAT

ICD-10-CM heeft een systematische en een alfabetische index. De systematische lijst is de alfanumerische lijst van alle codes, ingedeeld volgens hoofdstukken, gebaseerd op de lichaamsstelsels of de aandoeningen. De alfabetische index is de lijst van alle termen met de corresponderende code.

SYSTEMATISCHE LIJST VAN AANDOENINGEN EN LETSELS

De hoofdindeling van de classificatie voor aandoeningen en letsels in de systematische index, bestaat uit 21 hoofdstukken (zie figuur 2.1). De helft van de hoofdstukken delen de aandoeningen in volgens lichaamsstelsel; de rest van de aandoeningen worden geklasseerd volgens etiologie. Zo bevat hoofdstuk 2, bijvoorbeeld, de nieuwvormingen van alle lichaamsstelsels, terwijl hoofdstuk 10 enkel de aandoeningen van het ademhalingsstelsel bevat.

Z codes vertegenwoordigen de factoren die de gezondheidstoestand beïnvloeden en de contacten met de gezondheidsdiensten die als diagnose kunnen gecodeerd worden. V, W, X en Y codes worden gebruikt om uitwendige oorzaken weer te geven die verantwoordelijk zijn voor letsels en andere aandoeningen. V, W, X, Y en Z codes worden kort in hoofdstuk 12 behandeld, maar meer in detail in de hoofdstukken waarop zij betrekking hebben.

De verschillen in de benamingen van de hoofdstukken in ICD-10-CM, tonen duidelijk de compromissen die moesten gemaakt worden, bij de ontwikkeling van een statistisch classificatie systeem dat deels op etiologie, deels op anatomische plaats en deels op omstandigheden van ontstaan gebaseerd is. Het resultaat is een classificatiesysteem volgens verschillende assen. Een classificatie volgens één as zou enkel en alleen uitgaan van ofwel de etiologie van de aandoening, de anatomische plaats van de ziekte of de natuur van het ziekteproces.

De codes in de systematische index staan in numerieke volgorde. De verwijzingen tussen de alfabetische en de systematische index gebeurt volgens codenummer en niet volgens pagina nummer. De codes en hun omschrijvingen worden in het vet weergegeven. Codeerinstructies die van toepassing zijn voor een sectie, een categorie, of subcategorie staan ook in de systematische index.

Codestructuur

Alle ICD-10-CM codes zijn alfanumeriek en beginnen met een letter. De basis van elke code zijn drie karakters. Een decimaal punt scheidt deze drie basiskarakters voor een categorie, van de subcategorie of verdere subclassificaties (bijv. L98.491). De meeste codes bevatten een maximum van zes karakters, enkele categorieën hebben daarenboven nog een zevende karakter uitbreiding.

Elk hoofdstuk heeft volgende onderverdelingen:

- Secties (groepen van drie karakter categorieën), bijv. 'Infections of the skin and subcutaneous tissue (L00-L08) (infecties van de huid en het onderhuids weefsel)'
- Categorieën (drie karakter codes), bijv., 'L02, Cutaneous abscess, furuncle and carbuncle (Abscessen, furonkels en karbonkels van de huid)'
- Subcategorieën (vier karakter codes), bijv., 'L02.0, Cutaneous abscess, furuncle and carbuncle of trunk (Abscessen, furonkels en karbonkels van de huid van de romp)'
- Vijfde, zesde of zevende karakter onderverdelingen (vijf, zes of zeven karakter code), bijv., 'L02.211, Cutaneous abscess of abdominal wall (abscessen van de huid van de buikwand)'

Figuur 2.1: Inhoudstafel van ICD-10-CM

| |
|--|
| Voorwoord |
| Inleiding |
| ICD-10-CM conventies |
| ICD-10-CM Officiële regels voor de registratie |
| ICD-10-CM Alfabetische index van aandoeningen en letsels |
| ICD-10-CM Tabel voor de nieuwvormingen |
| Tabel van 'drugs' en chemicaliën |
| ICD-10-CM Systematische lijst van uitwendige oorzaken |
| ICD-10-CM Systematische lijst van aandoeningen en letsels |
| Hoofdstuk 1 - 'Certain infectious and parasitic diseases (A00-B99)' – Bepaalde infectieuze en parasitaire aandoeningen. |
| Hoofdstuk 2 - 'Neoplasms (C00-D49)' – Nieuwvormingen. |
| Hoofdstuk 3 - 'Diseases of the blood and blood-forming organs and certain disorders involving the immune mechanism (D50-D89)' – Aandoeningen van het |

| | |
|----------------|---|
| | bloed en bloedvormende organen en bepaalde aandoeningen van het immuun stelsel. |
| Hoofdstuk 4 - | 'Endocrine, nutritional and metabolic diseases (E00-E89)' – Endocriene, nutritionele en metabole aandoeningen. |
| Hoofdstuk 5 - | 'Mental and behavioral disorders (F01-F99)' – Mentale en gedragsstoornissen. |
| Hoofdstuk 6 - | 'Diseases of the nervous system (G00-G99)' – Aandoeningen van het zenuwstelsel. |
| Hoofdstuk 7 - | 'Diseases of the eye and adnexa (H00-H59)' – Aandoeningen van het oog en de adnexe. |
| Hoofdstuk 8 - | 'Diseases of the ear and mastoid process (H60-H95)' – Aandoeningen van het oor en het mastoïd. |
| Hoofdstuk 9 - | 'Diseases of the circulatory system (I00-I99)' – Aandoeningen van het bloedsomloopstelsel. |
| Hoofdstuk 10 - | 'Diseases of the respiratory system (J00-J99)' – Aandoeningen van het ademhalingsstelsel. |
| Hoofdstuk 11 - | 'Diseases of the digestive system (K00-K94)' – Aandoeningen van het spijsverteringsstelsel. |
| Hoofdstuk 12 - | 'Diseases of the skin and subcutaneous tissue (L00-L99)' – Aandoeningen van de huid en het onderhuids weefsel. |
| Hoofdstuk 13 - | 'Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue (M00-M99)' – Aandoeningen van het musculoskeletaal stelsel en het bindweefsel. |
| Hoofdstuk 14 - | 'Diseases of the genitourinary system (N00-N99)' – Aandoeningen van het genito-urinair stelsel. |
| Hoofdstuk 15 - | 'Pregnancy, childbirth and the puerperium (O00-O99)' – Zwangerschap, bevalling en puerperium. |
| Hoofdstuk 16 - | 'Certain conditions originating in the perinatal period (P00-P96)' – Bepaalde aandoeningen die hun oorsprong nemen in de perinatale periode. |
| Hoofdstuk 17 - | 'Congenital malformations, deformations and chromosomal abnormalities (Q00-Q99)' – Congenitale afwijkingen, misvormingen en chromosomale abnormaliteiten. |
| Hoofdstuk 18 - | 'Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified (R00-R99)' – Symptomen, tekenen en afwijkende klinische en laboratorium bevindingen, nergens anders geklasseerd. |
| Hoofdstuk 19 - | 'Injury, poisoning and certain other consequences of external causes (S00-T88)' – Ongevallen, vergiftigingen en bepaalde gevolgen van uitwendige oorzaken. |
| Hoofdstuk 20 - | 'External causes of morbidity (V00-Y99)' – Uitwendige oorzaken van ziekten. |
| Hoofdstuk 21 - | 'Factors influencing health status and contact with health services (Z00-Z99)' – Factoren die de gezondheidstoestand beïnvloeden en contacten met gezondheidsdiensten. |

De systematische lijst van ICD-10-CM bevat categorieën, subcategorieën en codes. De basiscode om een aandoening of een letsel te coderen is een drie karakter code en wordt een categorie genoemd (bijv. K29, Gastritis and duodenitis). Karakters voor categorieën, subcategorieën en codes kunnen zowel een letter als een cijfer zijn. Alle categorieën hebben allemaal drie karakters. Een drie karakter categorie code, zonder verdere onderverdeling, is gelijk aan de code. Subcategorieën kunnen vier of vijf karakters hebben. De codes kunnen bestaan uit drie, vier, vijf, zes of zeven karakters. Elk niveau na een categorie wordt een subcategorie genoemd. Het uiteindelijke laatste niveau is de code zelf.

Codes die een zevende karakter hebben worden ook nog codes genoemd, al vormen zij geen subcategorie meer. Een code dat een zevende karakter behoeft is ongeldig wanneer dat zevende karakter niet gebruikt wordt.

Voorbeelden:

| | |
|---|----------------|
| K29 Gastritis and duodenitis | (categorie) |
| K29.0 Acute gastritis | (subcategorie) |
| K29.00 Acute gastritis without bleeding | (code) |
| R10 Abdominal and pelvic pain | (categorie) |
| R10.8 Other abdominal pain | (subcategorie) |
| R10.81 Abdominal tenderness | (subcategorie) |
| R10.811 Right upper quadrant abdominal tenderness | (code) |

Plaatshoudend karakter

ICD-10-CM gebruikt soms het karakter 'x' op de vijfde plaats, om plaats te houden voor verdere uitbreiding. Voorbeelden hiervan zien we bij de vergiftigingen en nadelige effecten codes (T36-T50), alsook bij de toxische nevenwerking codes (T51-T65). Voor deze codes zal het zesde karakter de bedoeling weergeven: accidenteel, opzettelijk, zelfverwonding, een aanval, onbepaald, nevenwerking (adverse effect) of onderdosering. Daar waar een plaatshoudend karakter moet gebruikt worden, zal men de "x" gebruiken anders zal de code als niet correct aanzien worden.

Voorbeelden waarbij het zesde karakter '1' accidenteel betekent en '2' opzettelijk zelf aangedaan:

T37.5x1 Poisoning by antiviral drugs, accidental (unintentional)
T37.5x2 Poisoning by antiviral drugs, intentional self-harm
T52.0x1 Toxic effect of petroleum products, accidental (unintentional)
T52.0x2 Toxic effect of petroleum products, intentional self-harm

Bepaalde categorieën hebben een bijkomend zevende karakter. Deze uitbreiding tot zeven karakters is van toepassing voor alle codes binnen deze categorie zoals de opmerking in de systematische index aangeeft. Het zevende karakter moet altijd als zevende karakter gebruikt worden in deze codes. Als er geen zes voorgaande karakters zijn, dan zal men het plaatshoudende karakter 'x' gebruiken om de lege plaatsen op te vullen, zodat het zevende karakter op de juiste plaats kan gebruikt worden. Zeven karakter codes komen voor in hoofdstuk 19 van ICD-10-CM, Injury, Poisoning and Certain Other Consequences of External Causes (S00-T88).

Een voorbeeld van het gebruik van de plaatshouder 'x' en het zevende karakter ziet u hieronder:

T16 Foreign body in ear

Includes: foreign body in auditory canal

The appropriate 7th character is to be added to each code from category T16

A - initial encounter
D - subsequent encounter
S - sequela

T16.1 Foreign body in right ear

T16.2 Foreign body in left ear

T16.9 Foreign body in ear, unspecified ear

Een kind komt op de spoedopname met een erwt in het rechter oor. De moeder bracht het kind naar de spoedopname omdat ze zelf de erwt thuis niet kon verwijderen. Dit contact wordt gecodeerd met de code T16.1xxA. De systematische index toont aan dat T16.1 de beste omschrijving geeft voor deze aandoening. Categorie T16 vereist echter een zevende karakter. Vermits de categorie code slechts vier karakters telt (T16.1), zal men tweemaal de plaatshouder 'x' gebruiken om uiteindelijk het zevende karakter A te kunnen plaatsen, omdat het gaat over een eerste contact.

DE ALFABETISCHE INDEX

De alfabetische index bevat de alfabetische lijst van diagnoses en letsels, de alfabetische lijst van uitwendige oorzaken en ongevallen, de tabel voor nieuwvormingen en de tabel van de 'drugs' en chemicaliën.

De alfabetische index heeft hoofdtermen, subtermen en meer specifieke subtermen. Een inspringende voorstelling wordt gebruikt voor overzichtelijke opzoekingen.

Hoofdtermen identificeren aandoeningen en letsels. Subtermen identificeren plaats, type, of etiologie van de aandoening of het letsel. Zo zal acute appendicitis gevonden worden onder '**Appendicitis**, acute' en een stress fractuur onder '**Fracture, traumatic**, stress'. Soms zal de codeerder onder een synoniem of andere term moeten zoeken om de juiste toegangspoort te vinden. Er zijn nochtans uitzonderingen op deze algemene regel, zoals;

- Congenitale afwijkingen worden dikwijls onder de hoofdterm '**Anomaly**' geplaatst i.p.v. onder de aandoening zelf.
- Aandoeningen tijdens de zwangerschap, de bevalling en het puerperium worden teruggevonden onder de termen '**Delivery, Pregnancy** en **Puerperial**'. Zij kunnen ook onder de hoofdterm van de aandoening staan die de complicatie veroorzaakt, maar dan onder een subterm 'complicating pregnancy' (een voorbeeld hiervan vindt men onder de hoofdterm '**Hypertension**' in de alfabetische index).
- De meeste complicaties van medische of chirurgische zorgen worden teruggevonden onder de hoofdterm '**Complications**' en niet zozeer onder de aandoening zelf.
- Late gevolgen van een vroegere aandoening vindt men terug onder de term '**Sequelae**'.

Een goede kennis van het formaat van de alfabetische index is een eerste vereiste om accuraat te coderen. Het begrip van de insprongen is een belangrijk onderdeel van het leerproces bij het gebruik van de alfabetische index. Sommige leveranciers verdelen uitgeprinte versies, I, andere elektronische, maar het formaat is niet altijd consistent tussen de verschillende versies. De ontwerp versie (draft version) van de index gebruikt voor elke insprong een liggend streepje '-' (hyphen). Over het algemeen zal volgend patroon aangehouden worden:

- De hoofdterm staat links uitgelijnd, wordt in het vet afgedrukt en begint met een hoofdletter.
- Subtermen springen één tabulatorsprong, naar rechts onder de hoofdterm in (hetgeen overeen komt met twee karakterplaatsen). Zij zijn niet in het vet en beginnen niet met een hoofdletter.
- Meer specifieke subtermen springen steeds verder in naar rechts, met telkens een standaard tabulatorsprong (twee spaties) verder dan de vorige subterm.
- Een verbindingsteken (-) op het einde van de index betekent dat er bijkomende karakters nodig zijn.

'Carryover' lijnen zullen twee standaard tabulatorsprongen (vier spaties) inspringen onder de vorige lijn. 'Carryover' lijnen worden enkele gebruikt wanneer de volledige tekst niet op één lijn kan staan. Zij springen dus verder in om het verschil aan te tonen met de subtermen. De afgedrukte versies bevatten twee of meer kolommen op een enkele pagina.

De subtermen onder de hoofdterm '**Metrorrhagia**' zien er als volgt uit:

| | |
|---|-------------------------------|
| Metrorrhagia N92.1 | [hoofdterm] |
| climacteric N92.4 | [subterm] |
| menopausal N92.4 | [subterm] |
| postpartum NEC (atonic) (following delivery of placenta) O72.1 | [subterm] [carryover lijn] |
| delayed or secondary O72.2 | [meer specifieke subterm] |
| preclimacteric or premenopausal N92.4 | [subterm] |
| psychogenic F45.8 | [subterm] |

Alle subtermen (climacteric, menopausal, postpartum, preclimacteric, and psychogenic) springen elk een standaard tabulator in naar rechts onder de hoofdterm en staan alfabetisch gerangschikt. De vijfde lijn is een 'carryover' lijn en springt twee standaard tabulators in. De zesde regel is een meer specifieke subterm ('delayed or secondary' onder de subterm 'postpartum').

OEFENINGEN 2.1

Een reproductie van een pagina uit de alfabetische index wordt hieronder getoond. Label de genummerde lijnen als 'hoofdterm', 'subterm', of 'carryover' lijn. Elk streepje (hyphen) duidt op een insprong.

| | |
|--|-----------|
| 1. Railroad neurosis F48.8 | Hoofdterm |
| 2. Railway spine F48.8 | Hoofdterm |
| 3. Raised – see also Elevated --antibody titer R76.0 | Carryover |
| 4. Rake teeth , tooth M26.39 Rales R09.89 Ramifying renal pelvis Q63.8 | Hoofdterm |
| 5. Ramsay-Hunt disease or syndrome – see also –Hunt's disease B02.21 | Carryover |
| 6. -meaning dyssynergia cerebellaris myoclonica G11.1 Ranula K11.6 -congenital Q38.4 | Subterm |
| 7. Rape | Hoofdterm |
| 8. -adult --confirmed T74.21 --suspected T76.21 -alleged, observation or examination ruled --out | Subterm |
| 9. --adult Z04.41 --child Z04.42 | Subterm |
| 10. -child --confirmed T74.22 --suspected T76.22 | Subterm |

Alfabetregels

Om de hoofdtermen en subtermen snel en efficiënt terug te vinden is het belangrijk om de alfabetregels van de alfabetische index te kennen. Men gebruikt de letter-tot-letter alfabetregel. Hierbij worden volgende zaken genegeerd:

- Enkelvoudige spaties tussen woorden.
- Enkelvoudige streepjes tussen woorden.
- De laatste 's' van bezittelijke eigennamen.

De volgende voorbeelden geven een overzicht van letter-tot-letter alfabet:

| | |
|--|--|
| Beckwith-Wiedemann syndrome Q87.3 | [hier wordt het streepje genegeerd] |
| Beer drinker's heart (disease) I42.6 | [hier worden de spaties tussen de woorden genegeerd] |
| Blood-forming organs, disease D75.9 | [hier wordt het streepje genegeerd] |
| Bloodgood's disease – see Mastopathy, cystic | [hier negeert men de bezittelijke vorm] |

Numerieke toegangspoorten

Subtermen die een cijfer of een getal weergeven of woorden die een cijfer of een getal omschrijven, komen voor onder de hoofd- of subtermen. Zij staan dan ook in alfabetische volgorde volgens hun schrijfwijze. Zo zal 'Paralysis, nerve, fourth' voor 'Paralysis, nerve, third' komen.

Romeinse cijfers (zoals 'II') en Arabische cijfers (zoals '2') zullen echter volgens hun numerieke orde worden geklasseerd. In het voorbeeld hieronder vertegenwoordigt elk streepje een standaard insprong:

Deficiency, deficient

...

- factor —see also Deficiency, coagulation
- - I (congenital) (hereditary) D68.2
- - II (congenital) (hereditary) D68.2
- - IX (congenital) (functional) (hereditary) (with functional defect) D67
- - multiple (congenital) D68.8
- - - acquired D68.4
- - V (congenital) (hereditary) D68.2
- - VII (congenital) (hereditary) D68.2
- - VIII (congenital) (functional) (hereditary) (with functional defect) D66
- - - with vascular defect D68.0
- - X (congenital) (hereditary) D68.2
- - XI (congenital) (hereditary) D68.1
- - XII (congenital) (hereditary) D68.2
- - XIII (congenital) (hereditary) D68.2

Verbindingswoorden

Woorden zoals 'with', 'in', 'due to', en 'associated with' worden gebruikt om de relatie tussen hoofdterm en subterm weer te geven, of de associatie tussen aandoening en etiologie.

Subtermen die voorafgegaan worden door 'with' of 'without' staan niet in alfabetische volgorde maar komen direct onder de hoofdterm of de betreffende subterm voor; subtermen die met een ander verbindingswoord beginnen staan dan weer wel in alfabetische volgorde. Codeerders die dat niet indachtig zijn zullen codeerfouten maken, omdat ze niet onder de correcte subterm kijken. Als voorbeeld geven we de subtermen onder de hoofdterm 'Bronchitis'. Merk op dat elk streepje een standaard tabulatorsprong vertegenwoordigt en dus een insprong is:

- Bronchitis (diffuse) (fibrinous) (hypostatic) (infective) (membranous) (with tracheitis) J40
- 1 - with
 - 1 - - influenza, flu or grippe —see Influenza, with, respiratory manifestations NEC
 - 2 - - obstruction (airway) (lung) J44.9
 - 2 - - tracheitis (15 years of age and above) J40
 - 3 - - - acute or subacute J20.9
 - 3 - - - chronic J42
 - 3 - - - under 15 years of age J20.9
 - 4 - acute or subacute (with bronchospasm or obstruction) J20.9

- - with
- 5 - - - bronchiectasis J47.1
- - - chronic obstructive pulmonary disease J44.0
- 6 - - chemical (due to gases, fumes or vapors) J68.0
- - due to
- - - fumes or vapors J68.0
- - - Haemophilus influenzae J20.1
- - - Mycoplasma pneumoniae J20.0
- - - radiation J70.0
- - - specified organism NEC J20.8
- 7 - - - Streptococcus J20.2
- - - virus
- - - - coxsackie J20.3
- - - - echovirus J20.7
- - - - parainfluenzae J20.4
- - - - respiratory syncytial J20.5
- - - - rhinovirus J20.6
- - viral NEC J20.8
- 8 - allergic (acute) J45.909
- - with
- 9 - - - exacerbation (acute) J45.901
- - - status asthmaticus J45.902
- 10 - arachidic T17.528

Kijk naar de secties 1, 4, 8 en 10 in het voorbeeld hierboven. We zien dat de subtermen die voorafgegaan worden door het verbindingswoord 'with' direct onder de hoofdterm '**Bronchitis**' staan, en dus voor de subtermen die beginnen met een eerste letter 'a' (secties 4, 8 en 10).

Kijk naar de secties 5, 6 en 7 in het voorbeeld hierboven. Merk op dat de meer specifieke subtermen die voorafgegaan worden door het verbindingswoord 'with' onmiddellijk onder de subterm 'acute or subacute' staan. Hier zien we dat de subtermen die voorafgegaan worden door 'with' voor de subtermen staan die beginnen met de letters 'c' en 'd' (secties 6 en 7).

Noteer ook dat de subtermen die onder het verbindingswoord 'with' staan ook in alfabetische volgorde staan. U ziet in de secties 1, 2 en 3 deze alfabetische volgorde.

Alfabetische tabellen

Onder de hoofdterm '**Neoplasm**' wordt een tabelstructuur weergegeven, om de subtermen erin onder te brengen. Een dergelijke tabel vergemakkelijkt het overzicht, voor de soms complexe combinaties tussen de subtermen. Het gebruik van deze tabel wordt besproken in het hoofdstuk van de nieuwvormingen. Ook de tabel voor de 'drugs' en chemicaliën zal in het respectievelijke hoofdstuk besproken worden.

Het formaat en de alfabetiseringsregels die gebruikt worden in deze tabellen zijn dezelfde, als deze die in de rest van de alfabetische index gebruikt worden. Niettegenstaande die tabellen later besproken worden, is het nuttig dat de gebruiker nu al familiair wordt met de plaats en het formaat ervan.

HOOFDSTUK 3

ICD-10-CM CONVENTIES

OVERZICHT

- ICD-10-CM bevat verschillende soorten opmerkingen (notes)
 - o *Algemene opmerkingen* die informatie geven over het gebruik van een bepaalde sectie.
 - o *Inclusie* en *exclusie* opmerkingen die aangeven wanneer bepaalde aandoeningen al dan niet vervat zitten in de onderverdeling.
 - o Bijkomende instructies die de codeerder leiden om de aandoening zo volledig mogelijk te registreren.
- Twee belangrijke afkortingen die gebruikt worden in de ICD-10-CM zijn NEC en NOS.
- Verwijzende opmerkingen (kruisverwijzingen) die de codeerders adviseren om elders te kijken vooraleer een code toegekend wordt.
- Leestekens en verbindingstermen hebben een specifieke betekenis in ICD-10-CM.

LEERDOELSTELLINGEN

Na het doornemen van dit hoofdstuk bent u in staat om:

- De verschillende types instructies uit te leggen.
- Het belang te kennen van de bijkomende instructies bij het codeerproces.
- Het verschil te maken tussen NEC en NOS.
- Het gebruik van kruisverwijzingen uit te voeren voor het navigeren binnen de ICD-10-CM.
- Het verschil te kennen tussen de verschillende leestekens en relationele termen in de ICD-10-CM.

TERMEN OM TE KENNEN

NEC

Not elsewhere classified; dat gebruikt wordt in de alfabetische index om aan te geven dat er geen afzonderlijke code bestaat voor de aandoening niettegenstaande de gestelde diagnose specifiek is.

NOS

Not otherwise specified; dat equivalent is aan de term "niet gespecificeerd".

TE HERINNEREN ...

De afspraken zijn niet alleen een hulpmiddel; zij zijn noodzakelijk om correct te coderen.

INLEIDING

ICD-10-CM volgt enkele afspraken om de grote hoeveelheden aan informatie beknopt en consistent weer te geven. Een grondige kennis van die overeenkomsten is noodzakelijk om correct te coderen. Deze afspraken en instructies binnen deze classificatie zijn toepasbaar voor alle gezondheidsinstellingen, tenzij anders geformuleerd.

ICD-10-CM afspraken gaan over:

- Instructieve opmerkingen.
- Afkortingen.
- Verwijzende opmerkingen.
- Leestekens.
- Verbindingstermen (and, with, without, due to).

INSTRUCTIES

Een grote waaier aan instructies worden aan de codeerder aangeboden. Het gaat over algemene opmerkingen, inclusies en exclusies, 'code first' instructies, 'use additional code' opmerkingen en 'code also' opmerkingen.

Algemene opmerkingen

Algemene opmerkingen in de systematische index, voor de aandoeningen en letsels, bevatten algemene informatie over het gebruik van een specifieke sectie, zoals de opmerking onder hoofdstuk 15 van de ICD-10-CM, Zwangerschap, bevalling en puerperium, waarin men duidelijk zegt dat deze codes enkel kunnen gebruikt worden voor de registratie bij de moeder en niet bij het kind.

Inclusies en exclusies

De codes in een classificatiesysteem moeten elkaar uitsluiten zodat er geen overlapping is over de inhoud. In ICD-10-CM is het daarom soms noodzakelijk om aan te geven wanneer bepaalde aandoeningen wel en niet behoren tot de betreffende onderverdeling. Dit wordt gedaan door middel van inclusie en exclusie opmerkingen.

De plaats waar die inclusies en exclusies staan is uiterst belangrijk. Wanneer die opmerking in het begin van een hoofdstuk of een sectie staat in ICD-10-CM, dan is deze opmerking van toepassing voor alle codes in dat hoofdstuk of die sectie en wordt ze dus niet herhaald in elke categorie of bij elke individuele code. De codeerder moet dus steeds indachtig zijn dat bepaalde inclusies of exclusies voor een bepaalde code op een vorige pagina kan neerschreven staan.

Inclusies

Inclusie opmerkingen worden steeds voorafgegaan door het woord 'includes' wanneer ze aan het begin van een hoofdstuk of sectie staan. Inclusies worden gebruikt voor verdere definitie of om voorbeelden te geven over de inhoud van het hoofdstuk, de sectie of de categorie. Aandoeningen die in een inclusie staan kunnen synoniemen zijn of aandoeningen die gelijkaardig genoeg zijn om onder dezelfde code geklasseerd te worden. De inclusies zijn niet exhaustief; zij geven echter een lijst van aandoeningen om de codeerder gerust te stellen vooral wanneer de omschrijving van de code niet van toepassing lijkt te zijn.

Een voorbeeld van een inclusie vindt u in het hoofdstuk 1, Certain Infectious and Parasitic diseases (A00-B99). De inclusie zegt dat dit hoofdstuk ook ziekten beschrijft die over het algemeen als besmettelijk of overdraagbaar worden aanzien. Deze inclusie is van toepassing voor alle codes van A00 tot en met B99.

Inclusies kunnen ook onmiddellijk onder een drie karakter code staan voor verdere definitie, of om voorbeelden te geven over de inhoud van de categorie. Een voorbeeld van dit type inclusies vindt men onder de categorie D50, Iron deficiency anemia. De inclusie zegt dat onder deze code categorie ook de ferriprive en hypochrome anemie valt.

Inclusie termen

Onder sommige codes vindt men een lijst bijkomende termen. Deze termen zijn enkele aandoeningen die met die code kunnen weergegeven worden. Deze termen kunnen synoniemen zijn voor de aandoening in de code omschrijving. In het geval van 'overige gespecificeerde codes' zullen de termen een lijst van aandoeningen zijn die onder die code worden geregistreerd. Zoals het geval was bij de inclusies, is de lijst van de inclusie termen niet exhaustief. De alfabetische index kan ook verschillende aandoeningen oplijsten onder

eenzelfde code, zonder dat deze als inclusietermen herhaald worden (in de systematische index).

Exclusies

Exclusies worden voorafgegaan door het woord 'excludes'. De uitgesloten aandoeningen worden in alfabetische volgorde geklasseerd, met de code of de codevork tussen haakjes geplaatst. Exclusies zijn het tegenovergestelde van inclusies; zij betekenen dat een bepaalde aandoening niet onder de code valt waarop de exclusie betrekking heeft. De boodschap die hier hoofdzakelijk wordt meegegeven is 'codeer deze aandoening elders'. Er zijn twee types exclusies in ICD-10-CM – elk met een verschillend gebruik, maar beiden betekenen ze dat de uitgesloten codes onafhankelijk van elkaar zijn.

'Excludes1'

Een exclusie type 1 betekent "CODEER NIET MET DEZE CODE!", beide codes kunnen niet samen". Een 'excludes1' opmerking geeft aan dat de uitgesloten code nooit samen met de code, waaronder deze exclusie staat, kan gebruikt worden. Deze exclusie wordt dus gebruikt wanneer twee aandoeningen niet samen kunnen voor komen, zodat beide codes ook niet samen kunnen gebruikt worden.

Bijvoorbeeld:

Q03 Congenital hydrocephalus

Excludes1: acquired hydrocephalus (G91.-)

In dit voorbeeld is het duidelijk dat een verworven hydrocefalus niet samen met een congenitale hydrocefalus kan gecodeerd worden. Het is ofwel de ene code ofwel de andere, maar niet samen.

'Excludes2'

Een exclusie type 2 betekent "HOORT HIER NIET BIJ!", beide codes kunnen wel samen". Een 'excludes2' opmerking geeft aan dat de uitgesloten code geen deel uitmaakt van de code, waaronder deze exclusie staat. De patiënt kan wel degelijk beide aandoeningen hebben en dit zal dus met twee codes gecodeerd worden.

Bijvoorbeeld:

F90 Attention-deficit hyperactivity disorders

Excludes2:

anxiety disorders (F40.-, F41.-)

mood [affective] disorders (F30-F39)

In dit voorbeeld wordt gezegd dat als de patiënt een angststoornis heeft dit eerder onder de categorie F40-F41 moet gecodeerd worden i.p.v. met een code uit de categorie F90. De patiënt kan echter wel beide aandoeningen hebben en kan dus een code hebben uit F90 en een code uit F40-F41.

“Code First” and “Use additional Code”

Bepaalde aandoeningen hebben zowel een onderliggende oorzaak als meerdere manifestaties (gevolgen) op verschillende lichaamsstelsels, door die oorzaak. De instructies 'code First (codeer eerst)' en 'use additional code (gebruik een bijkomende code)' in de systematische index geven aan in welke volgorde de codes moeten gebruikt worden – de etiologie (de onderliggende oorzaak) gevolgd door de manifestatie (het symptoom). De 'use additional code' opmerking zal men terugvinden bij de etiologie, als een aanwijzing om de manifestaties te wijten aan de oorzaak te identificeren. De 'code first' opmerking wordt dan

onder de manifestatiecode gezet om aan te geven dat de onderliggende oorzaak eerst moet gecodeerd worden.

De manifestatiecodes zullen doorgaans volgend onderdeel in hun omschrijving hebben; 'in diseases classified elsewhere'. Codes met dergelijk stukje omschrijving kunnen nooit als eerste diagnose of hoofddiagnose gebruikt worden. Zij moeten gebruikt worden met de onderliggende oorzaak ervoor. Een voorbeeld van deze afspraak vindt men onder de categorie F02, Dementia in other diseases classified elsewhere.

Sommige opmerkingen van dit type geven een lijst van aandoeningen, voorafgegaan door 'such as', waarbij men bedoelt dat elke code uit deze lijst als eerste diagnose kan gekozen worden. Code J99, Respiratory disorders in diseases classified elsewhere, geeft een lijst van onderliggende aandoeningen waaruit men kan kiezen.

Het is niet nodig de code, die men onder 'use additional code' terugvindt, onmiddellijk onder de eerste code te plaatsen. Er is geen strikte hiërarchie voor de nevendagnosen volgens de richtlijnen, noch binnen de ICD-10-CM classificatie.

“Code also”

'Code also (codeer eveneens)' in ICD-10-CM wil zeggen dat twee codes kunnen gebruikt worden om de aandoening volledig te beschrijven. De volgorde van de codes is afhankelijk van de reden voor opname en de ernst van de aandoening. Een voorbeeld hiervan vindt men onder de code G47.01, Insomnia due to medical condition, waar de opmerking zegt dat de geassocieerde aandoening erbij kan gezet worden.

AFKORTINGEN

ICD-10-CM heeft twee belangrijke afkortingen:

- NEC, voor 'not elsewhere classified (niet elders geklasseerd)'
- NOS, voor 'not otherwise specified (niet anders gespecificeerd)'

Niettegenstaande ze eenvoudig lijken, worden deze afkortingen dikwijls foutief geïnterpreteerd en toegepast door de codeerders. Het is nochtans zeer belangrijk dat men niet alleen hun betekenis goed verstaat en het onderscheid tussen beide goed begrijpt, om de correcte code te kunnen selecteren.

NEC

De afkorting NEC wordt in de systematische index gebruikt om aan te geven dat er geen specifieke code bestaat, zelfs al werd de diagnose correct en specifiek vermeld. Ze wordt gebruikt wanneer het dossier voldoende informatie bevat over de specifieke diagnose, maar dat er geen specifieke code beschikbaar is. Men bedoelt hiermee 'other specified (anders gespecificeerd)'. In de systematische index worden die aandoeningen doorgaans onder een code gezet met als vierde of een zesde karakter een '8' (of als vijfde karakter een '9'), waarbij in de omschrijving volgende uitdrukkingen staan; 'other specified (anders gespecificeerd)' of 'not elsewhere classified (niet elders geklasseerd)'. Hierdoor worden die aandoeningen gegroepeerd zodat er plaats wordt bespaard en de classificatie in grootte beperkt wordt. Een voorbeeld hiervan is een aandoening van de pleura, die men specificeert als hydropneumothorax, die onder de code J94.8, Other specified pleural conditions, wordt gezet.

NOS

De afkorting NOS betekent dus 'unspecified (ongespecificeerd)' en wordt zowel in de alfabetische als de systematische index gebruikt. Dergelijke codes worden gebruikt wanneer noch de diagnoseomschrijving, noch het medisch dossier voldoende informatie bevat om een meer specifieke code te vinden. Deze codes worden meestal gecodeerd met als 4^{de} of 6^{de} karakter een "9" en als 5^{de} karakter een "0"; aandoeningen die "not elsewhere classified (niet elders geklasseerd)" en "unspecified (ongespecificeerd)" zijn krijgen soms een gecombineerde code. Noteer dat de hoofdterm, die bovenaan een sublijst staat in de alfabetische index, die ongespecificeerde code krijgt; men moet naar de subtermen kijken om te zien of er meer detail kan gecodeerd worden.

Zo is bijvoorbeeld de code voor de term '**Cardiomyopathy**', I42.9. De subtermen "alcoholic (alcoholische)" of "congestive (congestieve)" staan voor meer gespecificeerde cardiomyopathieën. Code I42.9 zal enkel gebruikt worden wanneer het patiëntendossier geen informatie biedt om meer specificiteit te coderen.

VERWIJSREFERENTIES

Verwijsreferenties, of kruisverwijzingen worden gebruikt in de alfabetische index om de codeerder elders te laten zoeken, vooraleer de code wordt toegekend. Deze kruisverwijzingen zijn "see (kijk)", "see also (kijk eveneens)", "see category (kijk naar de categorie)" en "see condition (kijk naar de aandoening)".

"See (kijk)"

Deze verwijsreferentie zegt dat de codeerder naar een alternatieve term MOET kijken. Dit is een verplichting; men kan niet correct coderen als men die instructie niet opvolgt. Bijvoorbeeld; de term **Hemarthrosis**, traumatic, gebruikt deze verwijsreferentie om de codeerder verplicht naar "sprain", volgens lokalisatie, te laten kijken.

"See also (zie eveneens)"

Deze verwijsreferentie zegt dat er ook een andere plaats is in de alfabetische index waar er misschien een betere beschrijving is voor de aandoening of de procedure. Het is niet verplicht om deze verwijzing te volgen als de gevonden code al alle nodige informatie bevat.

Bijvoorbeeld, de verwijzing onder de term **Psychoneurosis** adviseert de codeerder ook te kijken onder "see also Neurosis (kijk ook onder neurosis)" wanneer de beschikbare subtermen niet de juiste code bevatten. Wanneer de codeerder zoekt naar een code voor 'neurasthenic psychoneurosis', dan zal men de verwijzing niet moeten volgen omdat onder de term **Psychoneurosis** een subterm 'neurasthenic' staat met de juiste code hiervoor. Als de codeerder echter zoekt naar een 'psychasthenic psychoneurosis' dan zal hij wel de verwijzing "see also" moeten volgen.

"See category (zie categorie)"

Deze verwijzing is een variante van "See" en verwijst naar een code van een categorie. De codeerder MOET dus naar de categorie gaan in de systematische index om daar de juiste code te vinden. Bijvoorbeeld, de verwijsinstructie onder de term **TBI** (traumatic brain injury) verwijst de codeerder naar de categorie S06.

“See condition (zie aandoening)”

Af en toe zal de codeerder in de alfabetische index gevraagd worden om onder de aandoening te zoeken. Zo zal de gebruiker gevraagd worden om naar de aandoening zelf “see condition” te gaan (meer bepaald de term **Thrombosis**), wanneer men voor een arteriële trombose zoekt onder de term “Arterial”. Dit zal zo zijn wanneer de codeerder niet direct naar de aandoening zelf kijkt, maar naar de adjectieven.

LEESTEKENS

In de ICD-10-CM worden er verschillende leestekens gebruikt die de Engelse taal kent.

Ronde haakjes ()

De ronde haakjes in de ICD-10-CM omvatten bijkomende woorden of meer uitleg die al dan niet aanwezig kan zijn bij de diagnose, zonder dat de code hierdoor wordt gewijzigd. Deze termen worden ook “niet essentiële modificatoren” genoemd, die ook met die code worden gecodeerd doch daarom niet altijd hoeven aanwezig te zijn. Dit is een belangrijke factor voor het correct toewijzen van een code. De termen tussen ronde haakjes, in zowel de alfabetische als systematische index, zullen nooit de code wijzigen en dienen alleen om aan te geven dat men al dan niet de correcte code gevonden heeft.

Bijvoorbeeld, kijkt u naar de term **Pneumonia**, die een ganse reeks niet essentiële modificatoren heeft tussen ronde haakjes. Tenzij een andere meer gespecificeerde code kan gevonden worden, zal de pneumonie beschreven met één of meerdere van die niet essentiële modificatoren dezelfde code hebben. Zowel de acute pneumonie als de Alpenstich pneumonie zullen de code J18.9 krijgen, omdat die termen tussen de ronde haakjes staan bij pneumonie. De niet gespecificeerde pneumonie zal ook de code J18.9 krijgen omdat geen enkele term tussen de ronde haakjes hier noodzakelijk is.

Het is dus belangrijk het onderscheid te kennen tussen het gebruik van essentiële en niet essentiële modificatoren. De essentiële modificatoren worden als subtermen (en niet tussen ronde haakjes) in de alfabetische index gebruikt en hebben een effect op de code toewijzing. De termen tussen de ronde haakjes zullen echter de code nooit wijzigen. Zo zullen de verworven scoliose en de posturale scoliose dezelfde code hebben, M41.9, omdat de termen “acquired” en “postural” niet essentiële modificatoren zijn tussen de ronde haakjes; de congenitale scoliose echter krijgt de code Q67.5 omdat “congenital” een essentiële modifier (subterm) is.

De niet essentiële modificatoren in de alfabetische index zijn ook van toepassing op alle subtermen onder een hoofdterm, tenzij zij elkaar uitsluiten, dan heeft de subterm voorrang. Bijvoorbeeld ziet men onder de hoofdterm **Enteritis** in de ICD-10-CM, “acute” als niet essentiële modifier staan, terwijl “chronic” als subterm staat. In dit geval zal de niet essentiële modifier “acute” niet van toepassing zijn op de subterm “chronic”.

OEFENINGEN 3.1

Door alleen naar de omschrijving en de inclusies van de code J40 te kijken, duidt u hieronder met een “x” aan welke diagnoses onder de code J40 vallen.

1. Catarrhale bronchitis NOS x
2. Chronische bronchitis
3. Allergische bronchitis
4. Tracheobronchitis NOS x
5. Asthmatische bronchitis

Vierkante haakjes []

Vierkante haakjes worden soms in de systematische index gebruikt om synoniemen, alternatieve omschrijvingen, afkortingen en bijkomende informatie weer te geven – bijvoorbeeld human immunodeficiency virus [HIV]. Ze hebben dezelfde gevolgen als de ronde haakjes, ze wijzigen niets aan de code. Vierkante haakjes geven soms ook weer dat de code tussen de vierkante haakjes een manifestatiecode is en voorafgegaan wordt door een code voor het onderliggend lijden. In dergelijke gevallen zullen dus beide codes moeten gebruikt worden en de code tussen vierkante haakjes kan nooit als hoofddiagnose gezet worden. Het voorbeeld hieronder, uit de alfabetische index, codeert de onderliggende oorzaak eerst, gevolgd met de manifestatiecode tussen vierkante haakjes.

Nephropathy ...
Sickle cell D57.- [N08]

Dubbelpunt :

Het dubbelpunt wordt in de systematische index gebruikt in zowel de inclusies als de exclusies om een onvolledige term aan te vullen met één van de onderverdelingen. De exclusie onder de code N92.6 in de systematische lijst is hier een voorbeeld van. De onvolledige term “irregular menstruation with:” moet aangevuld met de termen daaronder vermeld, “lengthened intervals or scanty bleeding” of “irregular menstruation with shortened intervals or excessive bleeding” die uitgesloten zijn bij de code N92.6.

N92.6 Irregular menstruation, unspecified
Irregular bleeding NOS
Irregular periods NOS

Excludes1: irregular menstruation with:
lengthened intervals or scanty bleeding (N91.3-N91.5)
shortened intervals or excessive bleeding (N92.1)

OEFENINGEN 3.2

Door alleen naar de omschrijving en de inclusies van de vier-karakter code D04.5 te kijken, duidt u hieronder met een “x” aan welke diagnoses onder de code D04.5 vallen.

1. Ca in situ van de anale rand x
2. Ca in situ van de perianale huid x
3. Ca in situ van de huid van de borst x
4. Ca in situ van de borst
5. Ca in situ van de anale huid x

VERBINDINGSWOORDEN

“And (en, of)”

Het woord “and” betekent zowel “and (en)” als “or (of)” wanneer het zich in een codeomschrijving bevindt. Bijvoorbeeld in het geval van “tuberculose van de beenderen”, “tuberculose van de gewrichten”, en “tuberculose van de beenderen en de gewrichten” worden geklasseerd onder de subcategorie A18.0, Tuberculosis of bones and joints.

“With (met)”

Het woord “with” betekent zowel “associated with (geassocieerd aan)” als “due to (te wijten aan)”. In de alfabetische index staat het woord “with” onmiddellijk onder de hoofdterm en dus niet in alfabetische volgorde.

“Due to (te wijten aan)”

De term “due to”, zowel in de alfabetische als systematische index betekent dat er een relationele verwantschap bestaat tussen de twee aandoeningen. ICD-10-CM zal in enkele uitzonderlijke gevallen deze verwantschap veronderstellen. In andere gevallen moet de verwantschap duidelijk vermeld staan. Zo zullen bepaalde mitraalklepaandoeningen een reumatische oorzaak veronderstellen, ongeacht of de diagnostiek daar onderscheid in maakt. In andere gevallen zal de alfabetische index een subterm “due to” bevatten die moet gevolgd worden, volgens de door de arts beschreven diagnose.

HOOFDSTUK 4

DE MEDISCHE GEGEVENS VAN DE MINIMALE ZIEKENHUIS GEGEVENS

OVERZICHT

De registratie van de Medische Gegevens van de Minimale Ziekenhuisgegevens (MZG-MG) bij ontslag worden gebruikt om de gegevens in rekening te brengen, van de patiënten die in acute en chronische ziekenhuizen worden opgenomen. De MG-MZG gebruikt een minimum aan concepten, op basis van de standaarddefinitie die hieronder volgen, waardoor consistente gegevens kunnen worden geboden aan meerder gebruikers.

Alleen de items die voldoen aan de volgende criteria zijn erin opgenomen:

- gemakkelijk identificeerbaar
- leesbaar gedefinieerd
- gelijkvormig gedefinieerd
- gemakkelijk terug te vinden in het medisch dossier
-
- De gelijkvormige klinische gegevens bij ontslag bevatten de volgende termen
 - De hoofddiagnose
 - De nevendagnosen die belangrijk zijn voor de zorgepisode
 - de significante procedures voor de zorgepisode
- .

LEERDOELSTELLINGEN

Na het doornemen van dit hoofdstuk bent u in staat om:

- Correct een hoofddiagnose aan te duiden.
- De regels voor het bepalen van de hoofddiagnose weer te geven.
- Te weten wanneer andere diagnoses relevant zijn en geregistreerd moeten worden.
- Het onderscheid te kennen tussen de hoofddiagnose en de opnamediagnose.
- Het belang van accuraat en ethisch correct coderen weer te geven.

Hoofddiagnose

De hoofddiagnose wordt gedefinieerd als de diagnose die de beslissing tot hospitalisatie motiveert. Ze wordt dus bepaald na onderzoek of zelfs na chirurgie, op het einde van de hospitalisatie. De hoofddiagnose zal doorgaans de eerste diagnose van de arts zijn. Dit is geen algemene regels zodat de codeerder het volledige patiëntendossier moet nakijken om de juiste hoofddiagnose te vinden. De hoofddiagnose is niet noodzakelijk de diagnose die de lengte van de hospitalisatie verklaart.

De woorden “after study (na onderzoek)” in de definitie van de hoofddiagnose is uiterst belangrijk, maar de betekenis ervan is soms verwarrend. Het is dus niet de opnamediagnose maar eerder de diagnose die weerhouden wordt na alle onderzoeken en zelfs na chirurgie, en die verantwoordelijk wordt geacht voor de opname in de instelling. Bijvoorbeeld:

- Een patiënt wordt opgenomen met een urinaire retentie, waarbij een prostaathypertrofie gevonden wordt als oorzaak ervan. In dit geval zal de prostaathypertrofie als hoofddiagnose gezet worden tenzij de behandeling enkel en alleen gebeurt voor de urinaire retentie.
- Een patiënt wordt opgenomen voor een onstabiele angor, en een percutane transluminale angioplastie wordt uitgevoerd om de arteriosclerotische vernauwing van de coronaire arterie, die de oorzaak was van het dreigende myocard infarct, op

- te heffen. In dit geval zal de coronaire arteriosclerose als hoofddiagnose geplaatst worden, omdat zij na onderzoek de voornaamste oorzaak was van de onstabiele angor waarvoor de patiënt opgenomen werd.
- Een patiënt wordt opgenomen met ernstige abdominale pijn. De witte bloedcellen zijn gestegen tot 16.000, met een links verschuiving. De patiënt wordt geopereerd voor een acute gesprongen appendix. Na onderzoek wordt de hoofddiagnose hier de acute, geperforeerde appendicitis.
 - Een patiënt wordt opgenomen met ernstige abdominale pijn in het rechter onderste kwadrant, waarbij men denkt aan een mogelijks acute appendicitis. Het aantal witte bloedcellen is slechts licht gestegen. De patiënt wordt geopereerd maar er wordt een normale appendix gevonden naast een ontstoken divertikel van Meckel, dat verwijderd wordt. Na onderzoek is de hoofddiagnose hier het divertikel van Meckel.

De omstandigheden van de patiënt bij opname, zullen de hoofddiagnose bepalen, waarbij de ICD-10-CM codeerregels voorrang hebben op alle andere regels. Het belang van een consistent, volledig patiëntendossier kan niet voldoende onderstreept worden. Zonder deze documentatie is het correct toepassen van alle codeerregels een moeilijke of zelfs onmogelijke taak.

De hoofddiagnose is de diagnose die de beslissing tot hospitalisatie motiveert. Er dient echter een opmerking te worden gemaakt voor de opname uit de spoeddienst. In de meeste gevallen is de hoofddiagnose de diagnose die werd gesteld als gevolg van de klacht die leidde tot de consultatie op de spoedgevallen. Dit is echter niet altijd zo en het gebeurt dat er een nieuwe diagnose wordt gesteld die de hospitalisatie motiveert op het einde van de consultatie op de spoedgevallen, en dan vormt de nieuwe diagnose de hoofddiagnose

Deze problematiek kan worden geïllustreerd aan de hand van de volgende voorbeelden:

Een patiënt komt naar de spoeddienst met koorts en oorpijn, de diagnose van acute middenoorontsteking wordt gesteld. De aandoening vereist geen hospitalisatie. Er worden antibiotica voorgeschreven die via orale weg moeten worden ingenomen. Bij klinisch onderzoek merkt de arts echter een kloppende massa ter hoogte van de buik en hij vermoedt een aneurysma van de aorta. De urgentiearts schrijft tot slot in zijn spoednota dat de hospitalisatie wordt gemotiveerd door de noodzaak om dit aneurysma verder te onderzoeken. De patiënt wordt gehospitaliseerd op de dienst vasculaire chirurgie. De hoofddiagnose luidt: "aneurysma van de abdominale aorta".

Een patiënt komt naar de spoeddienst met koorts en oorpijn, de diagnose van acute middenoorontsteking wordt gesteld. De aandoening vereist de intraveneuze toediening van antibiotica en dus hospitalisatie. Naast deze aandoening wordt de aandacht van de arts getrokken op een kloppende massa ter hoogte van de buik. De urgentiearts bepaalt tot slot in zijn nota dat de hospitalisatie wordt gemotiveerd door de otitis, maar dat het advies van de chirurg vereist is voor de abdominale massa om een aneurysma uit te sluiten. De patiënt wordt gehospitaliseerd op een KNO-dienst. De hoofddiagnose is acute middenoorontsteking :)

De omstandigheden waarin de patiënt wordt gehospitaliseerd bepalen steeds de keuze van de hoofddiagnose. Het belang van een volledige en consistente documentatie van het medisch dossier mag niet worden onderschat. Zonder dergelijke documenten is het moeilijk of zelfs onmogelijk om alle codeerrichtlijnen toe te passen.

De volgende officiële regels voor de **keuze van de hoofddiagnose** zijn van toepassing op alle systemen en op alle etiologieën (de regels die uitsluitend van toepassing zijn op een specifiek orgaansysteem of op een etiologie worden besproken in het desbetreffende hoofdstuk in deze handleiding). Een copie van de actuele, volledige versie van de officiële richtlijnen voor ICD-10-CM codering (Official Coding Guidelines for Coding and Reporting vindt u op www.ahacentraloffice.org)

1. *Twee of meerdere diagnoses voldoen aan de criteria van hoofddiagnose:* in deze uitzonderlijke situatie, waarbij twee of meerdere diagnoses voldoen aan de criteria voor hoofddiagnose, volgens de omstandigheden bij opname en na onderzoek, zelfs na behandeling, mag één van hen als hoofddiagnose gezet worden, voor zover de richtlijnen van de alfabetische en systematische index dit niet tegenspreken. Het is echter niet omdat er twee diagnoses aanwezig zijn, dat een vrije keuze mogelijk is. Als de behandeling volledig of vooral gericht is op één pathologie of als één van de pathologieën de hospitalisatie van de patiënt vereist, dan wordt die pathologie als hoofddiagnose gezet. Anderzijds moet men steeds de codeerregels (algemene of aandoeningspecifiek) volgen die de volgorde van de codes bepaalt.
 - a. Voorbeeld 1: Een patiënt wordt opgenomen met onstabiele angor en een congestief hartfalen. De onstabiele angor wordt behandeld met nitraten en intraveneus Lasix wordt gegeven voor het congestief hartfalen. Beide aandoeningen voldoen aan de definitie van hoofddiagnose en elk kan dus gekozen worden.
 - b. Voorbeeld 2: Een patiënt wordt opgenomen met een acute voorkamerfibrillatie met snel ventriculaire respons en hartfalen met longoedeem. De patiënt wordt gedigitaliseerd voor de voorkamerfibrillatie en er wordt Lasix gegeven om het longoedeem te verminderen. Beide aandoeningen kunnen als hoofddiagnose geplaatst worden.
 - c. Voorbeeld 3: Een patiënt wordt opgenomen met ernstige abdominale pijn, nausea en braken tengevolge van een acute pyelonefritis en diverticulitis. Beide onderliggende oorzaken worden behandeld en de arts bevestigt dat beide aandoeningen aan de criteria van de hoofddiagnose voldoen. In dit geval heeft men dus de keuze van de hoofddiagnose, ofwel de acute pyelonefritis ofwel de diverticulitis.
2. *Twee of meerdere differentiaaldiagnosen:* In de zeldzame gevallen waarbij twee of meerdere aandoeningen als mogelijke oorzaak kunnen weerhouden worden (ofwel, ofwel, ...), worden beide aandoeningen gecodeerd alsof ze werkelijk aanwezig zijn, in functie van opnameomstandigheden, de uitgevoerde onderzoeken en ingestelde behandelingen. Let wel op dat de ICD-10-CM conventies voorrang hebben. Als er verder niet kan uitgemaakt worden welke aandoening het beste aan de criteria van hoofddiagnose beantwoordt, dan mag elke differentiaaldiagnose als hoofddiagnose gekozen worden.
 - a. Voorbeeld 1: Een patiënt wordt opgenomen met dezelfde klachten als de patiënt uit voorbeeld 3 hierboven en de differentiaaldiagnose van ofwel pyelonefritis, ofwel diverticulitis wordt gesteld. De patiënt wordt symptomatisch behandeld en ontslagen voor verdere onderzoeken. In dit geval komen zowel de pyelonefritis als de diverticulitis in aanmerking als hoofddiagnose en mag men één van beide hiervoor kiezen.
 - b. Voorbeeld 2: De behandeling van een patiënt met gelijkaardige symptomen en gelijkaardige differentiaaldiagnosen wordt echter eerder door de arts als een acute pyelonefritis bestempeld omdat alle parameters meer in die zin wijzen. In dit geval worden nog steeds beide aandoening gecodeerd als zijnde aanwezig doch de pyelonefritis zal als hoofddiagnose genomen worden.
3. *Een symptoom gevolgd door differentiaal-/vergelijkbare diagnoses:* wanneer een symptoom gevolgd wordt door differentiaal-/vergelijkbare diagnoses, wordt het symptoom eerst gecodeerd. Als echter het symptoom integraal deel uit maakt van alle diagnoses die verondersteld worden, wordt er geen code gebruikt voor het symptoom. Er wordt voor elke differentiaaldiagnose een code voorzien.

- a. Voorbeeld 1: Een patiënt wordt opgenomen om een ernstige vermoeidheid uit te werken. De arts noteert als ontslagdiagnose de vermoeidheid die veroorzaakt kan zijn door een depressieve reactie of een hypothyroïdie. In dit geval wordt de vermoeidheid als hoofddiagnose gezet met als nevensdiagnosen de depressieve reactie en de hypothyroïdie.
4. *Geplande behandeling die niet uitgevoerd wordt: in dit geval waarbij een geplande behandeling niet uitgevoerd wordt omwille van onvoorziene omstandigheden, wijzigen de regels voor de toewijzing van de hoofddiagnose niet. De aandoening die aanleiding was voor de opname wordt gecodeerd als hoofddiagnose, zelfs al wordt de geplande behandeling niet uitgevoerd.*
- a. Voorbeeld 1: een patiënt met een benigne prostaathypertrofie wordt opgenomen voor een transurethrale resectie van de prostaat (TURP). Kort na de opname, kort voor de overbrenging naar het operatiekwartier, valt de patiënt en breekt hij zijn linker heup. De TURP wordt niet uitgevoerd maar de dag nadien doet men een osteosynthese van de gebroken heup. De hoofddiagnose blijft de benigne prostaathypertrofie, zelfs wanneer die niet behandeld werd.
 - b. Voorbeeld 2: Een patiënt met een anatomopathologisch bevestigde maligne borstcarcinoom, wordt opgenomen voor een radicale mastectomie. De patiënt beslist echter, nog voor de ingreep, om eerst alternatieve behandelingen te proberen. Geen ingreep wordt uitgevoerd en de patiënt wordt ontslagen. Het borstcarcinoom blijft de hoofddiagnose omdat dit de reden was voor het verblijf, niettegenstaande de ingreep niet werd uitgevoerd.

Nevensdiagnosen

De te vermelden nevensdiagnosen zijn die aandoeningen die naast elkaar bestaan op het ogenblik van de opname of die ontstaan zijn tijdens de opname en die de verleende zorgen aan de patiënt beïnvloeden tijdens de zorgperiode. Diagnosen die geen invloed hebben op de patiëntenzorg, tijdens de huidige (dag)hospitalisatie worden niet gecodeerd, zelfs al zijn ze aanwezig. Diagnosen die betrekking hebben op een andere zorgperiode en die geen invloed hebben op de huidige zorgperiode, worden niet gecodeerd.

Binnen de MZG registratie worden de 'nevensdiagnosen' gedefinieerd als die aandoeningen die de zorgperiode beïnvloeden in termen van:

- er een klinische evaluatie noodzakelijk was
- er een behandeling werd uitgevoerd
- er verdere evaluatie werd verricht door bijkomende onderzoeken, procedures of raadplegingen
- er een verlenging van de ligduur was
- er verhoogde verpleegkundige zorg of toezicht nodig was

Al deze voorwaarden zijn duidelijk genoeg, behalve de eerste. Met klinische evaluatie bedoelt men dat de arts zich bewust is van de aandoening en deze verder evalueert door bijkomende onderzoeken, raadplegingen of continue observatie. De pathologie die klinisch geëvalueerd wordt valt dus ook terug onder de andere voorwaarden om als nevensdiagnose te mogen gecodeerd worden. Noteer dat enkel het doen van een klinisch onderzoek, onvoldoende is, om als criteria te dienen om een pathologie als nevensdiagnose te mogen coderen; het klinisch onderzoek is een onderdeel van elke opname in een ziekenhuis. Binnen de nevensdiagnosen wordt geen volgorde opgedragen.

Codeerregels voor de nevensdiagnosen

Hieronder volgen enkele belangrijke regels om de rationale te begrijpen die moet gebruikt worden om nevensdiagnosen te registreren.

1. *Voorgaande aandoeningen (anamnese)*: artsen noteren in de historiek aandoeningen en ingrepen die voordien aanwezig waren of werden uitgevoerd en die geen enkele invloed hebben op de huidige zorgepisod. Dergelijke aandoeningen worden niet gecodeerd. Anderzijds kunnen de anamnesecodes (categorieën Z80-Z87, subcategorieën Z91.4- en Z91.5- en categorie Z92) gebruikt worden als nevendiaagnosen indien de persoonlijke of familiale historiek een impact hebben op de huidige opname of de huidige behandelingen.

Voorbeeld: Een patiënt wordt opgenomen voor een acuut myocard infarct; in de historiek staat dat de patiënt voordien een cholecystectomie heeft gehad en een hospitalisatie voor pneumonie. De arts vermeldt in zijn besluit dat het om een opname gaat voor een acuut myocard infarct en vermeldt tevens de historiek van de cholecystectomie en de vroegere pneumonie. Enkel het acuut myocard infarct wordt gecodeerd; de andere aandoeningen hebben geen enkele invloed op de huidige zorgepisod en worden dus niet gecodeerd.

2. *Nevendiaagnosen die nergens worden gedocumenteerd*: wanneer de arts aandoeningen in zijn besluit weerhoudt, dan moeten die in principe gecodeerd worden. Wanneer dit niet in het patiëntendossier werd gedocumenteerd, moet de arts bevraagd worden of die diagnosen voldoen aan de codeercriteria voor de nevendiaagnosen. Indien dit het geval is moet de arts dit dan ook documenteren in het patiëntendossier. Het coderen van aandoeningen zonder duidelijke documentatie in het dossier is tegen de MZG codeerregels.

Voorbeeld 1: Een 10-jarige jongen wordt opgenomen met een open tibia en fibula fractuur ten gevolge van een fietsongeval. Tijdens het klinisch onderzoek noteert de arts een naevus op het been en een kleine asymptomatische hernia inguinalis in het patiëntendossier. Al deze diagnosen weerhoudt hij in zijn besluit. De fractuur wordt gereduceerd en gefixeerd met intern fixatiemateriaal, maar noch de naevus als de hernia worden verder onderzocht of behandeld. Zowel de naevus als de hernia worden niet gecodeerd, omdat er nergens gegevens zijn die aanwijzen dat dit een effect heeft gehad op de huidige zorgepisod.

Voorbeeld 2: Een patiënt wordt opgenomen met een acuut myocard infarct. De arts meldt in het dossier tevens een strabisme en een eeltknobbel op de grote teen, die hij ontdekt tijdens zijn klinisch onderzoek. Nergens in het patiëntendossier wordt gewag gemaakt van verder onderzoek of verdere behandeling, zodat noch het strabisme, noch de eeltknobbel gecodeerd worden.

3. *Chronische aandoeningen die niet het onderwerp van behandeling zijn*: de criteria om chronische aandoeningen als nevendiaagnosen te coderen, zijn de ernst van die aandoeningen, het gebruik van extra of alternatieve maatregelen of een verhoogde verpleegkundige zorg bij de behandeling van de hoofddiagnose door die comorbiditeiten, de noodzaak om de medicatietoediening te monitoren door die bijkomende aandoeningen of de wijziging van zorgplannen door die comorbiditeiten. Chronische aandoeningen zoals (niet gelimiteerde lijst) hypertensie, de ziekte van Parkinson, COPD en diabetes mellitus zijn systeemziekten die doorgaans altijd gecodeerd worden, zelfs bij afwezigheid van een gedocumenteerde interventie of verdere evaluatie. Bepaalde chronische aandoeningen beïnvloeden de ganse levensloop van de patiënt; dergelijke aandoeningen vragen meestal een zekere vorm van continu toezicht of evaluatie tijdens een hospitalisatie en worden dus om die reden gecodeerd. Deze regel is van toepassing voor gehospitaliseerde patiënten. Voor dagopnames codeert men enkel de chronische aandoeningen die bijkomende zorg vereisen of de ziekte-toestand van de patiënt beïnvloeden.

Voorbeeld 1: Een patiënt wordt opgenomen voor een heupfractuur, en de arts

noteert bovendien dat de patiënt de ziekte van Parkinson heeft. In het verpleegkundig dossier noteert men extra zorgbehoefte omwille van die Parkinson. Beide diagnosen worden hier gecodeerd.

Voorbeeld 2: Een patiënt wordt opgenomen met een pneumonie en in het dossier staat dat de patiënt ook diabetes mellitus heeft. In het bloed wordt de suikerspiegel gecontroleerd en de verpleegkundigen prikken de suikerwaarden voor elke maaltijd. De patiënt volgt een diabetes dieet. Niettegenstaande er geen therapie wordt gegeven voor de diabetes, wordt deze wel continu opgevolgd en dus ook gecodeerd.

Voorbeeld 3: Een patiënt wordt opgenomen met een acute diverticulitis terwijl in het dossier ook staat dat er hypertensie aanwezig is. In het patiëntendossier ziet men dat er tijdens het verblijf antihypertensiva worden gegeven. Deze hypertensie kan gecodeerd worden als de arts deze in zijn besluiten weerhoudt.

Voorbeeld 4: Een patiënte wordt opgenomen met congestief hartfalen. De patiënte was gekend voor een hiatushernia en een degeneratieve artritis. Noch de ene als de andere aandoening wordt verder geëvalueerd of behandeld; door hun aard vragen deze aandoeningen geen klinische opvolging. Enkel de code voor het congestief hartfalen wordt toegekend; de comorbiditeiten niet.

Voorbeeld 5: Een 60 jarige diabetes patiënt wordt opgenomen voor de behandeling van een decubitus ulcus. De arts vermeldt in het dossier dat de patiënt een amputatie heeft ondergaan van het linker onderbeen (onder de knie), omwille van een perifere vasculaire aandoening. Deze status vraagt extra verpleegkundige zorg en wordt dus gecodeerd.

4. *Aandoeningen die integraal deel uit maken van een ziekteproces, worden niet gecodeerd als nevendiagnose, tenzij anders bepaald door de codeerregels.*

Voorbeeld 1: Een patiënt wordt opgenomen met nausea en braken door een infectieuze gastro-enteritis. Nausea en braken zijn de symptomen van de infectieuze gastro-enteritis en worden dus niet gecodeerd.

Voorbeeld 2: Een patiënt wordt opgenomen met ernstige gewrichtspijn en reumatoïde artritis. Ernstig gewrichtspijn is een karakteristiek van reumatoïde artritis en wordt niet gecodeerd.

Voorbeeld 3: Een patiënt heeft een gestoord mictiepatroon dat toegeschreven wordt aan een benigne prostaathypertrofie. Niettegenstaande dat het gestoord mictiepatroon inherent is aan de benigne prostaathypertrofie, zullen beide aandoeningen gecodeerd worden, omdat de instructie onder de code N40.1 vraagt de additional codes te registreren voor elke geassocieerd symptoom.

Use Additional

code for associated symptoms, when specified:

incomplete bladder emptying (R39.14)

nocturia (R35.1)

straining on urination (R39.16)

urinary frequency (R35.0)

urinary hesitancy (R39.11)

urinary incontinence (N39.4-)

urinary obstruction (N13.8)

urinary retention (R33.8)

urinary urgency (R39.15)

weak urinary stream (R39.12)

5. *Aandoeningen die niet integraal deel uitmaken van een ziekteproces moeten afzonderlijk gecodeerd worden indien ze aanwezig zijn.*

Voorbeeld 1: Een patiënt wordt opgenomen na een cerebrovasculair accident op het werk. De patiënt is in coma maar keert stilaan terug tot het bewustzijn. Als einddiagnose zet de arts een cerebrovasculaire trombose met coma. In dit geval wordt het coma gecodeerd omdat dit niet impliciet deel uitmaakt van het CVA en dus niet altijd aanwezig is.

Voorbeeld 2: Een 5 jarige jongen wordt opgenomen met 40°C koorts als gevolg van een acute pneumonie. Gedurende de eerste 24 uur doet de jongen convulsies door die hoge koorts. Zowel de pneumonie als de convulsies worden gecodeerd omdat de convulsies niet in het beeld van de pneumonie voorkomen. De koorts daarentegen is wel een onderdeel van de pneumonie en wordt daarom niet gecodeerd.

6. *Abnormale bevindingen:* Codes uit de secties R70-R94 voor niet specifieke bevindingen (labo, radiologie, pathologie en andere diagnostische onderzoeken) worden enkel gecodeerd wanneer de arts die niet met een pathologie in verband kan brengen, maar ze wel klinisch significant vindt om ze verder te vermelden in zijn besluiten. Dit verschilt met de dagopnames waarbij patiënten opgenomen worden om diagnostische testen te ondergaan en waarbij dan de afwijkende waarden door de arts worden geïnterpreteerd.

De codeerder zal nooit een code toekennen enkel op basis van een afwijkende bevinding. Een diagnose stellen enkel op basis van één enkele abnormale labo waarde of een abnormale diagnostische bevinding is gevaarlijk en kan fouten veroorzaken. Een waarde die hoger of lager dan de normale waarde is en wordt gerapporteerd, betekent niet noodzakelijk dat er een aandoening is. Er zijn verschillende factoren die de labowaarden kunnen beïnvloeden; waaronder de recipiënten waarmee gecollecteerd wordt, de methode van transport van het monster, de kalibratie van het onderzoekstoestel en de ziekte-toestand van de patiënt. Zo zal een gedehydrateerde patiënt een verhoogd hemoglobine hebben door de verhoogde viscositeit van het bloed. Wanneer waarden afwijken van de norm en de arts bijkomende onderzoeken doet om die verder te onderzoeken of een behandeling voorschrijft zonder dit te documenteren in het dossier of te relateren aan een diagnose, dan is het belangrijk de arts te vragen of dit als significant item moet worden toegevoegd aan de codering. Toevallige vondsten op beeldvorming zoals een hiatushernia of een diverticulum moeten niet gecodeerd worden, tenzij er verdere onderzoeken of behandelingen hiervoor worden gedaan of gegeven.

Voorbeeld 1: Een laag kalium dat behandeld wordt met intraveneuze of orale kalium toedieningen is klinisch significant en kan gecodeerd worden maar moet eerst aan de arts gevraagd worden, vooral wanneer er geen gerelateerde diagnose aanwezig is.

Voorbeeld 2: Een hematocriet van 28%, zelfs asymptomatisch en niet behandeld, wordt dagelijks geëvalueerd. Omdat de waarde buiten de norm valt en ze regelmatig wordt opgevolgd, moet men de arts vragen of hier geen oorzaak kan gedocumenteerd worden.

Voorbeeld 3: Een routine preoperatieve radiografie bij een bejaarde patiënt toont een ingedeukte wervel. De patiënt is asymptomatische en er worden geen bijkomende onderzoeken of behandelingen gedaan. Dit is frekwent voorkomende bevinding bij ouderen die niet significant is voor de opname en wordt dus niet gecodeerd.

Voorbeeld 4: Bij afwezigheid van hartproblemen zal een bundeltak block op het EKG niet significant zijn, terwijl een Mobitz II Block belangrijke implicaties kan hebben op

de zorgepisode. Daarom moet de arts bevraagd worden of dit belangrijk genoeg is om te registreren of niet.

Voorbeeld 5: De arts vermeldt een afwijkende sedimentatie wat moet wijzen op een onderliggende aandoening. Spijts alle verdere onderzoeken kan de arts geen uiteindelijke, oorzakelijke diagnose stellen, maar hij vindt de afwijking een significant klinisch probleem. Code R70.0, Elevated erythrocyte sedimentation rate, wordt hier dan gecodeerd.

PROCEDURES

Binnen de MZG registratie moeten alle significante procedures gecodeerd worden. Dit wordt verder besproken in de hoofdstukken 9-11 van dit handboek, samen met bijkomende informatie over ingrepen en procedures.

De geverifieerde opnamediagnose (GOD)

De geverifieerde opnamediagnose wordt geregistreerd in het veld 29 van het bestand STAYHOSP in het domein van de administratieve gegevens.

Algemene regel

Men definieert de geverifieerde opnamediagnose (GOD) als de weerhouden aandoening **na onderzoek** als zijnde de voornaamste reden van de opname van de patiënt in het ziekenhuis. De term “na onderzoek” is hierbij belangrijk. Het gaat hierbij dus niet om een eenvoudige diagnostiek van de opname, maar eerder om een diagnostiek die, na een intensieve diagnostiek of chirurgische ingreep blijkt de reden van de opname te zijn. Dit betekent ook dat aandoeningen die zich tijdens het verblijf in het ziekenhuis voordoen (bijv., een heupfractuur ontstaan door een val uit bed) niet kunnen gebruikt worden als basis voor de geverifieerde opnamediagnose.

Deze geverifieerde opnamediagnose wordt gebruikt door de grouper om de APR-DRG (Diagnosis Related Group) te berekenen voor het gehele verblijf.

Over het algemeen is de GOD een valide ICD-9-CM code, identiek aan de hoofddiagnose van de eerste specialiteit. Er bestaan enkele uitzonderingen op deze regel (zie registratiehandleiding).

In het algemeen is de geverifieerde opnamediagnose een geldige ICD-9-CM-code die identiek is aan de hoofddiagnose van het eerste specialisme. Er bestaan enkele uitzonderingen op de regel die stelt dat de geverifieerde opnamediagnose identiek is aan de hoofddiagnose van het eerste specialisme (zie registratierichtlijnen).

ETHISCH CODEREN EN RAPPORTEREN

Omdat gecodeerde medische data voor verschillende doeleinden worden gebruikt, worden zij uiterst belangrijk bij het verdelen van de middelen binnen de gezondheidszorg. De terugbetalingen hangen dus af van:

- Het correct gebruik van de hoofddiagnose.
- De aan- of afwezigheid van nevendiaagnosen (comorbiditeiten en complicaties) bepalen de ernst van de pathologiegroepen.

- Het meegeven van de uitgevoerde procedures.

De accurate codering in ICD-10-CM en ICD-10-PCS blijft belangrijk, onafgezien van het betalingssysteem.

Accuraat en ethisch correct coderen in ICD-10-CM en ICD-10-PCS wordt bepaald door de richtlijnen hieromtrent gegeven door de officiële organisaties (AHA Coding Clinics).

Overcodering kan aanleiding geven tot een hogere financiering maar is onethisch en kan als fraude bestempeld worden. Anderzijds is het belangrijk dat alle codes, die moeten gecodeerd worden, gerapporteerd worden om geen financieel verlies te lijden.

Soms worden bepaalde codes door de overheid als ongeldige hoofddiagnose gelabeld. Dit betekent niet dat men die codes niet mag toewijzen als deze correct werd gebruikt, maar betekent dat de overheid hier een bedenking heeft of niet terug betaalt. Het is belangrijk steeds correct te coderen en eventueel daar waar nodig bij te sturen in functie van de doelstelling. Anders loopt de codeerder het risico om zijn codeergedrag zo te wijzigen dat de gecodeerde data binnen andere doelstellingen andere resultaten zullen geven dan deze die men beoogt.

Ziekenhuizen wensen soms meer diagnoses en procedures te registreren dan noodzakelijk, voor intern gebruik; dit is mogelijk als het ziekenhuis maar een onderscheid kan maken tussen hetgeen officieel moet en hetgeen voor eigen gebruik is.

Er zijn verschillende verwerkingssystemen die een invloed hebben op het codeergedrag. Sommige van die verwerkingen druisen in tegen de codeerregels en conventies van de ICD-10-CM en ICD-10-PCS. Het is niet mogelijk, noch de bedoeling hiervoor verschillende handboeken te schrijven. Hierna volgen echter enkele tips om de conflicten op te lossen:

- Eerst moet er een onderscheidt gemaakt worden tussen een codeerfout of een terugbetalingfout. Het kan goed zijn dat een hoofddiagnose Z00.00, die gebruikt wordt voor routine RX en labo-onderzoeken, niet aanvaard wordt in het terugbetalingssysteem. Dat wil dus niet zeggen dat dit foutief gecodeerd werd, maar gewoon dat dit niet terugbetaald wordt.
- Indien de terugbetaler een codeerregel oplegt die indruist tegen de officiële codeerregels, dan moet dit bij de terugbetaler aangepast worden en niet in de codering.

Hoofdstuk 5

HET PATIENTENDOSSIER

OVERZICHT

- Het patiëntendossier is de basis voor het coderen.
- Het patiëntendossier bevat verschillende rapporten, zoals:
 - o De reden waarom de patiënt opgenomen wordt.
 - o De onderzoeken en hun resultaten.
 - o De ingestelde behandelingen.
 - o De beschrijving van de chirurgische ingrepen.
 - o De dagelijkse verloopnoties.
- De ontslagbrief die een samenvatting is van het verblijf.

LEERDOELSTELLINGEN

Na het doornemen van dit hoofdstuk bent u in staat om:

- Uit te leggen wat er aanwezig is in een patiëntdossier.
- Te weten wanneer het belangrijk is een arts te bevragen over zijn/haar documentatie.

TERMEN OM TE KENNEN

POA indicator

“Present on admission” indicator; een extra gegeven dat bij elke diagnose geregistreerd wordt omwille van terugbetalingmodaliteiten.

Zorgverstrekker

Een arts of een gekwalificeerde zorgverstrekker (zoals een verpleegkundige of een arts assistent) die wettelijk toegelaten worden een patiëntdiagnose te stellen.

TE HERINNEREN ...

De codeerder moet er zeker van zijn dat het patiëntdossier de hoofddiagnose ondersteunt. Raadpleeg bijlage B voor meer informatie over de POA registratie.

INLEIDING

De bron voor het coderen en rapporteren van diagnoses en procedures is het patiëntendossier. Niettegenstaande de ontslagdiagnose dikwijls genoteerd wordt in de ontslagbrief, is het noodzakelijk het ganse dossier na te zien om accuraat en compleet te kunnen coderen. Ingrepen en procedures worden niet steeds weerhouden in het ontslagdocument en worden er zeker niet in detail beschreven zodat men zeker de operatieverslagen en de anatomopathologische verslagen moet nakijken. Het ganse patiëntendossier moet dus onderzocht worden zodat de juiste reden voor opname en behandeling kan gecodeerd worden.

Artsen noteren soms niet steeds alle aandoeningen die zich tijdens het verblijf hebben voorgedaan maar voor ontslag werden opgelost. Aandoeningen zoals urineweginfecties of dehydratie worden niet als diagnose weerhouden terwijl ze wel in de verloopnotities vermeld staan en de labowaarden aantonen dat ze behandeld werden. Het is de codeerder verboden diagnosecodes toe te kennen enkel en alleen op basis van medicatievoorschriften zonder dat er hiervoor een gedocumenteerde diagnose in het dossier vermeld wordt. Indien er voldoende evidentie is dat een diagnose kan gecodeerd worden, zal de behandelende arts steeds de goedkeuring moeten geven. In de historiek of de anamnese staan dikwijls diagnoses die niet direct voldoen aan de officiële codeerregels om ze te mogen coderen; daarom moet het ganse patiëntendossier nagekeken worden om na te gaan of ze toch niet mogen gecodeerd worden binnen het huidige verblijf.

Het is belangrijk om de hoofddiagnose als eerste te zetten. Artsen zijn echter niet vertrouwd met de codeerrichtlijnen en volgen deze dus ook niet. Omdat de correcte toewijzing van de hoofddiagnose uiterst belangrijk is in het rapporteren van medische gegevens, zal de codeerder er zich van

vergewissen of het patiënten dossier de toegewezen hoofddiagnose ondersteunt. Indien een andere diagnose als hoofddiagnose moet gezet worden of indien er niet vermelde nevend diagnoses moeten gerapporteerd worden, zal de codeerder de interne richtlijnen volgen om de juiste informatie te verkrijgen.

INHOUD VAN HET PATIENTENDOSSIER

Het patiëntendossier bevat verschillende documenten die de reden tot opname omschrijven, de onderzoeken die werden uitgevoerd en hun resultaten, de ingestelde behandelingen, de operatieverslagen en de dagelijkse verloopnotities. Elk document bevat belangrijke informatie om correct en accuraat te kunnen coderen van zowel de hoofddiagnose, de nevend diagnoses en de uitgevoerde procedures.

Er zijn standaarddocumenten die in elk patiëntendossier terug te vinden zijn, naast specifieke documenten afhankelijk van de behandeling of de discipline. Zo zijn er artsen die de diagnoses samenvatten op het opnamedocument, de verloopnotities of de ontslagbrief. In consult bijgeroepen artsen zullen hun bevindingen in de verloopnotities schrijven eerder dan een afzonderlijk document op te maken.

Het bekijken van het patiëntendossier begint bij het nalezen van de ontslagbrief, indien beschikbaar, omdat daarin een samenvatting staat over het patiëntenverblijf, alsook de reden tot opname, de significante diagnoses, de toegediende behandelingen, het verloop tijdens de hospitalisatie, de follow-up planning, en de uiteindelijke verantwoordelijke diagnoses. De persoonlijke anamnese geeft doorgaans de reden voor de opname weer, die bevestigd moet worden door de onderzoeken en eventueel het dossier van de spoedopname.

Het ontslagdocument beschrijft het verblijf in het ziekenhuis en vermeldt over het algemeen de behandelingen die werden toegepast en verdere investigaties die werden uitgevoerd. Het is belangrijk uit te maken of de aangeduide diagnoses wel voldoen aan de criteria om geregistreerd te worden en of er geen andere aandoeningen zijn vermeldenswaardig zijn.

Aandoeningen die ergens in het ontslagdocument vermeld worden moeten niet altijd gecodeerd worden, maar verwijzen soms naar andere gegevens om zo tot een definitieve beslissing te kunnen komen. Het patiëntendossier moet dan verder nagelezen worden om die aandoeningen terug te vinden die moeten worden geregistreerd volgens de algemene codeerregels. De medicatiefiche kan suggereren welke behandeling werd toegepast, maar de codeerder mag niet enkel op basis van medicatie of abnormale bevindingen een diagnose toekennen. Anderzijds bevatten niet alle diagnoses die in het dossier zijn vermeld voldoende gegevens om een specificiteit code toe te kennen. Bijvoorbeeld, de diagnose van pneumonie geeft niet altijd het etiologisch organisme weer; nazicht van de sputumonderzoeken kan die informatie wel geven. De arts moet dan bevestigen dat dit organisme wel degelijk het oorzakelijk organisme is. De arts moet gevraagd worden om dit besluit dan ook in het patiëntendossier te noteren; en dit moet gedaan worden vooraleer een code voor de specifieke pneumonie wordt gecodeerd. De diagnose van een fractuur kan wel het bot aangeven dat gebroken is maar niet het specifiek deel van het bot, informatie die nodig is om correct te kunnen coderen. De radiografieën kunnen dat detail wel weergeven.

Bepaalde instellingen ontwikkelen hun persoonlijke codeerregels om aan te geven wanneer een arts moet bevestigd worden. Indien een laboresultaat afwijkende waarden heeft en de arts beslist om andere testen te laten doen om een aandoening te evalueren of een behandeling op te volgen, is het noodzakelijk om de arts te bevragen of er geen bepaalde diagnose moet geregistreerd worden. Het kan echter niet zijn dat een instelling interne codeerregels ontwikkelt die abnormale bevindingen interpreteert zonder dat er enige artsdocumentatie is of zonder dat de arts hierover bevestigd wordt.

Volgende voorbeelden illustreren diagnoses die regelmatige neergeschreven worden met onvoldoende informatie maar die specifiekere kunnen gecodeerd worden door het patiëntendossier na te lezen of door de arts om bevestiging te vragen. Noteer de codewijziging wanneer er meer informatie beschikbaar is na artsbevestiging:

- | | | |
|----------------------------------|-------|---------------------------------|
| - Diagnose: | C53.9 | Cervixkanker |
| - Anatomopathologisch onderzoek: | D06.9 | Carcinoma in situ van de cervix |
| - Diagnose: | N39.0 | Urineweginfectie |

| | | |
|-----------------|-------------|--|
| Labo resultaat: | N39.0+B96.2 | E. Coli in de urine |
| - Diagnose: | S72.90xA | Fractuur van de femur, eerste contact |
| RX: | S72.21xB | Open fractuur, subtrochanterisch, nek van de rechter femur, eerste contact |

De toewijzing van de code gebeurt over het algemeen op basis van de documentatie van de behandelende arts. Het is toegelaten om de juiste code te coderen op basis van de documentatie van andere artsen (bvb. consulterende artsen, anesthesisten) die betrokken zijn bij de zorg en de behandeling van de patiënt, voor zover deze informatie niet contradictorisch is. De arts moet niet altijd bevraagd worden wanneer een andere arts, betrokken bij de zorg of behandeling, zoals een consulterende arts, de diagnose gedocumenteerd heeft en deze niet in tegenspraak is met deze van de collega's. Indien de documentatie van verschillende artsen elkaar tegensprekt zal de behandelende arts bevraagd worden om een besluit te vellen, omdat hij eindverantwoordelijke is voor de finale diagnose.

Indien voor gehospitaliseerde patiënten de behandelende arts de anatomopathologische of radiologische bevindingen niet bevestigt, vraagt u hem of haar over de relevantie van deze bevindingen en vraagt u dit duidelijk in het dossier te bevestigen. Niettegenstaande de anatomopatholoog of de radioloog duidelijke interpretaties geeft op basis van weefselonderzoek of medische beeldvorming, is dit niet hetzelfde als de medische diagnose door de behandelende arts omdat deze het totale klinisch plaatje in ogenschouw neemt. De behandelende arts is verantwoordelijk voor en direct betrokken bij de zorg en de behandeling van de patiënt. De diagnose gesteld door een anatomopatholoog op een weefselonderzoek of deze van een radioloog op een medische beeldvorming is niet dezelfde als de diagnose gesteld door een arts die direct betrokken is bij de patiëntenzorg. Bijvoorbeeld, als de behandelende arts schrijft dat het gaat over een "massa in de borst" en de anatomopatholoog een "carcinoom van de borst" noteert, dan is dat conflicterende informatie waarvoor de behandelende arts moet bevraagd worden.

Voor de registratie van dagopnames zowel in het ziekenhuis als zelfstandige dagklinieken, mogen codes toegekend worden enkel op basis van labo, anatomopathologische en radiologische neergeschreven resultaten.

In bepaalde ziekenhuizen zijn ander zorgverstrekkend personeel, zoals verpleegkundigen en artsensistenten betrokken bij de zorg van de patiënt en documenteren diagnoses in het patiëntendossier. Het is toegelaten de codering te baseren op deze documentatie als die personen toegelaten worden door de overheid en de instelling om een diagnose te stellen. Binnen de ICD-10-CM officiële codeerregels wordt met de term "zorgverstrekker" de behandelende arts bedoeld of elke gekwalificeerde zorgverstrekker die wettelijk toegelaten wordt een patiëntendiagnose te stellen.

Niet alle te coderen behandelingen of procedures tijdens een opname of een contact worden door een arts gedocumenteerd. Het is toegelaten een procedurecode te coderen op basis van de documentatie van een niet-arts zorgverstrekker die de behandeling heeft toegediend. Dit geldt enkel voor de codering van de procedures waarvoor er documentatie is om de codering te onderbouwen. Dit is niet van toepassing op de diagnoses. De documentatie van de niet-arts zorgverstrekker die de behandeling heeft toegediend kan de enige documentatie zijn die ter beschikking staat. Dit is vooral het geval voor het plaatsen van infusen door verpleegkundigen of de behandelingen toegediend door kinesisten of ergotherapeuten.

Patiëntendossiers voor dagopnames bevatten doorgaans veel minder informatie dan deze voor gehospitaliseerde patiënten. Toch zal de codeerder alle beschikbare informatie nalezen vooraleer een code te coderen. De codering is afhankelijk van de beschikbare informatie op het ogenblik van de codering.

Ambulante dossiers beschikken vaak over "de reden voor het contact" (RVC). Deze RVC worden steeds geregistreerd bij elke ongepland contact (bvb. Spoedcontacten) om uiteindelijk de hoofdreden te kennen waarvoor de patiënt hulp zoekt. Deze reden kan verschillend zijn van de uiteindelijke diagnose die de arts stelt op het einde van een contact. Er kan slechts één diagnose als opnamediagnose geregistreerd worden. Bij de invoering van de nieuwe elektronische registratie zal het mogelijk zijn om drie opnamediagnosen mee te geven.

De “aanwezig bij opname (POA)” indicator is een bijkomend item dat verplicht moet geregistreerd worden bij elke diagnose. Hierbij wordt verwezen naar bijlage B van dit handboek voor bijkomende informatie.

HOOFDSTUK 6

BASISSTAPPEN IN DE ICD-10-CM CODERING

OVERZICHT

- Er zijn drie basistappen om de codes toe te kennen.
 - o Zoek naar de hoofdterm in de alfabetische index. Zoek naar subtermen, notities en kruisverwijzingen.
 - o Controleer de gevonden code in de systematische index.
 - o Ken de geverifieerde code of codes toe.
- Het is belangrijk om de algemene codeerregels onder de knie te hebben, vooraleer naar de volgende hoofdstukken te gaan.

LEERDOELSTELLINGEN

Na het doornemen van dit hoofdstuk bent u in staat om:

- Termen in de alfabetische index op te zoeken.
- De weg te volgen wanneer er discrepanties zijn tussen de alfabetische index en de systematische index.
- De basis codeertechnieken toe te passen.

TERMEN OM TE KENNEN

Alfabetische index voor de diagnoses en letsels en de index voor de uitwendige oorzaken van letsels

Deze omvatten de hoofdtermen (ziekten, aandoeningen, of letsels) en subtermen (de plaats, het type, of de etiologie), de tabel voor de nieuwvormingen, en de tabel voor de medicatie en chemicaliën.

Systematische index

Bevat de categorieën, de subcategorieën en de toegelaten codes.

TE HERINNEREN ...

U kunt pas beginnen te coderen als u de hoofddiagnose en alle te registreren nevendiaagnosen binnen het patiëntendossier bepaald heeft.

INLEIDING

Eens het patiëntendossier doorgenomen werd om de juiste hoofddiagnose en nevendiaagnosen te weerhouden, die moeten en mogen gecodeerd worden, moet men volgende stappen doorlopen om de codes toe te kennen:

1. Zoek de juiste hoofdterm in de alfabetische index.
 - a. Volg de subtermen en niet essentiële modificatoren die aan deze hoofdterm gerelateerd zijn.
 - b. Volg de kruisverwijzingen.
 - c. Lees de notities of bijkomende informatie in de alfabetische index.
 - d. Een streepje (-) op het einde van een code in deze alfabetische index betekent dat er nog bijkomende karakters nodig zijn.
2. Controleer de code in de systematische index.
 - a. Lees de omschrijving van de code.
 - b. Lees en volg de instructies bij deze code. Ga naar andere codes, zoals beschreven.
 - c. Gebruik een bijkomend karakter ter volledigheid, zoals aangegeven.
 - d. Bepaal de lateraliteit (links, rechts) indien deze keuzemogelijkheid zich voordoet.
3. Ken de code of codes toe.

Deze stappen moeten steeds, zonder uitzondering, opgevolgd worden; elke aandoening moet eerst opgezocht worden in de alfabetische index, om nadien geverifieerd te worden in de systematische index. Geheugenwerk of enkel opzoeken in de systematische index, zal vroeg of laat tot oncorrecte codering aanleiding geven.

LOKALISEER DE AANDOENING IN DE ALFABETISCHE INDEX

De eerste stap is de aandoening te lokaliseren in de alfabetische index. In de ICD-10-CM wordt de aandoening als hoofdterm in de alfabetische index teruggevonden. Algemene termen als “admission (opname voor)”, “encounter (contact voor)”, en “examination (onderzoek van)” zijn dikwijls de toegangsweg voor de Z-codes. Sommige aandoeningen vindt men terug onder verschillende termen. Zo zal bijvoorbeeld een angstreactie teruggevonden worden onder:

Anxiety ...
-reaction F41.1

Reaction ...
-anxiety F41.1

Indien de term niet wordt teruggevonden, moet de codeerder onder een synoniem, eponiem of een andere alternatieve term zoeken. Eens de hoofdterm gevonden wordt, zoekt men verder onder de subtermen, de notities en de kruisverwijzingen. Subtermen bevatten meer specifieke informatie van allerhande aard en moeten zorgvuldig nagekeken worden, volgens de alfabetregels van de alfabetische index. De algemene code bij de hoofdterm kan alleen maar gebruikt worden als alle subtermen geen verdere specificiteit bieden. Tijdens het coderen zal men dus regelmatig moeten teruggaan naar het patiëntendossier om specifieke informatie op te zoeken en zo de meest specifieke code te kunnen gebruiken. Als er geen subtermen voorhanden is, dan moet de niet essentiële modificatoren nakijken en daar terug te vinden is. Tenslotte moet men zich misschien wenden tot alternatieve termen om de aandoening te coderen.

OEFENINGEN 6.1

Zonder de alfabetische index te raadplegen, onderstreept u de hoofdterm in volgende diagnosen.

1. Acuut myocard infarct.
2. Chronische hypertrofie van de tonsillen en adenoïden.
3. Acute etterende cholecystitis.
4. Aorta aneurysm door syfilis.
5. Normale, spontane bevalling van een à term baby.
6. Overdosis aan barbituraten.
7. Urineweg infectie door E. Coli.
8. Bloedende pneumonie.
9. Opname voor het afstellen van een kunstarm.
10. Bilaterale liesbreuk.

KIJK DE GEVONDEN CODE NA IN DE SYSTEMATISCHE INDEX

Van zodra een code gevonden wordt in de alfabetische index, moet de codeerder die nakijken in de systematische index; er mag nooit gecodeerd worden zonder dit nazicht. Naast de codeomschrijving moet de codeerder de titel van het hoofdstuk, de sectie en de categorie bekijken, om er zich te vergewissen dat het wel de correcte code is. Zelfs al is de codeomschrijving in de systematische index niet altijd overeenkomt met de alfabetische index, is het echter meestal duidelijk of die wel van toepassing is. Bijvoorbeeld:

- Appendicitis (K37) heeft een bijkomende modifier "unspecified (niet gespecificeerd)" in de systematische index. Hierdoor wordt de codeerder erop attent gemaakt dat een andere code moet gebruikt worden wanneer de appendicitis in het patiëntendossier wel gespecificeerd wordt.
- Pijnlijke menstruatie (N94.6) heeft de omschrijving '**Dysmenorrhea, unspecified**' in de systematische index. Niettegenstaande de omschrijvingen in de alfabetische index en de systematische index niet identiek zijn, is het duidelijk dat het hier over dezelfde aandoening gaat.

Indien er een grote discrepantie is tussen de omschrijving in de alfabetische index en de systematische index, moet de codeerder alert zijn en in de alfabetische index naar een correctere term zoeken.

Alle instructies en notities moeten gelezen en opgevolgd worden, in het bijzonder de exclusies. Over het algemeen zal de code onder de hoofdterm een algemene, vage code zijn voor een ongespecificeerde aandoening. Het is dus noodzakelijk om rond deze gevonden code naar een eventueel meer specifieke code te zoeken.

CODEERVOORBEELDEN

Hieronder volgen enkele voorbeelden waarbij de stappen beschreven worden om de correcte code te vinden:

- **Hirsutisme**
 - o Zoek naar de hoofdterm 'Hirsutism' in de alfabetische index en u vindt de code L68.0. Noteer dat er geen subtermen zijn. Controleer de code L68.0 in de systematische index. In zowel de alfabetische als de systematische index is de omschrijving identiek, zodat de code L68.0 gerust kan toegekend worden.
- **Obstructie van de vena porta**
 - o In de alfabetische index vindt u onder de hoofdterm 'Obstruction' en de subterm 'portal (circulation)(vein)' de code I81. In de systematische index vindt u een bijkomende notitie 'portal (vein) obstruction'. Indien u niet zeker bent of een trombose en een obstructie dezelfde aandoeningen zijn binnen de codering, kijkt u dit na via de hoofdterm 'Thrombosis'.
- **Een abces van de buikwand door stafylokokken**
 - o In de alfabetische index zoekt u via de hoofdterm 'Abscess', subterm 'abdomen, abdominal', en de subterm 'wall'. U komt uit bij de code L02.211. In de systematische index vindt u een 'use additional code'. U leest daar dat een bijkomende code moet gecodeerd worden om het etiologisch organisme weer te geven (B95-B96). U vindt deze extra informatie onder de titel van het hoofdstuk L02. In de alfabetische index zoekt u onder 'Infection, staphylococcal' en subterm 'as cause of disease classified elsewhere' waar men u verwijst naar de code B95.8. In de systematische index verwijst dit naar 'Unspecified staphylococcus as the cause of disease classified elsewhere'. Raadpleeg het patiëntendossier om na te gaan of u niet meer informatie vindt over het type stafylokok. Indien dit wel het geval is kunt u ofwel de code B95.61, B95.62, of B95.7 gebruiken; indien niet zal B95.8 als nevendiagnose gezet worden.
- **Aplasia van de a. pulmonalis**
 - o In de alfabetische index vindt u onder de hoofdterm 'Aplasia' geen subterm voor de 'pulmonary artery', maar er is wel een kruisverwijzing naar 'see also Agenesis'. U voert deze kruisverwijzing uit en zoekt onder de hoofdterm 'Agenesis'. Daar ziet u onmiddellijk dat er meer specifieke subtermen aanwezig zijn, o.a. voor de 'artery, pulmonary', met de code Q25.79. De

omschrijving in de systematische index is 'Other congenital malformations of pulmonary artery', en is duidelijk de juiste code voor deze aandoening. Het bewijs dat dit wel de juiste code is, vindt u in de omschrijvingen onder deze code, waar 'agenesis of pulmonary artery' opgelijst staat.

- **Acute bronchopneumonie door aspiratie van oliën**

- o Kijk onder de hoofdterm 'Bronchopneumonia' in de alfabetische index. U ziet daar de kruisverwijzing 'see Pneumonia, broncho'. U volgt deze kruisverwijzing door naar de hoofdterm 'Pneumonia (acute)(double)(migratory)... ' te gaan. Noteer dat de term 'acute' tussen de niet essentiële modificatoren staat, meer bepaald tussen ronde haakjes onder de hoofdterm '**Pneumonia**'. Deze niet essentiële modifier is ook van toepassing op de subtermen en wijzigt de code niet. Zoek verder onder de subtermen:
Pneumonia (acute)(double)(migratory) ...
-bronchho-, bronchial (confluent)(croupous)
(diffuse)(dissminated)(hemorrhagic)...
-aspiration – see Pneumonia, aspiration'.

U ziet een nieuwe kruisverwijzing 'see Pneumonia, aspiration'. Onder deze subterm 'aspiration' vindt u de code J69.0. Wanneer u alle doorlopen termen nakijkt ziet u dat u bijna alles hebt teruggevonden van wat u zocht, behalve 'van oliën'. Onder de subterm 'aspiration' zijn er nog subtermen 'due to' en daaronder 'oils and essences' die u uiteindelijk naar de code J69.1 leiden. In de systematische index wordt de code J69.1 omschreven als 'Pneumonitis due to inhalation of oils and essences'. Niettegenstaande de omschrijving niet identiek is als het gevraagde, leunt deze wel heel dicht hierbij aan en is het duidelijk dat dit wel de correcte code zal zijn. Ken de code J69.1 toe omdat alle onderdelen van de diagnose hierin omvat zijn en er daarenboven geen instructies of notities zijn die dit tegenspreken.

HERHALINGSOEFENINGEN 6.2

Gebruik de alfabetische en systematische index om volgende diagnoses te coderen.

1. Chronische hypertrofie van de tonsillen en adenoïden J35.3
2. Fibrocystische aandoening van de borst (vrouw) N60.19
3. Acute etterende mastoiditis met een subperiostaal abces H70.019
4. Recidiverende, linker, directe liesbreuk met gangreen K40.41
5. Acute bovenste luchtwegen infectie door influenza J11.1
6. Goedaardige cyste van de rechter borst N60.01
7. Bunion van de rechter grote teen M20.11
8. Een niet verplaatste abductie fractuur van het voorste deel van het acetabulum, volgende opname met normale heling S32.436D
9. Bronchiëctasieën met acute bronchitis J47.0
10. Acuut bloedend peptisch ulcus K27.0
11. Dementie met agressief gedrag F03.91
12. Erfelijke retinadegeneratie H35.9

HOOFDSTUK 7

Basis ICD-10-CM codeerregels

OVERZICHT

- Er zijn basisregels die elke codeerder moet volgen.
- Het is belangrijk om zowel de alfabetische als de systematische index te gebruiken tijdens het coderen.
 - o Alle instructies moeten gevolgd worden.
 - o Zelfs al kent u bepaalde codes uit het hoofd, toch moet u zowel de alfabetische als de systematische index nakijken.
- Gebruik steeds codes met het hoogste detail.
 - o Alle karakters moeten gebruikt worden.
 - o Geen enkel karakter kan overgeslagen worden of toegevoegd worden.
- NEC en NOS codes mogen enkel toegekend worden indien ze toepasselijk zijn.
- Combinatie codes moeten gebruikt worden indien ze bestaan.
 - o Ken verschillende codes toe om de aandoening volledig te omschrijven.
 - o Vermijd irrelevante informatie te coderen.

LEERDOELSTELLINGEN

Na het doornemen van dit hoofdstuk bent u in staat om:

- Het niveau van detail te kennen om een code toe te kennen.
- Te verstaan hoe gecombineerde codes moeten gebruikt worden.
- Te verklaren waarom verschillende codes moeten gebruikt worden om een aandoening volledig te beschrijven.
- Te weten dat een niet bevestigde diagnose toch als bevestigd kan gecodeerd worden onder bepaalde omstandigheden.
- Het verschil uit te leggen tussen “uit te sluiten” en “uitgesloten”.
- Acute en chronische aandoeningen te coderen.
- Een aandoening te coderen die omschreven staat als ‘dreigend’ of ‘laat gevolg van’.

TERMEN OM TE KENNEN

Combinatiecode

Een enkele code die gebruikt wordt om twee diagnoses, een diagnose met een secundaire aandoening, of een diagnose met een geassocieerde complicatie weer te geven.

NEC

Not elsewhere classified

NOS

Not otherwise specified

“Uit te sluiten”

Geeft aan dat een diagnose nog steeds mogelijk is.

“Uitgesloten”

Geeft aan dat een diagnose uitgesloten is en dus niet langer meer weerhouden wordt.

TE HERINNEREN ...

Wenst u de recentste versie van de ICD-10-CM officiële codeerregels dan gaat u naar:
www.ahacentraloffice.org

INLEIDING

De basis codeerregels die in dit hoofdstuk worden beschreven zijn van toepassing voor de ganse ICD-10-CM classificatie. Het opvolgen van deze regels is noodzakelijk om accuraat te coderen en correct de volgorde van de codes te bepalen. Richtlijnen die van toepassing zijn voor specifieke hoofdstukken in de ICD-10-CM worden in de desbetreffende hoofdstukken besproken. Om de meest recente versie te hebben van de officiële codeerregels moet u zich wenden tot de website van de FOD Volksgezondheid. Dit handboek werd opgesteld op basis van de richtlijnen 2013. Het naleven van de ICD-10-CM codeerregels wordt vereist door de overheid. Instructies en conventies binnen de classificatie hebben voorrang op deze algemene codeerregels.

GEBRUIK ZOWEL DE ALFABETISCHE ALS DE SYSTEMATISCHE INDEX

Sectie 1 van de officiële ICD-10-CM richtlijnen bevat de conventies, de algemene codeerregels en de hoofdstuk specifieke richtlijnen. De conventies binnen ICD-10-CM zijn de algemene regels om de classificatie te gebruiken, onafhankelijk van de codeerregels. Deze conventies bevinden zich in de alfabetische en systematische index van ICD-10-CM onder de vorm van instructies.

Het eerste basisprincipe is zowel de alfabetische als de systematische index te gebruiken om de juiste code te vinden. De diagnose, de aandoening of de reden voor het contact die moet gecodeerd worden, moet eerst in de alfabetische index opgezocht worden om nadien te verifiëren in de systematische index. De alfabetische index bevat niet de volledige code. De selectie van de volledige code, alsook de keuze van de lateraliteit of het beschikbare zevende karakter, kan alleen gebeuren door gebruik te maken van de systematische index. De codeerder moet alle instructies volgen zodat meer specifieke subtermen of andere instructies niet over het hoofd worden gezien. Ervaren codeerders steunen dikwijls op hun geheugen om courante codes te gebruiken, maar zowel de alfabetische als de systematische index moeten sowieso gebruikt worden, onafhankelijk hoe ervaren de codeerder wel is.

GEBRUIK ENKEL CODES MET DE HOOGSTE GRAAD AAN DETAIL

Een tweede basisprincipe is dat de code gebruikt moet worden die de hoogste graad aan detail weergeeft. Dit kan gebeuren met volgende stappen:

1. Ken enkel een drie karakter code toe wanneer die geen verdere onderverdelingen heeft (wanneer er geen vierde karaktercode binnen deze categorie aanwezig is).
2. Ken enkel een vierde karaktercode toe wanneer er geen vijfde karaktercode aanwezig is in deze subcategorie.
3. Ken enkel een vijfde karaktercode toe wanneer er geen zesde karaktercode beschikbaar is binnen deze subcategorie.
4. Ken een zesde karaktercode toe wanneer dit de laagste subcategorie is.
5. Ken een zevende karakter toe wanneer die keuze toegelaten wordt.

Alle karakters moeten gebruikt worden. Geen enkel karakter kan weggelaten of toegevoegd worden. De enige uitzondering voor deze regel is het gebruik van 'x' als plaatshouder. Codes met minder dan zes karakters waarbij een zevende karakter moet gebruikt worden, zal men aanvullen met "x" voor alle lege plaatsen vóór dat zevende karakter. Het zevende karakter moet en zal altijd het zevende karakter zijn. Een voorbeeld van deze uitzondering zijn de categorieën T36-T50 (poisoning, adverse effects, en underdosing codes).

De volgende voorbeelden demonstreren de basis codeerprincipes:

- Kijk in de systematische index onder de categorie J40, Bronchitis, not specified as acute or chronic. De code J40 heeft geen vierde karakteronderverdeling; om die reden mag een drie karaktercode toegekend worden.
- Kijk naar de systematische index onder de categorie K35, Acute appendicitis. Deze categorie bevat een vierde karakter om weer te geven of er een algemene of gelokaliseerde peritonitis aanwezig is. Om die reden kan de code K35 nooit gebruikt worden.
- Kijk naar de systematische index onder de categorie J45, Asthma. Categorie J45 heeft vijf vierde karakteronderverdelingen (J45.2, J45.3, J45.4, J45.5, en J45.9). Er is ook een vijfde karakteronderverdeling om aan te geven of er sprake is van een status asthmaticus of een acute exacerbatie. Elke code onder de categorie J45 moet dus een vijfde karakter hebben (voor de subcategorieën J45.2-J45.5) of zes karakters (voor de subcategorie J45.9), teneinde correct te coderen.
- Kijk naar de systematische index onder de categorie T27, Burn and corrosion of respiratory tract. Categorie T27 heeft acht vierde karakteronderverdelingen om weer te geven of de aandoening een brandwonde of een corrosie is en om meer detail te geven over het deel van de luchtwegen dat aangetast wordt. Een algemene opmerking bij categorie T27 bepaalt dat er een zevende karakter moet toegevoegd worden bij elke code uit deze categorie. Omdat de codes van categorie T27 slechts vier karakters lang zijn zal "x" als plaatshoudend karakter gebruikt worden voor het vijfde en zesde karakter vooraleer het zevende karakter gekozen wordt. Zo zal, bij wijze van voorbeeld, de verbranding van de larynx en de trachea gecodeerd worden met de code T27.0xxA.

GEbruik DE RESTERENDE CODES NEC EN NOS INDIEN VAN TOEPASSING

De hoofdterm in de alfabetische index wordt doorgaans gevolgd door een code voor een niet gespecificeerde aandoening. Deze code zal nooit zomaar toegekend worden zonder dat alle subtermen worden nagekeken om te zien of er een meer specifieke code voorhanden is. Indien de codeerder geen meer specifieke code vindt in de alfabetische index, dan zal men toch de instructies en inclusies onder de drie, vier vijf karaktercodes in de systematische index nalezen. De NOS (not otherwise specified) code zal nooit gebruikt worden wanneer een meer specifieke code aanwezig is. De volgende voorbeelden illustreren dit codeerprincipe:

- Kijk in de alfabetische index naar een niet traumatisch hematoom van de borst, dat geclassificeerd wordt onder de code N64.89. Dit zijn 'overige' specifieke aandoeningen van de borst. Niettegenstaande de diagnose vrij specifiek is, wordt geen meer specifieke code voorzien.
- Kijk in de alfabetische index onder flebitis (phlebitis). De niet gespecificeerde flebitis wordt gecodeerd met de code **I80.9, Phlebitis and thrombophlebitis of unspecified site**. Veronderstel dat, door het grondig nalezen van het patiëntendossier, gezien wordt dat het hier gaat om een flebitis van het onderste lidmaat maar ook van de rechter vena poplitea. De meer specifieke **code I80.221, Phlebitis and thrombophlebitis of right popliteal vein**, zal dan hier toegekend worden.

GEbruik COMBINATIECODES INDIEN ZE BESTAAN

Eén enkele code die twee diagnoses, een diagnose met een secundair proces (manifestatie), of een diagnose met een geassocieerde complicatie klasseert, noemt men een combinatiecode. Combinatiecodes vindt men terug in de alfabetische index tussen de subtermen en staan dikwijls onder "with", "due to", "in", en "associated with". Andere combinatiecodes vindt men terug onder de inclusies en exclusies in de systematische index.

Enkel de combinatiecode zal gebruikt worden wanneer deze volledig de diagnose omschrijft of wanneer de alfabetische index het zo bepaalt. Bijvoorbeeld:

K80.00 Acute cholecystitis with cholelithiasis
J02.0 Acute pharyngitis due to streptococcal infection
K41.11 Bilateral recurrent femoral hernia with gangrene
H40.812 Glaucoma with increased episcleral venous pressure, left eye

OEFENINGEN 7.1

Codeer de volgende diagnoses

1. Influenza met gastro-enteritis J11.2
2. Acute cholecystitis met cholelithiasis en choledocholithiasis K80.62
3. Meningitis door een Salmonella infectie A02.21
4. Coronaire atherosclerose (oorspronkelijk bloedvat) met onstabiele angor I25.110

Soms zal de combinatiecode de manifestatie of de complicatie onvoldoende beschrijven, zodat er in dergelijke gevallen een bijkomende code mag gebruikt worden. De codeerder zal hierdoor, in de systematische index, via bijkomende instructies geleid worden naar bijkomende codes, om meer specificiteit weer te geven. Bijvoorbeeld, de code O99.01-klasseert de anemie die de zwangerschap compliceert. Omdat hierbij niet het type van anemie wordt weergegeven, zal dit moeten gebeuren door een extra code te kiezen.

GEBRUIK MEERDERE CODES INDIEN NODIG

Multipel coderen is het gebruik van verschillende codes om de componenten van een complexe diagnose of procedure gegevens te identificeren. Een complexe aandoening is er één waarbij volgende woorden gebruikt worden: “with”, “due to”, “incidental to”, “secondary to”, of gelijkaardige terminologie.

De codeerder zal in de systematische index j geleid worden naar bijkomende codes die extra specificiteit weergeven. Wanneer er geen combinatiecode bestaat, zullen er meerdere codes moeten gebruikt worden om de aandoening volledig te beschrijven, ongeacht bijkomende instructies.

Verplichte multipele codering

De term “dubbele classificatie” wordt gebruikt wanneer er twee codes moeten toegekend worden om informatie weer te geven over zowel de manifestatie als de geassocieerde onderliggende oorzaak of etiologie. Verplichte multipele codering wordt in de alfabetische index weergegeven door de tweede code tussen vierkante haakjes te zetten. De eerste code geeft de onderliggende oorzaak weer en de tweede code de manifestatie. Beide codes moeten dus gebruikt worden in de volgorde zoals aangegeven.

In de systematische index wordt het ‘dubbel coderen’ aangegeven door de instructie “use additional code” bij de code voor de onderliggende oorzaak, en de instructie “code first underlying condition” bij de manifestatie code. In gedrukte ICD-10-CM versies zal de manifestatiecode schuin afgedrukt worden. Manifestatiecodes kunnen nooit als hoofddiagnose gezet worden, een code voor de onderliggende oorzaak moet eerst geplaatst worden, tenzij anders aangegeven. Een code tussen vierkante haakjes in de alfabetische index kan dus alleen als nevendiagnose gebruikt worden. Bijvoorbeeld:

G20 + F02.80 Dementia in Parkinson’s disease
D66 + M36.2 Arthritis in hemophilia

OEFENINGEN 7.2

Codeer volgende aandoeningen door rekening te houden met de juiste sequentie van de codes.

1. Amyloïd hart E85.4 + I43
2. Chorioretinitis door histoplasmosis B39.9 + H32
3. Gecombineerde ruggenmergdegeneratie met anemie door een vitamine B12 deficiëntie in de voeding D51.3 + G32.0
4. Otomycosis, rechter oor B36.9 + H62.41
5. Cataract door galactosemie E74.21 + H28

Vrije multipele codering

De instructie “code first” staat in de systematische index soms onder codes die niet altijd manifestatie codes zijn, maar wel codes die door een onderliggende aandoening kunnen veroorzaakt worden. Wanneer er een “code first” instructie is en de onderliggende oorzaak is aanwezig (gekend), dan zal die als eerste gecodeerd worden. Bijvoorbeeld, maligne ascites (R18.0) heeft een instructie “code first the malignancy such as: malignant neoplasm of ovary (C56.-)”. In dergelijk geval zal de code C56.- eerst gecodeerd worden, gevolgd door de code R18.0.

De instructie “code, if applicable, any causal condition first” zegt dat meerdere codes moeten gebruikt worden, enkel en alleen als de oorzakelijke aandoening als aanwezig gedocumenteerd is. Bijvoorbeeld “Other retention of urine (R33.8)” zegt dat de code voor een vergrote prostaat (N40.1) eerst moet gecodeerd worden, enkel en alleen als die de oorzaak is van de urinaire retentie en ook zo gedocumenteerd wordt.

De instructie “use additional code” zegt dat meerdere codes moeten gebruikt worden enkel en alleen als die aandoening aanwezig en gedocumenteerd is. Voorbeelden:

- Maligne neoplasma van de tongbasis (C01) vraagt een bijkomende code voor het tabakgebruik (Z87.891), enkel wanneer dit gebruik gedocumenteerd wordt in het patiëntendossier.
- Een urineweg infectie (N39.0) vraagt om het oorzakelijke organisme erbij te coderen, indien het gedocumenteerd wordt; zoals een positieve E. Coli cultuur (B96.20).

OEFENINGEN 7.3

Codeer de volgende diagnoses

1. Acute cystitis door een E. Coli infectie N30.00 + B96.2
2. Alcoholische gastritis door chronisch alcoholisme K29.20 + F10.20
3. Diverticulititis van het colon met een intestinale bloeding K57.33
4. Diabetische neuralgie bij een type2 diabetespatiënt die onder insuline staat E11.42 + Z79.4
5. Erythema multiforme met arthritis L51.9 + M14.80
6. Fulminante hepatitis, type A, met hepatisch coma B15.0

Vermijd willekeurige multipele codering

Het willekeurig coderen van irrelevante informatie moet vermeden worden. Zo is het niet nodig symptomen of tekens karakteristiek voor of die integraal deel van een diagnose te coderen. Men zal ook nooit codes toekennen die enkel gebaseerd zijn op bevindingen van diagnostische testen zoals labo-uitslagen, radiologieprotocollen of electrocardiografische onderzoeken, tenzij de diagnose door de arts bevestigd wordt. Deze regels wijken af voor de dagopnames waar patiënten soms opgenomen worden voor het uitvoeren van diagnostische onderzoeken die zullen geïnterpreteerd worden door de arts. Codes zullen nooit toegekend worden als ze niet voldoen aan de MG-MZG regels (minimale klinische gegevens). Zo zullen in het patiëntendossier gegevens vermeld zijn zoals een diafragma hiatus hernia, een atelectase en een rechter bundel tak block zonder verdere zorg of onderzoek. Het toekennen

van codes is hier ongebruikelijk tenzij de behandelende arts het documenteert als belangrijk voor die zorgepisode.

Onspecifieke codes zullen nooit toegekend worden wanneer er een meer specifieke code bestaat voor diezelfde aandoening. Bijvoorbeeld zal men de code voor diabetes met niet gespecificeerde complicaties (E11.8) nooit gebruiken, wanneer een code voor diabetes met niercomplicaties (E11.29) voor diezelfde episode al gebruikt werd.

Lateraliteit

ICD-10-CM heeft de mogelijkheid om informatie weer te geven over aandoeningen die bilaterale lichaamsdelen aantasten. In dergelijke gevallen zal het laatste karakter gebruikt worden om de lichaamszijde weer te geven (links of rechts). Indien er geen cijfer beschikbaar is om die bilateraliteit weer te geven en de aandoening doet zich toch langs beide lichaamszijden voor, dan kent men twee afzonderlijke codes toe, één voor de linker en één voor de rechter kant.

Indien de kant niet gespecificeerd wordt in het patiëntendossier, gebruikt men de code voor de niet gespecificeerde kant. Bijvoorbeeld:

| | |
|--------|----------------------------------|
| Q70.10 | Webbed fingers, unspecified hand |
| Q70.11 | Webbed fingers, right hand |
| Q70.12 | Webbed fingers, left hand |
| Q70.13 | Webbed fingers, bilateral |

CODEER WAARSCHIJNLIJKE DIAGNOSEN ALS BEVESTIGD

Als een diagnose voor een gehospitaliseerde patiënt, bij ontslag, gelabeld wordt als “waarschijnlijk”, “mogelijks”, “verdacht van”, “lijkend op”, “misschien”, “?”, of “uit te sluiten”, dan wordt die aandoening gecodeerd als zijnde aanwezig. Andere termen die gebruikt kunnen worden zijn “overeenstemmend met”, “suggestief voor”, “zou kunnen zijn”, en “vergelijkbaar met”. Noteer dat er hier een uitzondering is, namelijk de codering van de HIV infectie / ziekte en de influenza aandoeningen door bepaalde geïdentificeerde virussen (zoals de vogelgriep of de H1N1 virus influenza). Codeer enkel aandoeningen die weerhouden worden door de arts in zijn dossier. De regel over waarschijnlijke diagnoses is niet van toepassing voor de dagopnames. Voor die patiënten codeert men met de hoogste graad van waarschijnlijkheid symptomen, tekenen en abnormaliteiten (als er geen diagnose bekend is).

Voorbeelden:

| | |
|--|--------|
| Een patiënt wordt opgenomen met een ernstige veralgemeende abdominale pijn. De arts schrijft bij ontslag: abdominale pijn waarschijnlijk door een acute gastritis. Enkel de code voor gastritis wordt toegekend en de pijn zit impliciet hierin. | K29.00 |
| Een patiënt wordt ontslagen met de uiteindelijke diagnose van een mogelijks peptisch ulcus waarbij verder onderzoek noodzakelijk is. | K27.9 |
| Een patiënt wordt gehospitaliseerd en ontslagen met een mogelijks posttraumatisch niet psychotisch hersenletsel | F07.81 |
| Een patiënt wordt ambulante gezien voor een malaise. De arts besluit tot een mogelijks viraal syndroom. | R53.81 |

Men moet in het bijzonder opletten met het gebruik van niet bevestigde diagnosecodes voor epilepsie, HIV, en multipel sclerose als of deze aandoening zouden bevestigd zijn. Het willekeurig gebruik van deze codes kan ernstige gevolgen hebben voor de patiënt, zoals bij het bekomen van een rijbewijs, een job of sociale tegemoetkomingen. Artsen zijn er zich dikwijls niet van bewust dat de officiële codeerregels zeggen dat een diagnose gecodeerd wordt, ook al is ze niet bevestigd; het is belangrijk dat de codeur de arts eerst bevrage

vooraleer hij dergelijke belangrijke codes zou toekennen aan dergelijke niet bevestigde aandoeningen.

“Uit te sluiten” versus “Uitgesloten”

Het is belangrijk om een onderscheid te maken tussen de term “uit te sluiten” die aanduidt dat de diagnose als waarschijnlijk wordt aanzien, en de term “uitgesloten” die aangeeft dat de diagnose die eerst verondersteld werd nu niet meer weerhouden wordt.

Diagnosen die gelabeld worden als “uit te sluiten” zullen, bij gehospitaliseerde patiënten, gecodeerd worden zoals de diagnosen die als waarschijnlijk of mogelijk gecodeerd zijn. Een diagnose die “uitgesloten” wordt, wordt nooit gecodeerd. Indien een andere aandoening weerhouden wordt, zal die aandoening gecodeerd worden; anders wordt het aanwezige symptoom of de aanvangsdiagnose gecodeerd. Hieronder vindt u enkele voorbeelden van dit basisprincipe:

- Uit te sluiten: een maagzweer ... K25.9 [de aandoening wordt gecodeerd]
- Acute appendicitis wordt uitgesloten; een divertikel van Meckel wordt tijdens de ingreep gevonden ... Q43.0 [enkel de code voor het divertikel]
- Angiodysplasie van het colon, uit te sluiten ... K55.20 [aandoening wordt gecodeerd]

“Borderline” diagnosen

Aandacht moet besteed worden aan “borderline” diagnosen. Een “borderline” diagnose is niet hetzelfde als een onzekere (waarschijnlijkheids) diagnose en wordt dus ook anders gecodeerd. Borderline diagnosen worden als bevestigd gecodeerd tenzij er een specifieke code voor bestaat (bv. borderline diabetes). Indien een borderline diagnose een specifieke ICD-10-CM term heeft, dan wordt die zo gecodeerd. Omdat borderline diagnosen geen onzekere diagnosen zijn is er geen verschil tussen hospitalisaties en dagopnames. Vraag de arts om uitleg wanneer het patiëntendossier onduidelijk is.

ACUTE EN CHRONISCHE AANDOENINGEN

Wanneer een aandoening beschreven wordt als acuut (of subacuut) en chronisch, zal dit gecodeerd worden volgens de toegangswegen in de alfabetische index. Indien er afzonderlijke subtermen zijn voor acuut (of subacuut) en chronisch op het zelfde niveau van insprong binnen de alfabetische index, dan zullen beide codes toegekend worden, waarbij de code voor de acute aandoening eerst wordt gezet. (Noteer dat de term subacuut als acuut wordt gecodeerd indien er geen afzonderlijks subterm voor subacuut aanwezig is). Kijk in de alfabetische index naar acute en chronische bronchitis:

Bronchitis ...

- acute of subacute ... J20.9 ...
- chronic ... J42

Omdat beide subtermen op hetzelfde niveau van insprong staan worden beide codes toegekend waarbij de code J20.9 eerst wordt gezet.

Wanneer slechts één term als subterm staat en de andere tussen haakjes als niet essentiële modifier, zal enkel de code voor de subterm genomen worden. Bijvoorbeeld, de diagnose van een acute en chronische adenoïtis, dat men in de alfabetische index terugvindt als:

Adenoïtis (chronic) J35.02 ...

- acute J03.90

De enige code die toegekend wordt in deze situatie is J03.90, Acute tonsillitis, unspecified.

In sommige gevallen bestaat er een gecombineerde code voor een aandoening die als acuut en chronisch beschreven wordt. Bijvoorbeeld, de code J96.20 omvat zowel het acuut en chronische respiratoir falen. Wanneer er geen afzonderlijke ingangspoorten of subtermen zijn voor 'acuut (of subacuut)' en 'chronisch', zal men geen rekening houden met deze termen om de aandoening te coderen. Bijvoorbeeld, kijk naar de Mastopathy, cystic. Er is geen indeling voor acuut, noch chronisch, zodat de code N60.1- toegekend wordt.

OEFENINGEN 7.4

Codeer volgende diagnoses

1. Acute en chronische appendicitis K35.80 + K36
2. Subacute en chronische pyelonefritis N10 + N11.9
3. Acute en chronische cervicitis N72
4. Acute en chronisch abces van het brede uterine ligament N73.0 + N73.1
5. Acute en chronische canaliculitis H04.423

AANKOMENDE OF DREIGENDE AANDOENING

De keuze voor de code voor een aandoening die bij ontslag beschreven wordt als aankomend of dreigend is afhankelijk van het ogenblik waarop die aandoening dan plaats vindt. Indien ze plaats heeft gevonden, dan codeert men ze als bevestigde diagnose.

Als voorbeeld geven we een opname voor een dreigende premature bevalling na 28 weken zwangerschap. In het patiëntendossier ziet men dat het kind doodgeboren werd tijdens de opname. De code **O60.14x0, Preterm labor third trimester with preterm delivery third trimester, not applicable or unspecified**, wordt hier gebruikt omdat het verwachtte zich heeft voorgedaan.

Indien noch de aankomende of dreigende aandoening, noch een gerelateerde aandoening zich heeft voorgedaan, zal de codeerder, bij het raadplegen van de alfabetische index, zich twee vragen moeten stellen: Is de aandoening terug te vinden onder de hoofdterm "threatened" of "impending"? Is er een subterm onder de hoofdterm voor de aandoening, voor "impending" of "threatened"? Indien een dergelijke term beschikbaar is zal men die code gebruiken. Er zijn verschillende subtermen onder de hoofdtermen "Impending" en "Threatened", zoals er ook veel hoofdtermen zijn met als subterm "**Impending**" en "**Threatened**". Bijvoorbeeld, indien een patiënt opgenomen wordt met een dreigende abortus en deze wordt voorkomen, dan zal men de code **O20.0, Threatend abortion** toekennen omdat er een subterm "Threatened" onder de hoofdterm **Abortus** staat.

Indien geen van beide (sub)termen gevonden worden zal men de huidige aandoening coderen die aanwezig is; er wordt geen code gebruikt voor de aankomende of dreigende aandoening. Bijvoorbeeld, een patiënt wordt opgenomen met een dreigend gangreen van de onderste ledematen, maar dit gangreen werd voorkomen door een aangepaste therapie. Omdat het gangreen uiteindelijk niet aanwezig is, en omdat er geen toegangspoort is voor "impending gangrene", zal men zich moeten beperken tot de situatie die wel aanwezig was, namelijk een rode gezwollen huid (de situatie die een aankomend gangreen suggereert).

EENZELFDE AANDOENING MEERMAALS REGISTREREN

Elke unieke ICD-10-CM code mag slechts één maal geregistreerd worden voor een opname episode. Dit is van toepassing op zowel de bilaterale aandoeningen waarvoor er geen duidelijke lateraaliteitscode beschikbaar is, als voor twee verschillende aandoeningen die onder dezelfde ICD-10-CM code geklasseerd wordt.

LATE GEVOLGEN

Een laat gevolg is een residuele aandoening die overblijft op het einde van de acute fase van een ziekte of een letsel. Dergelijke aandoeningen kunnen zich op elk ogenblik voordoen na het acute letsel of de ziekte. Er wordt geen tijdspanne aangegeven om aan te geven of een aandoening een laat gevolg is van iets anders. Sommige late gevolgen kunnen zich snel ontwikkelen; anderen zeer langzaam nadat het originele letsel of aandoening al opgelost werd. Sommige aandoeningen na een trauma, zoals contracturen en littekenvorming, zijn inherente late gevolgen onafgezien hoe snel ze zich voordoen.

Late gevolgen kunnen als dusdanig gerapporteerd worden of als sequel van een voorafgaande ziekte of letsel. Het feit dat een aandoening een laat gevolg is kan afgeleid worden uit de diagnostische omschrijvingen zoals:

- Laat gevolg van
- Oude
- Ten gevolge van een voorafgaandelijk trauma of ziekte
- Volgend op een voorafgaandelijke ziekte of letsel
- Traumatisch, tenzij het evident is dat het om een actueel letsel gaat

OEFENINGEN 7.5

Markeer met een "X" wanneer de diagnostiek aangeeft dat het om een laat gevolg gaat van een letsel of een ziekte. In die gevallen onderstreept u het restletsel éénmaal en de oorzaak van het laat gevolg tweemaal.

1. Hemiplegie tengevolge van een voorafgaandelijk cerebrovasculair accident X
2. Gewrichtscontractuur na een fractuur van de rechter wijsvinder X
3. Scoliose door een oude kinderverlamming X
4. Peesletsel van de vinger, twee weken geleden; nu opname voor pees herstel
5. Keloïd vorming na een letsel negen maand geleden X
6. Mentale retardatie door een vroeger doorgemaakte virale encefalitis X

Lokaliseren van laat gevolg codes

Codes die een laat gevolg weergeven kunnen teruggevonden worden onder de hoofdterm "Sequelae" in de alfabetische index van de aandoeningen en letsels (met uitzondering van de laat gevolg codes voor ongevallen, vergiftigingen en bepaalde andere uitwendige oorzaken). Noteer dat ICD-10-CM slechts een beperkt aantal codes ter beschikking stelt om een laat gevolg te coderen:

- B90.0 - B90.9 Sequelae of tuberculosis
- B91 Sequelae of poliomyelitis
- B92 Sequelae of leprosy
- B94.0 – B94.9 Sequelae of other and unspecified infectious and parasitic diseases
- E64.0 – E64.9 Sequelae of malnutrition and other nutritional deficiencies
- E68 Sequelae of hyperalimentation
- G09 Sequelae of inflammatory diseases of central nervous system
- G65.0 – G65.2 Sequelae of inflammatory and toxic polyneuropathies
- I69.0 – I69.9 Sequelae of cerebrovascular disease
- O94 Sequelae of complication of pregnancy, childbirth and the puerperium

Twee codes vereist

Om een laat gevolg te coderen moet men twee codes gebruiken:

- Het laat gevolg zelf
- De oorzaak van het laat gevolg

De laat gevolg aandoening wordt eerst gecodeerd, gevolgd door de code die de oorzaak van het laat gevolg weergeeft, uitgezonderd in bepaalde gevallen waar de alfabetische index of de systematische index het anders aangeeft. Voor late gevolgen van ongevallen, vergiftigingen en andere uitwendige oorzaken (S00 – T88), wordt een zevende karakter aan de code toegevoegd voor het “sequel”, alsook voor de uitwendige oorzaken codes (V01 – Y95). Bijvoorbeeld:

M19.111 + S42.301S Traumatic arthritis of right shoulder due to old fracture of right humerus

G83.10 + B91 Paralysis of leg due to old poliomyelitis

B90.8 + E35 Adrenal tuberculous calcification

Er zijn drie uitzonderingen op het principe dat men twee codes nodig heeft voor een laat gevolg:

- Wanneer de residuele toestand niet aangegeven wordt, zal men de oorzaak van het laat gevolg alleen coderen.
- Wanneer er geen laat gevolg code beschikbaar is in ICD-10-CM terwijl de aandoening wel een laat gevolg is, zal men enkel de residuele aandoening coderen. Noteer dat aandoeningen die het gevolg zijn van een voorafgaande ingreep niet gecodeerd worden als een laat gevolg van, maar als een historiek of een complicatie van een voorafgaande ingreep, afhankelijk van de situatie.
- Wanneer de laat gevolg code werd aangevuld met een vierde, vijfde of zesde karaktercode om de manifestatie te includeren, wordt enkel de code van het laat gevolg toegekend. Bijvoorbeeld, de code **I69.01, Cognitive deficits following nontraumatic subarachnoid hemorrhage**, bevat zowel de oorzaak van het laat gevolg (nontraumatic subarachnoid hemorrhage), als de manifestatie zelf (cognitive deficits).

LAAT GEVOLG VERSUS HUIDIGE AANDOENING OF LETSEL

Een laat gevolg code wordt nooit samen met de code voor de huidige aandoening van het zelfde type gebruikt, met één uitzondering. Codes uit de categorie I69, Sequelae of cerebrovascular disease, kunnen toegekend worden samen met een code uit I60-I67, indien de patiënt een cerebrovasculaire aandoening heeft en de residuele letsels van een oude cerebrovasculaire aandoening op hetzelfde moment. Bijvoorbeeld, een patiënt met residuele afasie ten gevolge van een subdurale bloeding twee jaar geleden wordt opnieuw opgenomen met een acute cerebrale trombose: **I66.9, Occlusion and stenosis of unspecified cerebral artery**, en **I69.220, Aphasia following other nontraumatic intracranial hemorrhage** worden hier samen gebruikt.

OEFENINGEN 7.6

Codeer volgende diagnoses

1. Restletsels van poliomyelitis (of sequelae) B91
2. Restletsels van een oud crush letsel van de linker voet S97.82xS
3. CVA twee jaar geleden met hemiplegie als restletsel van de rechter dominante zijde I69.351
4. Contractuur van de heup na een partiële heupprothese, één jaar geleden geplaatst M24.559 + Z96.649

OVERZICHTSOEFENINGEN 7.7

Codeer volgende diagnoses

1. Traumatische artritis van de rechter enkel na een fractuur van die enkel M12.571 + S82.891S
2. Litteken contractuur van de linker hand ten gevolge van een brandwonde L90.5 + T23.002S
3. Hersenbeschadiging (Sequelae) na een cerebraal abces, zeven maanden geleden opgelopen G93.9 + G09

4. Slappe verlamming na een oud cerebraal infarct I69.359
5. Bilaterale neurale doofheid door mazelen opgelopen in de jeugdijaren (10 jaar terug)
H90.3 + B94.8
6. Mononeuritis, nervus medianus, ten gevolge van een vroeger pletletsel (crush) van de rechter arm G56.11 + S47.1xxS
7. Posttraumatische pijnlijke artritis van de linker hand (injury) M12.542 + S69.92xS
8. Restletsels na een ernstige brandwonde van de linker pols T23.072S
9. 'Locked-in' status (paralytisch syndroom) door een oud cerebrovasulair infarct
G83.5 + I69.369
10. Borderline diabetes mellitus R73.09
11. Dreigend myocardinfarct I20.0
12. Borderline hypothyroïdie E03.9

HOOFDSTUK 8

INLEIDING TOT DE ICD-10-PCS CLASSIFICATIE

OVERZICHT

- Alle ICD-10-PCS codes hebben een alfanumerieke structuur, geen decimaal punt en zeven karakters.
- ICD-10-PCS wordt in 16 hoofdstukken ingedeeld volgens het algemeen karakter van de procedure.
- De codes in het “medisch en chirurgisch” hoofdstuk worden verder ingedeeld volgens lichaamsstelsel, kernprocedure, lichaamsdeel, toegangsweg, materiaal en kenmerk.
- ICD-10-PCS wordt onderverdeeld in een alfabetische index, tabellen en de lijst met de codes.

LEERDOELSTELLINGEN

Na het doornemen van dit hoofdstuk bent u in staat om:

- De structuur, het formaat en de conventies van de ICD-10-PCS uit te leggen.

TERMEN OM TE KENNEN

Karakter

Een classificatieas dat informatie geeft over de uitgevoerde procedure.

Waarde

Een van de 34 letters of cijfers die men kan kiezen om een karakter te omschrijven in de ICD-10-PCS.

Toegangsweg

Het vijfde karakter van de codes in de Medische en Chirurgische Sectie; de toegangsweg om de operatieplaats te bereiken (bijvoorbeeld: open of percutaan).

Qualifier

Het zevende karakter van de codes in de Medische en Chirurgische Sectie; deze geeft bijkomende informatie over de specifieke procedure.

Kernprocedure

Het derde karakter van de codes in de Medische en Chirurgische Sectie waarmee het objectief van de procedure wordt weergegeven; in deze sectie alleen zijn er 31 mogelijke kernprocedures.

TE HERINNEREN ...

Binnen de alfanumerische structuur van de ICD-10-PCS mag men de letters “O” en “I” niet verwarren met de cijfers “0” en “1”.

INLEIDING

De ICD-10-PCS gebruikt een gestandaardiseerde terminologie en biedt aldus precieze en stabiele definities voor alle uitgevoerde procedures. Daarom zal de ICD-10-PCS geen eponiemen bevatten, doorgaans de naam van de chirurg die de procedure ontwikkelde. Dergelijke procedures zullen gecodeerd worden als de procedures waarbij men eerder de doelstelling van die procedures weergeeft. In dit hoofdstuk worden vooral de algemene regels van de ICD-10-PCS behandeld, zoals de conventies voor het gebruik van en de definities van de onderdelen van de codes. De procedures die specifiek zijn voor een bepaald lichaamsstelsel worden behandeld in de respectievelijke hoofdstukken.

FORMAAT EN ORGANISATIE

Formaat

De ICD-10-PCS wordt ingedeeld in een alfabetische index, tabellen en de lijst met codes zelf. De codes kunnen in alfabetische volgorde in de alfabetische index teruggevonden worden. De alfabetische index refereert vervolgens naar een specifieke locatie in de tabellen, maar de uiteindelijke correcte code wordt enkel teruggevonden in de respectievelijke tabel. De lijst met codes laat u toe een overzicht te hebben van alle verschillende codes met hun volledige omschrijving.

Alfabetische index

Deze index bevat de verschillende types procedures in alfabetische volgorde. De ICD-10-PCS alfabetische index geeft nooit de volledige code weer (op enkele uitzonderingen na), maar leidt naar de juiste tabel, door reeds de eerste drie of vier karakters van de code te geven (de index). De alfabetische index dient alleen om de juiste tabel (de matrix) terug te vinden, waar men verdere informatie vindt om de volledige code te kunnen samenstellen. Het is dus niet nodig om de alfabetische index eerst te raadplegen om nadien in de tabel de code te vervolledigen.

Bijvoorbeeld: “cholecystectomie” wordt in de alfabetische index onder “Excision, gallbladder” of “Resection, gallbladder” teruggevonden. De term “Cholecystectomie” heeft twee verwijzingen:

- Cholecystectomy
- see Excision, Gallbladder [0FB4]
- see Resection, Gallbladder [0FT4]

De codes “0FB4” en “0FT4” zijn niet de complete codes maar eerder een verwijzing naar de tabel die gekenmerkt wordt door de eerste drie karakters (bijvoorbeeld 0FT, zoals in figuur 8.1 getoond wordt).

Tabellen

De ICD-10-PCS tabellen zijn een rooster (matrix), waarin alle mogelijke combinaties worden weergegeven om de procedurecode samen te stellen. In zo'n tabel worden alle mogelijke combinaties van het vierde tot het zevende karakter weergegeven in één rij.

| Figuur 8.1 voorbeeld van een ICD-10-PCS tabel | | | |
|---|---|------------------|----------------|
| Sectie | 0 Medisch en Chirurgisch | | |
| Lichaamsstelsel | F Hepatobiliair stelsel en Pancreas | | |
| Ingreep | T Resectie: Uit- of wegsnijden, zonder vervanging, volledig lichaamsdeel. | | |
| Lichaamsdeel | Toegangsweg | Materiaal | Kenmerk |
| 0 Lever | 0 Open | Z Geen materiaal | Z Geen kenmerk |
| 1 Lever, rechter kwab | 4 Percutaan, endoscopisch | | |
| 2 Lever, Linker kwab | | | |
| 4 Galblaas | | | |
| G Pancreas | | | |
| 5 Ductus hepatica, rechts | 0 Open | Z Geen materiaal | Z Geen kenmerk |
| 6 Ductus hepatica, Links | 4 Percutaan, endoscopisch | | |
| 8 Ductus cysticus | 7 Langs natuurlijke of kunstmatige opening | | |
| 9 ductus | | | |

| | | | | | |
|---|--|---|---|--|--|
| C | choledochus Ampulla van Vater | 8 | Langs natuurlijke of kunstmatige opening, endoscopisch | | |
| D | Ductus pancreaticus | | | | |
| F | Ductus pancreaticus, accessorius | | | | |

Lijst met codes

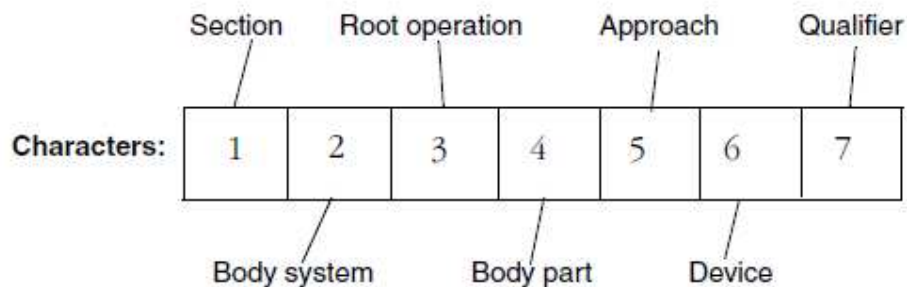
De ICD-10-PCS codelijst, geef alle mogelijke codes in alfanumerieke volgorde. Naast elke zeven karaktercode staat dan ook de volledige omschrijving. De omschrijvingen werden zo gekozen dat ze gestandaardiseerd, volledig en eenvoudig te lezen zijn. Omdat er zoveel codes bestaan wordt deze volledige lijst niet opgenomen in de ICD-10-PCS handboeken. U kunt de volledige lijst wel raadplegen op de volgende website:

<http://www.cms.gov/Medicare/Coding/ICD101/2013-ICD-10-PCS-GEMs.html> onder "2013 PCS - Long and Abbreviated Titles".

Structuur van de codes

Alle ICD-10-PCS codes hebben een alfanumerieke structuur waarbij elke code uit zeven karakters bestaat, zonder decimaal punt. Het is belangrijk om het verschil tussen een karakter en een waarde goed te onderscheiden. Elk karakter in een code is een classificatieas die een specifiek aspect van de procedure zal bevatten. Elke waarde is één van de 34 letters of cijfers die kunnen gekozen worden om de karakters te specificeren in de ICD-10-PCS code. Deze waarden bestaan uit de cijfers 0-9 of de letters A-H, J-N en P-Z. De letters "O" en "I" worden niet gebruikt, om geen verwarring te zaaien met de cijfers "0" en "1".

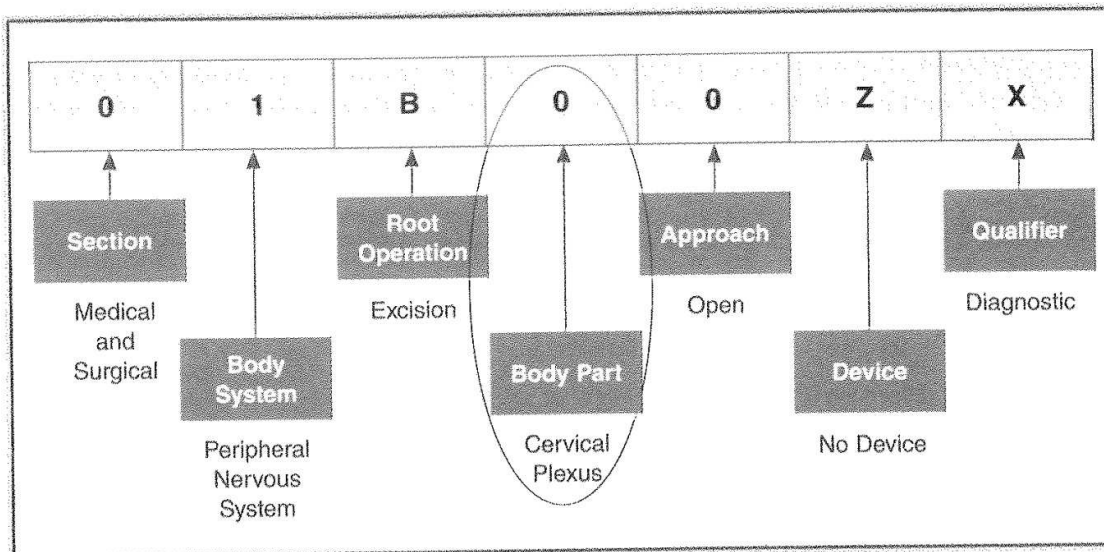
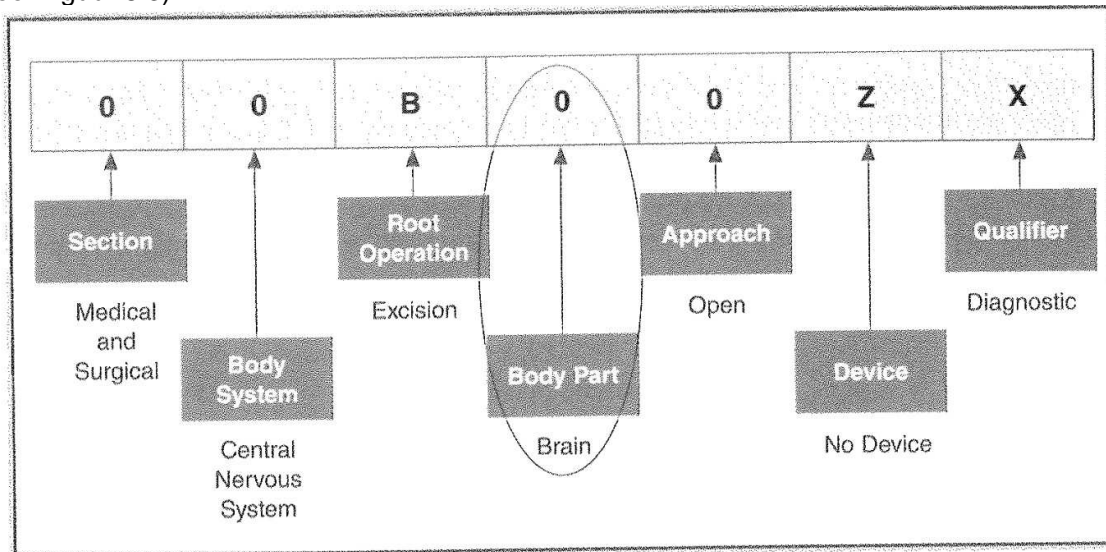
Figuur 8.2 geeft de structuur van een code weer alsook de betekenis van de zeven karakters voor de sectie "Medische en Chirurgisch".



Binnen een gedefinieerde codereeks zal het tweede tot het zevende karakter steeds dezelfde betekenis hebben – maar kan dus verschillend zijn van sectie tot sectie. Binnen een bepaalde codereeks zullen de karakters dezelfde informatie bevatten voor die classificatieas; zoals: het eerste karakter geeft de sectie weer (section), het tweede karakter het lichaamssysteem (body system), het derde karakter de kernprocedure (root operation), het vierde het lichaamsdeel (body part), het vijfde de toegangsweg (approach), het zesde het gebruikte materiaal (device) en het zevende, bijkomende kenmerken (qualifier).

Het aantal keuzemogelijkheden per classificatieas verschilt volgens de noodzaak. Dat wil dus zeggen dat binnen de verschillende assen er een verschillend aantal keuzemogelijkheden zijn. Zo zal voor de as voor het lichaamsdeel er meer keuzemogelijkheden zijn dan voor de as 'toegangsweg', omdat er meer lichaamsdelen zijn dan chirurgische toegangswegen.

Zoals de woorden in een zin een andere betekenis kunnen hebben, is de betekenis van elke individuele waarde afhankelijk van de as waar ze gebruikt wordt, maar ook afhankelijk van de gekozen waarden van de vorige classificatieassen. Zo zal de gekozen waarde in de as 'body part (lichaamsdeel)' afhankelijk zijn van de gekozen waarde in de as 'body system (lichaamsstelsel)', binnen de sectie 'medisch en chirurgisch'. Het 'body part (lichaamsdeel)' "0" binnen het 'body system (lichaamsstelsel)' 'central nervous (centraal zenuwstelsel)' betekent "brain (hersenen)", terwijl het 'body part (lichaamsdeel)' "0" binnen het 'peripheral nervous (perifeer zenuwstelsel)' de "cervical plexus (cervicale plexus)" zal betekenen (zie ook figuur 8.3).



Relationele termen

De term "and (en)" betekent "and/or (en/of)". Bijvoorbeeld, "lower arm and wrist muscle" betekent onderarm en/of pols spier.

OEFENINGEN 8.1

Zonder gebruik te maken van het handboek of de ICD-10-PCS, markeer de volgende uitdrukkingen als juist of fout.

1. De ICD-10-PCS alfabetische index bevat eponiemen om bepaalde procedures te omschrijven. F
2. Alle ICD-10-PCS codes hebben een alfanumerieke structuur, waarbij alle codes uit zeven karakters bestaan. J
3. Alle, volledige ICD-10-PCS codes worden in de alfabetische index teruggevonden. F
4. De ICD-10-PCS tabellen bevatten alle mogelijke karakter combinaties, die uiteindelijk de procedurecode samenstellen. J
5. De letters "O" en "I" worden in de ICD-10-PCS niet gebruikt omdat ze verwarring kunnen geven met de cijfers "0" en "1". J

DE VERSCHILLENDE CODEASSEN EN HUN BETEKENIS

Alle ICD-10-PCS codes bestaan uit zeven karakters. Alle zeven karakters moeten ingevuld worden om een geldige code te hebben. Indien er onvoldoende informatie is om te coderen moet men de arts bevragen naar die bijkomende gegevens. In deze sectie beschrijven we de betekenis van de verschillende ICD-10-PCS karakters alsook de algemene waarden die gebruikt kunnen worden om een PCS code samen te stellen in de sectie 'Medisch en Chirurgisch'.

Karakter (of As1): de sectie

Het eerste karakter van elke code verwijst naar de sectie. Een sectie is een brede procedure-indeling waarin de code kan teruggevonden worden. ICD-10-PCS heeft 16 secties waarin alle procedures kunnen ingedeeld worden. Tabel 8.1 geeft de verschillende ICD-10-PCS secties en de waarde van dat eerste karakter.

Zoals te zien is in tabel 8.1 wordt de waarde "0" gebruikt voor de sectie 'Medische en Chirurgisch', terwijl andere secties een ander cijfer of letter als waarde krijgen. Zo zal "verloskunde" de waarde "1" als eerste karakter krijgen. Er zijn ook enkele beperkte bijkomende diagnostische codes, zoals "B" voor medische beeldvorming en "C" voor de nucleaire geneeskunde. Er is geen sectie voor laboratoriumonderzoeken, omdat de meeste instellingen geen labo-onderzoeken coderen voor de opgenomen patiënten. De meeste procedures die toegepast worden voor gehospitaliseerde patiënten zullen teruggevonden worden in de sectie 'medisch en chirurgisch'. Daarom zullen we hier vooral de codes van deze sectie bekijken. Hoofdstuk 11 gaat dieper in op de aanvullingen bij die medische en chirurgische sectie alsook op de bijkomende secties.

| Waarde | Sectie | Waarde | Sectie |
|--------|---|--------|--|
| 0 | Medical and Surgical | 8 | Other Procedures |
| 1 | Obstetrics | 9 | Chiropractic |
| 2 | Placement | B | Imaging |
| 3 | Administration | C | Nuclear Medicine |
| 4 | Measurement and Monitoring | D | Radiation Oncology |
| 5 | Extracorporeal Assistance and Performance | F | Physical Rehabilitation and Diagnostic Audiology |
| 6 | Extracorporeal Therapies | G | Mental Health |
| 7 | Osteopathic | H | Substance Abuse Treatment |

Karakter (of As2): het lichaamstelsel

De tweede codeeras in ICD-10-PCS is het lichaamstelsel. Dit karakter wijst het fysiologisch of anatomisch stelsel aan dat behandeld wordt (bijv. gastro-intestinaal). Binnen de sectie 'medisch en chirurgisch' behouden de waarden binnen deze as hun zelfde betekenis. Zo zal een procedure op het centraal zenuwstelsel altijd de waarde "0" hebben voor dit karakter en een procedure op het ademhalingsstelsel de waarde "B" binnen deze sectie.

Om meer detail te hebben werden bepaalde traditionele stelsel soms opgesplitst. Zo wordt het hart- en bloedvatstelsel onderverdeeld in het hart en de grote vaten, de bovenste arteriën, de onderste arteriën, de bovenste venen en de onderste venen. Binnen de conventies van de ICD-10-PCS worden deze streken aanzien als een afzonderlijk lichaamstelsel. Tabel 8.2 geeft een overzicht van de verschillende lichaamstelsel en hun respectievelijke (karakter)waarde.

Het middenrif (diafragma) wordt genomen als referentie om de indeling "bovenste" en "onderste" te maken (bijv. bovenste en onderste venen). Zo worden de venen die boven het diafragma lopen in het stelsel van de bovenste venen geklasseerd en omgekeerd.

Er zijn drie lichaamstelsel die verwijzen naar een anatomische regio, als volgt:

- Anatomische regio's, algemeen
- Anatomische regio's, bovenste extremiteiten
- Anatomische regio's, onderste extremiteiten

Deze 'anatomische regio's' als lichaamstelsel mogen alleen gebruikt worden wanneer een procedure uitgevoerd wordt op een anatomische regio i.p.v. op een specifiek lichaamsdeel. Zij worden dus gebruikt voor procedures op verschillende lichaamslagen die zich uitstrekken over verschillende lichaamstelsels, zoals een debridement van de huid, de spieren en het bot. De 'anatomische regio', als lichaamstelsel, kan uitzonderlijk ook gebruikt worden wanneer er geen specifieke informatie beschikbaar is over het specifieke lichaamsdeel binnen een lichaamstelsel.

| Tabel 8.2: De lichaamstelsels binnen de medische en chirurgische sectie | | | |
|---|--|--------|---|
| Waarde | Lichaamsstelsel | Waarde | Lichaamsstelsel |
| 0 | Central Nervous System | J | Subcutaneous Tissue and Fascia |
| 1 | Peripheral Nervous System | K | Muscles |
| 2 | Heart and Great Vessels | L | Tendons – includes synovial membrane |
| 3 | Upper Arteries | M | Bursae and Ligaments - includes synovial membrane |
| 4 | Lower Arteries | N | Head and Facial Bones |
| 5 | Upper Veins | P | Upper Bones |
| 6 | Lower Veins | Q | Lower Bones |
| 7 | Lymphatic and Hemic Systems - includes lymph vessels and lymph nodes | R | Upper Joints - includes synovial membrane |
| 8 | Eye | S | Lower Joints - includes synovial membrane |
| 9 | Ear, Nose, Sinus – includes sinus ducts | T | Urinary System |
| B | Respiratory System | U | Female Reproductive System |
| C | Mouth and Throat | V | Male Reproductive System |
| D | Gastrointestinal System | W | Anatomical Regions, General |
| F | Hepatobiliary System and Pancreas | X | Anatomical Regions, Upper Extremities |

| | | | |
|---|---|---|---------------------------------------|
| G | Endocrine System | Y | Anatomical Regions, Lower Extremities |
| H | Skin and Breast – includes skin and breast glands and ducts | | |

OEFENINGEN 8.2

Gebruik tabel 8.2 om bij de volgende termen aan te geven of het al dan niet om een lichaamsstelsel gaat.

1. Ademhaling (Respiratory) x
2. Hart een grote bloedvaten (Heart and great vessels) x
3. Bloedsomloop (Circulatory)
4. Musculoskeletaal (Musculoskeletal)
5. Bovenste botten (Upper bones) x

Karakter (of As3): de kernprocedure

Het derde karakter refereert dus naar de kernprocedure. Deze kernprocedure is een zeer belangrijk begrip om de juiste code te kunnen vinden binnen de ICD-10-PCS classificatie. Het beheersen van deze definities is een noodzaak om accuraat te coderen. De kernprocedure refereert naar het einddoel van de procedure. Het verschil tussen de verschillende kernprocedures, is juist dit beoogde doel; wat wil de procedure uiteindelijk bekomen?

Binnen de sectie ‘medisch en chirurgisch’ zijn er 31 verschillende kernprocedures. Elke kernprocedure heeft zijn precieze definitie binnen de ICD-10-PCS classificatie. De definities van de verschillende kernprocedure vindt u terug in de tabellen. In de tabel van figuur 8.1 zien we op de derde regel staan, dat “resectie” gedefinieerd wordt als het “uit- of wegsnijden, zonder vervanging, van een volledig lichaamsdeel”.

Kernprocedures omvatten volgende termen “Alteration (Veranderen)”, “Bypass (Bypass)”, “Change (Verwisselen)”, “Creation (Creëren)”, “Dilatation (Dilateren)”, “Excision (Excisie)”, “Resection (Resectie)”, “Fusion (Fusie)”, “Insertion (Introductie)”, “Occlusion (Occlusie)” en “Repair (Herstel)”. De volledige lijst vindt u terug in tabel 8.3.

Sommige van de kernprocedures die gebruikt worden in ICD-10-PCS komen niet noodzakelijk overeen met de terminologie die de artsen gebruiken in het patiëntendossier. Het is niet omdat bepaalde termen een specifieke definitie hebben gekregen, om het ICD-10-PCS classificatiesysteem op te stellen, dat de arts die termen ook zo moet gebruiken. Het is de verantwoordelijkheid van de codeerder om uit het patiëntendossier de juiste terminologie te destilleren om de juiste ICD-10-PCS code te vinden.

De codeerder zal de arts niet moeten bevragen, wanneer de informatie in het patiëntendossier duidelijk genoeg is, om de correlatie te vinden met de ICD-10-PCS definities voor de kernprocedures. Zo zal, wanneer de arts een “partiële resectie” beschrijft, de codeerder dit kunnen plaatsen om de kernprocedure “excision” te gebruiken, zonder bijkomende informatie aan de arts te vragen, omdat de ICD-10-PCS definitie “uit- of wegsnijden, zonder vervanging, gedeelte van een lichaamsdeel” datgene is wat de arts bedoelde.

Gezien het grote aantal en het belang van deze kernprocedures binnen ICD-10-PCS worden deze in detail in hoofdstuk 10 besproken.

| Tabel 8.3: De ICD-10-PCS kernprocedures en hun waarde | | | | | | | |
|---|-------------------|--------|-------------------|--------|-------------------|--------|---------------|
| Waarde | Kernproced ure | Waarde | Kernprocedur e | Waarde | Kernprocedur e | Waarde | Kernprocedure |

| | | | | | | | |
|---|-------------|---|---------------|---|--------------|---|-----------------|
| 0 | Alteration | 8 | Division | J | Inspection | S | Reposition |
| 1 | Bypass | 9 | Drainage | K | Map | T | Resection |
| 2 | Change | B | Excision | L | Occlusion | U | Supplement |
| 3 | Control | C | Extirpation | M | Reattachment | V | Restriction |
| 4 | Creation | D | Extraction | N | Release | W | Revision |
| 5 | Destruction | F | Fragmentation | P | Removal | X | Transfer |
| 6 | Detachment | G | Fusion | Q | Repair | Y | Transplantation |
| 7 | Dilation | H | Insertion | R | Replacement | | |

Karakter (of As4): het lichaamsdeel

Het vierde karakter beschrijft het specifiek lichaamsdeel van een lichaamstelsel of anatomische regio waarop de procedure toegepast wordt (bijv. de appendix). Binnen ICD-10-PCS bedoelt men met 'lichaamsdeel' zowel een volledig orgaan (bijv. de lever) als een specifiek deel van een orgaan (bijv. de rechter leverkwab).

Indien een procedure uitgevoerd wordt op een onderdeel van een lichaamsdeel dat geen afzonderlijk cijfer of letter heeft, zal men de waarde van het ganse lichaamsdeel selecteren. Zo zal een procedure op de processus alveolaris van de mandibula, gecodeerd worden met een code voor een procedure op het ganse lichaamsdeel, de mandibula in dit geval.

Procedures die uitgevoerd worden op lichaamsonderdelen die met de prefix "peri" (waarmee men 'rond', 'nabij' bedoelt) beginnen, worden gecodeerd onder het volledige lichaamsdeel. Een procedure die als perirenaal omschreven wordt valt dus onder het lichaamsdeel 'nier'.

Onderdelen van een lichaamsdeel waarvoor in ICD-10-PCS geen specifieke indeling bestaat, worden gecodeerd met het lichaamsdeel dat het dichtst hierbij aanleunt. Een procedure op de mandibulaire tak van de nervus trigeminus wordt dus gecodeerd onder het lichaamsdeel 'nervus trigeminus'.

Bilaterale lichaamsdelen krijgen in de ICD-10-PCS soms een afzonderlijke indeling en waarde. Nochtans heeft niet elk 'bilateraal' of gepaard lichaamsdeel een afzonderlijke waarde. Indien een identieke procedure uitgevoerd wordt op beide zijden en een bilateraal lichaamsdeel waarde bestaat, dan codeert men die procedure slechts één maal waarbij de juiste 'bilaterale' waarde wordt genomen. In figuur 8.4 ziet men een voorbeeld voor de bilaterale oöforectomie. De identieke procedures wordt op beide ovaria uitgevoerd, en er is een waarde om deze bilateraliteit als lichaamsdeel weer te geven. Er wordt dus slechts één code gebruikt voor deze bilaterale ingreep.

FIGURE 8.4 Excerpt from Table Showing Bilateral Body Part

Section 0 Medical and Surgical
 Body System U Female Reproductive System
 Operation T Resection: Cutting out or off, without replacement, all of a body part

| Body Part | Approach | Device | Qualifier |
|--------------------------------|--|-------------|----------------|
| 0 Ovary, Right | 0 Open | Z No Device | Z No Qualifier |
| 1 Ovary, Left | 4 Percutaneous Endoscopic | | |
| 2 Ovaries, Bilateral | 7 Via Natural or Artificial Opening | | |
| 5 Fallopian Tube, Right | 8 Via Natural or Artificial Opening Endoscopic | | |
| 6 Fallopian Tube, Left | F Via Natural or Artificial Opening With | | |
| 7 Fallopian Tubes, Bilateral | Percutaneous Endoscopic Assistance | | |
| 9 Uterus | | | |
| 4 Uterine Supporting Structure | 0 Open | Z No Device | Z No Qualifier |
| C Cervix | 4 Percutaneous Endoscopic | | |
| F Cul-de-sac | 7 Via Natural or Artificial Opening | | |
| G Vagina | 8 Via Natural or Artificial Opening Endoscopic | | |
| K Hymen | | | |
| J Clitoris | 0 Open | Z No Device | Z No Qualifier |
| L Vestibular Gland | X External | | |
| M Vulva | | | |

Indien er geen waarde bestaat om de bilaterale ingreep weer te geven, zal elke procedure afzonderlijk gecodeerd worden op het respectievelijke lichaamsdeel. Neem bijvoorbeeld de bilaterale heupprothese. Er zijn waarden voor de rechter heup en de linker heup, maar geen voor de bilaterale heupen. Indien een identieke procedure op beide heupen wordt uitgevoerd, zal men twee afzonderlijke codes gebruiken die elk het gepaste lichaamsdeel zullen beschrijven.

Huid, onderhuid en fascia die zich over een gewricht bevinden. Indien een procedure uitgevoerd wordt op de huid, de onderhuid of de fascia die zich over een gewricht bevindt, zal men de keuze van het lichaamsdeel als volgt gebruiken:

- Schouder wordt gecodeerd als bovenarm
- Elleboog wordt gecodeerd als onderarm
- Pols wordt gecodeerd als onderarm
- Heup wordt gecodeerd als bovenbeen
- Knie wordt gecodeerd als onderbeen
- Enkel wordt gecodeerd als voet

Vingers en tenen. Indien een lichaamsstelsel geen indeling heeft voor vingers, dan zullen de procedures hierop gecodeerd worden als procedures op de hand als lichaamsdeel. Indien er geen indeling is voor de tenen dan neemt men zijn toevlucht tot de voet als lichaamsdeel. Een excisie van een vingerpees zal dus gecodeerd worden als een procedure op de pezen van de hand.

We hebben hier dus de meerderheid van de richtlijnen voor de lichaamsdelen behandeld, met uitzondering van deze die bewaard worden voor de specifieke lichaamstelsels. Meer detail vindt u dus in:

- De bovenste en onderste intestinale tractus wordt behandeld in hoofdstuk 20, 'Aandoeningen van het spijsverteringstelsel'.
- Pezen, ligamenten, bursae en fascia rond een gewricht, worden behandeld in hoofdstuk 23, 'Aandoeningen van het musculoskeletaal stelsel en bindweefsel'.
- Coronaire arteriën zitten in het hoofdstuk 28, 'Aandoeningen van het bloedvatstelsel'.

Karakter (of As5): de toegangsweg

Het vijfde karakter beschrijft de techniek om de plaats, waar de procedure wordt uitgevoerd, te bereiken (bijv. open). Er werden zeven toegangswegen gedefinieerd in de sectie 'medisch en chirurgisch'. Zo heeft men "uitwendig", "doorheen de huid of de mucosa", of "doorheen een opening".

De opdeling is als volgt:

- Uitwendig
- Doorheen de huid of muscosa
 - o Open
 - o Percutaan
 - o Percutaan endoscopisch
- Doorheen een opening
 - o Langs een natuurlijke of kunstmatige opening
 - o Langs een natuurlijke of kunstmatige opening, endoscopisch
 - o Langs een natuurlijke of kunstmatige opening met percutane endoscopische assistentie

Zoals voor de kernprocedures is elke toegangsweg duidelijk gedefinieerd. Tabel 8.4 geeft de definities en de waarden voor de toegangswegen voor de sectie 'medisch en chirurgisch', en figuur 8.5 illustreert deze toegangswegen.

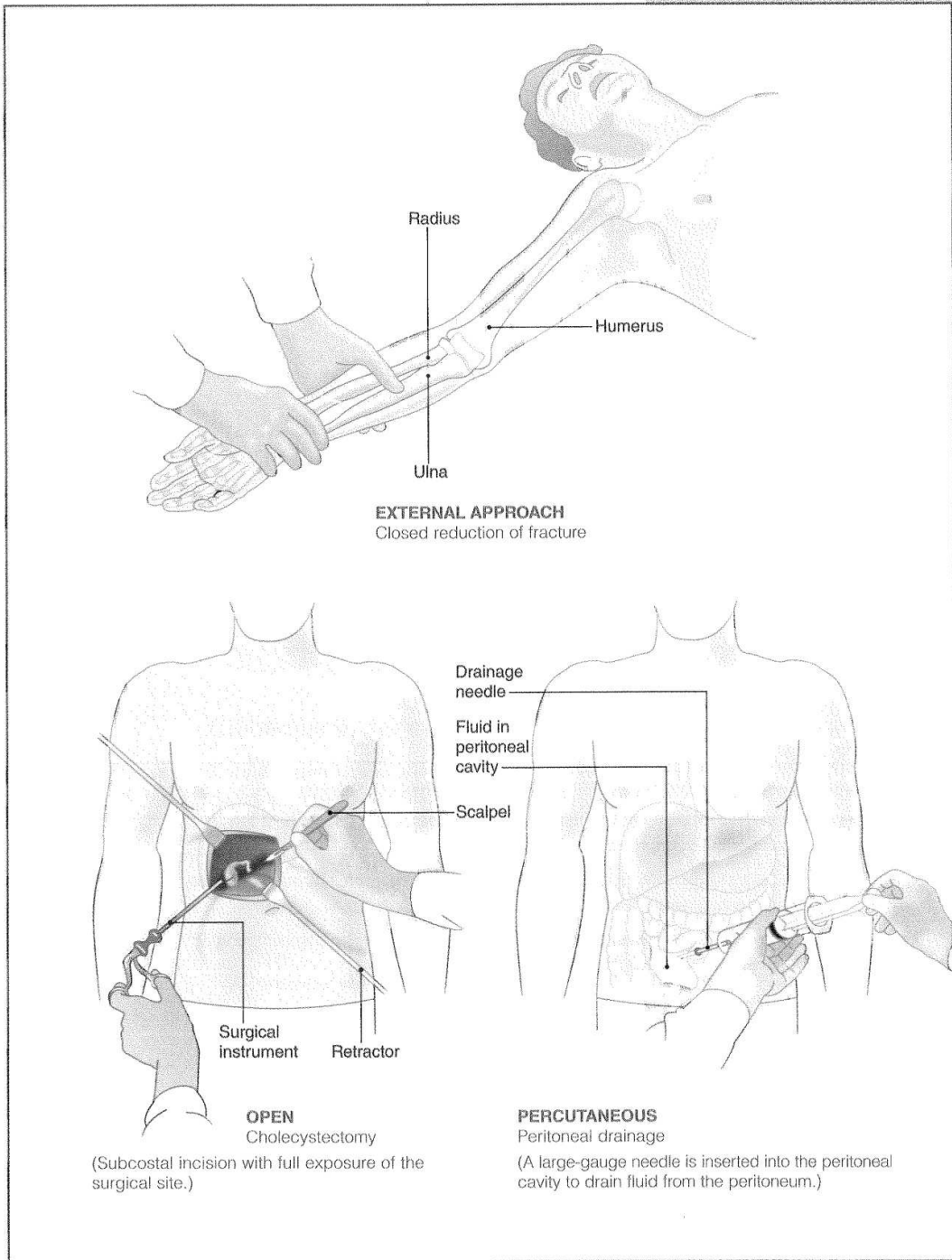
| Waarde | Toegangsweg | Definitie |
|--------|-------------------------|---|
| X | External (uitwendig) | (Procedures performed directly on the skin or mucous membrane and procedures performed indirectly by the application of external force through the skin or mucous membrane.) Procedures direct uitgevoerd op de huid of de mucosa en procedures indirect uitgevoerd door uitoefening van uitwendige krachten doorheen de huid of de mucosa. |
| 0 | Open | (Cutting through the skin or mucous membrane and any other body layers necessary to expose the site of the procedure.) Insnijden doorheen de huid of de mucosa, alsook elke andere lichaamslaag om de plaats van de procedure te bereiken en bloot te leggen. |
| 3 | Percutaneous | (Entry, by puncture or minor incision, of instrumentation through the skin or mucous membrane and any other body layers necessary to reach the site of the procedure.) Het benaderen van de procedureplaats met instrumentarium, doorheen de huid, de mucosa of elke andere lichaamslaag via een punctie of een kleine insnede. |
| 4 | Percutaneous Endoscopic | (Entry, by puncture or minor incision, of instrumentation through the skin or mucous membrane and any other body layers necessary to reach and visualize the site of the procedure.) Het benaderen en visualiseren van de procedureplaats met instrumentarium, doorheen de huid, de mucosa of elke andere lichaamslaag, door middel van een punctie of een kleine insnede. |

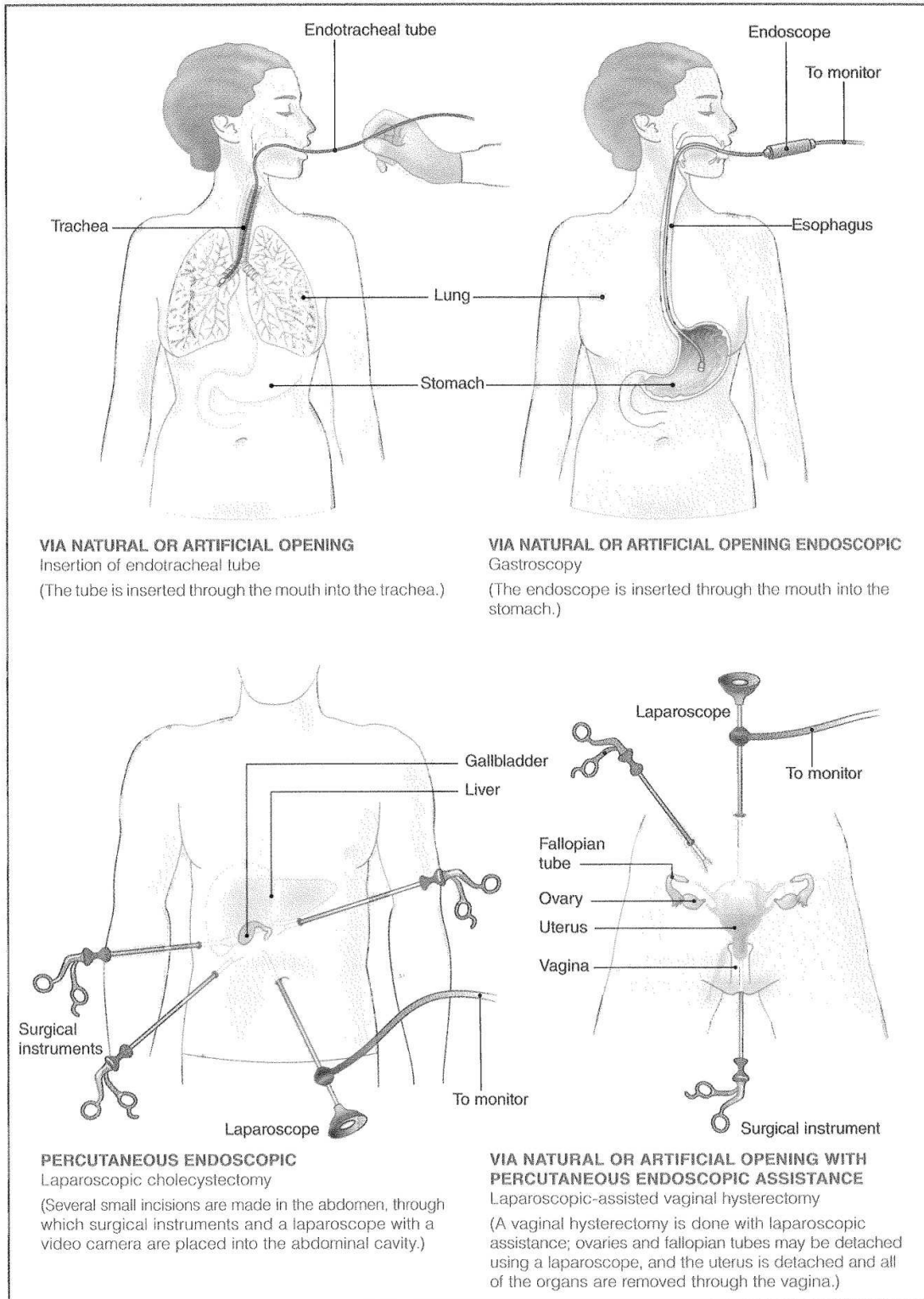
| | | |
|---|---|---|
| 7 | Via Natural or Artificial Opening | (Entry of instrumentation through a natural or artificial external opening to reach the site of the procedure.) Het benaderen van de procedureplaats met instrumentarium doorheen een natuurlijke of kunstmatige uitwendige opening. |
| 8 | Via Natural or Artificial Opening Endoscopic | (Entry of instrumentation through a natural or artificial external opening to reach and visualize the site of the procedure.) Het benaderen en visualiseren van de procedureplaats met instrumentarium doorheen een natuurlijke of kunstmatige uitwendige opening. |
| F | Via Natural or Artificial Opening With Percutaneous Endoscopic Assistance | (Entry of instrumentation through a natural or artificial external opening and entry, by puncture or minor incision, of instrumentation through the skin or mucous membrane and any other body layers necessary to aid in the performance of the procedure.) Het inbrengen van instrumentarium doorheen natuurlijke of kunstmatige uitwendige openingen en het inbrengen van instrumentarium doorheen de huid, de mucosa of elke andere lichaamslaag, via een punctie of een kleine insnede, om de procedure bij te staan. |

Naast deze definitie van de toegangswegen zijn er enkele regels die gevolgd moeten worden om de juiste keuze te maken:

- *Open toegangsweg met percutane endoscopische assistentie*: dit wordt als 'open' toegangsweg gecodeerd. Bijvoorbeeld: de laparoscopische geassisteerde sigmoïdectomie wordt als 'open' gecodeerd.
- *Uitwendige toegangsweg*. Volgende procedures worden als 'uitwendig' gecodeerd:
 - o Procedures uitgevoerd in een opening of op structuren die zichtbaar zijn zonder instrumentarium. Bijvoorbeeld: resectie van de tonsillen.
 - o Procedures uitgevoerd door indirecte toepassing van uitwendige krachten doorheen de lichaamslagen heen. Bijvoorbeeld: gesloten reductie van een fractuur.
- *Percutane procedures via een toestel worden gecodeerd als 'percutaan'*. Bijvoorbeeld: de fragmentatie van een niersteen via een percutane nefrostomie.

FIGURE 8.5 Illustrations of Medical and Surgical Section Approaches





COPYRIGHT ©2011 BY HEALTH FORUM, INC., AN AMERICAN HOSPITAL ASSOCIATION COMPANY. ALL RIGHTS RESERVED.

OEFENINGEN 8.3

Identificeer de ICD-10-PCS toegangsweg bij de volgende procedures.

| Procedure | Toegangsweg |
|------------------|-------------|
| 1. Appendectomie | 0 (Open) |

| | |
|--|---|
| 2. Laparoscopische cholecystectomie | 4 (Percutaan endoscopisch) |
| 3. Adenoïdectomie | X (Uitwendig) |
| 4. Bronchoscopie | 8 (Langs natuurlijke opening, endoscopisch) |
| 5. Laparoscopische geassisteerde hysterectomie | 0 (Open) |
| 6. Vaginale endometrium ablatie | 7 (langs natuurlijke of kunstmatige opening) |
| 7. Inbrengen van een pacemakerelektrode | 3 (percutaan) |
| 8. Carpal tunnel bevrijding (release) | 3 (percutaan) |
| 9. Verwijderen van een thoraxdrain | X (extern) |
| 10. EGD met biopsie van de maag | 8 (langs natuurlijke of kunstmatige opening endoscopisch) |

Karakter (of As6): het materiaal /apparaat(device)

Het zesde karakter identificeert welk materiaal of toestel gebruikt worden in de procedure. Enkel de materialen en / of toestellen die in het lichaam van de patiënt achterblijven na het uitvoeren van de procedure worden gecodeerd; de andere niet. Voorbeelden van tijdelijke materialen zijn hechtingsmateriaal, ligaturen, clips, radiologische merkers en tijdelijke postoperatieve wond drains.

De 'devices (materialen)' worden in vier categorieën ingedeeld:

- Enten (grafts) en prothesen
- Inplanten
- Eenvoudige of mechanische apparaten
- Elektronische apparaten

Wanneer er geen materiaal of apparaat wordt achtergelaten tijdens de procedure zal men de letter 'Z' (met 'geen' als betekenis) als zesde karakter gebruiken.

De ICD-10-PCS heeft tabellen om de codes voor materialen te coderen. Er werden hiervoor twee bijlagen aangemaakt:

- Bijlage D ("Device Key"); lijst met materialen en wat men binnen PCS moet gebruiken
- Bijlage E ("Device Aggregation Table"); een geaggregeerde tabel waarbij de materialen samengenomen worden tot algemene termen

De bijlage D ("Device Key") is een lijst met materialen, hun merknaam en de corresponderende ICD-10-PCS term die moet gekozen worden in de proceduratabellen. Zo zal een 'volledig kunsthart', gekend als 'AbioCor® Kunsthart' gecodeerd worden binnen ICD-10-PCS met de waarde "synthetisch substituu" voor het zesde karakter.

De bijlage E ("Device Aggregation Table") is een tabel waarbij codeerders of andere gebruikers de relatie zien tussen ingebrachte materialen, kernprocedures en systeemstelsels. Dikwijls zal in de kernprocedures "Removal" en "Revision" de materiaalkeuze geaggregeerd worden tot een meer algemene term. Bijvoorbeeld, zoals in de figuur 8.6 wordt weergegeven, geeft deze tabel aan dat voor de kernprocedure "Insertion" men de keuze heeft tussen een hartelektrode voor een defibrillator en een voor een pacemaker. Onder de kernprocedures "Removal" en "Revision" is de keuze beperkter en algemener; men spreekt enkel over een hartelektrode en niet meer voor welk toestel (bvb. defibrillator of pacemaker).

FIGUUR 8.6 Extractie van de "Device Aggregation Table"

| Specifiek materiaal | Voor de procedure | In het lichaamstelsel | Algemeen materiaal |
|---------------------|-------------------|-----------------------|-----------------------|
| Cardiac Lead, | Insertion | Heart and Great | M Cardiac Lead |

| | | | |
|----------------------------|-----------|----------------------------|-----------------------|
| Defibrillator | | Vessels | |
| Cardiac Lead, Pacemaker | Insertion | Heart and Great Vessels | M Cardiac Lead |

OEFENINGEN 8.4

Merk met een 'x' elke term die men als 'materiaal (device)' kan aanzien binnen de ICD-10-PCS.

1. Gewrichtsprothese x
2. Hart pacemaker x
3. Prolene hechtingen
4. Neurostimulator x
5. Mesh ent x

Karakter (of As7): kenmerk (qualifier)

Binnen een bepaalde procedure heeft de qualifier een specifieke betekenis. Het gebruik ervan geeft extra informatie mee. Voorbeelden hiervan zijn 'diagnostisch' en 'stereotactisch'. Indien er geen kenmerk is zal de letter 'Z' gebruikt worden om de code compleet te maken.

HOOFDSTUK 9

BASIS ICD-10-PCS CODEERREGELS

OVERZICHT

- De uniforme ziekenhuis ontslaggegevens bevatten alle significante procedures die moeten geregistreerd worden. Significante procedures voldoen aan volgende voorwaarden:
 - o Het gaat om een chirurgische procedure
 - o De procedure houdt een anesthesie risico in
 - o De procedure houdt een procedureel risico in
 - o De procedure vraagt een gespecialiseerde opleiding
- De ICD-10-PCS bevat een alfabetische index, de systematische tabellen en de codelijsten.

LEERDOELSTELLINGEN

Na het doornemen van dit hoofdstuk bent u in staat om:

- De hoofdtermen in de alfabetische index te lokaliseren.
- Doorheen de tabellen te navigeren om de juiste tabel te vinden.

TERMEN OM TE KENNEN

Hoofdprocedure

De procedure uitgevoerd voor de definitieve behandeling (eerder dan deze voor diagnostische of exploratieve doeleinden)

INLEIDING

Dit hoofdstuk beschrijft de verschillende stappen die moeten genomen worden om een ICD-10-PCS code te vinden. Daarenboven wordt er algemene informatie gegeven over zowel het rapporteren van procedures als de keuze van de hoofdprocedure.

De volgende stappen moeten genomen worden om een procedurecode in de ICD-10-PCS te vinden:

1. Lokaliseer de hoofdterm in de alfabetische index
 - a. Volg elke kruisverwijzing.
 - b. U verkrijgt de eerste drie (de index) of vier karakters van de procedure.
 - c. U zult vervolgens de code aanvullen tot u de volledige zeven karaktercode hebt.
2. Zoek naar de toepasselijke tabel
 - a. Herbekijk de sectie, het lichaamstelsel (body system), en de definitie van de kernprocedure (root procedure), en controleer of de eerste drie voorgestelde karakters, in de alfabetische index, wel correct zijn.
3. Vervolledig de opbouw van de ICD-10-PCS code door een waarde in elke kolom te kiezen voor de overblijvende vier karakters, als volgt:
 - a. Selecteer de waarde in het lichaamsdeel (body part) kolom voor het vierde karakter.
 - b. Selecteer de waarde in de toegangsweg (approach) kolom voor het vijfde karakter.
 - c. Selecteer de waarde in de materiaal/apparaat/hulpmiddel (device) kolom voor het zesde karakter.
 - d. Selecteer de waarde in de kenmerken (qualifier) kolom voor het zevende karakter.

Het is belangrijk te weten dat een bruikbare code kan gemaakt worden, door gebruik te maken van alle mogelijke keuzen en combinaties tussen de karakters 4 tot 7, die in eenzelfde rij van een tabel staan. Omdat alle ICD-10-PCS code zeven karakters lang zijn, moeten alle zeven karakters geldig zijn.

LOKALISEER DE HOOFDTERM IN DE ALFABETISCHE INDEX

De eerste stap is de hoofdterm in de alfabetische index te lokaliseren. Deze index wordt gebruikt om de juiste tabel te vinden. Hoofdtermen kunnen een algemene procedureterm zijn (o.a. appendectomie, cholecystectomie), een kernprocedure (o.a. Resection, Excision), of een lichaamsdeel. De subtermen geven meer specifieke informatie. Elke insprong in de alfabetische index wordt hieronder door een streepje voorgesteld.

De volgende voorbeelden tonen de verschillende hoofdtermen en subtermen die gebruikt worden in ICD-10-PCS.

- Indien de hoofdterm een kerningreep is (bijvoorbeeld, excisie), zullen de subtermen de lichaamsdelen zijn waarop de ingreep wordt uitgevoerd, zie hieronder;
Excision
 - Acetabulum
 - Left [0QB5]
 - Right [0QB4]
 - Adenoids [0CBQ]

- Indien de hoofdterm een algemene procedure is, zullen er verwijzingen staan naar de corresponderende ICD-10-PCS kernprocedures en lichaamsdelen, zie hieronder;
Claviclectomy
 - see Excision, Upper Bones [0PB]
 - see Resection, Upper Bones [0PT]
Condylectomy
 - see Excision, Head and Facial Bones [0NB]
 - see Excision, Upper Bones [0PB]
 - see Excision, Lower Bones [0QB]

- Indien de hoofdterm een anatomische term is, zullen er helpende verwijzingen staan om de specifieke ICD-10-PCS lichaamsdelen te kiezen, zie hieronder;
Adductor hallucis muscle
 - use Muscle, Foot, Left
 - use Muscle, Foot, Right

Het is niet nodig om te beginnen in de alfabetische index om daarna in de tabellen de code verder op te bouwen. Een geldige code kan direct in een tabel gekozen worden, maar dan moet u goed vertrouwd zijn met het lichaamstelsel en de kernprocedures.

OEFENINGEN 9.1

Zonder de alfabetische index te raadplegen, onderstreep de hoofdterm voor elke procedure.

1. Laparoscopische cholecystectomie
2. Pancreas resectie
3. Bilaterale oöforectomie
4. Insnijden en drainage van een abces in de nek
5. Darmresectie met colon transversum colostomie
6. Fusie van L5-S1 (wervels)
7. Lyse, losmaken van intestinale adhesies

GEBRUIK DE TOEPASSELIJKE TABEL

Van zodra de eerste drie of meer karakters gevonden werden in de alfabetische index, zal de codeerder/ster naar de toepasselijke tabel gaan. Het is niet nodig om de verwijzingen te volgen om andere termen te raadplegen, wanneer de alfabetische index al de eerste drie of vier karakters geeft. Bijvoorbeeld, de hoofdterm “Cholecystectomy” verwijst naar “OFT4” voor “Resection, gallbladder”. Wanneer u onder de hoofdterm “Resection” met subterm “gallbladder” gaat kijken, zult u niet de zeven karaktercode krijgen. Beide verwijzen naar dezelfde tabel, namelijk OFT4.

Hoe vindt u de toepasselijke tabel:

- Indien u de PDF versie gebruikt van Centers for Medicare & Medicaid Services, klikt u op de hyperlinks voor de verschillende karakters (bijvoorbeeld OFT4).
- Indien u een ICD-10-PCS handboek gebruikt zult manueel de gepaste tabel moeten opzoeken. De tabellen worden in groepen ingedeeld, beginnend met de sectie “0”, Medisch en chirurgisch, en lichaamsstelsel “0”, Centraal zenuwstelsel, en verder in numerieke volgorde. Secties 0 tot 9 worden gevolgd door de secties B tot D en F tot H. Dezelfde afspraken bestaan voor elke tabel voor het tweede tot het zevende karakter - eerst komen de numerieke waarden, gevolgd door de letterwaarden in alfabetische volgorde.

OEFENINGEN 9.2

Zonder de ICD-10-PCS te raadplegen, rangschik de onderstaande tabellen (voorgesteld door de drie eerste karakters), zoals u ze in de classificatie kunt terugvinden.

1. OJQ 4
2. OJ9 3
3. B31 5
4. 09B 1
5. 09W2

CODEERVOORBEELDEN

Volg de bovenstaande richtlijnen om een correcte procedurecode te vinden voor elk van de onderstaande procedures:

Totale laparoscopische cholecystectomie

Kijk onder de hoofdterm **Cholecystectomie**. U ziet dat daar twee verwijzingen staan: “see Excision, Gallbladder [0FB4]” en “see Resection, Gallbladder [OFT4]”. Het is niet nodig om onder de hoofdtermen “Excision” of “Resection” de subterm “gallbladder” te gaan zoeken omdat ze toch naar dezelfde tabel zullen verwijzen. Indien u het verschil niet kent tussen de twee kernprocedures moet u de bijlage A van de ICD-10-PCS raadplegen en daar de definities nalezen. Anderzijds kunt u ook de alfabetische index volgen en beide tabellen (0FB) en (OFT) nakijken om de verschillen te ontdekken tussen beide kernprocedures “Excision” en “Resection”.

Nazicht van tabel 0FB. In het bovenste vak van de tabel ziet u het eerste karakter “0” dat verwijst naar de medische en chirurgische sectie; het tweede karakter “F” verwijst naar het lichaamsstelsel “hepatobiliair stelsel en pancreas”; en het derde karakter “B” verwijst naar de kernprocedure “Excision”. “Excision (excisie)” wordt gedefinieerd in de tabel 0FB als het uit- of wegsnijden, zonder vervanging, van een deel van een lichaamsonderdeel. Omdat het hier gaat om een totale cholecystectomie, zal “Excision” niet de correcte kernprocedure zijn.

Nazicht van tabel OFT. Het derde karakter “T” verwijst naar de kernprocedure “Resection”. “Resection (resectie)” wordt in de tabel OFT gedefinieerd als het uit- of wegsnijden, zonder

vervanging, van een volledig lichaamsdeel. Ons baserend op deze twee tabellen, wordt het nu duidelijk dat “Excision, gallbladder” de kernprocedure is voor de partiële cholecystectomie, en dat “Resection”, de kernprocedure is voor de totale cholecystectomie; daarom is tabel 0FT de correcte tabel om verder te werken.

We bouwen verder de code op door de toepasselijke waarden voor de volgende karakters uit de verschillende kolommen van deze tabel te selecteren (zie figuur 9.1). In de eerste kolom – het lichaamsdeel – selecteren we de waarde “4” voor de galblaas. In de tweede kolom – approach – selecteren we de waarde “4” voor de percutane endoscopische toegangsweg, omdat het hier om een laparoscopische procedure gaat. Voor het zesde karakter selecteren we de waarde “Z” voor het materiaal, omdat er geen materiaal werd gebruikt bij deze procedure en als laatste karakter selecteren we ook “Z” omdat er geen extra karakteristieken zijn. De correcte ICD-10-PCS procedure wordt dus 0FT44ZZ. Figuur 9.1 toont de tabel 0FT als voorbeeld, met de toepasselijke waarden die omcirkeld zijn.

Noteer dat binnen de ICD-10-PCS tabellen enkel combinaties tussen de verschillende waarden binnen eenzelfde rij mogelijk zijn (kolom 4 tot 7). Zo zal de waarde “8” in de tabel van figuur 9.1 niet correct zijn als toegangsweg (vijfde karakter), omdat zij niet voorkomt in de rij waar we de waarde “4” voor de galblaas hebben gekozen.

FIGUUR 9.1: Uittreksel van de 0FT tabel uit de ICD-10-PCS

Amputatie van de het rechter been, onder de knie

Kijk onder de hoofdterm **Amputation** in de alfabetische index. Noteer de kruisverwijzing naar “see detachment”. Volg deze kruisverwijzing door naar de hoofdterm “Detachment (amputeren)” te gaan en daaronder de subterm “leg” te selecteren. Noteer dat er bijkomende subtermen zijn om te specificeren dat het gaat om “lower” en dan om “links” en “rechts”. Op dit ogenblik zien we dat de index de code 0Y6H0Z geeft voor het rechter onderste lidmaat – dit is bijna de volledige code, enkel het zevende karakter ontbreekt.

Kijk nu naar de tabel 0Y6 (zie ook figuur 9.2) en selecteer de juiste code voor het lichaamsdeel “H”, het onderste lidmaat, rechts. Omdat enkel de waarden “0” en “Z” beschikbaar zijn voor de volgende karakters (approach en device) werden die waarden al in de alfabetische index getoond. Selecteer nu de toepasselijke waarde voor het zevende karakter (de ‘qualifier’). Vermits het hier gaat om een amputatie onder de knie, selecteren we de waarde “3” voor “low”. De volledige ICD-10-PCS code wordt dus 0Y6H0Z3.

FIGUUR 9.2: Uittreksel van de 0Y6 tabel uit de ICD-10-PCS

DE SAMENVATTENDE UNIFORME ONTSLAGGEGEVENS ALS BRON VOOR DE REGISTRATIE VAN DE PROCEDURES

De samenvattende uniforme ontslaggegevens moeten alle significante procedures bevatten die moeten gerapporteerd worden. Daarbij kan de overheid extra gegevens vragen die moeten geregistreerd worden voor de financiering, zelfs als ze buiten de definitie van significante procedures vallen. Bovendien kan het ziekenhuis zelf nog procedures verzamelen voor eigen gebruik. De meeste ziekenhuizen coderen bijna nooit de bijkomende of diagnostische procedures voor gehospitaliseerd patiënten.

Een significante procedure wordt gedefinieerd als een procedure die voldoet aan volgende criteria:

- Is chirurgisch van natuur
- Bevat een anesthesie risico
- Bevat een procedure risico
- Vereist een gespecialiseerde opleiding

Chirurgie omvat volgende kernprocedures: incision, excision, destruction, amputation, introduction, insertion, endoscopy, repair, suturing, en manipulation. Elke procedure onder andere anesthesie dan plaatselijke, houdt een risico in. Procedurele risico's zijn moeilijk te definiëren, maar elke procedure waarbij men erkent dat ze een functionele hinder zal geven, een fysiologische ontregeling teweeg brengt of een mogelijks trauma geeft tijdens een invasieve procedure, zit in deze groep. Procedures die een specifieke opleiding vragen zijn deze die uitgevoerd worden door gespecialiseerde artsen, gekwalificeerde techniekers of klinische teams die specifiek opgeleid zijn om bepaalde procedures uit te voeren of om hoofdzakelijk specifieke procedures bij te staan. Deze definitie impliceert een extra opleiding boven op de gewone opleiding van zowel artsen, verpleegkundigen of techniekers.

Rapportage voorschriften voor procedures

Zowel voor de dagopnames als de klassieke hospitalisatie zal de ICD-10-PCS gebruikt worden.

Daarnaast behoudt men de RIZIV nomenclatuur voor het registreren van de procedures binnen de facturatie.

Aanduiden van de hoofdprocedure

De hoofdprocedure wordt omschreven als deze procedure die uitgevoerd wordt voor de definitieve behandeling (eerder dan deze die dient om diagnostische of exploratieve doeleinden) ofwel de procedure die nodig is om een complicatie te behandelen. Indien twee of meerdere procedures aan de definitie voldoen, zal de procedure die het meest gerelateerd is aan de hoofddiagnose als hoofdprocedure gezet worden. De codeerder zal deze richtlijnen volgen tenzij de overheid specifiekere regels opstelt.

De volgende regels worden aangeboden om de hoofdprocedure aan te duiden indien meerdere procedures uitgevoerd worden:

- Een procedure wordt uitgevoerd voor de definitieve behandeling van zowel de hoofd- als nevensdiagnose.
Codeer die procedure als hoofdprocedure omdat ze dient als definitieve behandeling van de hoofddiagnose.
- Er is een procedure die uitgevoerd wordt als behandeling, terwijl andere procedures eerder diagnostische procedures zijn voor zowel de hoofd- als de nevensdiagnosen.
De hoofdprocedure is de therapeutische procedure die het dichtst staat bij de hoofddiagnose.
- Een diagnostische procedure wordt uitgevoerd voor de hoofddiagnose en een therapeutische procedure voor een nevensdiagnose.
De hoofdprocedure is de diagnostische procedure omdat ze uitgevoerd wordt voor de hoofddiagnose.
- Er worden geen procedures uitgevoerd voor de hoofddiagnose; echter wel procedures als behandeling en diagnostisch voor de nevensdiagnosen.
Gebruik als hoofdprocedure de therapeutische procedure die uitgevoerd wordt voor de nevensdiagnosen (al dan niet definitieve behandeling) omdat er niets is voor de hoofddiagnose.

HOOFDSTUK 10

DE KERNPROCEDURES VAN ICD-10-PCS BINNEN DE MEDISCHE EN CHIRURGISCHE SECTIE

OVERZICHT

Eenendertig medische en chirurgische kernprocedures kunnen ingedeeld worden in negen groepen die gelijkaardige kenmerken hebben:

- Kernprocedures om een volledig of een deel van een lichaamsdeel te verwijderen.
- Kernprocedures om vaste stoffen, vloeistoffen, en gassen uit een lichaamsdeel te halen.
- Kernprocedures waarbij men enkel snijdt of kliëft.
- Kernprocedures waarbij men lichaamsdelen inbrengt, terug plaatst of volledig of gedeeltelijk verplaatst.
- Kernprocedures die de diameter of het verloop van een buisvormig lichaamsdeel veranderen.
- Kernprocedures waarbij steeds materialen of apparaten worden gebruikt.
- Kernprocedures waarbij enkel wordt onderzocht.
- Kernprocedures die andere herstellingen omvatten.
- Kernprocedures die andere doelstellingen hebben.

LEERDOELSTELLINGEN

Na het doornemen van dit hoofdstuk bent u in staat om:

- De objectieven van elke kernprocedure te kennen.
- Het onderscheid te weten tussen de verschillende kernprocedures in de Medische en Chirurgische Sectie.
- De algemene codeerregels toe te passen voor de kernprocedures.

TERMEN OM TE KENNEN

Kernprocedure

Het derde karakter in een ICD-10-PCS code, dat het objectief van de procedure weergeeft.

INLEIDING

De vorige hoofdstukken beschreven de structuur van de ICD-10-PCS codes en de basisstappen om die codes te selecteren. In hoofdstuk 3 werden de kernprocedures aangehaald, als belangrijkste onderdeel om de juiste ICD-10-PCS code te kunnen selecteren. De kernprocedures beschrijven het beoogde doel van de procedure. Dit hoofdstuk beschrijft de 31 kernprocedures binnen de medische en chirurgische sectie, alsook hun definitie. Daarenboven worden hier ook de officiële ICD-10-PCS codeerregels geïntroduceerd.

CODEERREGELS VOOR DE KERNPROCEDURES

De meerderheid van de codeerregels in de ICD-10-PCS, gaan over het gebruik van het derde karakter. In deze sectie zullen we het eerst hebben over de algemene codeerregels om dan over te gaan naar de multipale procedures en de gestaakte procedures. Specifieke regels voor bepaalde kernprocedures zullen onder die kernprocedures behandeld worden.

Om de juiste kernprocedures te vinden moet de volledige definitie van die kernprocedure van toepassing zijn. De definitie van elke kernprocedure (binnen de ICD-10-PCS classificatie) worden hernomen in bijlage A en in de verschillende tabellen zelf (zie figuur 10.1).

Onderdelen van een procedure, die in de definitie en de beschrijving van een kernprocedure vermeld staan, worden niet afzonderlijk gecodeerd. De volledige definitie van elke kernprocedures, zoals ze in de tabellen genoteerd staat, moet zorgvuldig nagelezen worden, want hierdoor zal men geleid worden om één of meerdere codes te gebruiken. Bijvoorbeeld; de resectie van een gewricht, bij het plaatsen van een prothese zit vervat in de definitie van 'Replacement (Vervanging)' en zal dus niet afzonderlijk gecodeerd worden. Het deel van procedure dat vereist is om de operatiestreek te bereiken (zoals de insnede) en het sluiten van de operatiewonde (zoals het hechten) worden niet afzonderlijk gecodeerd.

FIGURE 10.1 Table Excerpt Demonstrating Location of Root Operation Definition

| | | | | |
|-------------|---|--|--|---------------------------|
| Section | 0 | Medical and Surgical | | |
| Body System | F | Hepatobiliary System and Pancreas | | Root operation definition |
| Operation | T | Resection: Cutting out or off, without replacement, all of a body part | | |

| Body Part | Approach | Device | Qualifier |
|------------------------------|-------------------------------------|-------------|----------------|
| 0 Liver | 0 Open | Z No Device | Z No Qualifier |
| 1 Liver, Right Lobe | 4 Percutaneous Endoscopic | | |
| 2 Liver, Left Lobe | | | |
| 4 Gallbladder | | | |
| G Pancreas | | | |
| 5 Hepatic Duct, Right | 0 Open | Z No Device | Z No Qualifier |
| 6 Hepatic Duct, Left | 4 Percutaneous Endoscopic | | |
| 8 Cystic Duct | 7 Via Natural or Artificial Opening | | |
| 9 Common Bile Duct | 8 Via Natural or Artificial Opening | | |
| C Ampulla of Vater | Endoscopic | | |
| D Pancreatic Duct | | | |
| F Pancreatic Duct, Accessory | | | |

Codering van meerdere procedures

Multiples procedures, die tijdens een zelfde operatietijd uitgevoerd, worden afzonderlijk gecodeerd als zij onder volgende voorwaarden vallen:

1. *Dezelfde kernprocedure wordt uitgevoerd op verschillende lichaamsdelen die een verschillende waarde hebben voor dat vierde karakter.* Als voorbeeld nemen we de diagnostische excisie (biopsie) van lever en pancreas. De regel is eenvoudig als we weten hoe het karakter voor het lichaamsdeel wordt gebruikt in ICD-10-PCS. Neem bijvoorbeeld de tabel in figuur 10.1. We zien dat de lever als een afzonderlijk lichaamsdeel aanzien wordt, maar dat ook de Rechter als de Linker kwab als aparte lichaamsdelen worden aanzien. Als er dus een biopsie gedaan wordt van de Rechter en de Linker leverkwab dan zullen we die afzonderlijk coderen omdat ze een andere waarde hebben voor het vierde karakter; het 'lichaamsdeel'.
2. *Dezelfde kernprocedures wordt uitgevoerd op verschillende lichaamsdelen die onder dezelfde waarde staan voor het vierde karakter.* Als voorbeeld nemen we de excisie van de m. sartorius en de excisie van de m. gracilis die beiden onder het lichaamsdeel 'Bovenste spieren van het been' vallen en toch multipel zullen gecodeerd worden. Dit voorbeeld illustreert twee excisies op twee verschillende spieren die horen bij het lichaamsdeel 'Spieren van het bovenste deel van het been'

- met bijhorende waarde voor het vierde karakter. Indien men dit niet tweemaal zou coderen dan zou het zijn alsof die ingreep slechts één maal werd uitgevoerd.
3. *Multipele kernprocedures, met verschillend doel, worden uitgevoerd op een zelfde lichaamsdeel.* Een voorbeeld hiervan is de destructie van een letsel in het sigmoïd en een bypass van het sigmoïd.
 4. *De voorgenomen kernprocedure wordt gestart met eigen toegangsweg, maar moet omgezet worden naar één met andere toegangsweg.* Als voorbeeld hiervoor nemen we de laparoscopische cholecystectomie, die tijdens de ingreep naar een open cholecystectomie geconverteerd wordt. De eerste wordt gecodeerd als percutane, endoscopische 'Inspection (Inspectie)' en de tweede als open 'Resection (Resectie)'.

Codering van onderbroken, stop gezette procedures

Wanneer een geplande procedure onderbroken moet worden en dus niet volledig uitgevoerd wordt, wordt ze gecodeerd tot de plaats waar men gekomen was, rekening houdend met volgende principes:

- Indien de geplande procedure onderbroken wordt, codeert men de kernprocedure die uitgevoerd werd.
- Indien een procedure onderbroken wordt voordat er een kernprocedure wordt uitgevoerd, dan codeert men een 'Inspection (Inspectie)' van een lichaamsdeel of anatomische regio.

De volgende voorbeelden tonen hoe onderbroken of onvolledige procedures moeten gecodeerd worden:

- Een patiënt wordt opgenomen voor het transurethraal verwijderen van een ureterale steen. De scopie gaat tot in de blaas, maar de chirurg geraakt niet in de ureter. Men codeert 'Inspection (Inspectie)' van de blaas.
- Een patiënt wordt opgenomen voor een cholecystectomie en exploratie van de galwegen. Na openen van de abdominale holte, vindt men een uitgebreide metastasering in de maag en het duodenum, die waarschijnlijk uitgaat van een primair neoplasma van de pancreas. De ingreep wordt gestaakt en de abdominale wand wordt gesloten. Men codeert enkel de exploratieve laparotomie.
- Een geplande klepvervanging wordt gestaakt na de thoracotomie, nog voor de hartspier wordt ingesneden, omdat de patiënt hemodynamisch onstabiel wordt. De procedure wordt gecodeerd als een open 'Inspection (Inspectie)' van het mediastinum.

Wanneer de procedure faalt, waarmee men bedoelt dat de procedure niet het beoogde resultaat oplevert, dan wordt ze toch gecodeerd als volledig uitgevoerd. Zo kan een volledige re-occlusie van een coronaire arterie na een PTCA, waardoor de patiënt onmiddellijk een coronaire bypass moet krijgen, aanzien worden als een gefaalde PTCA. Toch werd die PTCA uitgevoerd en zal die dan ook zo gecodeerd worden. Een procedure die niet het beoogde doel heeft bereikt wordt niet gecodeerd als een complicatie van de procedure!!

Codering van biopsieën

Een biopsie is de afname van weefsel van een levend individu, om dit microscopisch te onderzoeken. Men zal geen biopsiecode gebruiken voor weefsels, die omwille van therapeutische redenen worden verwijderd en nadien microscopisch worden onderzocht (en die men soms ook als biopsie beschrijft). Zo zullen chirurgisch verwijderde lichaamsdelen, dikwijls ter onderzoek naar het labo opgezonden worden en dus niet als een biopsie gecodeerd worden. Biopsieën kunnen gecodeerd worden met verschillende kernprocedurecodes, afhankelijk hoe de biopsie genomen werd,

waarbij men goed de definitie van de kernprocedure indachtig moet zijn. Zo kunnen biopsieën onder de kernprocedures “Excision”, “Extraction” of “Drainage” vallen, met als kenmerk (Qualifier) “Diagnostic”.

Een biopsie gevolgd door een meer definitieve behandeling. Indien een diagnostische “Excision”, “Extraction” of “Drainage” procedure (biopsie) gevolgd wordt door een meer definitieve procedure, zoals een “Destruction”, “Excision” of “Resection” op dezelfde operatieplaats, zullen zowel de biopsie als de definitieve behandeling gecodeerd worden. Zo zal voor een biopsie van de borst die gevolgd wordt door een partiële mastectomie op dezelfde plaats, zowel de biopsie als de partiële mastectomie gecodeerd worden.

Codering van procedures op overlappende lichaamslagen

Soms worden procedures uitgevoerd op overlappende lichaamslagen. In deze gevallen wordt volgende regel toegepast: Indien de kernprocedure “Excision”, “Repair” of “Inspection” uitgevoerd wordt op een overlappende laag van het musculoskeletaal stelsel, zal enkel de diepst behandelde laag gecodeerd worden. Het chirurgisch debridement met excisie van de huid, de onderhuid en het spierweefsel wordt dus gecodeerd met “Spier” als “lichaamsdeel”.

MEDISCHE EN CHIRURGISCHE KERNPROCEDURES

De eenendertig medische en chirurgische kernprocedures kunnen ingedeeld worden in negen groepen die gelijkaardige kenmerken hebben:

1. Kernprocedures om een volledig of een deel van een lichaamsdeel te verwijderen.
2. Kernprocedures om vaste stoffen, vloeistoffen, en gassen uit een lichaamsdeel te halen.
3. Kernprocedures waarbij men enkel snijdt of kliëft.
4. Kernprocedures waarbij men lichaamsdelen inbrengt, terug plaatst of volledig of gedeeltelijk verplaatst.
5. Kernprocedures die de diameter of het verloop van een buisvormig lichaamsdeel veranderen.
6. Kernprocedures waarbij steeds materialen of apparaten worden gebruikt.
7. Kernprocedures waarbij enkel onderzoek gebeurt.
8. Kernprocedures die andere herstellingen omvatten.
9. Kernprocedures die andere doelstellingen hebben.

Kernprocedures om een volledig of een deel van een lichaamsdeel te verwijderen

Deze groep procedures omvat de “Excision (Excisie)”, de “Resection (Resectie)”, het “Detachment (Amputatie)”, de “Destruction (Destructie)” en de “Extraction (Extractie)”. Tabel 10.1 geeft een overzicht van deze kernprocedures, alsook het beoogde doel, de plaats van de procedure en een voorbeeld ervan.

“Excision”, “Resection” en “Detachment” zijn gelijkaardig omdat ze verwijderen, zonder vervanging. Het verschil zit in de plaats van de procedure en de omvang – een gedeelte (“Excision” (Excisie)) of een volledig (“Resection” (Resectie)) lichaamsdeel of een extremitéit (“Detachment” (Amputatie)). Het verwijderen van een knobbel uit de borst is een “Excision”, terwijl de totale mastectomie een “Resection” is. Wanneer de Excisie een biopsie is zal men als kenmerk (Qualifier) “Diagnostisch” gebruiken. “Excision” wordt gedefinieerd als het verwijderen, zonder vervanging, van een ‘gedeelte’ van een lichaamsdeel, terwijl “Resection” het verwijderen, zonder vervanging is van een ‘volledig’ lichaamsdeel.

Dit verschil is een sleutelbegrip in de ICD-10-PCS; een “volledig” lichaamsdeel is uniek gedefinieerd in ICD-10-PCS, en het kan verschillen voor de verschillende organen.

Excision versus Resection

ICD-10-PCS heeft verschillende waarden voor de anatomische onderdelen van een lichaamsdeel, zoals voor de longkwabben, de leverkwabben en de darmsegmenten. ‘Resection’ zal gebruikt worden wanneer een volledig gedefinieerd lichaamsdeel uit- of weggesneden wordt; ‘Excision’ als slechts een deel ervan verwijderd wordt. Het is dus belangrijk om de lichaamsdelen in de respectievelijke tabel na te kijken, om te kunnen oordelen of het nu om een Resectie dan wel een Excisie gaat. Als voorbeeld nemen we terug de tabel in figuur 10.1. Als lichaamsdelen zien we de Lever, de Rechter leverkwab en de Linker leverkwab. Het verwijderen van de volledige Rechter leverkwab wordt dan aanzien als een Resectie (wegsnijden van een volledig lichaamsdeel zoals gedefinieerd in ICD-10-PCS) – nochtans gaat het om slechts één kwab van de lever, maar elke kwab wordt gedefinieerd als een lichaamsdeel.

Bijkomende informatie over de anastomose techniek om de procedure af te werken (bijv. end-to-end of side-tot-end anastomose na een colectomie), wordt niet gespecificeerd in ICD-10-PCS. Enkel de specifieke Resection (Resectie) of Excision (Excisie) kan gecodeerd worden.

Excisie voor enten

Procedures waarbij men weefsel gaat nemen om te enten, volgen de volgende codeerregels: *Indien een autograaft wordt afgenomen van een ander lichaamsdeel, om het doel van de behandeling te bereiken, dan zal dit als een afzonderlijke procedure gecodeerd worden. Zo zal voor een coronaire bypass, de wegname van de vena saphena (die gebruikt wordt voor de bypass) als een afzonderlijke code gecodeerd worden.*

‘Detachment (Amputeren)’, ‘Destruction (Destructie)’ en ‘Extraction (Extractie)’

De kernprocedure “Detachment” wordt exclusief gebruikt voor de Amputatie van extremiteiten op om het even welk niveau. Bij “Detachment” is het lichaamsdeel de plaats van de amputatie, waarbij men met de ‘Qualifier’ verder het niveau van de amputatie kan specificeren.

“Destruction” en “Extraction” procedures voldoen aan het criterium verwijderen van een gedeelte of volledig lichaamsdeel. “Destruction” is het vernietigen zonder vervanging, terwijl “Extractie” het uit- of aftrekken is, zonder vervanging. “Destruction” wordt gedefinieerd als het fysisch vernietigen van een volledig of een deel van een lichaamsdeel door direct gebruik van energie, kracht of een vernietigend agens. Bij “Destruction” wordt niets van het lichaamsdeel fysiek uitgehaald. Voorbeelden van de kernprocedure “Destruction” zijn de fulgurisatie, de ablatie, de cauterisatie en de cryo-ablatie.

“Extraction” wordt gedefinieerd als het volledig of in stukken uittrekken of afrukken, van een volledig of een deel van een lichaamsdeel door middel van kracht. Wanneer de Extractie een biopsie is zal als ‘Qualifier’, “Diagnostisch” gebruikt worden. Voorbeelden van de kernprocedure “Extraction” zijn de dilatatie en de curettage, het strippen van varices, de niet-excisionele biopsie en de dermabrasie.

| Tabel 10.1: Kernprocedures “Waarbij een volledig of deel van een lichaamsdeel wordt verwijderd” | | | |
|---|--|-------------------------------|----------------------------------|
| Kernprocedure | Doelstelling van de procedure | Plaats van de procedure | Voorbeeld |
| Excision (Excisie) | Uitsnijden/afsnijden zonder vervanging | Gedeelte van een lichaamsdeel | Verwijderen knobbel uit de borst |
| Resection (Resectie) | Uitsnijden/afsnijden zonder vervanging | Volledig lichaamsdeel | Totale mastectomie |

| | | | |
|--------------------------|--|--------------------------------|--|
| Detachment (Amputatie) | Uitsnijden/afsnijden zonder vervanging | Enkel ledematen, elk niveau | Amputatie boven de knie |
| Destruction (Destructie) | Vernietigen zonder vervanging | Gedeelte/volledig lichaamsdeel | Vernietigen van endometrium (fulgurisatie) |
| Extraction (Extractie) | Uittrekken of afrukken zonder vervanging | Gedeelte/volledig lichaamsdeel | Dilatatie en curettage van de uterus |

OEFENINGEN 10.1

Codeer volgende procedures

1. Laparoscopisch verwijderen van een rechter ovarium cyste 0UB04ZZ
2. Diagnostische dilatatie en curettage [Extraction] 0UDB7ZX
3. Amputatie van het rechter onderbeen onder de knie 0Y6H0Z3
4. Laparoscopische rechter oöphorectomie [Resection] 0UT04ZZ
5. Fulgurisatie van een rectale poliep [Destruction] 0D5P8ZZ
6. Wigbiopsie van de rechter borst [Excision] 0HBT0ZX
7. Chirurgische verwijdering van het volledige sigmoïd langs abdominale weg [Resection] 0DTN0ZZ

Kernprocedures om vaste stoffen, vloeistoffen, gassen uit een lichaamsdeel te halen

Deze groep kernprocedures omvat de “Drainage” (Drainage), de “Extirpation (Uitruimen)” en de “Fragmentation (Fragmenteren)”. Deze procedures worden allemaal uitgevoerd op eenzelfde procedureplaats, namelijk “in een lichaamsdeel”. Tabel 10.2 geeft een overzicht van deze kernprocedures, alsook het beoogde doel, de plaats van de procedure en een voorbeeld.

Het verschil tussen de verschillende kernprocedures ligt hem in het feit dat bij “Drainage” er vloeistoffen of gassen verwijderd worden, bij “Extirpation” vaste delen uit een lichaamsdeel verwijderd worden en bij “Fragmentation” de vaste delen in stukjes worden gebroken. De kernprocedure “Drainage” is van toepassing in zowel diagnostische als therapeutische drainage procedures. De ‘Qualifier’ “Diagnostic” wordt bij “Extraction” en “Drainage” gebruikt om de biopsieën weer te geven. Noteer dat het inbrengen van of het gebruik van drainage materiaal gecodeerd wordt onder de kernprocedure “Drainage”, waarbij de waarde voor het “Drainage device” (Drain) gekozen wordt onder het karakter voor het “Device”.

Bij “Extirpation” is het vast weefsel of materiaal, een abnormaal bijproduct van een biologische functie of een vreemd lichaam; het kan zich bevinden in het weefsel van een lichaamsdeel of het lumen van een buisvormig lichaamsdeel. Het vast materiaal kan al dan niet op voorhand in stukken verbrijzeld worden.

Bij “Fragmentation” wordt een fysische kracht (bijv. manueel, ultrasone) direct of indirect gebruikt om het vaste materiaal in stukken te verbrijzelen. Het vast materiaal kunnen abnormale bijproducten zijn van biologische functies of vreemde lichamen. Niettegenstaande de kernprocedures “Extirpation” en “Fragmentation” nauw aan elkaar verwant zijn, is het verschil dat bij “Fragmentation” de verbrijzelde stukken vast materiaal niet verwijderd worden.

| Tabel 10.2: Kernprocedures “Waarbij vaste stoffen, vloeistoffen, gassen uit een lichaamsdeel worden gehaald” | | | |
|--|-------------------------------------|-------------------------|---------------------|
| Kernprocedure | Doelstelling van de procedure | Plaats van de procedure | Voorbeeld |
| Drainage (Draineren) | Uitnemen/uitlaten van vloeistof/gas | Uit een lichaamsdeel | Incisie en drainage |

| | | | |
|---------------------------------|--|----------------------|---------------|
| Extirpation (Uitruimen) | Uitnemen/uitsnijden van vaste materie | Uit een lichaamsdeel | Thrombectomie |
| Fragmentation (Fragmenteren) | Verbrokkelen van vast materie in stukken | In een lichaamsdeel | Lithotripsie |

OEFENINGEN 10.2

Codeer volgende procedures

1. Insnijden en drainage van een periaanaal abces 0D9QXZZ
2. Percutane, mechanische thrombectomie uit de linker, arteria brachialis [Extirpation] 03C83ZZ
3. Hysteroscopie met intraluminale lithotripsie van calcificaties in de linker eileider [Fragmentation] 0UF68ZZ
- 4.

Kernprocedures waarbij men enkel snijdt of kliëft

Deze groep bevat slechts twee kernprocedures: “Division (Doorsnijden/-zagen)” en “Release (Losmaken)”. Tabel 10.3 geeft een overzicht van deze kernprocedures, alsook het beoogde doel, de plaats van de procedure en een voorbeeld.

“Division” is insnijden of scheiden/splitsen van een lichaamsdeel. Deze procedure wordt uitgevoerd in een lichaamsdeel. Bij “Division” wordt een volledig of een deel van een lichaamsdeel gescheiden in twee of meer delen. Voorbeelden van “Division” zijn de neurotomie, de spinale chordotomie en osteotomie.

“Release” is het bevrijden van een lichaamsdeel van een abnormale fysische vergroeiing. De plaats van de ingreep is ‘rond’ het lichaamsdeel. Bij “Release” kunnen constricties of adhesies verwijderd of lichaamsdelen gedeprimeerd worden, zonder dat weefsel van het lichaamsdeel zelf wordt verwijderd. Het lichaamsdeel dat men codeert is het lichaamsdeel dat bevrijd wordt en niet het weefsel dat gemanipuleerd of ingesneden wordt om het lichaamsdeel te bevrijden. Een voorbeeld is het doorsnijden (de lysis) van de intestinale briden; als waarde voor het lichaamsdeel kiest men de specifieke darm die bevrijd wordt.

Release versus Division: indien de procedure enkel en alleen tot doel heeft een lichaamsdeel te bevrijden zonder dat dit ingesneden wordt, dan wordt dit gecodeerd onder de kernprocedure “Release”. Als voorbeeld geven we de bevrijding van een zenuwwortel uit het omliggende littekenweefsel, zonder insnijden van de zenuw. Als de procedure tot doel heeft om een lichaamsdeel te delen of door te snijden, dan codeert men dit als “Division”; zoals het doorsnijden van een zenuwwortel om pijn op te heffen.

| Kernprocedure | Doelstelling van de procedure | Plaats van de procedure | Voorbeeld |
|----------------------------------|--|-------------------------|-------------|
| Division (Doorsnijden/-zagen) | Snijden in / scheiden van een lichaamsdeel | In een lichaamsdeel | Neurotomie |
| Release (Losmaken) | Bevrijden van een lichaamsdeel | Rond een lichaamsdeel | Adhesiolyse |

Kernprocedures waarbij men lichaamsdelen inbrengt, terug plaatst of volledig of gedeeltelijk verplaatst

Deze groep omvat de kernprocedures “Transplantation (Transplantatie)”, “Reattachment (Heraanhechten)”, “Transfer (Transfer)” en “Reposition (Repositioneren)”. Tabel 10.4 geeft een overzicht van deze kernprocedures, alsook het beoogde doel, de plaats van de procedure en een voorbeeld.

De kernprocedure “Transplantation” is het inbrengen van een levend lichaamsdeel, afkomstig van een andere persoon of dier, met de bedoeling dat dit de plaats en/of de functie overneemt van het volledige of een deel van het gelijkaardige lichaamsdeel. Het oorspronkelijke lichaamsdeel kan al dan niet verwijderd worden en het getransplanteerde lichaamsdeel kan een deel of de volledige functie ervan overnemen. Voorbeelden hiervan zijn de lever- en niertransplantaties. Noteer hier dat de procedure waarbij autologe en niet-autologe cellen worden ingebracht, gecodeerd worden onder de “Administration” sectie (i.p.v. de “Medische en Chirurgische” sectie), ofschoon deze procedure aanzien wordt als een transplantatie – bijvoorbeeld de stamcel transplantatie.

Een andere kernprocedure in deze groep is de “Reattachment”. Deze kernprocedure beschrijft het terug in- of aanbrengen van een volledig of gedeelte van een gescheiden (losgemaakt) lichaamsdeel, op de normale plaats of een andere geschikte plaats. De bloedvaten en de zenuwen kunnen al dan niet geanastomoseerd worden. Voorbeelden hiervan is het heraanhechten van vingers of de hand.

De kernprocedure “Transfer” is het verplaatsen, zonder uitnemen, van een volledig of gedeelte van een lichaamsdeel naar een andere locatie, waar het de functie zal overnemen van een volledig of een gedeelte van een lichaamsdeel. Het lichaamsdeel dat getransfereerd wordt blijft vastgehecht aan de bloedvaten en de zenuwen. Voorbeelden hiervan zijn de peestransferten en de gesteelde huidflappen.

De kernprocedure “Reposition” is het verplaatsen van een lichaamsdeel naar zijn normale of andere geschikte plaats. Dus zowel “Transfer” als “Reposition” is het verplaatsen van een lichaamsdeel – maar bij transfer is het de bedoeling dat het getransfereerde lichaamsdeel de functie van een ander lichaamsdeel overneemt of vervangt. Bij “Reposition” is het verplaatsen van een lichaamsdeel naar de plaats waar het normaal zou moeten zitten of een andere meer geschikte plaats. Voorbeelden van een “Reposition” zijn het terugplaatsen van een niet ingedaalde testikel en de reductie van een verplaatste fractuur.

| Kernprocedure | Doelstelling van de procedure | Plaats van de procedure | Voorbeeld |
|----------------------------------|---|----------------------------------|------------------------------|
| Transplantation (Transplantatie) | Inbrengen van levend lichaamsmateriaal (lichaamsdeel) van een persoon /dier | Gedeelte / volledig lichaamsdeel | Niertransplant |
| Reattachment (Heraanhechten) | Het terugplaatsen van een geamputeerd lichaamsdeel | Gedeelte / volledig lichaamsdeel | Heraanhechten van een vinger |
| Transfer (Transfer) | Verplaatsen van een lichaamsdeel naar een gelijkaardig lichaamsdeel om de functie ervan over te nemen | Gedeelte / volledig lichaamsdeel | Huidflap |

| | | | |
|--------------------------------|---|----------------------------------|---|
| Reposition (Repositioneren) | Verplaatsen van een lichaamsdeel naar de normale of meer geschikte plaats | Gedeelte / volledig lichaamsdeel | Terugbrengen van een niet ingedaalde testikel |
|--------------------------------|---|----------------------------------|---|

OEFENINGEN 10.3

Codeer volgende procedures

1. Percutane tenotomie van de rechter voet [Division] 0L8V3ZZ
2. Laparotomie met lyse van vergroeiing aan de dikke darm [Release] 0DNE0ZZ
3. Heraanechten van afgerukte linker wijsvinger 0XMP0ZZ
4. Levertransplantatie met donorlever 0FY00Z0
5. Gesloten reductie van rechter schouder luxatie [Reposition] 0RSJXZZ

Kernprocedures die de diameter of het verloop van een buisvormig lichaamsdeel veranderen

Er zijn vier kernprocedures die de diameter of het verloop van een buisvormig lichaamsdeel wijzigen: “Restriction (Vernauwen)”, “Occlusion (Occlusie)”, “Dilatation (Dilatatie)” en “Bypass (Bypass)”. Een buisvormig lichaamsdeel wordt in de ICD-10-PCS gedefinieerd als een hol lichaamsdeel dat doorgang verleent aan vaste stoffen, vloeistoffen of gassen. Hieronder verstaan we lichaamsdelen van het cardiovasculair stelsel, het spijsverteringsstelsel, het genito-urinair stelsel, de galwegen en de luchtwegen. Tabel 10.5 geeft een overzicht van deze kernprocedures.

Het doel van de “Restriction”, als kernprocedure, is de gedeeltelijke sluiting of vernauwing van de diameter van een lumen of opening, terwijl het doel van de “Occlusion” het volledig afsluiten is van een opening of lumen. De opening kan zowel een natuurlijke als een kunstmatige opening zijn. Zowel de “Restriction” als de “Occlusion” includeren de intraluminale en extraluminale technieken.

- Een voorbeeld van een “Restriction” is de gastro-oesofagale funduplicatie. In deze procedure wordt het bovenste deel van de maag rond het laagste deel van de slokdarmsfincter gedraaid, om deze te ondersteunen, waardoor zuurreflux verhindert wordt of een hiatus hernia hersteld wordt. Het gaat hier in feite om een gedeeltelijk sluiten van de klep tussen de slokdarm en de maag (lage oesofagale sfincter), zodat het maagzuur niet kan terugvloeien naar de slokdarm.
- Een voorbeeld van “Occlusion” is het volledig afsluiten van de eileiders, als contraceptief middel.

Met een “Dilatation” beogen we een verbreding, verwijding, verlenging van de diameter van een opening of een lumen van een buisvormig lichaamsdeel. Zowel bij de “Restriction” als de “Occlusion” mag die opening een natuurlijke of kunstmatige opening zijn en omvat de procedure zowel de intra- als extraluminale methodes. Als voorbeeld nemen we de percutane transluminale angioplastie (PTA), die gebruikt wordt om vernauwde coronairen te verbreden zodat de bloedstroom verbeterd wordt.

Bij een “Bypass” echter zal men de inhoud van een buisvormig orgaan langs een alternatieve weg omleiden. Bij een “Bypass” veronderstellen we de omleiding van één lichaamsdeel naar een verder gelegen deel van datzelfde lichaamsdeel, naar een gelijkaardig lichaamsdeel of, via een nieuw traject, naar een ander lichaamsdeel. De “Bypassen” includeren één of meerdere anastomosen met of zonder het gebruik van materialen. “Bypass” procedures worden gekenmerkt door het lichaamsdeel dat omgeleid wordt en het lichaamsdeel naar waar men omleidt. Verdere codeerregels over bypassen worden behandeld in het hoofdstuk van het bloedsomloopstelsel en het spijsverteringsstelsel. Een klassiek voorbeeld van een bypass procedure is de coronaire arteriële bypass, waarbij een vernauwing overbrugd wordt met een nieuwe arterie of vene zodat de bloedstroom hersteld wordt.

| Tabel 10.5: Kernprocedures “Die de diameter of het verloop van een buisvormig lichaamsdeel veranderen” | | | |
|--|--|-------------------------|---|
| Kernprocedure | Doelstelling van de procedure | Plaats van de procedure | Voorbeeld |
| Restriction (Vernauwen) | Gedeeltelijk sluiten van een opening/lumen | Buisvormig lichaamsdeel | Gastro-oesofagale funduplicatuur |
| Occlusion (Occlusie) | Volledig sluiten van een opening/lumen | Buisvormig lichaamsdeel | Tubaligatuur |
| Dilation (Dilatatie) | Uitrekken van een opening/lumen | Buisvormig lichaamsdeel | Percutane transluminale coronaire angioplastie (PTCA) |
| Bypass (Bypass) | Verplaatsen van het verloop | Buisvormig lichaamsdeel | Coronaire arteriële bypass (CABG) |

Kernprocedures waarbij steeds materialen of apparaten worden gebruikt

De volgende groep omvat zes kernprocedures waarbij er steeds materialen of toestellen worden gebruikt: “Insertion (Inbrengen)”, “Replacement (Vervangen)”, “Supplement (Toevoegen)”, “Change (Verwisselen)”, “Removal (Verwijderen)” en “Revision (Revisie/nazicht)”. Tabel 10.6 geeft een overzicht van deze kernprocedures.

Met “Insertion” bedoelt men het inbrengen van niet biologisch materiaal om een fysiologische functie te meten, te assisteren, uit te voeren of te verhinderen, maar het materiaal neemt niet fysisch de plaats in van het lichaamsdeel. Deze kernprocedure is enkel bedoeld om materiaal of een toestel in te brengen, zonder dat men iets anders doet met het lichaamsdeel. Voorbeelden zijn het inbrengen van radioactieve implantaten en de plaatsing van een centraal veneuze katheter.

Met “Replacement” echter brengt men materiaal (biologisch of synthetisch) of een toestel in, dat de plaats en/of functie zal innemen van een deel van of het ganse lichaamsdeel. Het lichaamsdeel kan verwijderd en vervangen worden, verwijderd, vernietigd of niet functioneel gemaakt worden tijdens de “Replacement” procedure. Voorbeelden zijn de heupprothese, de botenten en de vrije huidenten.

Met de kernprocedure “Supplement” bedoelt men de inbreng van materiaal (biologisch of synthetisch) dat het lichaamsdeel fysisch zal versterken en / of de functie ervan zal verbeteren. Het ingebrachte materiaal kan dood of levend weefsel zijn van de persoon zelf. Het lichaamsdeel kan voordien vervangen zijn, en de “Supplement” procedure wordt uitgevoerd om het vervangen lichaamsdeel fysisch te ondersteunen en / of de functie ervan te verhogen. Voorbeelden zijn het gebruik van een mesh bij het herstel van een hernia, de mitralisklep annuloplastie en de vrije zenuwent.

Met “Change” als kernprocedure bedoelt men elke procedure waarbij gelijkaardige materialen of toestellen wisselen en het terugplaatsen van een identiek of gelijkaardig materiaal of toestel, zonder insnijden of aanprikken van de huid of de mucosa. Alle procedures binnen deze “Change” worden langs externe weg uitgevoerd. Voorbeelden van “Change” zijn het wisselen van urinaire katheters en het vervangen van een gastrostomie tube.

Bij "Removal" wordt materiaal of een toestel uit of van een lichaamsdeel gehaald. Deze kernprocedure wordt gecodeerd wanneer ze niet integraal deel uitmaakt van een andere kernprocedure. Wanneer bijvoorbeeld materiaal of een toestel wordt verwijderd en gelijkaardig materiaal of een gelijkaardig toestel terug wordt ingebracht zonder insnijden of aanprikken van de huid of de mucosa, dan is de kernprocedure "Change", en zal de procedure "Removal" niet afzonderlijk gecodeerd worden. Voorbeelden hiervan zijn het verwijderen ("Removal") van redon drain of extern fixatie materiaal.

"Revision" betekent, elke procedure waarbij het de bedoeling is, voor zover als mogelijk, de positie of functie van een eerder geplaatst apparaat of materiaal te corrigeren, zonder het volledige apparaat of materiaal uit te nemen en te vervangen door een nieuw device. Bij deze kernprocedure kan het zijn dat een deel van het apparaat of materiaal eruit wordt genomen en / of teruggeplaatst wordt, zodat "Removal" van het oude stuk NIET moet gecodeerd worden. Het is belangrijk om te weten dat een volledig herdoen van een procedure hier niet onder valt en gecodeerd wordt met de juiste kernprocedure. Voorbeelden van "Revision" zijn de afstelling van pacemaker elektroden of de afstelling van een heupprothese.

Noteer dat bij de kernprocedures "Change", "Removal" en "Revision" de waarde van een algemeen lichaamsdeel wordt genomen, als het specifieke lichaamsdeel niet in de codetabel vermeld staat.

Soms wordt de procedure enkel en alleen op het materiaal of het apparaat uitgevoerd en niet op het lichaamsdeel. Voorbeelden hiervan zijn de spoeling van een gastrostomie sonde en de vervanging van een zenuwstimulator. In dergelijke gevallen worden die procedures gecodeerd onder ofwel "Change", "Irrigation (Spoelen)", "Removal" of "Revision".

| Tabel 10.6: Kernprocedures "Waarbij steeds materialen of apparaten worden gebruikt" | | | |
|---|--|----------------------------------|--|
| Kernprocedure | Doelstelling van de procedure | Plaats van de procedure | Voorbeeld |
| Insertion (Inbrengen) | Inbrengen van niet-biologisch materiaal | In/aan een lichaamsdeel | Inbrengen van een centrale lijn |
| Replacement (Vervangen) | Inbrengen van materiaal dat een lichaamsdeel vervangt | Gedeelte / volledig lichaamsdeel | Totale heup vervanging |
| Supplement (Toevoegen) | Inbrengen van materiaal dat de functie van een lichaamsdeel versterkt of verbetert | In/aan een lichaamsdeel | Abdominale wand herniorrhafie door middel van een mesh |
| Change (Verwisselen) | Het verwisselen van materiaal zonder insnijden of aanprikken | In/aan een lichaamsdeel | Verwisselen van drainage tube |
| Removal (Verwijderen) | Uitnemen van materiaal | In/aan een lichaamsdeel | Verwijderen van een centrale lijn |
| Revision (Revisie) | Herstellen van slecht werkend, verplaatst materiaal | In/aan een lichaamsdeel | Revisie van een pacemaker |

OEFENINGEN 10.4

Codeer volgende procedures

1. Cystoscopie met intraluminale dilatatie van een blaashalsstenose

0T7C8ZZ

2. Totale rechter knie arthroplastie met plaatsen van totale knieprothese [Replacement] 0SRC0JZ
3. Bilaterale laparoscopische tubaligatuur [Occlusion] 0UL74ZZ
4. Herstel van linker, ventrale hernia met Marlex mesh [Supplement] 0WUF0JZ
5. Open revisie van rechter knieprothese, met verwijderen en vervangen van de polyethyleen patella component 0SWC0JZ

Kernprocedures waarbij enkel een onderzoek gebeurt

Twee kernprocedures behandelen het onderzoeken van lichaamsdelen: "Inspection (Inspectie)" en "Map (Mapping)". Zie tabel 10.7 voor een overzicht van deze kernprocedures.

Wanneer het onderzoek gaat over de visuele of manuele onderzoeken van een volledig of partieel lichaamsdeel, zal men "Inspection" als kernprocedure gebruiken. Het visueel onderzoek kan al dan niet uitgevoerd worden met optische instrumenten. De manuele onderzoeken kunnen direct uitgevoerd worden of doorheen de verschillende lichaamslagen. Voorbeelden van "Inspection" zijn de diagnostische arthroscopie en de exploratieve laparotomie.

Er zijn toch drie belangrijke regels die van toepassing zijn voor de kernprocedure "Inspection".

- *Inspecties die uitgevoerd worden om de doelstelling van een procedure te realiseren, worden niet afzonderlijk gecodeerd.* Bijvoorbeeld, een fiber bronchoscopie (die een procedure is om de longen te onderzoeken) met de bedoeling de bronchi te reinigen. De kernprocedure "Inspection" wordt hier niet gecodeerd omdat het niet de bedoeling is de longen te inspecteren maar wel om een Broncho-Alveolaire-Lavage (BAL) uit te voeren.
- *Indien verschillende delen van een buisvormig lichaamsdeel worden geïnspecteerd, zal men alleen het meest distale deel coderen. Indien verschillende lichaamsdelen van een niet buisvormig lichaamsdeel worden onderzocht, neemt voor de waarde van het lichaamsdeel de ganse de regio die geïnspecteerd werd.* Zo zal men bij de endoscopieën verschillende onderdelen bekijken, zoals bij een cysto-ureteroscopie waarbij zowel de blaas als de ureters worden onderzocht. Het verst gelegen lichaamsdeel is hier dan de ureter, zodat men enkel hiervoor een code zal gebruiken. Een ander voorbeeld van "Inspection" op niet buisvormige organen is de exploratieve laparotomie van het abdomen, waarbij de buikinhoud wordt onderzocht. In dit geval neemt men als lichaamsdeel "Peritoneal cavity (Peritoneale holte)" omdat dit lichaamsdeel de volledige holte omvat.
- *Wanneer zowel een "Inspection" als een andere procedure worden uitgevoerd op een lichaamsdeel gedurende een zelfde operatietijd, zal de "Inspection" enkel afzonderlijk gecodeerd worden als deze een andere toegangsweg heeft dan de andere procedure.* Bijvoorbeeld, we doen een endoscopisch onderzoek van het duodenum en tegelijkertijd een open excisie op het duodenum tijdens dezelfde ingreep; beide procedures worden afzonderlijk gecodeerd. De toegangsweg is Endoscopisch voor de "Inspection" en Open voor de "Excision".

De kernprocedure "Map" (Mapping), wordt gebruikt wanneer men elektrische impulsen of lichaamsfuncties zal meten. De kernprocedure "Map" heeft een beperkte toepasbaarheid, meer bepaald voor de metingen van de hartgeleiding en het centraal zenuwstelsel. Voorbeelden hiervan zijn de elektrofysiologische hartfunctie studies, de hartkatheterisatie met cardiale mapping, de percutane mapping van de basale ganglia of de intra-operatieve hersenen mapping via een craniotomie.

| Tabel 10.7: Kernprocedures met "Enkel onderzoeken" | | | |
|--|---------------------|---------------|-----------|
| Kernprocedure | Doelstelling van de | Plaats van de | Voorbeeld |
| | | | |

| | | | |
|------------------------|---|------------------------------------|---|
| | procedure | procedure | |
| Inspection (Inspectie) | Visuele / manuele onderzoeken | Gedeelte / volledig lichaamsdeel | Diagnostische cystoscopie |
| Map (Mapping) | Het meten van elektrische impulsen / lichaamsfuncties | Hersenen- / hartgeleidingssystemen | Cardiale elektrofysiologische onderzoeken |

Kernprocedures die andere herstellingen omvatten

Deze groep bevat twee kernprocedures: "Control (Controle)" en "Repair (Herstel)". Zie ook tabel 10.8 voor een overzicht van deze kernprocedures.

De kernprocedure "Control" omvat het stoppen of het trachten te stoppen van een bloeding na een procedure. Ze bevat eveneens de drainage, evacuatie en spoeling van postoperatieve hematomen. De plaats van de bloeding wordt gecodeerd als een Anatomische Regio en niet als een lichaamsdeel. Voorbeelden zijn de controle van een post-prostatectomie bloeding en de controle van een post-tonsillectomie bloeding. We merken op dat de kernprocedure "Control" niet wordt gebruikt wanneer voor een bloeding na een procedure een uitbreiding naar een andere definitieve kernprocedure (zoals "Bypass", "Detachment", "Excision", "Extraction", "Reposition", "Replacement" of "Resection") vereist is om de bloeding te doen stoppen.

De kernprocedure "Repair" bevat een groot gamma aan procedures die als doel hebben de anatomische structuur of de functie van een lichaamsdeel te herstellen of uit te breiden. Deze kernprocedure wordt enkel gebruikt wanneer er geen andere kernprocedure kan gebruikt worden, die met zijn definitie beter de procedure omschrijft. "Repair" omvat bijvoorbeeld de herniorrhafie en het hechten van wonden.

| Kernprocedure | Doelstelling van de procedure | Plaats van de procedure | Voorbeeld |
|--------------------|---|----------------------------------|---------------------------------------|
| Control (Controle) | Het stoppen / trachten te stelpen van een bloeding na een procedure | Anatomische regio | Controle post-prostatectomie bloeding |
| Repair (Herstel) | Het herstellen van een lichaamsdeel tot zijn normale structuur | Gedeelte / volledig lichaamsdeel | Het dichtnaaien van een wonde |

Kernprocedures die andere doelstellingen hebben

Deze groep verzamelt de procedures waarmee men een bepaald doel voor ogen heeft dat niet terug kan gevonden worden in de andere kernprocedures. Deze groep bevat de kernprocedures "Fusion (fusie)", "Alteration (Veranderen)" en "Creation (Creëren)". Tabel 10.9 geeft een overzicht van deze kernprocedures.

Bij "Fusion" zal men de twee delen van een gewricht verbinden zodat het gewricht onbeweeglijk wordt. Deze procedure kan uitgevoerd worden met fixatiemateriaal, botenten of andere middelen. Het belangrijkste voorbeeld is de spinale fusie. Specifieke regels voor het coderen van de spinale fusie worden gegeven in het hoofdstuk 23, aandoeningen van het musculoskeletaal stelsel en bindweefsel.

“Alteration” wordt gebruikt voor alle procedures die enkel toegepast worden voor het verbeteren van het uiterlijk. Deze kernprocedure wordt voorbehouden voor het wijzigen van een lichaamsdeel om cosmetische redenen, zonder dat de functie van het lichaamsdeel wordt beïnvloed. Elke methode, toegangswegen en middelen die toegepast of gebruikt worden om het uitzicht te verbeteren worden met deze kernprocedure gecodeerd. Noteer dat men er zich goed moet van vergewissen dat “Alteration” alleen gebruikt wordt om het uiterlijk te verbeteren. Bijvoorbeeld; de facelift en de borstvergroting.

De laatste kernprocedure “Creation” omvat een zeer beperkte groep procedures die uitgevoerd worden voor geslachtstransformaties. Hierbij worden nieuwe genitale structuren gemaakt die niet het doel hebben om fysiek het lichaamsdeel te vervangen. Voorbeelden hiervan zijn de aanmaak van een vagina bij een mannelijke patiënt of de vorming van een penis bij een vrouwelijke patiënt.

Samenvattend kunnen we dus herhalen dat ICD-10-PCS de beheersing vraagt van de 31 kernprocedures in de medische en chirurgische sectie, om tot accurate codering te komen. Deze begrippen worden verder behandeld in dit handboek wanneer de meer specifieke procedures per systeemstelsel worden beschreven.

| Kernprocedure | Doelstelling van de procedure | Plaats van de procedure | Voorbeeld |
|-------------------------|--|----------------------------------|----------------------------|
| Fusion (Fusie) | Een gewricht vast zetten, immobiliseren | Gewricht | Wervel fusie |
| Alteration (Veranderen) | Het wijzigen van een lichaamsdeel uit cosmetisch oogpunt zonder de functie ervan te beïnvloeden. | Gedeelte / volledig lichaamsdeel | Face lift |
| Creation (Creëren) | Het maken van een nieuwe structuren bij procedures voor geslachtsveranderingen | Perineum | Kunstmatige vagina / penis |

OEFENINGEN 10.5

Codeer volgende procedures

1. Thoracotomie met exploratie van de rechter pleura ruimte [Inspection] 0WJ90ZZ
2. Heropenen van een thoracotomie met drainage en controle van een postoperatief hemopericardium [Control] 0W3D0ZZ
3. Cosmetisch herstel van een linker oor [Alteration] 09010ZZ
4. Exploratieve laparotomie van de peritoneale ruimte [Inspection] 0WJG0ZZ
5. Arthroscopische arthrodese, subtalair links, met intern fixatiemateriaal [Fusion] 0SGJ44Z
6. Partieel excisie van het rechter ovarium [Excision] 0UB00ZZ
7. Hysterosopische endometrium ablatie [Destruction] 0U5B7ZZ
8. Percutane excisionele biopsie van de lever [Excision] 0FB03ZX
9. Totale heupvervangning met gecementeerde keramische op keramische delen [Replacement] 0SRB039
10. Totale linker nefrectomie [Resection] 0TT10ZZ

HOOFDSTUK 11

ICD-10-PCS PROCEDURES IN DE 'MEDISCH EN CHIRURGISCH GERELATEERDE EN BIJKOMENDE' SECTIES

OVERZICHT

- ICD-10-PCS bevat codes voor de 'medisch en chirurgisch gerelateerde en bijkomende' procedures naast deze in de 'medische en chirurgische' sectie zelf.
- Er zijn negen secties voor de 'medisch en chirurgisch gerelateerde' procedures. Deze secties zijn de verloskundige procedures, de toediening van substanties, de meting en monitoring van lichaamsfuncties, extra-corporele procedures, osteopathische, andere en chiropractische procedures.
- De zes secties binnen de 'bijkomende' procedures zijn de medische beeldvorming, de nucleaire geneeskunde, de radiotherapie, de fysische revalidatie en diagnostische audiologie, de mentale gezondheid en de ontwenningstherapie.

LEERDOELSTELLINGEN

Na het doornemen van dit hoofdstuk bent u in staat om:

- De objectieven van elke kernprocedure te kennen.
- Het onderscheid te weten tussen de verschillende kernprocedures in de medische en chirurgische gerelateerde sectie.
- De algemene codeerregels toe te passen voor de kernprocedures.
- Correct codes toe te kennen voor de bijkomende zorg.

TERMEN OM TE KENNEN

Kernprocedure

Het derde karakter in een ICD-10-PCS code, dat het objectief van de procedure weergeeft.

INLEIDING

In het vorige hoofdstuk werd de 'medische en chirurgische' sectie van de ICD-10-PCS behandeld, waarin de meeste procedures vallen die bij opgenomen patiënten worden uitgevoerd. ICD-10-PCS heeft daarenboven nog twee bijkomende onderdelen: de 'medisch en chirurgische gerelateerde' procedures en de 'bijkomende' procedures, die in dit hoofdstuk worden beschreven.

Vele ziekenhuizen coderen niet de mineure, bijkomende procedures voor gehospitaliseerde patiënten. ICD-10-PCS heeft echter, om volledig te zijn, ook een reeks codes voor die mineure, bijkomende procedures zodat de ziekenhuizen die kunnen gebruiken wanneer ze dat willen.

MEDISCH EN CHIRURGISCHE GERELATEERDE PROCEDURES

Er zijn negen secties die binnen die medisch en chirurgisch gerelateerde procedures vallen. Tabel 11.1 toont deze negen secties: verloskunde, plaatsen, toedienen, meting en monitoring, extra-corporele assistentie en vervanging, extra-corporele behandelingen, osteopathie, overige procedures en chiropractie. De verloskundige procedures (sectie 1) worden in detail in hoofdstuk 24, 'Complicaties van zwangerschap, bevalling en puerperium', behandeld.

| Tabel 11.1: "Medisch en chirurgisch gerelateerde" secties. | |
|--|---|
| Sectie waarde | Omschrijving |
| 1 | Obstetrics (verloskunde) |
| 2 | Placement (plaatsen) |
| 3 | Administration (toedienen) |
| 4 | Measurement and Monitoring (meting en monitoring) |
| 5 | Extracorporeal Assistance and Performance (extra-corporele assistentie en vervanging) |
| 6 | Extracorporeal Therapies (extra-corporele behandelingen) |
| 7 | Osteopathic (osteopathie) |
| 8 | Other Procedures (overige procedures) |
| 9 | Chiropractic (chiropractie) |

De sectie 'Plaatsen' (Placement)

De codes in deze sectie 'Plaatsen' volgen dezelfde conventies als deze gebruikt in de 'medische en chirurgische' sectie. Alle zeven karakters hebben dezelfde betekenis in beide secties, zoals aangetoond in figuur 11.1.

De kernprocedures in de 'Plaatsen' sectie zijn daarentegen wel verschillend als deze van de 'medische en chirurgische' sectie (zie vorig hoofdstuk). De kernprocedures bevatten enkel procedures die zonder incisie of punctie worden uitgevoerd. Er zijn twee lichaamsstelselwaarden (2^{de} karakter) in deze sectie: 'anatomical regions (anatomische regio's)' (W) en 'anatomical orifices (anatomische openingen)' (Y). Daarenboven zijn er twee lichaamsstreken (4^{de} karakter) waarden: 'external body regions (uitwendige lichaamsregio's)' (bijv. abdominale wand) en 'natural orifices (natuurlijke openingen)' (bijv. het oor).

Figuur 11.1: Structuur van de codes in de sectie "Placement"

| Character 1 | Character 2 | Character 3 | Character 4 | Character 5 | Character 6 | Character 7 |
|-------------|-------------|----------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Section | Body System | Root operation | Body Region | Approach | Device | Qualifier |

Tabel 11.2 geeft een overzicht van de kernprocedures (3^{de} karakter) in de 'Plaatsen' sectie met de corresponderende waarden en definities. De kernprocedures "Change (verwisselen)" en "Removal (verwijderen)" zijn gelijkwaardig aan deze van andere secties. De overig vijf kernprocedures, die uniek zijn voor de 'Placement' sectie, zijn:

- Compression (Drukken)
- Dressing (Verbinden)
- Immobilization (Immobiliseren)
- Packing (Packing)
- Traction (Tractie)

Tabel 11.2: Waarde en definitie voor de kernprocedures in de sectie "Placement"

| Waarde | Omschrijving | Definitie |
|--------|--------------------------------|---|
| 0 | Change (verwisselen) | Het uitnemen of verwijderen van materiaal of een toestel uit een lichaamsstreek, en het terug plaatsen van een identiek of gelijkaardig materiaal of toestel in dezelfde lichaamsstreek, zonder insnijden of aanprikken van de huid of de mucosa. |
| 1 | Compression (drukken) | Druk uitoefenen op een lichaamsstreek. |
| 2 | Dressing (verbinden) | Het plaatsen van beschermingsmateriaal op een lichaamsstreek. |
| 3 | Immobilization (immobiliseren) | Beperken of verhinderen van de beweeglijkheid van een lichaamsstreek. |

| | | |
|---|-----------------------|---|
| 4 | Packing (packing) | Het plaatsen van materiaal in een lichaamsstreek of opening. |
| 5 | Removal (verwijderen) | Materiaal of een toestel uit of van een lichaamsdeel halen. |
| 6 | Traction (tractie) | Het uitvoeren van een trekkende kracht, in distale richting, op een lichaamsstreek. |

Het 'Device' in deze sectie specificiert het materiaal of het toestel (bijv. spalk, tractieapparaat, verband) en includeert de spalken voor fracturen en verzwikkingen. Wanneer het plaatsen van materiaal of een toestel een uitgebreid ontwerp, fabricage of montage vereist, dan wordt dit in ICD-10-PCS in de 'Rehabilitation (revalidatie,)' sectie onder 'Device fitting' (appareillage) gecodeerd. De materialen of de toestellen in deze 'Placement' sectie zijn kant-en-klare materialen.

Voorbeelden van procedures uit de 'Placement' sectie zijn:

Vervangen van een spalk van de rechter onderarm.

| Character 1 Section | Character 2 Body System | Character 3 Root operation | Character 4 Body Region | Character 5 Approach | Character 6 Device | Character 7 Qualifier |
|---------------------|-------------------------|----------------------------|-------------------------|----------------------|--------------------|-----------------------|
| 2 | W | 0 | C | X | 2 | Z |
| Placement | Anatomical region | Change | Lower arm, right | External | Cast | None |

Toepassen van een drukverband op een buikwonde.

| Character 1 Section | Character 2 Body System | Character 3 Root operation | Character 4 Body Region | Character 5 Approach | Character 6 Device | Character 7 Qualifier |
|---------------------|-------------------------|----------------------------|-------------------------|----------------------|--------------------|-----------------------|
| 2 | W | 1 | 3 | X | 6 | Z |
| Placement | Anatomical region | Compression | Abdominal wall | External | Pressure dressing | None |

Het aanleggen van een verband op de rechter hand.

| Character 1 Section | Character 2 Body System | Character 3 Root operation | Character 4 Body Region | Character 5 Approach | Character 6 Device | Character 7 Qualifier |
|---------------------|-------------------------|----------------------------|-------------------------|----------------------|--------------------|-----------------------|
| 2 | W | 2 | E | X | 4 | Z |
| Placement | Anatomical region | Dressing | Hand, right | External | Bandage | None |

Het plaatsen van een stereotactisch hoofdframe.

| Character 1 Section | Character 2 Body System | Character 3 Root operation | Character 4 Body Region | Character 5 Approach | Character 6 Device | Character 7 Qualifier |
|---------------------|-------------------------|----------------------------|-------------------------|----------------------|--------------------|-----------------------|
| 2 | W | 3 | 0 | X | Y | Z |
| Placement | Anatomical region | Immobilization | Head | External | Other device | None |

Voorzichtigheid moet geboden worden voor de kernprocedure 'Immobilisatie' die goed moet onderscheiden worden van gelijkklinkende procedures, die in ICD-10-PCS onder verschillende secties worden gecodeerd, afhankelijk van de techniek die gebruikt wordt. Wanneer spalken en braces gebruikt worden bij gehospitaliseerde patiënten (met uitzondering bij de Revalidatie), zal men een code gebruiken uit de "Immobilisatie", tabel 2X3 in de 'Placement' sectie. Bij revalidatie zal men die procedure eerder onder de code

F0DZ6EZ en F0DZ7EZ coderen in de sectie “Fysische revalidatie en, diagnostische audiologie”.

Verwijderen van het stereotactisch hoofdframe.

| Character 1 Section | Character 2 Body System | Character 3 Root operation | Character 4 Body Region | Character 5 Approach | Character 6 Device | Character 7 Qualifier |
|------------------------|-------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|----------------------------|-----------------------|-----------------------------|
| 2 | W | 5 | 0 | X | Y | Z |
| Placement | Anatomical region | Removal | Head | External | Other device | None |

Cervicale tractie door een tractieapparaat.

| Character 1 Section | Character 2 Body System | Character 3 Root operation | Character 4 Body Region | Character 5 Approach | Character 6 Device | Character 7 Qualifier |
|------------------------|-------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|----------------------------|-----------------------|-----------------------------|
| 2 | W | 6 | 2 | X | 0 | Z |
| Placement | Anatomical region | Traction | Neck | External | Traction apparatus | None |

Noteer dat de “tractie” in deze sectie enkel en alleen gebeurt via een mechanisch tractie apparaat. Wanneer de tractie uitgevoerd wordt door de kinesiist of fysiotherapeut (zorgverstreker), moet men de codes van de ‘Manuele therapie technieken’ gebruiken uit de sectie ‘Fysische revalidatie en diagnostische audiologie’.

De ‘Toedienen’ sectie (Administration)

De ‘Toediening’ sectie omvat diensten zoals injecties, infusies en transfusies, die samen met bijhorende procedures gegeven worden, zoals irrigatie en tatoeëring. De structuur van de codes in deze sectie vindt u in tabel 11.2.

| Character 1 | Character 2 | Character 3 | Character 4 | Character 5 | Character 6 | Character 7 |
|-------------|-------------|-------------------|-----------------------|----------------|-------------|----------------|
| Section | Body System | Root operation | Body System/Region | Approach | Substance | Qualifier |

Er zijn drie waarden voor de lichaamsstelsels (2^{de} karakter) in deze sectie:

0 Circulatory (Bloedsomloop)

C Indwelling device (Materiaal / toestel ter plaatse)

E Physiological systems and anatomical regions (Fysiologische stelsels en anatomische regio's)

Er zijn drie kernprocedures in de ‘Toedienen’ sectie, ingedeeld volgens de brede categorie van het materiaal dat toegediend wordt. Bloedproducten worden onder de procedure “Transfusion (transfusie)” gecodeerd; spoelmiddelen onder “Irrigation (spoelen)”. Alle overige therapeutische, diagnostische, nutritionele, fysiologische of profylactische substanties die toegediend worden vallen onder “Introduction (Introductie)”.

Het 5^{de} karakter gebruikt de waarden zoals ze gedefinieerd werden in de ‘medische en chirurgische’ sectie. De percutane toediening wordt gebruikt voor de intradermale, subcutane en intramusculaire injecties. Het gebruik van een katheter om stoffen in de bloedbaan te brengen worden gecodeerd als een percutane toediening.

Enkele voorbeelden voor elke kernprocedure in de “Toedienen” sectie:

Toedienen van intraveneuze chemotherapie.

| Character 1 Section | Character 2 Body System | Character 3 Root operation | Character 4 Body System/ Region | Character 5 Approach | Character 6 Substance | Character 7 Qualifier |
|------------------------|---|----------------------------------|--|----------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| 3 | E | 0 | 3 | 3 | 0 | 5 |
| Administration | Physiological systems and anatomical regions | Introduction | Peripheral vein | Percutane ous | Antineoplast ic | Other antineopla stic |

Peritoneale dialyse via intra-abdominale katheter.

| Character 1 Section | Character 2 Body System | Character 3 Root operation | Character 4 Body System/ Region | Character 5 Approach | Character 6 Substance | Character 7 Qualifier |
|------------------------|---|----------------------------------|--|----------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| 3 | E | 1 | M | 3 | 9 | Z |
| Administration | Physiological systems and anatomical regions | Irrigation | Peritoneal cavity | Percutane ous | Dialysate | None |

Transfusie, via centrale veneuze katheter, van embryonale stamcellen.

| Character 1 Section | Character 2 Body System | Character 3 Root operation | Character 4 Body System/ Region | Character 5 Approach | Character 6 Substance | Character 7 Qualifier |
|------------------------|-------------------------------|----------------------------------|--|----------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| 3 | 0 | 2 | 4 | 3 | A | Z |
| Administration | Circulatory | Transfusion | Central vein | Percutane ous | Stem cells, embryonic | No qualifier |

De sectie “Meting en monitoring”.

Deze sectie verzamelt procedures die het niveau van fysiologisch en fysiek functioneren bepalen. Er zijn twee kernprocedures binnen deze sectie en zij verschillen slechts in één enkel aspect: “Meting (measurement)” is het optekenen van één waarde op een welbepaald tijdstip; “Monitoring” verzamelt de waarden van een serie onderzoeken, die repetitief over een bepaalde tijdsspanne worden gedaan. De structuur van de codes verschilt van deze van andere secties in het 6^{de} karakter, waarbij niet het materiaal of de substantie (zoals in de ‘Toedienen’ sectie) wordt weergegeven maar wel de fysiologische of fysieke functie die wordt gemeten (bijv. de bloeddruk, de temperatuur). Er is slechts één lichaamsstelsel gedefinieerd in deze sectie, “physiological systems (fysiologische stelsels)”. De structuur van de codes vindt u terug in figuur 11.3.

| Figuur 11.3: Structuur van de codes in de sectie “Measurement and Monitoring” | | | | | | |
|---|----------------|-------------------|----------------|-------------|-----------------|-------------|
| Character 1 | Character 2 | Character 3 | Character 4 | Character 5 | Character 6 | Character 7 |
| Section | Body System | Root operation | Body System | Approach | Function/Device | Qualifier |

Voorbeelden van procedures in de sectie over “Meten en monitoring”, zijn;

De afname van een enkelvoudige EKG meting.

| Character 1 Section | Character 2 Body System | Character 3 Root operation | Character 4 Body System | Character 5 Approach | Character 6 Function/Device | Character 7 Qualifier |
|----------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------|--------------------------------|-----------------------------|
| 4 | A | 0 | 2 | X | 4 | Z |
| Measurement and monitoring | Physiological systems | Measurement | Cardiac | External | Electrical activity | None |

Holter monitoring.

| Character 1 Section | Character 2 Body System | Character 3 Root operation | Character 4 Body System | Character 5 Approach | Character 6 Function/Device | Character 7 Qualifier |
|----------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------|--------------------------------|-----------------------------|
| 4 | A | 1 | 2 | X | 4 | 5 |
| Measurement and monitoring | Physiological systems | Monitoring | Cardiac | External | Electrical activity | Ambulatory |

OEFENINGEN 11.1

Codeer de volgende procedures

- Het percutaan spoelen van de pleurale ruimte met spoelmiddel [Irrigation] 3E1L38Z
- Transplantatie van autoloog beenmerg via centrale vene [Transfusion] 30243G0
- Het gipsen van de rechter onderarm [Immobilization] 2W3CX2Z
- Het inbrengen van een nasale wick [Packing] 2Y41X5Z
- Het nazicht (uitwendig) van een hart pacemaker [Measurement] 4B02XSZ
- Het aanbrengen van een drukverband op de rug [Compression] 2W15X6Z

De sectie "Extra-corporele assistentie en vervanging"

Deze sectie bevat de procedures die gebruik maken van toestellen om de fysiologische lichaamsfuncties te ondersteunen of over te nemen, zoals de ademhaling (bijv. mechanische ventilatie), de bloedsomloop (bijv. de hemodialyse) of het natuurlijk hartritme herstellen (bijv. cardioversie). Deze procedures worden vooral in acute, intensieve zorgen toegepast ingezet. De structuur van de codes wordt in figuur 11.4 weergegeven.

| Figuur 11.4: Structuur van de codes in de sectie "Extracorporeal Assistance and Performance" | | | | | | |
|--|----------------------------|----------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Character 1 | Character 2 | Character 3 | Character 4 | Character 5 | Character 6 | Character 7 |
| Section | (Physiological)Body System | Root operation | Body System | Duration | Function | Qualifier |

Er is slechts één lichaamsstelsel (2^{de} karakter), "physiological systems (fysiologische stelsels)" met waarde (0). Het 5^{de} karakter verschilt van andere secties omdat het de duur van de procedure beschrijft, i.p.v. de toegangsweg. Het 5^{de} karakter geeft weer of de procedure éénmalig, meermaals, intermitterend of continu wordt uitgevoerd. Met het 6^{de} karakter geeft men weer welke lichaamsfunctie men ondersteunt (bijv. ventilatie om de ademhaling te ondersteunen).

Er zijn drie kernprocedures in deze sectie: “ Assistance (assistentie)”, “ Performance (vervanging)” en “ Restoration (defibrillatie/cardioversie)”. “Assistance” en “Performance” verschillen enkel van elkaar in de graad van controle die men uitvoert over de fysiologische functie. “Assistance” neemt slechts een deel van die fysiologische functie over, terwijl “Performance” de volledige fysiologische functie overneemt – beide langs extra-corporele weg. De kernprocedure “Restoration” wordt gedefinieerd als de procedure die de originele fysiologische functie herstelt of tracht te herstellen, door middel van extra-corporele handelingen. Onder “Restoration” vallen enkel de externe cardioversie en de defibrillatie procedures. De cardioversie wordt onder de kernprocedure “Restoration” gecodeerd, ook wanneer de procedure niet succesvol is of faalt.

Voorbeelden van elke kernprocedure:

CPAP bij slaapapnoe – gedurende 8 u ’s nachts.

| Character 1 Section | Character 2 Body System | Character 3 Root operation | Character 4 Body System | Character 5 Duration | Character 6 Function | Character 7 Qualifier |
|---|-------------------------|----------------------------|-------------------------|--------------------------------|----------------------|-------------------------------------|
| 5 | A | 0 | 9 | 3 | 5 | 7 |
| Extracorporeal assistance and performance | Physiological systems | Assistance | Respiratory | Less than 24 consecutive hours | Ventilation | Continuous positive airway pressure |

Continue mechanische ventilatie gedurende zes opeenvolgende dagen.

| Character 1 Section | Character 2 Body System | Character 3 Root operation | Character 4 Body System | Character 5 Duration | Character 6 Function | Character 7 Qualifier |
|---|-------------------------|----------------------------|-------------------------|-----------------------------------|----------------------|-----------------------|
| 5 | A | 1 | 9 | 5 | 5 | Z |
| Extracorporeal assistance and performance | Physiological systems | Performance | Respiratory | Greater than 96 consecutive hours | Ventilation | None |

Externe cardioversie.

| Character 1 Section | Character 2 Body System | Character 3 Root operation | Character 4 Body System | Character 5 Duration | Character 6 Function | Character 7 Qualifier |
|---|-------------------------|----------------------------|-------------------------|----------------------|----------------------|-----------------------|
| 5 | A | 2 | 2 | 0 | 4 | Z |
| Extracorporeal assistance and performance | Physiological systems | Restoration | Cardiac | Single | Rhythm | None |

De sectie “Extra-corporele behandelingen”

Deze sectie bevat de extra-corporele behandelingen die niet gedefinieerd worden onder de kernprocedures “Assistance” en “Performance” in de sectie 5 “Extra-corporele assistentie en vervanging”. De structuur van de codes wordt weergegeven in figuur 11.5.

Deze sectie bevat slechts één lichaamsstelsel, “fysiologische stelsels”. Voor de duur bij het 5^{de} karakter heeft men de keuze tussen ‘enkel’ of ‘veelvuldig’. Deze sectie onderscheidt zich van de andere secties doordat de twee karakters, het 6^{de} en het 7^{de}, kenmerken (qualifiers) zijn en het 6^{de} karakter zelfs niet gebruikt wordt. Het 6^{de} karakter dient hier enkel om te voldoen aan de algemene ICD-10-PCS structuur, die 7 karakters heeft. Met het 7^{de} karakter

geeft men de bloedelementen weer, die men afscheidt bij de bloedferese procedures, zoals de rode bloedcellen, de witte bloedcellen, de bloedplaatjes, het plasma, de stamcellen uit navelstrengbloed en de hematopoïetische stamcellen.

Er zijn 10 kernprocedures in de sectie “Extra-corporele behandelingen”. De betekenis van elke kernprocedure die hier in ICD-10-PCS gebruikt wordt, is consistent met de terminologie die de clinicus gebruikt behalve voor “Decompression” en “Hyperthermia”:

- Atmospheric control (atmosferische controle): extra-corporele controle van de atmosferische druk en samenstelling
- Decompression (decompressie): extra-corporele verwijdering van niet opgeloste gassen uit lichaamsvochten. “Decompression” beschrijft slechts één type behandeling: de behandeling van decompressieziekte in de hyperbare kamer.
- Electromagnetic therapy (elektromagnetische behandeling): extra-corporele behandeling met elektromagnetische stralen.
- Hyperthermia (hyperthermie): extra-corporele verhoging van de lichaamstemperatuur. Het is belangrijk om het objectief van de hyperthermie procedure te weten om de juiste code te kunnen kiezen. Hyperthermie kan gebruikt worden om de schommelingen in lichaamstemperatuur te behandelen en wordt dan gecodeerd in de sectie “Extra-corporele behandelingen”. Anderzijds wordt hyperthermie ook gebruikt bij bestralingen voor tumoren, zodat dit moet gecodeerd worden in de ICD-10-PCS sectie “Oncologische radiotherapie”.
- Hypothermia (hypothermie): extra-corporele verlaging van de lichaamstemperatuur.
- Pheresis (ferese): extra-corporele scheiding van de bloedproducten. Deze procedure wordt in de geneeskunde uitgevoerd in twee gevallen: bij de behandeling van aandoeningen waarbij er teveel elementen aanwezig zijn van een bepaald bloedproduct, zoals bij leukemie, of om een bloedproduct af te scheiden, zoals het afscheiden van de bloedplaatjes van een donor, om toe te dienen aan de patiënt die ze nodig heeft.
- Phototherapy (fototherapie): extra-corporele behandeling door middel van licht. Fototherapie van het bloedvatstelsel is de blootstelling van het bloed aan licht buiten het lichaam, door gebruik te maken van extra-corporele circulatie waarbij het behandelde bloed terug in het lichaam wordt gebracht.
- Shock wave therapy (shock golf therapie): extra-corporele behandeling door shock golven.
- Ultrasound therapy (ultrasone therapie): extra-corporele behandeling met ultrasone golven.
- Ultraviolet light therapy (ultraviolet licht therapie): extra-corporele behandeling door middel van ultraviolet licht.

Voorbeelden hiervan zijn:

Verschillende aferese procedures voor donor lymfocyten

| Character 1 Section | Character 2 Body System | Character 3 Root operation | Character 4 Body System | Character 5 Duration | Character 6 Qualifier | Character 7 Qualifier |
|-----------------------------|-------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|----------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| 6 | A | 5 | 5 | 1 | Z | 1 |
| Extracorporeal therapies | Physiological systems | Pheresis | Circulatory | Multiple | None | Leukocyte s |

Eenmalige behandeling van hielpijn met shockgolven

| Character 1 Section | Character 2 Body System | Character 3 Root operation | Character 4 Body System | Character 5 Duration | Character 6 Qualifier | Character 7 Qualifier |
|------------------------|-------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|----------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| 6 | A | 9 | 3 | 0 | Z | Z |
| Extracorporeal | Physiological | Shock | Musculoske | Single | None | None |

| | | | | | | |
|-----------|---------|--------------|-------|--|--|--|
| therapies | systems | wave therapy | letal | | | |
|-----------|---------|--------------|-------|--|--|--|

OEFENINGEN 11.2

Codeer volgende procedures

1. Continue hyperbare oxygenatie (zuurstoftoediening) 5A05221
2. Ultrasone behandeling van perifere vaatletsels, enkelvoudige behandeling [Ultrasound 6A750Z6
3. Hemodialyse, enkelvoudige behandeling [Performance] 5A1D00Z
4. Gefaalde cardioversie [Restoration] 5A2204Z
5. Ferese van hematopoïetische stamcellen, éénmalig [Pheresis] 6A550ZV

De sectie “Osteopathie”

Deze sectie is één van de kleinste secties in de ICD-10-PCS. Er is slechts één lichaamsstelsel (“Anatomical regions” (anatomische plaatsen) en één kernprocedure (“Treatment” (manuele behandeling om somatische dysfuncties en aanverwante aandoeningen te elimineren)). De codestructuur wordt getoond in figuur 11.6.

| Character 1 | Character 2 | Character 3 | Character 4 | Character 5 | Character 6 | Character 7 |
|-------------|-------------|----------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Section | Body System | Root operation | Body Region | Approach | Method | Qualifier |

Het 6^{de} karakter, definieert de osteopathische methode van de procedure. Volgende osteopathische procedures worden gedefinieerd: articular raising (verhoging van de beweeglijkheid), fascial release (losmaken van de fascia), general mobilization (algemene mobilisatie), high velocity-low amplitude (kraken), indirect, low velocity-high amplitude (uitrekken), lymphatic pump (lymfedrainage), muscle energy-isometric (isometrische spieroefeningen), muscle energy-isotonic (isotonische spieroefeningen), en andere methodes.

Voorbeeld: isotonische spieroefeningen bij de osteopathische behandelingen van de nek

| Character 1 Section | Character 2 Body System | Character 3 Root operation | Character 4 Body Region | Character 5 Approach | Character 6 Method | Character 7 Qualifier |
|------------------------|----------------------------|-------------------------------|----------------------------|-------------------------|------------------------|--------------------------|
| 7 | W | 0 | 1 | X | 8 | Z |
| Osteopathic | Anatomical regions | Treatment | Cervical | External | Muscle energy isotonic | None |

De sectie “Overige procedures”

Deze sectie bevat codes voor procedures die niet ingedeeld zijn in de andere medische en chirurgische gerelateerde secties. De structuur van de codes is gelijkaardig aan deze van de osteopathische sectie (zie figuur 11.6). Er is slechts één kernprocedure “Other procedures (andere procedures)”. Deze kernprocedure wordt gedefinieerd als elke andere methode die gebruikt wordt om een aandoening of een ziekte te behandelen of trachten te behandelen. Er zijn relatief weinig codes in deze sectie, waaronder alternatieve methodes, totale lichaamsbehandelingen zoals acupunctuur, meditatie en yoga. Voor het 6^{de} karakter, moet de methode gekozen worden zoals de computer geassisteerde procedures, de robotchirurgie of de acupunctuur. Noteer dat de procedurecodes voor computer geassisteerde en robot

geassisteerde chirurgie bijkomend gebruikt worden bij de codes die de primaire procedure weergeeft (bijv. cholecystectomie). Een andere procedure in deze sectie is de fertilisatie in het kader van een in vitro fertilisatie procedure.

| Figuur 11.7: Structuur van de codes in de sectie "Overige procedures" | | | | | | |
|---|-------------|----------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Character 1 | Character 2 | Character 3 | Character 4 | Character 5 | Character 6 | Character 7 |
| Section | Body System | Root operation | Body Region | Approach | Method | Qualifier |

Twee voorbeelden:

Robot geassisteerde laparoscopische cholecystectomie (enkel de robot assistentie)

| Character 1 | Character 2 | Character 3 | Character 4 | Character 5 | Character 6 | Character 7 |
|------------------|--|------------------|--------------|-------------------------|----------------------------|-------------|
| Section | Body System | Root operation | Body Region | Approach | Method | Qualifier |
| 8 | E | 0 | W | 4 | C | Z |
| Other procedures | Physiological systems and anatomical regions | Other procedures | Trunk region | Percutaneous endoscopic | Robotic assisted procedure | None |

Verwijderen van hechtingen in de linker arm

| Character 1 | Character 2 | Character 3 | Character 4 | Character 5 | Character 6 | Character 7 |
|------------------|--|------------------|-----------------|-------------|--------------|----------------|
| Section | Body System | Root operation | Body Region | Approach | Method | Qualifier |
| 8 | E | 0 | X | X | Y | 8 |
| Other procedures | Physiological systems and anatomical regions | Other procedures | Upper extremity | External | Other method | Suture removal |

De sectie "Chiropractie"

De laatste sectie in de medische en chirurgisch gerelateerde procedures is de "Chiropractie". Deze sectie bevat slechts één lichaamsstelsel, "Anatomical regions" (anatomische regio's), en één enkele kernprocedure, de "Manipulation (manipulatie)". "Manipulation" wordt in ICD-10-PCS gedefinieerd als een manuele procedure waarbij een gerichte kracht gezet wordt op een gewricht om het te bewegen buiten de fysiologische actieradius, zonder daarbij voorbij de anatomische grenzen te gaan. De codestructuur is dezelfde als deze voor de "Osteopathische" sectie (zie figuur 11.7) en de "Overige procedures".

Voorbeeld:

Chiropractische mechanische geassisteerde manipulatie van de rechter pols

| Character 1 | Character 2 | Character 3 | Character 4 | Character 5 | Character 6 | Character 7 |
|--------------|--------------------|----------------|-----------------|-------------|-----------------------|-------------|
| Section | Body System | Root operation | Body Region | Approach | Method | Qualifier |
| 9 | W | B | 7 | X | K | Z |
| Chiropractic | Anatomical regions | Manipulation | Upper extremity | External | Mechanically assisted | None |

OEFENINGEN 11.3

Codeer de volgende procedures

1. Acupunctuur op de rug met anesthesie 8E0H300
2. Bloedafname door middel van een port-a-cath 8C02X6K

3. Osteopathische manipulatie van de lage rug door gebruik van hoge snelheid en kleine amplitude 7W03X3Z
4. Open wegsnijden van een acousticus neurinoom met computer geassisteerde magnetische resonantie beeldvorming (CAT MRI) 00BN0ZZ + 8E09XBH
5. Chiropractische manipulatie van de lage rug met hoge snelheid, korte armdruk 9WB3XHZ

BIJKOMENDE PROCEDURES

Er zijn zes secties in de ICD-10-PCS voor deze aanverwante procedures, zoals:

- B Imaging (Medische beeldvorming)
- C Nuclear Medicine (nucleaire geneeskunde)
- D Radiation Oncology (oncologische radiotherapie)
- F Physical Rehabilitation and Diagnostic Audiology (revalidatie en diagnostische audiologie)
- G Mental Health (geestelijke gezondheidszorg)
- H Substance Abuse Treatment (ontwenningstherapie)

Deze bijkomende secties (B-H) hebben geen kernprocedures. Het 3^{de} karakter in deze secties bevat het type procedure. Codes in deze secties bevatten karakters die voordien nog niet gedefinieerd werden, zoals “contrast”, “modality qualifier” (modaliteit), en “equipment” (uitrusting). Sectie G, geestelijke gezondheidszorg, en sectie H, ontwenningstherapie, worden in hoofdstuk 16 van dit handboek behandeld (Mentale aandoeningen).

De sectie “Imaging (medische beeldvorming)”

Deze sectie over de medische beeldvorming volgt dezelfde afspraken als deze gemaakt in de medische en chirurgische sectie, behalve voor het derde en vijfde karakter waarvoor nieuwe definities worden gebruikt. Het 3^{de} karakter bepaalt het type onderzoek i.p.v. de kernprocedure en het 5^{de} karakter bepaalt de contraststof die al dan niet gebruikt wordt. De contraststoffen worden ingedeeld in laag of hoog osmolaire contrastmiddelen. Met het 6^{de} karakter kan men weergeven dat een beeld genomen wordt zonder contrast, gevolgd door een beeld met contrast (“unenhanced and enhanced (zonder en met contrast)).

De codestructuur voor deze sectie vindt u terug in figuur 11.8.

| Figuur 11.8: Structuur van de codes in de sectie “Medische beeldvorming” | | | | | | |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Character 1 | Character 2 | Character 3 | Character 4 | Character 5 | Character 6 | Character 7 |
| Section | Body System | Root type | Body Part | Contrast | Qualifier | Qualifier |

De medische beeldvorming sectie bevat vijf type onderzoeken:

- *Waarde 0 – Plain radiography (RX foto's)*: een vlak beeld ontstaan door het belichten van een fotografische of fotogevoelige plaat door middel van externe ioniserende stralen.
- *Waarde 1 – Fluoroscopy (fluoroscopie)*: een vlak beeld dat direct bekeken wordt door projectie van gecapteerde externe ioniserende stralen op een fluorescent scherm. De beelden kunnen digitaal of analoog bewaard worden.
- *Waarde 2 – Computed tomography (CT scan)*: een gecomputeriseerd opgebouwd beeld dat bekomen wordt door het verwerken van verschillende beelden gevormd door het capteren van externe ioniserende stralen.
- *Waarde 3 – Magnetic resonance imaging (MRI)*: een gecomputeriseerd opgebouwd beeld dat bekomen wordt door het verwerken van verschillende beelden gevormd door het capteren van radio frequente stralen die uitgezonden worden door de celkernen in een sterk magnetisch veld.

- Waarde 4 – Ultrasonography (ultrasonografie): statische of bewegende beelden geprojecteerd op een scherm afkomstig van de weerkaatsing van hoog frequente geluidsgolven.

Voorbeelden:

RX van de rechter bovenarm

| Character 1 Section | Character 2 Body System | Character 3 Root Type | Character 4 Body Part | Character 5 Contrast | Character 6 Qualifier | Character 7 Qualifier |
|------------------------|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| B | P | 0 | E | Z | Z | Z |
| Imaging | Non-axial upper bones | Plain radiograph y | Upper arm, right | None | None | None |

Retrograde pyelografie (nieren, ureters, blaas) met laag osmolair contrastmiddel

| Character 1 Section | Character 2 Body System | Character 3 Root Type | Character 4 Body Part | Character 5 Contrast | Character 6 Qualifier | Character 7 Qualifier |
|------------------------|-------------------------------|--------------------------|------------------------------------|----------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| B | T | 1 | 4 | 1 | Z | Z |
| Imaging | Urinary system | Fluoroscop y | Kidneys, ureters and bladder | Low osmolar | None | None |

CT van de hersenen zonder contrast, gevolgd door CT met hoog osmolair contrast

| Character 1 Section | Character 2 Body System | Character 3 Root Type | Character 4 Body Part | Character 5 Contrast | Character 6 Qualifier | Character 7 Qualifier |
|------------------------|-------------------------------|------------------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------------|-----------------------------|
| B | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | Z |
| Imaging | Central nervous | Computeriz ed tomograph y | Brain | High osmolar | Unenhance d and enhanced | None |

MRI van de lever en de milt met contrast

| Character 1 Section | Character 2 Body System | Character 3 Root Type | Character 4 Body Part | Character 5 Contrast | Character 6 Qualifier | Character 7 Qualifier |
|------------------------|---|----------------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| B | F | 3 | 6 | Y | Z | Z |
| Imaging | Hepatobiliary system and pancreas | Magnetic resonance imaging | Liver and spleen | Other contrast | None | None |

Ovariële (bilaterale) echografie

| Character 1 Section | Character 2 Body System | Character 3 Root Type | Character 4 Body Part | Character 5 Contrast | Character 6 Qualifier | Character 7 Qualifier |
|------------------------|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| B | U | 4 | 5 | Z | Z | Z |
| Imaging | Female reproductive system | Ultrasonogr aphy | Ovaries, bilateral | None | None | None |

De sectie “Nucleaire geneeskunde”

Deze sectie is georganiseerd zoals de sectie over de medische beeldvorming, met als uitzondering het vijfde karakter dat gebruikt worden om de stralingsbron weer te geven i.p.v. het soort contrastmiddel. Het 3^{de} karakter duidt ook hier het type onderzoek aan i.p.v. de kernprocedure. Het 6^{de} en 7^{de} karakter zijn ‘qualifiers’ en worden in deze sectie niet gebruikt. De codestructuur voor deze sectie vindt u terug in figuur 11.9.

| Character 1 | Character 2 | Character 3 | Character 4 | Character 5 | Character 6 | Character 7 |
|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|-------------|-------------|
| Section | Body System | Root type | Body Part | Radionuclide | Qualifier | Qualifier |

Binnen de nucleaire geneeskunde heeft men de keuze tussen zeven types onderzoeken:

- *Waarde 1 – Planar nuclear medicine imaging (vlakke nucleaire beeldvorming):* het inbrengen van radioactieve materialen in het lichaam voor het maken van vlakke beelden (op plaat of scherm) door de captatie van die radioactieve stralen.
- *Waarde 2 – Tomographic nuclear medicine imaging (tomografische nucleaire beeldvorming):* het inbrengen van radioactieve materialen in het lichaam voor het maken van driedimensionale beelden (op plaat of scherm) door de captatie van die radioactieve stralen.
- *Waarde 3 – Positron emission tomography (PET):* het inbrengen van radioactieve materialen in het lichaam voor het maken van driedimensionale beelden (op plaat of scherm) door de gelijktijdige captatie, over een hoek van 180°, van die radioactieve stralen.
- *Waarde 4 – Nonimaging nuclear medicine uptake (isotopen metingen zonder beeldvorming):* inbrengen van radioactieve materialen in het lichaam voor het meten van orgaanfuncties door het volgen van de radioactieve stralingen.
- *Waarde 5 – Nonimaging nuclear medicine probe (absorptie- en distributiemetingen):* inbrengen van radioactieve materialen in het lichaam voor het meten van de verdeling en de verwijdering ervan door de meting van de radioactieve stralingen; alternatief, het meten van de absorptie van uitwendige radioactieve stralen.
- *Waarde 6 – Nonimaging nuclear medicine assay:* inbrengen van radioactieve materialen in het lichaam voor het bestuderen van de lichaamsvloeistoffen en de bloedelementen door het meten van de uitgezonden radioactieve stralen.
- *Waarde 7 – Systemic nuclear medicine therapy (isotopetherapie):* inbrengen van vrije radioactieve materialen, in het lichaam voor behandeling.

Voorbeelden:

PET scan van de hersenen met C-11

| Character 1 Section | Character 2 Body System | Character 3 Root Type | Character 4 Body Part | Character 5 Radionuclide | Character 6 Qualifier | Character 7 Qualifier |
|------------------------|----------------------------|---|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| C | 0 | 3 | 0 | B | Z | Z |
| Nuclear medicine | Central nervous system | Positron emission tomographic (PET) imaging | Brain | Carbon 11 | None | None |

Schildklierfunctie meting met I-131

| Character 1 Section | Character 2 Body System | Character 3 Root Type | Character 4 Body Part | Character 5 Radionuclide | Character 6 Qualifier | Character 7 Qualifier |
|------------------------|----------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | | | | | |

| | | | | | | |
|---------------------|---------------------|---|------------------|-----------|------|------|
| | | | | de | | |
| C | G | 4 | 2 | G | Z | Z |
| Nuclear medecine | Endocrine system | Nonimaging nuclear medicine uptake | Thyroid gland | Carbon 11 | None | None |

De sectie “Radiation Oncology (Oncologische radiotherapie)”

Deze ICD-10-PCS sectie bevat de radiotherapie procedures gebruikt bij de behandeling van nieuwvormingen. De codestructuur wordt weergegeven in figuur 11.10.

| Figuur 11.10: Structuur van de codes in de sectie “Oncologische radiotherapie” | | | | | | |
|--|-------------|-------------|-------------|-----------------------|-------------|-------------|
| Character 1 | Character 2 | Character 3 | Character 4 | Character 5 | Character 6 | Character 7 |
| Section | Body System | Root type | Body Part | Modality Qualifier | Isotope | Qualifier |

Binnen deze sectie worden de karakters als volgt gedefinieerd:

- Het 3^{de} karakter definieert het type basisbestraling, zoals de gewone bestraling, de brachytherapie, de stereotactische radiochirurgie en de overige bestralingen.
- Het 5^{de} karakter specificeert de modaliteiten (wijze) van bestraling, zoals met fotonen, elektronen, zware deeltjes, contactbestraling.
- Het 6^{de} karakter definieert het gebruikte radio-isotoop indien van toepassing.
- Het 7^{de} karakter wordt niet gebruikt in deze sectie.

Externe radiotherapie van de borst (fotonen 1.33MeV)

| Character 1 | Character 2 | Character 3 | Character 4 | Character 5 | Character 6 | Character 7 |
|-----------------------|-------------|-------------------|--------------|-----------------------|-------------|-------------|
| Section | Body System | Root type | Body Part | Modality Qualifier | Isotope | Qualifier |
| D | M | 0 | 0 | 1 | Z | Z |
| Radiation oncology | Breast | Beam radiation | Breast, left | Photons 1- 10 MeV | None | None |

Brachytherapie van de prostaat door middel van ‘seeds’, LDR met jodium 125

| Character 1 | Character 2 | Character 3 | Character 4 | Character 5 | Character 6 | Character 7 |
|-----------------------|--------------------------------|---------------|-------------|-----------------------|-------------|-------------|
| Section | Body System | Root type | Body Part | Modality Qualifier | Isotope | Qualifier |
| D | V | 1 | 0 | B | 9 | Z |
| Radiation oncology | Male reproductive system | Brachytherapy | Prostate | Low-dose rate | Iodine 125 | None |

OEFENINGEN 11.4

Codeer volgende procedures.

1. Intravasculaire echografie van de a. carotis interna beiderzijds [Ultrasound] B348ZZ3
2. MRI van de hersenen met contrast [MRI] B030YZZ
3. PET scan van de longen met F-18 [PET] CB32KZZ
4. Brachytherapie van de rechter borst, LDR, Palladium 103 [Brachytherapy] DM11BBZ
5. CT scan van de longen zonder contrast [CT scan] BB24ZZZ

De sectie “Physical Rehabilitation and Diagnostic Audiology (fysische revalidatie en diagnostische audiologie)”

De codestructuur van deze sectie wordt weergegeven in figuur 11.11.

| Character 1 | Character 2 | Character 3 | Character 4 | Character 5 | Character 6 | Character 7 |
|-------------|-------------------|-------------|------------------------|----------------|-------------|-------------|
| Section | Section Qualifier | Root type | Body System and Region | Type Qualifier | Equipment | Qualifier |

Deze sectie bevat karakterdefinities die niet te vergelijken zijn met deze uit andere secties van de ICD-10-PCS:

- Het 2^{de} karakter of “section qualifier” specificeert of een procedure een revalidatieprocedure is dan wel een diagnostisch audiologische procedure.
- Het 3^{de} karakter bepaalt de basisprocedure.
- Het 4^{de} karakter definieert het lichaamsstelsel en de lichaams regio waar toepasbaar.
- Het 5^{de} karakter specificeert verder het type procedure.
- Het 6^{de} karakter specificeert het gebruikte materiaal (uitrusting)

Binnen deze sectie zijn er 14 types procedures die in tabel 11.3 beschreven staan:

| Waarde | Omschrijving | Definitie |
|--------|--|--|
| 0 | Speech assessment (spraakbeoordeling) | Het meten van de spraak en de gerelateerde spraakfuncties. |
| 1 | Motor and/or nerve function assessment (spier- en zenuwfunctie onderzoeken) | Het meten van de spier-, zenuw- en gerelateerde functies. |
| 2 | Activities of daily living assessment (beoordelen van de dagelijkse levensbehoeften) | Het meten van de algemene dagelijkse levensbehoeften. |
| 3 | Hearing assessment (gehoorstesten) | Het meten van het gehoor en de gerelateerde functies. |
| 4 | Hearing aid assessment (nazicht van de gehoorstoestellen) | Het meten en nakijken van de functie en de efficiëntie van gehoorstoestellen. |
| 5 | Vestibular assessment (evenwichtsonderzoeken) | Het meten van het evenwicht en de gerelateerde functies. |
| 6 | Speech treatment (spraaktherapie) | Toepassen van technieken om de spraak en de gerelateerde functiestoornissen te verbeteren, te versterken of te compenseren. |
| 7 | Motor treatment (kinesitherapie, fysiotherapie) | Oefeningen of activiteiten om de motorische functie te verbeteren. |
| 8 | Activities of daily living treatment (ergotherapie) | Oefeningen of activiteiten om de algemene dagelijkse levensbehoeften te verbeteren. |
| 9 | Hearing treatment (behandeling van het gehoor) | Toepassen van technieken om het gehoor en de gerelateerde functiestoornissen te verbeteren, te versterken of te compenseren. |
| B | Hearing aid treatment (gehoorapparaat behandeling) | Toepassen van technieken om de communicatiemogelijkheden van personen met een cochleair implantaat te verbeteren. |

| | | |
|---|---|---|
| C | Vestibular treatment (vestibulaire behandeling) | Toepassen van technieken om het evenwicht en de gerelateerde functiestoornissen te verbeteren, te versterken of te compenseren. |
| D | Device fitting (appareillage) | Montage van een toestel dat ontwikkeld werd om een lichaamsfunctie te vergemakkelijken, te ondersteunen of te verhogen. |
| F | Caregiver training (verzorgertraining) | Trainen in activiteiten om de patiënt zo maximaal te ondersteunen in zijn dagelijkse functies. |

Volgende belangrijke codeerrichtlijnen zijn op deze sectie van toepassing:

- In deze behandelingen zitten ingesloten: oefeningen voor de slikfunctie, bad- en douche technieken, wondverzorging, looptraining en een scala aan activiteiten die geassocieerd zijn aan de revalidatie.
- De onderzoeken en testen worden verder ingedeeld in meer dan 100 verschillende testmethoden. De meerderheid van deze onderzoeken zijn gericht op het gehoor en de spraak; andere op de verschillende lichaamsfuncties en op de levenskwaliteit van de patiënt, zoals de spierkracht, neuro-motorische ontwikkeling en de re-integratie vaardigheden.
- Het 5^{de} karakter dat gebruikt worden voor het aanpassen van toestellen beschrijft vooral het toestel dat aangebracht of aangepast wordt in plaats van de methode die gebruikt wordt om het toestel aan te brengen of aan te passe.
- De training van zorgverstrekkers bestaat uit 18 verschillende grote groepen zorg die worden aangeleerd om patiënten te kunnen verzorgen. Voorbeelden zijn het baden, het kleden, het voeden en hulp bij het eten.

Voorbeelden:

Het wassen van een hiel ulcus met pulserende vloeistofgolven

| Character 1 | Character 2 | Character 3 | Character 4 | Character 5 | Character 6 | Character 7 |
|--|-------------------|--------------------------------------|-------------------------------|------------------|-----------------|-------------|
| Section | Section Qualifier | Root Type | Body System and Region | Type Qualifier | Equipment | Qualifier |
| F | 0 | 8 | G | 5 | B | Z |
| Physical rehabilitation and diagnostic audiology | Rehabilitation | Activities of daily living treatment | Integumentary lower extremity | Wound management | Physical agents | None |

Onderzoek aan bed van de slikfunctie bij een CVA patiënt

| Character 1 | Character 2 | Character 3 | Character 4 | Character 5 | Character 6 | Character 7 |
|--|-------------------|-------------------|------------------------|--------------------------------------|-------------|-------------|
| Section | Section Qualifier | Root Type | Body System and Region | Type Qualifier | Equipment | Qualifier |
| F | 0 | 0 | Z | H | Z | Z |
| Physical rehabilitation and diagnostic audiology | Rehabilitation | Speech assessment | None | Bedside swallowing and oral function | None | None |

OEFENINGEN 11.5

Codeer volgende procedures.

1. Afasiebeoordeling door logopedist [Speech assessment] F00ZCZZ
2. Aanpassen van een prothese aan het onderbeen (onder de knie) F0FZ8UZ

3. Patiëntenzorg door zorgverstreker gegeven om de wonde zuiver te houden en de verbanden te verversen [Caregiver training] F0FZ9ZZ

HOOFDSTUK 12

Z CODES EN UITWENDIGE OORZAAK CODES

OVERZICHT

- Z codes en uitwendige oorzaak codes hebben hetzelfde formaat en conventies als alle andere codes.
- Bepaalde Z codes worden in specifieke situaties als hoofddiagnose gebruikt.
- Nazorg Z codes worden doorgaans als hoofddiagnose gebruikt om de voortgezette zorg weer te geven na een initiële behandeling van een letsel of aandoening.
- Z codes zijn eveneens belangrijk bij opnames voor observatie, evaluatie en onderzoek, en palliatieve zorg.
- Zij worden ook gebruikt voor speciale onderzoeken waarbij er geen probleem, diagnose of aandoening aanwezig is of voor screeningonderzoeken.
- Z codes geven ook informatie over de persoonlijke en familiale historiek, en genetische voorbeschiktheid voor bepaalde aandoeningen.

LEERDOELSTELLINGEN

Na het doornemen van dit hoofdstuk bent u in staat om:

- De Z codes en de codes voor de uitwendige oorzaken van aandoeningen op te zoeken.
- Uit te leggen wanneer Z codes en uitwendige oorzaak codes voor aandoeningen gebruikt worden.

TERMEN OM TE KENNEN

Nazorg

Voortgezette zorg gedurende de genezingsfase of langdurige zorg bij bepaalde aandoeningen.

Uitwendige oorzaak codes voor morbiditeiten

Codes voor uitwendige oorzaken geven informatie over het letsel dat interessant is voor onderzoek en evaluatie van preventiestrategieën.

Palliatieve zorg

Zorg vooral toegespitst op de pijnbestrijding en andere symptomen bij patiënten die in de terminale fase van een ziekte.

Z codes

Codes voor factoren die de zorgbehoefte en het contact met gezondheidsinstellingen weergeven.

TE HERINNERING ...

Z en uitwendige oorzaak codes worden doorheen de ganse classificatie gebruikt.

INLEIDING

Naast de hoofdclassificatie (A00.0 tot T88.9) zijn er twee speciale groepen codes voorzien in de ICD-10-CM classificatie:

- Factoren die de gezondheidstoestand beïnvloeden en contacten met de zorgsector weergeven (Z codes: Z00-Z99)
- Uitwendige oorzaken (V00-Y99)

HET GERBUIK VAN Z CODES EN UITWENDIGE OORZAAK CODES

Bepaalde Z codes dienen als hoofddiagnose gebruikt te worden in specifieke situaties; andere worden als nevendiagnose gebruikt wanneer het belangrijk is om een historiek, een status of een probleem dat de gezondheidstoestand beïnvloedt mee te geven. Bepaalde Z

codes kunnen zowel als hoofd- als nevensdiagnose gebruikt worden. Uitwendige oorzaak codes worden als nevensdiagnose gebruikt om weer te geven hoe een letsel of aandoening veroorzaakt wordt, om de omstandigheden weer te geven (ongewild of toevallig; intentioneel, zoals een suicide of moordpoging), om de plaats weer te geven van het voorval, om de activiteit te beschrijven van de patiënt op het ogenblik van het voorval en om de status van de patiënt weer te geven (oa. burger, militair). Omdat Z codes en uitwendige oorzaak codes doorheen de ganse classificatie worden gebruikt, worden in dit hoofdstuk enkele algemene gegevens vermeld alvorens ze behandeld worden in de andere hoofdstukken van dit handboek.

OPZOEKEN VAN Z CODES EN UITWENDIGE OORZAAK CODES

- Admission (opname voor)
- Examination (onderzoek)
- History (anamnese)
- Observation (observatie)
- Aftercare (Nazorg)
- Probleem (probleem met)
- Status (status)

De systematische index van de Z codes volgt onmiddellijk op deze van de 'Letsels, Vergiftigingen en Bepaalde gevolgen van uitwendige oorzaken (S00-T98)'.

Uitwendige oorzaken worden niet gebruikt om de intentie van een vergiftiging, toxisch effect, ongewenste nevenwerking, of een onderdosering van een medicament weer te geven. ICD-10-CM klasseert die aandoeningen onder de categorieën T36-T65, welke de medicatie en de uitwendige oorzaak combineren. Dit wordt in hoofdstuk 32 besproken 'Vergiftigingen, Toxische effecten, Ongewenste nevenwerkingen en Onderdosering van medicatie'.

Z CODES

Z codes worden als eerste diagnose (hoofddiagnose), gebruikt in volgende situaties:

- Om aan te geven dat een patiënt wordt gezien, tijdens het behandelingsproces van een aandoening, ongeval of chronische aandoening, voor nazorg, zoals het verwijderen van intern fixatiemateriaal.
- Om aan te geven dat de patiënt enkel en alleen komt voor een specifieke behandeling, zoals radiotherapie of chemotherapie.
- Om aan te geven dat de persoon niet ziek is en de zorgsector consulteert voor een specifieke reden, zoals voor het afstaan van een orgaan (donor), voor profylactische zorg of voor het verkrijgen van een advies (counseling)
- Om de geboortestatus aan te geven bij een pasgeborene.

Z codes worden als nevensdiagnose gebruikt in volgende situaties:

- Om aan te geven dat de patiënt een historiek heeft, een status van een gezondheidstoestand of een ander probleem dat op zichzelf geen ziekte of letsel is maar de zorg van de patiënt kan beïnvloeden. Noteer dat de volgende Z codes als hoofddiagnose kunnen gezet worden indien de historiek zelf de opnamereden is:
 - o Z85.- Personal history of malignant neoplasm
 - o Z86.6- Personal history of diseases of nervous system and sense organs
 - o Z80-Z84 Familial history
- Om het resultaat van een bevalling weer te geven bij verloskundige patiënten.

Opname voor nazorg (Aftercare)

Nazorg codes (Z42-Z51) worden gebruikt wanneer de initiële behandeling van de aandoening voltooid is en de patiënt gewoon verder zorg behoeft tijdens de herstelperiode of

de langdurige gevolgen van een aandoening. De nazorgcode wordt niet gebruikt wanneer zorg wordt toegediend aan de huidige acute aandoening. In dit geval wordt de aandoening zelf gecodeerd. De uitzonderingen op deze regel zijn de opnames voor antineoplastische chemotherapie en immunotherapie (Z51.1-) of radiotherapie (Z51.0). Indien er een opname is voor meerdere antineoplastische behandelingen (zoals radio- en chemotherapie), worden beide codes gebruikt en kan men kiezen welke als hoofddiagnose gebruikt wordt. (Hoofdstuk 29 van dit handboek, 'Neoplasmata', behandelt het correct gebruik van de opname voor radio- en chemotherapie codes).

Een opname voor nazorg zal doorgaans voor geplande zorg zijn, zoals het monteren en aanpassen van uitwendig prothese materiaal (Z44.-), aandacht voor een kunstmatige opening (Z43.-), borstreconstructie na een mastectomie (Z42.1), of het verwijderen van intern fixatiemateriaal (Z47.2).

Er zijn ook codes voor aandacht voor verbanden, hechtingen, en drains (Z48.0-). Er zijn codes voor de nazorg na chirurgie voor nieuwvormingen (Z48.3), na orgaantransplantaties (Z48.2-), en chirurgie op een specifiek lichaamsstelsel (Z48.810 – Z48.817). Deze codes zullen gebruikt worden met elke andere nazorgcode of diagnosecode om meer detail te geven over de opname voor nazorg.

Palliatieve zorg is een alternatief voor agressieve therapie bij patiënten die in de terminale fase zitten van hun ziekte. De zorg is gefocust op de bestrijding van pijn en andere symptomen van de ziekte, hetgeen dikwijls meer aangewezen is dan agressieve therapie wanneer een patiënt stervende is door een ongeneeslijke aandoening. Code Z51.5, Encounter for palliative care, wordt gebruikt voor opnames of contacten voor deze terminale zorg. Ze kan gebruikt worden in elke opnameperiode. Ze kan nooit gebruikt worden als hoofddiagnose of als reden voor een opname; de code voor de onderliggende aandoening wordt als hoofddiagnose gezet.

De nazorg Z codes zullen nooit gebruikt worden voor de nazorg van letsels. Voor de nazorg van een letsel zal de code voor het acute letsel gebruikt worden met het correcte zevende karakter voor de 'volgende opname' (o.a. "D" of "G", "K", of "P" bij fracturen). Deze codes worden verder behandeld in het hoofdstuk 30 van dit handboek.

Nazorg codes worden doorgaans als hoofddiagnose gebruikt om de reden voor opname weer te geven. Zij kunnen echter occasioneel ook als nevendiagnose gezet worden wanneer de nazorg gegeven wordt tijdens een opname voor de behandeling van een niet gerelateerde aandoening terwijl er geen diagnosecode voorhanden is (bijvoorbeeld, het sluiten van een colostomie tijdens een opname voor de behandeling van een letsel opgelopen in een auto ongeval). Nazorgcodes zullen ook samen met andere nazorgcodes of diagnose codes gebruikt worden om meer detail te geven over die nazorg, tenzij de classificatie het anders bepaalt. De volgorde van de nazorgcodes wordt bepaald door de opname zelf. Bepaalde Z codes vragen een bijkomende diagnose code om het restletsel weer te geven. Andere bevatten reeds deze aandoening in hun omschrijving.

Wanneer de patiënt opgenomen wordt voor een complicatie van een vorige zorg, zal eerder een algemene code uit de classificatie genomen worden i.p.v. een nazorg Z code. (Zie hoofdstuk 33 van dit handboek).

Opname voor follow-up onderzoek

Een code uit de categorie Z08, Z09, of Z39 zal als hoofddiagnose gebruikt worden om de opnamereden weer te geven wanneer een patiënt opgenomen wordt voor een onderzoek of controle na een initiële behandeling van een aandoening of letsels, die afgehandeld is. Voorbeelden hiervan zijn:

- Z09 Opname voor follow-up na een beëindigde behandeling van andere aandoeningen dan maligne neoplasmata
- Z08 Opname voor follow-up na afgehandelde behandeling voor maligne neoplasmata
- Z39.2 Opname voor routine postpartum follow-up

Indien een herhal, een uitbreiding of een gerelateerde aandoening wordt geïdentificeerd, zal de code voor die aandoening gecodeerd worden als hoofddiagnose in plaats van codes uit de categorieën Z08, Z09 of Z39. Volgende voorbeelden geven dit weer:

- Een asymptomatische patiënt die een jaar voordien een resectie heeft gehad van het colon desendens wordt opgenomen voor een coloscopie om de anastomose te evalueren en om na te gaan of er geen recidief is ter plaatse. De coloscopie bevestigt de goed functionerende anastomose en er zijn geen tekenen van recidief. In dit geval zal de code Z08, Encounter for follow-up examination after completed treatment for malignant neoplasm, als hoofddiagnose gezet worden en de code Z85.038, Personal history of other malignant neoplasm of large intestine als nevendiagnose, met natuurlijk ook een code voor de coloscopie.
- Een asymptomatische patiënt die een jaar voordien een resectie heeft gehad van het colon desendens wordt opgenomen voor een coloscopie om de anastomose te evalueren en om na te gaan of er geen recidief is van het neoplasma. De coloscopie bevestigt de goed functionerende anastomose en er zijn geen tekenen van recidief. Er wordt in het colon transversum een poliep gezien die ook verwijderd wordt; het anatomopathologisch onderzoek toont aan dat de poliep goedaardig is. De code D12.3, Benign neoplasm of transverse colon, wordt als hoofddiagnose gezet met de code Z85.038, Personal history of other malignant neoplasm of large intestine, als nevendiagnose. In dit geval zal de code Z08 niet gebruikt worden omdat er een gerelateerde aandoening aanwezig is (poliep als voorbode van kanker en die daarenboven verwijderd wordt).
- Een asymptomatische patiënt die een jaar voordien een resectie heeft gehad van het colon desendens wordt opgenomen voor een coloscopie om de anastomose te evalueren en om na te gaan of er geen recidief is van de nieuwvorming. De coloscopie bevestigt de goed functionerende anastomose maar men vindt een recidief op de primaire plaats. De code C18.6, Malignant neoplasm of descending colon, wordt toegekend als hoofddiagnose. Code Z08 wordt niet gebruikt.
- Een patiënte had vorig jaar een chirurgische verwijdering van een maligne aandoening van de eierstokken, gevolgd door chemotherapie en wordt nu opgenomen voor een follow-up onderzoek. Er zijn geen tekenen voor een recidief of een uitzaaiing (metastase) en er zijn ook geen andere pathologische bevindingen. Code Z08, Encounter for follow-up examination after completed treatment for malignant neoplasm, wordt toegekend, samen met de code Z85.43, die de historiek van de ovarium maligniteit weergeeft.
- Een patiënt waarbij een jaar voordien goedaardige poliepen werden verwijderd, klaagt nu van pijn in het linker, lage abdomen. De coloscopie, om na te kijken of er geen recidieven zijn van die poliepen, is volledig normaal. In dit geval wordt de code R10.32, Left lower quadrant pain, toegekend als hoofddiagnose i.p.v. Z09 omdat de lage abdominale pijn de reden van opname was.

Code Z09, Encounter for follow-up examination after completed treatment for conditions other than malignant neoplasm, mag alleen als hoofddiagnose gebruikt worden wanneer de patiënt voor die aandoening niet meer behandeld wordt.

Opname voor observatie en evaluatie (onderzoek)

Codes uit de categorie Z03, Encounter for medical observation for suspected diseases and conditions ruled out (opname voor observatie van vermoedelijke aandoeningen of ziektes die

tenslotte uitgesloten worden), of de categorie Z04, Encounter for examination and observation for other reasons (opname voor onderzoek en observatie voor andere redenen) worden gebruikt bij patiënten, zonder diagnose, die verdacht worden van een aandoening, waarbij er geen tekenen of symptomen zijn en waarbij alle onderzoeken en observaties die veronderstelling uitsluiten. De categorieën Z03 en Z04 worden ook gebruikt voor opnamen omwille van administratieve en wettelijke observaties. Poliklinische verwijzingen voor verder onderzoek spreken het gebruik van die codes niet tegen. Deze observatiecodes worden niet gebruikt wanneer er letsels of aandoeningen, zelfs tekenen of symptomen die gerelateerd zijn aan de veronderstelde aandoening, aanwezig zijn. In dergelijke gevallen zal de diagnose of de symptoomcode gebruikt worden. Wanneer toch een gerelateerde diagnose gesteld wordt, zal men die code gebruiken en niet een code uit de categorie Z03. Codes uit de categorie P00-P04 worden gebruikt voor de observaties van veronderstelde aandoeningen van de pasgeborene, die uiteindelijk uitgesloten worden (zie verder in hoofdstuk 27 van dit handboek). Voor patiënten die zelf een aandoening veronderstellen, die uiteindelijk wordt uitgesloten zal men eerder de code Z71.1 gebruiken.

Een code uit de categorie Z03-Z04 kan enkel als hoofddiagnose of opnamereden gebruikt worden en nooit als nevendiagnose. Een code uit de categorie Z03-Z04 zal doorgaans ook als enige code gebruikt worden, met twee uitzonderingen:

- Wanneer een chronische aandoening zorg of monitoring vraagt tijdens het verblijf, dan zal deze als nevendiagnose gecodeerd worden. Codes van chronische aandoeningen die de zorgperiode niet beïnvloeden worden niet gecodeerd.
- Wanneer het gaat om een opname om een ernstig letsel uit te sluiten, bijvoorbeeld een hersenschudding, kan men de codes voor de kleinere letsels zoals schaafwonden of kneuzingen als nevendiagnose zetten. Deze uitzondering wordt gestaafd door het feit dat deze kleinere letsels op zich nooit tot een opname zouden geleid hebben.

De volgende voorbeelden helpen de codeerder bij het gebruik van de codes uit de categorie Z03-Z04:

- Een patiënt wordt door het gerecht opgenomen op verdenking van een mentale aandoening. Deze wordt niet gevonden en geen andere aandoening wordt ontdekt. De code Z04.6, Encounter for general psychiatric examination, requested by authority, wordt gebruikt.
- Een volwassen vrouw wordt op de spoed opgenomen voor een vermeende verkrachting. Observatie en onderzoek toonden geen fysieke letsels, zoals bloedingen of kwetsuren. Code Z04.41, Encounter for examination and observation following alleged adult rape, wordt als hoofddiagnose gezet. Code Z04.41 omvat tevens de afname van monsters, het geven van zwangerschap profylaxie en alle andere begeleidingen en consultaties. Indien het klinisch onderzoek een verkrachting bevestigde, wordt de code Z04.41 niet toegekend; de gevonden aandoening wordt gecodeerd als hoofddiagnose. Verkrachting is geen medische diagnose maar een rechterlijk vergrijp. Bevestigde verkrachting van een volwassene wordt gecodeerd met T74.21-, Adult sexual abuse, confirmed. Een verdenking op verkrachting bij een volwassene codeert men met de code T76.21-, Adult sexual abuse, suspected.
- Een patiënt biedt zich aan met algemene klachten van niet specifieke abdominale pijn, licht gewichtsverlies en wijziging van stoelgangpatroon. Gezien de familiale historie van coloncarcinoom wordt de patiënt opgenomen voor onderzoek naar vermeende maligniteit. Er wordt een nieuwvorming uitgesloten en geen andere diagnose wordt gesteld; het is duidelijk dat de symptomen vrij subjectief zijn. Code Z03.89, Encounter for observation for other suspected disease and conditions ruled out, wordt als hoofddiagnose gezet met als nevendiagnose de code Z80.0, Family history of malignant neoplasm of digestive organs.

Noteer dat de codes van de categorie Z03-Z04 niet gebruikt worden voor de patiënten die opgenomen worden in klassieke hospitalisatie, na een behandeling in het dagziekenhuis juist daarvoor, zelfs al staat in het patiëntendossier dat het een opname is voor observatie. De ziekenhuizen moeten hier de MZG regels volgen om ofwel twee verschillende opnames door te geven ofwel slechts één enkele. Indien de dagopname en de hospitalisatie als één verblijf wordt doorgegeven, dan is de hoofddiagnose de reden waarvoor de behandeling werd gedaan (opnamereden van het dagziekenhuis). Indien de patiënt daarop complicaties doet, zowel in de dagkliniek als de daaropvolgende hospitalisatie, dan worden die als nevendiagnose gecodeerd. De reden voor de opname (en de behandeling) zal dus de hoofddiagnose blijven voor het ganse verblijf, daarnaast registreert men ook de uitgevoerde procedures.

Indien er twee verblijven worden doorgegeven, gelden er andere codeerregels. Zie volgende voorbeelden:

- Een patiënt wordt gehospitaliseerd 'ter observatie', na een dagingreep voor het herstel van een rechter, directe liesbreuk. Zoek in het patiëntendossier waarom die patiënt ter observatie wordt gehospitaliseerd, zoals bijvoorbeeld ernstige nausea en braken.

Wanneer er slechts één verblijf wordt opgemaakt (voor daghospitalisatie en hospitalisatie samen): code K40.90, Unilateral inguinal hernia, without obstruction or gangrene, not specified as recurrent, wordt als hoofddiagnose gezet en niet een code uit de categorie Z03-Z04. Daarbij wordt R11.2, Nausea with vomiting, unspecified, als nevendiagnose gezet en de code 0YQ50ZZ, Repair right inguinal region, open approach voor de uitgevoerde procedure.

Wanneer beide opnames afzonderlijk worden doorgegeven (twee verschillende verblijfsnummers): voor de dagopname wordt de hoofddiagnose K40.90, Unilateral inguinal hernia, without obstruction or gangrene, not specified as recurrent, samen met de uitgevoerde procedure. Voor de hospitalisatie wordt de hoofddiagnose R11.2, Nausea with vomiting, unspecified, en geen code uit de categorie Z03-Z04 wordt toegekend.

Codes uit de subcategorie Z03.7, Encounter for suspected maternal and fetal conditions ruled out, kunnen zowel als hoofd- of als nevendiagnose gebruikt worden afhankelijk van het geval. Over het algemeen kan die subcategorie slechts als hoofddiagnose gebruikt worden, uitgezonderd wanneer er verschillende opnames zijn op dezelfde dag en die opnames samengenomen worden. Deze codes worden slechts uitzonderlijk bij een opname van een zwangere gebruikt wanneer het om een opname gaat voor een verdachte maternele of foetale aandoening die uiteindelijk uitgesloten wordt tijdens dat verblijf. Bijvoorbeeld, een abnormaal onderzoek (labo) kan een vermoeden geven van een maternele of foetale aandoening, maar die wordt niet bevestigd. Indien de aandoening wel bevestigd wordt, codeert men die aandoening en gebruikt men geen code uit de subcategorie Z03.7. Daarenboven worden deze codes niet gebruikt wanneer er een ziekte, tekenen of symptomen aanwezig zijn die gerelateerd zijn met de veronderstelde aandoening of probleem. In dergelijke gevallen zal de diagnose of de symptoomcode gebruikt worden. Andere codes kunnen bij de code van de subcategorie Z03.7 gezet worden, enkel indien ze niet gerelateerd zijn aan de veronderstelde aandoening die onderzocht wordt.

Indien een patiënt na een hospitalisatie op de dagkliniek wordt opgenomen voor verdere onderzoeken die geen verband houden met de vorige ingreep, dan is de hoofddiagnose de aandoening die de reden is voor de opname in de dagkliniek. Indien de patiënt opgenomen wordt in het ziekenhuis omdat een medische aandoening verslechtert of niet opgelost geraakt, dan is de medische aandoening, die de reden voor de opname is, de hoofddiagnose.

Speciale onderzoeken en testen

Wanneer een patiënt enkel diagnostische onderzoeken krijgt tijdens een zorgepisode, is de hoofddiagnose de code voor de aandoening of het probleem die hoofdzakelijk de reden was voor de opname (het onderzoek). Een code uit de categorie Z01, Encounter for other special examination without complaint, suspected or reported diagnosis, wordt als hoofddiagnose gebruikt enkel en alleen wanneer er geen probleem, diagnose of aandoening aangeduid kan worden als reden voor het onderzoek. Een afzonderlijke code is noodzakelijk voor elk onderzoek of procedure die uitgevoerd wordt. Codes uit de categorie Z01 worden zelden gebruikt voor gehospitaliseerde patiënten en worden ook nooit als nevendiagnose gebruikt. Bijvoorbeeld:

- Een patiënt wordt doorverwezen naar de radiologie voor een medische beeldvorming van de thorax, met als reden een hoest en koorts waarbij men een pneumonie wenst uit te sluiten. De beeldvorming is volledig normaal. De code voor hoesten (R05) of koorts (R50.9) wordt als hoofddiagnose gezet. Er wordt geen code voor pneumonie toegekend; ook geen code uit de categorie Z01.
- Een patiënt wordt doorverwezen naar de radiologie voor een medische beeldvorming van de thorax, met als reden een hoest en koorts waarbij men een pneumonie wenst uit te sluiten. De radioloog bevestigt de diagnose bronchopneumonie. Code J18.0, Bronchopneumonia, unspecified organism, wordt hier als hoofddiagnose gezet. Er worden geen codes voor de hoest of de koorts gebruikt omdat dit symptomen zijn inherent aan de diagnose bronchopneumonie. Er wordt geen code van de categorie Z01 gecodeerd.
- Een patiënt wordt doorverwezen naar het klinisch laboratorium voor een bloedafname omwille van een vertigo waarbij men een hypothyroïdie wenst uit te sluiten. De code R42, Dizziness and giddiness, wordt hier als hoofddiagnose gezet. De code voor hypothyroïdisme wordt niet gebruikt omdat die diagnose niet gesteld werd. De code Z01.89, Encounter for other specified special examination wordt ook niet gebruikt.
- Een patiënt wordt naar de radiologie doorverwezen voor een röntgenfoto van de longen als onderdeel van een routine onderzoek. Code Z00.00, Encounter for general adult medical examination, wordt hier als hoofddiagnose geplaatst omdat er geen symptomen zijn en de röntgenfoto niet genomen wordt om een vermoedelijke diagnose uit te sluiten.

Patiënten worden soms opgenomen om preoperatieve onderzoeken te ondergaan voor verschillende disciplines. Patiënten worden soms ook onderzocht voor preoperatieve bloedgroepbepaling. De Z codes voor preoperatieve en preprocedurele onderzoeken kunnen alleen gebruikt worden in de situaties waarbij de patiënt enkel die onderzoeken ondergaat en geen behandeling wordt ingesteld. In dergelijke gevallen wordt één van volgende codes gebruikt, met als nevendiagnose de code voor de aandoening waarvoor later de ingreep wordt gepland en de codes voor de bevindingen die gerelateerd zijn aan die preoperatieve onderzoeken.

| | |
|---------|--|
| Z01.810 | Encounter for preprocedural cardiovascular examination |
| Z01.811 | Encounter for preprocedural respiratory examination |
| Z01.812 | Encounter for preprocedural laboratory examination |
| Z01.818 | Encounter for other preprocedural examination |
| Z01.83 | Encounter for blood typing |

Bijvoorbeeld:

Een patiënt met de diagnose van cholelithiasis wordt naar de radiologie doorverwezen voor een preoperatieve thoraxfoto. De code Z01.818, Encounter for other preprocedural examination, wordt als hoofddiagnose gezet, met als nevendiagnose de code voor de cholelithiasis.

Sommige codes voor routine onderzoeken maken een onderscheid tussen 'with (met)' en 'without (zonder)' abnormale bevindingen (bijvoorbeeld code Z00.00 versus code Z00.01). De keuze van de code hangt af van de informatie die beschikbaar is op het ogenblik van de codering. Bijvoorbeeld, indien tijdens het onderzoek geen abnormale afwijkingen worden gevonden en het contact gecodeerd wordt voor dat de testresultaten bekend zijn, is het aanvaardbaar om de code 'without abnormal findings (zonder abnormale bevindingen)' te gebruiken. Indien een code 'met abnormal findings (met abnormale bevindingen)' gecodeerd wordt, moet men bijkomende codes gebruiken om die abnormale bevindingen te coderen.

Screening onderzoeken

Codes van de categorie Z11-Z13, Encounter for screening, worden gebruikt voor contacten waarbij patiënten onderzocht worden voor aandoeningen of waarbij getest wordt naar precursoren van aandoeningen, zodat een vroegtijdige behandeling kan opgestart worden wanneer de patiënt positief gescreend worden. Screening wordt dus uitgevoerd bij ogenschijnlijk gezonde individuen die geen symptomen of tekenen hebben die gerelateerd zijn aan de gescreende aandoening. Een screening mammografie is zo'n onderzoek. Indien de screening een pathologie ontdekt zal de hoofddiagnose het screeningsonderzoek zijn (een code uit de reeks Z11-Z13) en als nevendiagnose de code van de pathologie die gevonden wordt. Bijvoorbeeld:

- Een patiënt ondergaat een routinemammografie waarbij geen pathologie wordt gevonden. Code Z12.31, Encounter for screening mammogram for malignant neoplasm of breast, wordt als hoofddiagnose gezet.
- Een asymptomatische patiënt ondergaat een screeningmammografie. De radioloog beschrijft microcalcificaties. Gebruik als hoofddiagnose de code Z12.31, Encounter for screening mammogram for malignant neoplasm of breast, gevolgd door de nevendiagnose R92.0, Mammographic microcalcification found on diagnostic imaging of breast.
- Een patiënt met familiale historiek van borstkanker bij moeder, tante en oudste zuster komt voor een screen mammografie omdat zij als risicopatiënt beschouwd wordt. Gebruik de code Z12.31, Encounter for screening mammogram for malignant neoplasm of breast als hoofddiagnose gevolgd door de nevendiagnose Z80.3, Family history of malignant neoplasm of breast.

Codes voor de anamnese (historiek) van de patiënt, de status of bepaalde problemen

Codes uit de categorie Z85 tot AZ92 worden gebruikt om de persoonlijke anamnese van een voorafgaandelijke aandoening weer te geven. Wanneer de aandoening nog steeds aanwezig is of onder behandeling is, of indien het er een complicatie aanwezig is, zal men geen code uit de reeks Z85 tot Z92 gebruiken. De categorie Z80 tot Z84 beschrijft de familiale anamnese (historiek) en zal gebruikt worden wanneer de familiale historiek de reden is voor een onderzoek of behandeling.

De categorieën Z88 tot Z99 geven aan dat de patiënt een continue zorgtoestand heeft die een invloed kan hebben op de zorg, zoals de aanwezigheid van een tracheostomie (Z93.0), een colostomie (Z93.3), een hart pacemaker (Z95.0) of een aortacoronaire bypass (Z95.1). Z codes zijn redundant wanneer een diagnosecode zelf al de status beschrijft. Bijvoorbeeld, bij het gebruik van de code T86.11, Kidney transplant rejection, rejectie van een transplantnier. De status van transplantnier zit reeds duidelijk vervat in de diagnosecode en moet daarom niet opnieuw vermeld worden met een bijkomende code Z94.0, die weergeeft dat er een transplantnier is.

Een diagnostische uitdrukking 'status post' refereert meestal naar een vroegere ingreep, een vroeger opgelopen letsel of aandoening en heeft doorgaans geen enkel effect op de huidige zorgperiode. In dit geval wordt dan ook geen code hiervoor gebruikt. Eventueel kan een

persoonlijke historiekcode hiervoor gecodeerd worden. Noteer toch het belangrijk verschil tussen een historiekcode en een statuscode. Een historiek code geeft aan dat een bepaald probleem nu niet meer aanwezig is. Status codes geven aan dat het nu nog wel aanwezig is.

Codes uit de categorie Z79 geven aan dat de patiënt continu gebruik maakt van voorgeschreven medicatie als langdurige behandeling van een aandoening of ter preventie ervan. Voorbeelden hiervan zijn het langdurig gebruik van anticoagulantia (Z79.2), antitrombotica/antiplaatjes (Z79.02), niet steroïde anti-inflammatoire preparaten (Z79.1), antibiotica (Z79.2), hormonale contraceptiva (Z79.3), insuline (Z79.4), steroïden (Z79.51-Z79.52), of andere langdurig te gebruiken medicatie (Z79.81-Z79.899). Codes uit de categorie Z79 worden gebruikt om aan te geven dat de patiënt medicatie krijgt gedurende een lange periode, zoals:

- Als profylactische maatregel (bijv. om een diepe veneuze trombose te voorkomen)
- Als behandeling van een chronische aandoening (bijv. artritis)
- Voor een aandoening die een lange behandelingskuur nodig heeft (bijv. kanker)

Een bijkomende code wordt erbij gezet om de aandoening weer te geven waarvoor de medicatie gebruikt wordt. Gebruik geen code van de categorie Z79 wanneer de medicatie voorgeschreven wordt voor de behandeling van een acute aandoening of letsel en wanneer ze slechts voor een korte periode wordt gegeven (bijv. antibiotica bij de behandeling van een bronchitis). Deze categorie wordt niet gebruikt voor de medicatie die gegeven wordt tijdens een ontwenning of een ontwenningprogramma ter preventie van de ontwenningverschijnselen van een verslaving. Bijvoorbeeld, het langdurig gebruik van methadone als pijnbehandeling wordt gecodeerd met Z79.891, Long term (current) use of opiate analgesic, maar de methadon toediening tijdens een ontwenningkuur ter preventie van de ontwenningverschijnselen van een drugsverslaving, wordt weergegeven met de code van de drugsverslaving (zit dus vevat in die code).

Code Z51.81 wordt gebruikt om opnames voor het monitoren van therapeutische dosissen te coderen. Indien de medicatie, die gemonitord wordt, tevens er één is die op langdurige basis door de patiënt wordt ingenomen, zal er ook een code uit de categorie Z79 bij gezet worden. De codeerregels geven geen definitie over wat men nu bedoelt met langdurig medicatiegebruik. Indien de patiënt de medicatie op regelmatige basis gebruikt en ze daarenboven regelmatig vernieuwd wordt kan met het beschouwen als langdurig gebruik. De beslissing of het nu een langdurige therapie is of niet ligt uiteindelijk bij de behandelende arts.

Codes uit de categorie Z55 tot Z65 worden gebruikt om bepaalde problemen weer te geven, die de zorg beïnvloeden of die de naleving van de voorschriften belemmeren.

Huisvestingsproblemen, sociale onaangepastheid, economische en werkaangelegenheden zijn voorbeelden of situaties die de patiënt zijn medewerking kunnen beïnvloeden.

Historiek, status en probleem code worden doorgaans nooit als hoofddiagnose gebruikt, met volgende uitzonderingen:

- Codes uit de categorie Z85-Z87 (uitgezonderd subcategorie Z87.7)
- Code Z91.81
- Codes uit de categorie Z80-Z84

Deze codes kunnen als hoofddiagnose gebruikt worden wanneer de historiek de reden voor de opname is. Zij kunnen als nevendiagnose gebruikt worden voor elke patiënt onafhankelijk van de hoofddiagnose, maar worden doorgaans enkel gecodeerd wanneer de historiek, de status of het probleem enig belang heeft voor de zorgperiode. Bijvoorbeeld, een historiek van een voordien behandeld carcinoom of een familiale historiek van een maligne neoplasma kan belangrijk zijn om bepaalde uitgevoerde onderzoeken te verklaren. De status subcategorie Z96.6- geeft aan dat de patiënt een gewrichtsprothese heeft, maar dit zal enkel

relevant zijn indien de beweeglijkheid van het gewricht dermate beperkt is dat bijkomende verpleegkundige zorg (hulp) noodzakelijk is of wanneer hierdoor de medewerking van de patiënt in het revalidatieprogramma beperkt wordt.

Genetische voorbeschiktheid voor ziekten

Codes van de categorie Z15 worden gebruikt om de genetische voorbeschiktheid van ziekten weer te geven. Patiënten met een genetische voorbeschiktheid voor een ziekte kunnen een orgaan profylactisch verwijderen zodat zij verhinderen dat zij die aandoening zullen krijgen. Het is belangrijk om het onderscheid te maken tussen voorbeschiktheid (vatbaarheid) en 'het drager zijn van'. Een individu dat 'drager is van een ziekte' is in staat om die aandoening door te geven aan zijn nakomelingen. Subcategorie Z15.0, Genetic susceptibility to malignant neoplasm, wordt verder ingedeeld om het potentiële lichaamsdeel weer te geven, zoals de borsten (Z15.01), de ovaria (Z15.02), de prostaat (Z15.03), het endometrium (Z15.04) en andere (Z15.09).

Codes uit de categorie Z15 worden nooit als hoofddiagnose gebruikt. De volgorde van de codes uit de categorie Z15 wordt bepaald door de omstandigheden van de opname, zoals hieronder beschreven:

- Indien de patiënt de ziekte heeft waarvoor hij of zijn voorbeschikt was, en de aandoening is de reden voor de opname, dan zal die aandoening als hoofddiagnose gezet worden gevolgd door de Z15.- code.
- Indien de patiënt opgenomen wordt voor een follow-up na de volledige uitbehandeling van de aandoening, en die aandoening niet langer meer aanwezig is, zal een follow-up code als hoofddiagnose gebruikt worden, gevolgd door de respectievelijke historiek code (Z85.- tot Z87.-) en de genetische voorbeschiktheid codes (Z15.-).
- Indien het doel van de opname een genetisch consult is in kader van een zwangerschapsplanning, codeert men als hoofddiagnose Z31.5, Encounter for genetic counseling, gevolgd door een code uit de categorie Z15. Bijkomende codes kunnen bijgecodeerd worden voor elke toepasbare familiale en persoonlijk historiek.

Z codes als hoofddiagnose of eerste diagnose

Z codes kunnen gebruikt worden als hoofddiagnose, eerste diagnose en nevendiaagnose. De officiële ICD-10-CM codeerregels bevatten een lijst van Z codes die enkel als hoofd- of eerste diagnose kunnen gebruikt worden. Z codes uit deze lijst mogen enkel als hoofd- of eerste diagnose gebruikt worden tenzij in die gevallen waarbij er meerdere contacten zijn per dag die gezamenlijk als één record worden doorgegeven of wanneer er meerdere Z codes voldoen aan de criteria voor hoofd- of eerste diagnose (bijv. een patiënt die opgenomen wordt voor zowel nazorg als revalidatie en beide diagnoses gelijkwaardig voldoen aan de criteria van hoofddiagnose). Deze codes worden niet gebruikt indien ze niet voldoen aan de definities voor hoofd- en eerste diagnose.

OVERZICHTSOEFENINGEN 12.1

Codeer de volgende diagnoses

1. Contact voor het wisselen van chirurgische verbanden Z48.01
2. Familiale historiek van een polyposis van het colon Z83.71
3. Status na aortocoronaire bypass Z95.1
4. Opname voor spoelen gastrostomie Z43.1
5. Afstellen van de cardiale pacemaker Z45.010
6. Langdurige gebruik van anticoagulantia therapie Z79.01
7. Afhankelijkheid van beademingstoestel Z99.11
8. Opname voor palliatieve nazorg Z51.5
9. Contact voor screening mammografie Z12.31
10. Opname voor radiotherapie Z51.0
11. Door zijn gevorderde leeftijd volgt de patiënt ongewild de medicatie niet op Z91.130

12. Contact voor het verwijderen van hechtingen Z48.02

HOOFDSTUK 13

SYMPTOMEN, TEKENEN EN ZIEKTETOESTANDEN

OVERZICHT

- Vele symptomen en tekenen worden in hoofdstuk 18 van ICD-10-CM geclassificeerd wanneer zij veroorzaakt kunnen worden door verschillende aandoeningen, wanneer zij naar verschillende stelsel verwijzen of wanneer zij van onbekende oorsprong zijn.
- In slechts enkele bijzondere situaties zal een symptoom uit het hoofdstuk 18 als hoofddiagnose gebruikt worden.
- Daarentegen zal voor dagkliniekpatiënten het symptoom meer als reden voor de opname genomen worden.
- De codes uit hoofdstuk 18 worden als nevendiagnose gebruikt alleen wanneer het symptoom niet integraal deel uit maakt van een aandoening.
- De codes voor niet specifieke abnormale bevindingen worden zelden gebruikt voor gehospitaliseerde patiënten.

LEERDOELSTELLINGEN

Na het doornemen van dit hoofdstuk bent u in staat om:

- Het onderscheid uit te leggen tussen een teken en een symptoom.
- Uit te maken wanneer het gepast is om een code uit hoofdstuk 18 van de ICD-10-CM te gebruiken als hoofddiagnose.
- Uit te maken wanneer het gepast is om een code uit hoofdstuk 18 van de ICD-10-CM te gebruiken als nevendiagnose.

TERMEN OM TE KENNEN

Teken

Een objectieve aanwijzing vastgesteld door de onderzoekende arts.

Symptoom

Een subjectieve klacht van de patiënt.

TE HERINNEREN ...

Voor gehospitaliseerde patiënten zullen er betere geschiktere codes bestaan dan de codes uit hoofdstuk 18 van de ICD-10-CM.

Voor gehospitaliseerde patiënten wordt een waarschijnlijke diagnose aanzien als een bevestigde diagnose.

INLEIDING

Een teken wordt gedefinieerd als een objectief element van een aandoening dat wordt waargenomen door de onderzoekende arts. Een symptoom, daarentegen, is een subjectieve gewaarwording van de patiënt dat niet objectief wordt bevestigd door de arts.

Symptomen en tekenen worden op twee manieren geklasseerd in de ICD-10-CM: deze die naar een specifieke diagnose verwijzen worden ingedeeld in de respectievelijke hoofdstukken van ICD-10-CM. Zij die naar meerdere aandoeningen of stelsels verwijzen of die een onbekende etiologie hebben, worden geklasseerd in hoofdstuk 18.

TEKENEN EN SYMPTOMEN ALS HOOFDDIAGNOSE

Codes voor symptomen, tekenen, en ziekte toestanden uit hoofdstuk 18 kunnen niet als hoofddiagnose gebruikt worden of als reden voor opname in een dagkliniek, wanneer een gerelateerde diagnose wordt gesteld. Voorbeelden:

T40.1x4A + R40.20 Coma due to poisoning by heroin, initial encounter

I44.2 + R55 Syncope due to third-degree atrioventricular block

Voor gehospitaliseerde patiënten geldt dat een mogelijke diagnose, een waarschijnlijke diagnose die men weerhoudt op het einde van een verblijf, als 'waar' zal gecodeerd worden. Neem bijvoorbeeld een patiënt die gehospitaliseerd wordt met een ernstige abdominale pijn. De arts besluit dat de abdominale pijn waarschijnlijk veroorzaakt wordt door een acute gastritis (K29.00). Enkel de code voor de gastritis wordt gecodeerd omdat de abdominale pijn integraal deel uit maakt van die mogelijke gastritis. Uitdrukkingen als 'mogelijks' of 'waarschijnlijk' worden niet gebruikt binnen de codering van dagopnames. Indien er geen diagnose gevonden wordt, zal men enkel de symptomen en tekenen die aanwezigheid zijn coderen.

Er zijn slechts enkele gevallen waarbij een symptoom uit hoofdstuk 18 kan gebruikt worden als hoofddiagnose, zoals:

1. De gevallen waarbij het symptoom als hoofddiagnose gebruikt wordt bij twee of meer gelijkwaardige differentiaaldiagnosen. Meer hierover vindt u in hoofdstuk 4.
2. Indien er geen oorzaak gevonden wordt voor het symptoom dat de reden voor de opname is, zal een code uit hoofdstuk 18 als hoofddiagnose gebruikt worden, zelfs al zijn er andere niet gerelateerde diagnosen als nevendiagnose. Bijvoorbeeld, een patiënt wordt opgenomen met een tachycardie. Op het EKG vindt wordt geen uitleg voor de tachycardie alsook geen onderliggende cardiale oorzaak gevonden. De patiënt is ook een insulinedependente diabetiker; de bloedsuiker wordt dagelijks nagekeken tijdens de hospitalisatie. De reden voor de opname is de tachycardie; daarom wordt R00.0, Tachycardia, unspecified, de hoofddiagnose. Omdat de diabetes behandeld wordt tijdens de hospitalisatie zal de diabetes mellitus als nevendiagnose gezet worden.
3. De regel is niet van toepassing wanneer het symptoom het gevolg is van twee aandoeningen i.p.v. differentiaaldiagnosen. In dit geval worden de twee aandoeningen gecodeerd en het symptoom wordt als nevendiagnose gezet indien het voldoet aan de criteria voor de nevendiaagnosen. Bijvoorbeeld, wanneer een thoraxpijn het gevolg is van een costochondritis en een mogelijke hernia hiatalis, zullen zowel de costochondritis als de hernia hiatalis gecodeerd worden volgens de regel dat elke gestelde diagnose gecodeerd wordt. Er wordt geen thoraxpijn erbij gecodeerd omdat die integraal deel uit maakt van beide diagnosen.
4. Andere situaties waarbij codes uit het hoofdstuk 18 van ICD-10-CM als hoofddiagnose kunnen gezet worden voor gehospitaliseerde patiënten zijn:
 - De tekenen en symptomen zijn van voorbijgaande aard en er kan tussentijds geen diagnose gesteld worden.
 - De patiënt wordt doorverwezen naar een andere instelling voor verder onderzoek vooraleer er een diagnose gesteld werd.
 - Er kan om een of andere redenen, geen duidelijke diagnose gesteld worden.

- Het symptoom wordt in daghospitalisatie behandeld zonder dat er verder onderzoek noodzakelijk is om een definitieve diagnose te hebben.
- De patiënt laat zich niet verder onderzoeken om een definitieve diagnose te hebben.
- De opname gaat over het laat gevolg van een aandoening en de alfabetische index eist een andere volgorde van de codes.

Over het algemeen worden symptoomcodes uit de andere ICD-10-CM hoofdstukken niet als hoofddiagnose gebruikt indien er een oorzakelijke diagnose wordt gesteld. Het symptoom kan wel als hoofddiagnose gezet worden, wanneer de patiënt opgenomen wordt om enkel het symptoom te behandelen en er geen behandeling of onderzoek is voor de onderliggende oorzaak. Bijvoorbeeld, een patiënt met dehydratatie tengevolge van een gastro-enteritis wordt opgenomen voor de behandeling van de dehydratatie terwijl de gastro-enteritis volledig ambuland kan behandeld worden. In dit geval zal de dehydratatie als hoofddiagnose gezet worden, niettegenstaande de oorzaak van de dehydratatie gekend is.

Noteer dat deze richtlijnen niet van toepassing zijn voor het registreren van dagopnames en andere contacten buiten de hospitalisaties. Dagopnames laten niet altijd toe een uiteindelijke diagnose te stellen na de uitgevoerde onderzoeken en de behandelingen kunnen ook enkel symptoomgericht zijn. Voor dergelijke opnames tracht men zo nauwkeurig mogelijk de reden voor opname weer te geven, al is het met een symptoomcode.

TEKENEN EN SYMPTOMEN ALS NEVENDIAGNOSE

Codes uit hoofdstuk 18 worden als nevendiagnose gebruikt wanneer het symptoom of het teken (bevinding) niet integraal deel uitmaakt van de onderliggende aandoening, wanneer de classificatie het zo voorschrijft en wanneer de aanwezigheid ervan een verschil weergeeft over de ernst van de aandoening en/of de toegediende zorg. Bijvoorbeeld, vele patiënten met lever cirrose hebben ascites. Wanneer ascites aanwezig is zal de zorg anders zijn en dus wordt de code R18.8 uit het hoofdstuk 18 als nevendiagnose erbij gezet. Codes uit hoofdstuk 18 worden niet gecodeerd wanneer zij impliciet in de diagnose vervat zitten of wanneer het symptoom in de code van de aandoening vervat zit. Dergelijke redundante codering is niet toegestaan. Voorbeelden:

- Abdominale pijn door een maagzweer – er wordt geen code voor de abdominale pijn gebruikt omdat die integraal deel uitmaakt van de maagzweer.
- Coma door diabetes mellitus – de code voor het coma wordt niet gebruikt omdat er combinatiecodes zijn voor de diabetes mellitus met coma.
- Patiënt opgenomen met thoraxpijn, waarbij men initieel aan angor denkt – diagnostische onderzoeken ondersteunen die gedachte niet en de arts besluit dat de thoraxpijn waarschijnlijk te wijten is aan costochondritis (M94.0). De thoraxpijn wordt er niet bij gecodeerd omdat die integraal deel uitmaakt van de costochondritis.

ABNORMALE BEVINDINGEN

Niettegenstaande de categorieën R70 tot R97 van hoofdstuk 10 codes bevatten voor niet specifieke abnormale bevindingen, zullen deze zelden gebruikt worden voor gehospitaliseerde patiënten. Zij worden enkel gebruikt wanneer de arts (1) niet tot een

definitieve diagnose komt en de abnormale bevindingen zelf als diagnose vermeld, en (2) de aandoening voldoet de MZG criteria om vermeld te worden als nevendiagnose.

Bijvoorbeeld, de arts vermeldt in zijn diagnoselijst een abnormale EKG bevinding zonder geassocieerde aandoening, dan zal de code R94.31, Abnormal electrocardiogram [ECG][EKG], gecodeerd worden als er verdere evaluatie is voor eventuele cardiale aandoeningen. Anderzijds kan een codeerder in het patiëntendossier een verhoogde bloeddruk meeting zien, maar de arts heeft dit niet weerhouden in zijn diagnoselijst en er is geen behandeling noch follow-up. In dergelijke situatie is de codering van een abnormale bevinding niet toegestaan.

Indien de codeerder klinische bevindingen vindt die afwijken van de norm en er zijn geen gerelateerde diagnoses gesteld, dan zal de codeerder het patiëntendossier moeten nakijken om te zien of er bijkomende onderzoeken en/of raadplegingen werden gedaan voor die afwijkende waarden, of dat er specifieke zorg werd toegediend. Indien al die informatie aanwezig is moet de behandelende arts gevraagd worden of die code moet geregistreerd worden.

Bijvoorbeeld, een patiënt met een laag kalium die behandeld wordt met orale en intraveneuze kalium toedieningen, is klinisch significant genoeg om dit te registreren; de arts moet beslissen of dit moet geregistreerd worden. Aan de andere kant zal het vinden van een degeneratieve artritis op een routine RX bij een geriatrische patiënt, waarvoor geen behandeling noch verdere onderzoeken worden gegeven, niet gecodeerd worden.

GLASGOW COMA SCALE

De Glasgow Coma Scale is een schaal om het bewustzijn weer te geven, voornamelijk na een hoofdtrauma. De score wordt bepaald door drie factoren: de graad voor het openen van de ogen, de aanspreekbaarheid en het motorieke reactievermogen. De totaalscore kan gebruikt worden als een indicator voor bepaalde onderzoeken, behandelingen en om de duur en de gevolgen van het coma te voorspellen.

Codes uit de subcategorie R40.2, Coma, kunnen gebruikt worden in combinatie met traumatische hersenletsels, cerebrovasculaire aandoeningcodes, of sequellen van cerebrovasculaire aandoeningen. Deze codes worden in eerste plaats gebruikt bij het registreren van trauma's maar ook daar waar die informatie van belang is. De coma schaal wordt geregistreerd als nevendiagnose na de diagnosecode(s). Een code uit elke subcategorie (pupilreactie, aanspreekbaarheid, prikkelbaarheid) is noodzakelijk om volledig te zijn. Het zevende karakter geeft het ogenblik weer waarop de schaal van toepassing is (bijvoorbeeld, op het veld, op de spoedopname, tijdens de hospitalisatie). Het zevende karakter moet identiek zijn voor de drie codes.

Op zijn minst moet een initiële score bij het contact met de instelling geregistreerd worden. Dit mag een score zijn van de spoedverpleegkundige of gedocumenteerd op de MUG fiche. Een ziekenhuis kan oordelen om verschillende Glasgow Coma Scale scores te verzamelen indien gewenst.

ZIEKTETOESTANDEN

Code R99, Ill-defined and unknown cause of mortality, kan slechts zeer beperkt gebruikt worden wanneer de patiënt reeds overleden is wanneer hij het ziekenhuis of de spoedgevallen dienst binnenkomt. Deze code wordt nooit gebruikt om een overlijden in het ziekenhuis weer te geven (bestemming van de patiënt).

Codeer de volgende diagnoses en procedures voor volgende ontslaggegevens.
Gebruik geen codes voor de uitwendige oorzaken.

1. Dysurie R30.0
Transurethrale biopsie van de blaas 0TBB7ZX
2. Acute pijn op de borst door een influenza pleuritis J11.1
3. Uitgebreide pijnloze hematurie, zonder reden R31.0
Cystoscopie met cauterisatie van de blaasbloeding 0T5B8ZZ
4. Intermittente pyurie, zonder reden N39.0
5. Vergrote lymfeknoop in de linker oksel R59.9
Open biopsie van de linker oksellymfeklier 07B60ZX
6. Verhoogde glucose tolerantietest T73.02
7. Ernstige vertigo, linker temporale hoofdpijn en nausea R42+R51+R11.0
8. Syncope zonder reden R55
9. Pijn op de borst, waarschijnlijk een angor pectoris I20.9
10. Psychogene dysurie F45.8
11. Arteriosclerotisch gangreen aan de linker voet I70.262
12. Ernstige, chronische terugkerende epistaxis R04.0
Anterieure en posterieure nasale packing 2Y41X5Z

HOOFDSTUK 14

INFECTIES EN PARASITAIRE AANDOENINGEN

OVERZICHT

- Hoofdstuk 1 van ICD-10-CM bevat de informatie om infecties en parasitaire aandoeningen te coderen:
 - o De primaire as van hoofdstuk 1 is het organisme dat de oorzaak is van de aandoening.
 - o Wanneer de hoofdterm voor de aandoening gevonden is zullen specifieke subtermen de overhand hebben over de algemene termen.
- Dit hoofdstuk bevat informatie voor de codering van infectieuze en parasitaire ziekten, waaronder de tuberculose, het ernstige acuut respiratoir syndroom (SARS), het West Nile virus, de bacteriëmie, de septicemie, het systemic inflammatory response syndroom (SIRS), de sepsis, het toxisch shock syndroom, en de gramnegatieve bacteriële infecties.
- In dit hoofdstuk 1 van ICD-10-CM vindt u tevens gedetailleerde informatie over alle aspecten van de HIV/AIDS codering.

LEERDOELSTELLINGEN

Na het doornemen van dit hoofdstuk bent u in staat om:

- Infecties en parasitaire ziekten te coderen.
- Het onderscheid te maken tussen, en correct een bacteriëmie, septicemie, SIRS, sepsis, en septische shock te coderen.
- Uit te leggen hoe HIV onderzoeken, HIV diagnose en behandeling moeten gecodeerd worden.

TERMEN OM TE KENNEN

Bacteriëmie

De aanwezigheid van bacteriën in de bloedbaan na een trauma of een infectie.

Sepsis

SIRS door een infectie; bij ernstige gevallen is er orgaandysfunctie.

Septische shock

Falen van de bloedsomloop geassocieerd aan een ernstige sepsis.

Septicemie

Een systeemaandoening geassocieerd aan micro-organismen of toxines in de bloedbaan.

SIRS

Systemic inflammatory response syndrome; een systeemreactie op een infectie of trauma met symptomen als koorts en tachycardie

TE HERINNEREN ...

De codes uit hoofdstuk 1 van de ICD-10-CM hebben voorrang op de codes uit de andere hoofdstukken voor diezelfde aandoening.

De codering van HIV/AIDS kan alleen gebeuren wanneer die diagnose werkelijk bevestigd wordt.

INLEIDING

Hoofdstuk 1 van de IC10-CM classificeert de infecties en de parasitaire ziekten die besmettelijk zijn (overdraagbaar). De primaire as voor dit hoofdstuk is het organisme dat de aandoening veroorzaakt. Infecties en parasitaire aandoeningen worden op verschillende wijzen geclassificeerd, zodat het gebruik van de alfabetische index zorgvuldig moet gebeuren. Enkele voorbeelden:

- Slechts één code uit hoofdstuk 1 wordt gebruikt om het organisme weer te geven. Bijvoorbeeld, code B26.- wordt gebruikt of bof weer te geven. Bepaalde van dergelijke codes gebruiken het vierde karakter om de plaats of de geassocieerde aandoening weer te geven. Bijvoorbeeld, de code B37.1 geeft de candida van de long weer.
- Combinatiecodes geven zowel de aandoening en het organisme weer. Bijvoorbeeld:
J15.212 Pneumonia due to Methicillin resistant Staphylococcus aureus
B26.0 Orchitis due to mumps
- Dubbele codering wordt ook veel toegepast in hoofdstuk 1. Bijvoorbeeld:
B49 + J99 Bronchomycosis
B39.9 + H32 Chorioretinitis in histoplasmosis

De codes van hoofdstuk 1 nemen de overhand over de codes voor dezelfde aandoeningen uit andere hoofdstukken. Zo zal een urineweginfectie door candida gecodeerd worden met de code **B37.49, Other urogenital candidiasis**, eerder dan met de code **N39.0, Urinary tract infection, site not specified**. Aandoeningen die niet besmettelijk of overdraagbaar zijn worden in het respectievelijke hoofdstuk van het lichaamstelsel geklasseerd, met een bijkomende code uit de categorie B95-B97 om het oorzakelijke organisme weer te geven. Bijvoorbeeld, code **N41.00, Acute prostatitis without hematuria**, en **B95.0, Streptococcus, Group A, as the cause of diseases classified elsewhere**, worden geregistreerd voor een acute prostatitis veroorzaakt door een groep A streptokok.

ORGANISME VERSUS LOKALISATIE OF ANDERE SUBTERM

Om een infectie te coderen moet de alfabetische index grondig geconsulteerd worden. Wanneer de hoofdterm voor de aandoening gevonden wordt, zal de subterm voor het etiologisch organisme de bovenhand hebben op algemene termen (zoals 'acuut' of 'chronisch'), wanneer deze op gelijke hoogte staan in de alfabetische index. Bijvoorbeeld, de diagnose van chronische cystitis door gonokokken heeft in de alfabetische index de subtermen voor 'chronic' en 'gonococcal':

Cystitis (exudative) ...
 Chronic N30.20 ...
 Gonococcal A54.01

In dit geval zal enkel de code A54.01 gebruikt worden omdat de subterm voor het organisme de bovenhand heeft op de subterm 'chronic'.

Wanneer het organisme gespecificeerd wordt en niet onder de hoofdterm van de aandoening vermeld staat, zal men zijn toevlucht moeten nemen tot de hoofdterm 'Infection' of de hoofdterm voor het organisme. Bijvoorbeeld, neem de diagnose van candida cystitis. Er is geen subterm voor de candida infectie onder de hoofdterm 'Cystitis', maar onder de hoofdterm 'Infection' is er wel een subterm Candida, deze verwijst naar de algemene term Candidiasis, candidat, subterm "urogenital site, NEC". De code B37.49 wordt hier als diagnose gebruikt eerder dan de code voor cystitis.

SEVERE ACUTE RESPIRATORY SYNDROME (SARS)

Er zijn specifieke codes voor SARS. Dit is een ademhalingsaandoening veroorzaakt door het coronavirus. SARS begint met koorts al dan niet met rillingen, hoofdpijn, en malaise. Bij sommige patiënten zijn er enkele vage ademhalings symptomen, een droge hoest en ademhalingsmoeilijkheden. Volgende codes zijn beschikbaar:

| | |
|---------|---|
| Z20.828 | Contact with or exposure to SARS-associated coronavirus |
| B97.21 | SARS-associated coronavirus infection |
| J12.81 | Pneumonia due to SARS-associated coronavirus |

WEST NILE VIRUS KOORTS

Subcategorie A92.3 registreert de West Nile virusinfectie. Dit virus wordt op de mens overgedragen door de steek van een mug dat voordien een geïnfecteerde vogel heeft gebeten. De meeste gezonde personen die door het virus geïnfecteerd worden hebben enkele symptomen of vage klachten zoals koorts, hoofdpijn en spierpijnen juist voor het genezingsproces. Bij ouderen en bij zij die een verzwakt immuunsysteem hebben, kan het virus een encefalitis, een meningitis of permanente neurologische schade veroorzaken en kan het zelfs levensbedreigend zijn. Subcategorie A92.3 wordt verder ingedeeld om een onderscheid te maken tussen de West Nile niet gespecificeerde ziekte (A92.30), deze met encefalitis (A92.31), deze met andere neurologische aandoeningen (A92.32) en deze met andere aandoeningen (A92.39). Deze indeling maakt het mogelijk een onderscheid te maken tussen de mildere vormen van de aandoening en de ernstige complicaties en neurologische aantasting.

LATE GEVOLGEN

Hoofdstuk 1 heeft vier categorieën voor sequellen van voordien doorgemaakt infecties of parasitaire aandoeningen:

| | |
|-----|---|
| B90 | Sequelae of tuberculosis |
| B91 | Sequelae of poliomyelitis |
| B92 | Sequelae of leprosy |
| B94 | Sequelae of other and unspecified infectious and parasitic diseases |

Zoals reeds voordien aangehaald, wordt de code voor het restletsel eerst gecodeerd, gevolgd door de respectievelijke laat gevolg code, uitgezonderd daar waar de alfabetische index het anders voorschrijft. De code voor de infectie wordt niet meer gecodeerd omdat die niet meer aanwezig is. Voorbeelden:

| | |
|----------------------|---|
| <u>G93.9</u> + B94.1 | Brain damage resulting from previous viral encephalitis (three years ago) |
| <u>B90.8</u> + E35 | Tuberculosis calcification of adrenal gland |

TUBERCULOSE

Tuberculose (TB) is een bacteriële ziekte veroorzaakt door Mycobacterium tuberculosis en Mycobacterium bovis. Personen met een zwakke immuniteit hebben een hoger risico om TB te krijgen. Het wordt verspreid doorheen de lucht wanneer een onbehandelde TB patiënt hoest of niest. Men moet doorgaans langdurig blootgesteld zijn aan dergelijke onbehandelde TB patiënten vooraleer met besmet geraakt.

Tuberculose wordt geklasseerd in de categorieën A15 tot A19 afhankelijk van de lokalisatie (bijvoorbeeld, ademhalingsstelsel) of volgens het type tuberculose (bijvoorbeeld, miliaire TB); voorbeeld:

- A15 Respiratory tuberculosis
- A17 Tuberculosis of nervous system
- A18 Tuberculosis of other organs
- A19 Miliary tuberculosis

Categorie A15, A17 en A18 worden verder ingedeeld om de plaats weer te geven. Tuberculose tast vooral de longen aan (code A15.0), niettegenstaande andere lichaamsdelen ook geïnfecteerd kunnen worden, zoals de intra-thoracale lymfeknopen (code A15.4), de nieren (A18.11), en de botten en de gewrichten (subcategorie A18.0). Miliare TB (categorie A19) is een TB vorm waarbij de bacterie zich over het alle lichaamsweefsel en organen verspreidt, waarbij er duizenden kleine tuberculaire letsels ontstaan.

Men moet er over waken om een onderscheid te maken tussen de diagnose van een tuberculose en een positieve tuberculinetest zonder diagnose van actieve tuberculose. Code R76.1 klasseert het volgende:

- Niet specifieke reactie op een tuberculine huidtest zonder actieve tuberculose
- Positieve tuberculine huidtest zonder actieve tuberculose
- Positieve PPD (huidtest)
- Abnormale Mantoux test
- Positieve tuberculine (huid)test
- Reactie op tuberculine (huidtest)

SEPSIS, ERNSTIGE SEPSIS, EN SEPTISCHE SHOCK

Bij de diagnose van sepsis wordt de code van de onderliggende systeem infectie gebruikt. Streptokokken sepsis wordt geklasseerd in de categorie A40 met als derde karakter de verschillende mogelijke streptokokken, zoals de groep A (A40.0), groep B (A40.1), Streptokokkus pneumoniae (A40.3), overige (A40.8), of niet gespecificeerde (A40.9). Daarentegen zal de sepsis door Streptokokkus groep D onder de code **A41.81, Sepsis due to Enterococcus**, vallen.

Andere vormen van sepsis worden onder andere organismen geklasseerd, zoals de candida sepsis (B37.7) of de gedissemineerde herpes virus aandoening (B00.7). Als het type infectie of het oorzakelijk organisme niet verder gespecificeerd wordt, gebruikt men de code **A41.9, Sepsis, unspecified**.

De organismen worden soms overgedragen op andere weefsels waar ze aanleiding geven tot lokale infecties zoals een artritis, meningitis en pyelonefritis. Bijkomende codes worden gebruikt om deze aandoeningen te coderen als ze aanwezig zijn.

De diagnose van sepsis kan nooit verondersteld worden of gesteld worden op basis van labo uitslagen. Negatieve of niet overtuigende bloedkweken sluiten de diagnose van sepsis niet uit als die klinisch evident is; de arts moet hierover bevraagd worden. De code voor sepsis kan alleen gecodeerd worden als de arts die diagnose ook stelt.

Bacteriëmie (R78.81) geeft aan dat er bacteriën in de bloedbaan aanwezig zijn na een trauma of milde infectie. Deze aandoening is doorgaans tijdelijk en van voorbijgaande aard omdat het eigen immuunsysteem ze overwint.

De ongebruikelijke of onduidelijke diagnostische verwijzing naar een plaatsgebonden of orgaanspecifieke sepsis, zoals de urosepsis, moet van naderbij bekeken worden om correct

gecodeerd te kunnen worden. De term 'urosepsis' verwijst naar pyurie of bacteriën in de urine en niet in het bloed. Ongelukkig wordt die term ook gebruikt om aan te geven dat een veralgemeende sepsis ontstaan is vanuit een gelokaliseerde urineweginfectie. De term 'urosepsis' is dus een niet specifieke term en mag zeker niet als synoniem voor sepsis aanzien worden. In de alfabetische index is er geen default waarde voorzien. De codeur moet de arts bevragen om te weten wat hij hiermee bedoelt.

'Systemic inflammatory response syndrome (SIRS)' verwijst naar de reactie van onze stelsels op de infectie, het trauma / de brandwonden, of de andere aandoeningen (zoals kanker) door middel van koorts, tachycardie, tachypneu en leukocytosis. SIRS van niet infectieuze oorsprong wordt gecodeerd met de subcategorie R65.1 afhankelijk of er acuut orgaanfalen aanwezig is (R64.11) of niet (R65.10).

Ernstige sepsis (subcategorie R65.2) verwijst naar de sepsis met acute of multiple orgaandysfuncties. Subcategorie R65.2 wordt verder ingedeeld om aan te geven of er een septische shock (R65.21) of niet (R65.20) aanwezig is. Een septische shock verwijst naar circulatoir falen bij de ernstige sepsis en dus ook naar acuut orgaandysfunctie. De arts moet duidelijk 'septische shock' noteren vooraleer dit gecodeerd wordt. De septisch shock geeft aan dat er een ernstige sepsis aanwezig is en de code **R65.21, Severe sepsis with septic shock**, wordt gecodeerd zelfs al is de term 'ernstige sepsis' niet gedocumenteerd wordt in het patiëntendossier.

Een code uit de subcategorie R65.2, Severe sepsis, zal niet gebruikt worden als er geen ernstige sepsis of als er geen acuut orgaandysfunctie gedocumenteerd wordt. Wanneer een patiënt een sepsis heeft en een acuut orgaandysfunctie, en het dossier toont aan dat de orgaandysfunctie te wijten is aan een andere aandoening dan de sepsis, zal men geen code uit de subcategorie R65.2 gebruiken. Indien het dossier niet duidelijk is of de orgaandysfuncties al dan niet wijten zijn aan de sepsis of een andere aandoening, moet de behandelende arts bevraagd worden. Mede door het complexe mechanisme van de ernstige sepsis, zal men in bepaalde gevallen de arts moeten bevragen vooraleer men de juiste code toekent.

Codering en volgorde van de codes

De codeerders moeten de volgende instructies volgen bij de codering van de sepsis of de ernstige sepsis. De codering is afhankelijk van de beschikbare informatie.

Ernstige sepsis

De codering hiervan vereist minimum twee codes:

- De eerste code is deze voor de onderliggende infectie, gevolgd door een code uit de subcategorie R65.2, Severe sepsis.
- Indien het oorzakelijke organisme niet gedocumenteerd is, kent men de code **A41.9, Sepsis, unspecified organism**, toe voor de infectie.
- Een bijkomende code voor het geassocieerd acuut orgaanfalen (dysfunctie) wordt er bij gecodeerd.

Indien er een ernstige sepsis aanwezig is bij opname en deze voldoet aan de definitie van hoofddiagnose, gebruikt men als eerste code de code voor de onderliggende systeem infectie (o.a. A40.-, A41.-, B37.7) gevolgd door de juiste code uit de subcategorie R65.2 zoals voorgeschreven door de codeerrichtlijnen van de systematische index. Een code uit de subcategorie R65.2 kan nooit als hoofddiagnose gebruikt worden.

Wanneer een ernstige sepsis zicht tijdens het verblijf voordoet, zal men de code voor de onderliggende systeem infectie eerst zetten gevolgd door een code uit de subcategorie R65.2. De diagnose van ernstige sepsis kan aanwezig zijn bij opname doch slechts later

ontdekt worden. Wanneer het dossier niet duidelijk is over het feit of de ernstige sepsis al dan niet aanwezig is bij opname, moet de arts bevraagd worden.

Sepsis en ernstige sepsis met een gelokaliseerde infectie

Wanneer de reden voor opname zowel een sepsis, of ernstige sepsis, als een gelokaliseerde infectie (bijvoorbeeld, een pneumonie of cellulitis) is, dan wordt de code voor de onderliggende systeeminfectie eerst gezet en de code voor de gelokaliseerde infectie eronder. Indien de patiënt een ernstige sepsis heeft, zal de code uit de subcategorie R65.2 erbij gezet worden. Als daarentegen een patiënt opgenomen wordt met een gelokaliseerde infectie, zoals een pneumonie, en de sepsis / ernstige sepsis ontwikkelt zich later tijdens het verblijf, dan zal de gelokaliseerde infectie eerst gecodeerd worden gevolgd door de juiste codes voor de sepsis / ernstige sepsis.

Sepsis door een postprocedurele infectie

Wanneer een sepsis ontstaat door een infectie na een procedure, dan wordt ze aanzien als een complicatie van die medische zorg. In dergelijke gevallen wordt de postprocedurele infectie eerst gecodeerd – zoals **T80.2-, Infections following infusion, transfusion, and therapeutic injection; T81.4, Infection following a procedure; T88.0-, Infection following immunization; of O86.0, Infection of obstetric surgical wound** –, gevolgd door de code voor de specifieke infectie. Indien het gaat over een ernstige sepsis, zal daarbij ook nog een code uit de subcategorie R65.2 gebruikt worden samen met de code(s) voor het acuut orgaanfalen (-dysfuncties).

Sepsis en ernstige sepsis geassocieerd met een niet infectieus proces (aandoening)

In bepaalde gevallen kan een niet infectieus proces (aandoening), zoals een trauma, aanleiding geven tot een infectie die aanleiding geeft tot een sepsis of ernstige sepsis. Indien de sepsis of ernstige sepsis gedocumenteerd wordt als een niet infectieus proces, zoals een brandwonde of een ernstig letsel, en die aandoening komt in aanmerking om als hoofddiagnose gebruikt te worden, wordt het niet infectieus proces als eerste diagnose gezet, gevolgd door de code voor de hierop volgende infectie. Indien een ernstige sepsis aanwezig is zal een code uit de subcategorie R65.2 erbij gezet worden samen met de codes voor de orgaanfuncties. Het is niet nodig om in deze gevallen een code uit de subcategorie R65.1, Systemic inflammatory response syndrome (SIRS) of non-infectious origin, erbij te coderen.

Indien de infectie voldoet aan de definitie van de hoofddiagnose, dan wordt deze vóór het niet infectieuze proces gecodeerd. Wanneer beide, het niet infectieuze proces en de infectie voldoen aan de definitie van hoofddiagnose, kan men kiezen welke men neemt. Slechts één code uit de categorie R65, Symptoms and signs specifically associated with systemic inflammation and infection, moet toegekend worden. Om die reden, wanneer een niet infectieuze aandoening leidt tot een infectie, die resulteert in een ernstige sepsis, gebruikt u de juiste code uit de subcategorie R65.2, Severe sepsis. Gebruik geen bijkomende code uit de subcategorie R65.12, Systemic inflammatory response syndrome (SIRS) of non-infectious origin.

Sepsis en septische shock als complicatie van een abortus, zwangerschap, bevalling en puerperium worden in het hoofdstuk 24 van dit handboek, “Complicaties van zwangerschap, bevalling en puerperium” behandeld. Sepsis bij pasgeborenen wordt in het hoofdstuk 27, “Perinatale aandoeningen”, behandeld.

Hieronder vindt u enkele voorbeelden over de verschillende codes die moeten gebruikt worden volgens de beschikbare informatie:

1. Streptokokken sepsis: Ken de code **A40.9, Streptococcal sepsis, unspecified**, toe
2. Ernstige sepsis: ken eerst de code voor de systeeminfectie toe (bijvoorbeeld, A40.-, A41.-, B37.7) gevolgd door de juiste code uit subcategorie R65.2 zoals

- voorgeschreven door de codeerinstructie van de systematische index. Bijkomende codes worden er ook bij gezet om het acuut orgaanfalen (-dysfunctie) te beschrijven (bijvoorbeeld, nierfalen, respiratoir falen, leverfalen).
3. Septische shock: zet eerst de code voor de oorzakelijke systeeminfectie (bijvoorbeeld, A40.-, A41.-, B37.7) gevolgd door de code **R65.21, Severe sepsis with septic shock of de code T81.12-, Postprocedural septic shock**, en de codes voor alle acute orgaandysfuncties. Noteer dat in de systematische index aangegeven wordt dat de code voor de septische shock als hoofddiagnose uitgesloten wordt.
 4. Patiënt wordt opgenomen met een pneumonie en een sepsis: A41.9 + J18.9.
 5. Patiënt wordt opgenomen met een pneumonie en ontwikkelt een sepsis na de opname: J18.9 + A41.9.
 6. Sepsis ten gevolge van een postoperatieve infectie: gebruik de code **T80.2, Infections following infusion, transfusion, and therapeutic injection; T81.4, Infection following a procedure; T88.0, Infection following immunization; of O86.0, Infection of obstetric surgical wound** – gevolgd door de code voor de specifieke infectie (bijvoorbeeld A40.-, A41.-, B37.7).
 7. Bacteriemie: gebruik de code R78.81.

TOXISCH SHOCK SYNDROOM

Het toxisch shock syndroom (A48.3) wordt veroorzaakt door een bacteriële infectie. De symptomen zijn hoge koorts die plots opkomt, braken, waterige diarree, en spierpijnen, gevolgd door hypotensie en soms een shock. Het werd oorspronkelijk waargenomen exclusief bij menstruerende vrouwen die hoog absorberende tampons gebruikten. Het organisme dat geïsoleerd werd was de *Stafylokokkus aureus*. Een gelijkaardig syndroom werd waargenomen bij kinderen en mannen geïnfected met een groep A Streptokok. Een bijkomende code uit de categorie B95-B96 wordt gecodeerd om het oorzakelijke organisme weer te geven.

GRAMNEGATIEVE BACTERIELE INFECTIE

Gramnegatieve bacteriën zijn een specifieke groep organismen met kenmerkende kleuringkarakteristieken. Zij zijn klinisch gelijkaardig, zoals het geval is met *Klebsiella* en *Pseudomonas*, en worden als één groep beschouwd, ook kan men het specifieke organisme niet bepalen. Uitzonderlijk worden er verschillende gramnegatieve bacteriën gezien, zonder dat er één specifiek kan geïdentificeerd worden als oorzakelijk organisme, zodat men besluit tot een gramnegatieve infectie. Gramnegatieve infecties zijn doorgaans ernstiger en vragen meer intensieve zorg dan de grampositieve infecties. Opnieuw wordt een code nooit enkel toegekend op basis van de gramkleuring; de toekenning gebeurt op de klinische bevindingen van de arts.

Wanneer het infectieus organisme geïdentificeerd is, zal er meestal een code voor bestaan, zoals **J15.0, Pneumonie door *Klebsiella pneumoniae***. Sommige infecties worden in andere hoofdstukken, dan hoofdstuk 1, geklasseerd, en dan meestal zonder etiologisch organisme in de codeomschrijving: bijvoorbeeld de urineweginfectie (N39.0). In deze gevallen zal een bijkomende code uit de categorie B95-B97 toegevoegd worden om het verantwoordelijk organisme weer te geven. Er zal dan ook een codeerinstructie bij die infectiecode staan om de codeerder aan te sporen een bijkomende code te gebruiken voor het oorzakelijk organisme. Twee voorbeelden hiervan:

J15.8 Pneumonia, due to anaerobic gram-negative bacteria
N11.8 + B96.89 Chronic pyelonephritis due to gram-negative bacteria

Tabel 14.1 somt enkele voorbeelden op van gramnegatieve en grampositieve bacteriën. Het labo kan een meer volledige lijst bezorgen.

| TABEL 14.1: Gram negatieve en gram positieve bacteriën | | |
|--|-----------------------|-------------------------|
| Gramnegatieve bacteriën | | Grampositieve bacteriën |
| Bacteroides (anaeroob) | Hemophilus | Actinomyses |
| Bordetella | Klebsiella | Corynebacterium |
| Branhamella | Legionella | Lactobacillus |
| Brucella | Morganella | Listeria |
| Campylobacter | Neisseria | Mycobacterium |
| Citrobacter | Proteus | Nocardia |
| E. Coli | Pseudomonas | Petococcus |
| Enterobacter | Salmonella | Peptostreptococcus |
| Francisella | Shigella | Staphylococcus |
| Fusobacterium (anaeroob) | Trichinella vaginalis | Streptococcus |
| Gardnerella | Vellonella (anaeroob) | |
| Heliobacter | Yersinia | |

NOSOCOMIALE INFECTIES

Nosocomiale infecties zijn secundaire infecties die ontstaan door de behandeling of zich ontwikkelen tijdens een ziekenhuisopname. Zij zijn ook bekend als 'hospital-acquired infecties'. ICD-10-CM heeft de code **Y95, Nosocomial condition**, als een bijkomende uitwendige oorzaakcode, om die infecties te identificeren.

MEDICATIE RESISTENTE INFECTIES

ICD-10-CM heeft unieke codes om het onderscheid te maken tussen methicilline gevoelige en methicilline resistente Stafylokokke aureus (MRSA) infecties bij sepsis (A41.01 en A41.02), infecties (A49.01 en A49.02), infecties bij aandoeningen elders geklasseerd (B95.61 en B95.62), en pneumonie (J15.211 en J15.212).

Wanneer men de diagnose stelt van een methicilline resistente Stafylokokkus aureus infectie, en die infectie heeft een combinatiecode waarmee het oorzakelijk organisme wordt weergegeven (vb sepsis, pneumonie), codeert men die toepasselijke combinatiecode voor die aandoening (vb code A41.02, Sepsis due to Methicillin resistant Staphylococcus aureus, of de code J15.212, Pneumonia due to Methicillin resistant Staphylococcus aureus). Gebruik niet de code B95.62, Methicillin resistant Staphylococcus aureus infection as the cause of disease classified elsewhere, als bijkomende code, omdat de combinatiecode reeds het type infectie en het MRSA organisme bevat.

Niet elke infectie heeft een combinatiecode die het oorzakelijk organisme beschrijft. Wanneer het dossier spreekt van een huidige infectie (bvb, wondinfectie, abces op een insectenbeet, urineweginfectie) te wijten aan een MRSA, en de infectie heeft geen combinatiecode waarmee ook het oorzakelijk organisme beschreven wordt, codeert dan de code voor de aandoening, samen met de code B95.62, Methicillin resistant Staphylococcus aureus infection as the cause of disease classified elsewhere, voor de MRSA infectie.

Vele bacteriële infecties zijn resistent aan de gangbare antibiotica. Het is belangrijk alle antibioticaresistente infecties weer te geven. Gebruik een code uit de categorie Z16, Resistance to antimicrobial drugs, na de infectiecode enkel indien de infectiecode niets zegt over die resistentie. Bijvoorbeeld, voor de MRSA gevallen, gebruik geen code uit de subcategorie Z16.11, Resistance to penicillins, als nevendiagnose. Deze medicatie resistentiecodes vindt men terug in de alfabetische index onder de hoofdterm "Resistance, Organism(s), to, Drug". Codes uit de categorie Z16, Resistance to antimicrobial drugs,

worden enkel als nevendiagnose erbij gezet als de arts duidelijk aangeeft dat een infectie medicatieresistent geworden is zodat de aandoening resistent en niet gevoelig meer is aan specifieke antimicrobiële medicatie. Dit wordt aangegeven door uitdrukkingen zoals “Multi resistentie” of “(specifieke medicatie) resistentie” of gelijkaardige terminologie om die toestand weer te geven. De code voor de infectie wordt eerst gecodeerd, gevolgd door een code uit de categorie Z16. Bijvoorbeeld:

J15.20+Z16.24 Staphylococcal pneumonia resistant to penicillin and other antibiotic

Het is belangrijk om het onderscheid te maken tussen kolonisatie en infectie. Een patiënt kan gekoloniseerd zijn of drager zijn van een bacterie – dit betekent dat een infectieus organisme (bijvoorbeeld, methicilline resistente Stafylokokkus aureus, of MRSA) aanwezig is in het lichaam zonder dat ze een ziekte veroorzaakt. Kolonisatie zegt niet noodzakelijk iets over het ziekteproces, en wordt dan ook niet als oorzaak van de patiënt zijn pathologie aanzien, tenzij anders gedocumenteerd wordt door de arts. Een positief kolonisatieonderzoek kan omschreven worden als “MRSA screening, positief” of “Positief neusuitstrijkje op MRSA”. ICD-10-CM heeft codes onder de categorie Z22 voor dragers of verdachte dragers van infectieuze ziekten en kolonisatiestatus voor verschillende infecties, zoals stafylokokken (Z22.321 of Z22.322) en groep B streptokokken (Z22.330).

Indien een patiënt zowel een MRSA drager is en een MRSA infectie krijgt tijdens zijn hospitalisatie, codeert men zowel de code Z22.322, Carrier or suspected carrier of Methicillin resistant Staphylococcus aureus, als de code voor de MRSA infectie (beide mogen samen gebruikt worden).

OEFENINGEN 14.1

Codeer de volgende diagnoses

1. Acute virale hepatitis (Australia antigen) met hepatitis delta en hepatisch coma B16.0
2. Chronische gonococce cystitis A54.01
3. Infectieuze mononucleose (gammaherpesviral) met hepatomegalie B27.09
4. Otitis media na mazelen B05.3
5. Acute koorts door roodvonk A38.9
6. Anaerobe gramnegatieve sepsis A41.4
7. Sepsis tengevolge van een MRSA A41.02
8. Chronische schimmelinfectie van de vulva (monilia) B37.3
9. Infiltrerende pulmonaire tuberculose A15.0
10. Late, latente syfilis A52.8
11. Herpes Zoster conjunctivitis B02.31
12. Pneumonie door schistosomiasis B65.9+ J17
13. Acute empyeem door groep B streptococce infecties J86.9+B95.1
14. Encefalitis door tyfus A75.9+G94
15. Acute respiratoire distress door sin nombre virus J80+B33.4
16. Pneumonie door adenovirus J12.0
17. Chronische gonococce urethritis A54.01
18. Chronische vulvitis door monilia die resistent is aan cefalosporines B37.3+Z16.19
19. Amoebenabces in de hersenen en de long. Langdurig gebruik van antibiotica A06.6+Z79.2
20. Enterococce septische shock door een postoperatieve peritonitis (ingreep uitgevoerd tijdens een vorige opname) A41.81+T81.12xD+K65.9

AIDS EN ANDERE HIV INFECTIES

Omdat het 'human immunodeficiency virus (HIV)' een belangrijk gezondheidsprobleem geworden is, is de verzameling van accurate en volledige data over aandoeningen die geassocieerd worden met HIV infecties belangrijk voor het uitstippelen van het gezondheidsbeleid. Code B20 wordt toegekend voor alle types van HIV infecties, die omschreven worden met verschillende termen zoals:

- AIDS
- Acquired immune deficiency syndrome
- Acquired immunodeficiency syndrome
- AIDS-related complex (ARC)
- AIDS-related conditions
- HIV disease

Niet bevestigde diagnose van HIV infectie

Code B20 wordt niet toegekend als de diagnose omschreven wordt als 'verdacht op', 'mogelijk', 'gelijkaardig', of '?'. Dit is dus een uitzondering op de algemene codeerregel die zegt dat een aandoening als 'waar' wordt gecodeerd zelfs als de aandoening als 'verdacht op' of 'mogelijks' wordt omschreven. De bevestiging is dus niet noodzakelijk een positieve serologie of kweek van HIV; de bevestiging van de arts, dat de patiënt HIV-positief is of een HIV gerelateerde aandoening heeft, volstaat. De arts moet dus de diagnose wel correct omschrijven.

Serologische testen voor HIV infectie

Wanneer een asymptomatische patiënt, zonder voorafgaande diagnose van HIV infectie of positieve HIV status, wordt getest op HIV, gebruikt men de code **Z11.4, Encounter for screening for human immunodeficiency virus [HIV]**. Wanneer de patiënt tekenen of symptomen van de ziekte vertoont of wanneer een gerelateerde HIV aandoening werd gediagnosticeerd, codeert men eerder de tekenen en de symptomen of de diagnose i.p.v. de screeningscode.

Wanneer de patiënt terug komt om het resultaat van zijn serologische test te kennen, zal code **Z71.7, Human immunodeficiency virus [HIV] counseling**, gebruikt worden als reden voor het contact, wanneer het testresultaat negatief, onbepaald (R75), of positief is. Code Z71.7 kan als nevendiagnose gebruikt worden bij patiënten die op raadpleging komen en daarenboven het resultaat van hun positieve HIV test krijgen. Wanneer de patiënt gekend is als hoog risico patiënt voor HIV infectie, zal de code **Z72.89, Other problems related to lifestyle**, als nevendiagnose gezet worden. Wanneer een testresultaat positief is maar de patiënt geen symptomen of gerelateerde complicaties heeft en waarbij men geen HIV infectie heeft gediagnosticeerd, wordt de code **Z21, Asymptomatic human immunodeficiency virus [HIV] infection status**, gebruikt. Code Z21 wordt niet gebruikt wanneer de term "AIDS" gebruikt wordt, wanneer de patiënt onder behandeling is van een HIV gerelateerde aandoening of wanneer de patiënt een actieve HIV gerelateerde aandoening heeft; code B20 wordt hier gecodeerd.

Wanneer een patiënt contact heeft gehad, of bloot werd gesteld aan het HIV virus en nog geen tekenen of symptomen van ziekte vertoont en wanneer er nog geen HIV gerelateerde aandoening werd gediagnosticeerd, coderen we dit met **Z20.6, Contact with and (suspected) exposure to human immunodeficiency virus [HIV]**.

Pasgeborenen van HIV positieve moeders hebben dikwijls een positieve ELISA (enzyme-linked immunosorbent assay) en/of Western blot HIV test. Deze testen zeggen eerder iets over de antilichamen van de moeder dan over de status van de pasgeborene; antilichamen passeren de placenta en blijven in de pasgeborenen gedurende 18 maanden zonder dat de pasgeborene ooit geïnfecteerd werd. Dergelijke onbeslissende testresultaten worden

gecodeerd met de code R75 (zie verder in hoofdstuk 27 voor het coderen van HIV infecties bij de pasgeborene).

De volgorde van de HIV gerelateerde diagnoses

Wanneer een patiënt opgenomen wordt voor de behandeling van een HIV infectie of een gerelateerde complicatie, wordt de code **B20, Human immunodeficiency virus [HIV] disease**, als hoofddiagnose gezet, met als nevendiagnose de HIV gerelateerde aandoeningen. Wanneer een patiënt met een HIV infectie opgenomen wordt voor de behandeling van een totaal aan HIV niet gerelateerde aandoening, zoals bijvoorbeeld een letsel, dan wordt die aandoening als hoofddiagnose gezet, met de code B20 en de codes voor de geassocieerde aandoeningen als nevendiagnose.

Wanneer een verloskundige patiënte een HIV infectie heeft, wordt een code uit de subcategorie O98.7, Human immunodeficiency virus [HIV] disease complicating pregnancy, childbirth and the puerperium, toegekend, met daarbij de code B20 als bijkomende code. Indien een verloskundige patiënte positief test op HIV maar geen symptomen heeft en geen historiek van een HIV infectie, dan worden de codes O98.7- en **Z21, Asymptomatic human immunodeficiency virus [HIV] infection status**, toegekend i.p.v. de code B20.

OEFENINGEN 14.2

Codeer de volgende diagnoses en procedures.

1. Opportunistische candida infectie van de oesofagus, secundair aan AIDS B20+B37.81
2. Pneumocystis carinii en AIDS B20+B59
3. Positieve HIV test bij een patiënt die asymptomatisch is, geen gerelateerde symptomen heeft en geen anamnese van HIV infectie heeft Z21
4. Acute lymfadenitis door HIV infectie B20+L04.9
5. Acute appendicitis (opgenomen voor een appendectomie). Kaposi sarcoma van de huid van de borstkas, tgv een HIV infectie K35.80+B20+C46.0
Totale laparoscopische appendectomie 0DTJ4ZZ
6. Kaposi sarcoom van de mondholte, AIDS, en biopsie van de mond mucosa
B20+C46.7+0CB4XZX
7. Agranulocytose door HIV infectie B20+D70.3
8. Burkitt tumor in de liesstreek geassocieerd aan AIDS B20+C83.75
9. Background retinopathie door AIDS B20+H35.00
10. Onduidelijke HIV test R75

HOOFDSTUK 15

ENDOCRIENE -, VOEDINGS- EN METABOLE AANDOENINGEN

OVERZICHT

- In het hoofdstuk 4 van de ICD-10-CM zal diabetes mellitus de aandoening zijn die de codeerders het meeste zullen tegenkomen.
- Diabetes mellitus klasseert zich volgens twee assen
 - o De eerste zegt iets over het type diabetes
 - o Het vierde karakter zegt iets over de geassocieerde complicaties
- Diabetes veroorzaakt verschillende gelijktijdig voorkomende complicaties
 - o Deze complicaties kunnen zowel acuut als chronisch zijn.
 - o Gebruik zoveel codes als nodig om alle complicaties weer te geven.
- Codes uit de categorie E08, E09 en E13 worden gebruikt voor de klassering van de secundaire diabetes.
- De voedingsafwijkingen binnen ICD-10-CM omvatten de deficiënties van de specifieke vitamines en mineralen, maar ook de obesitas.
- Specifieke codes voor de fibrosis cystica beschrijven de plaats van voorkomen.
 - o Dit kan de longen, het gastro-intestinaal stelsel of andere plaatsen zijn.
 - o Gebruik de verschillende codes samen wanneer het gaat over verschillende lokalisaties.
- Overvulling is een component van congestief hartfalen.

LEERDOELSTELLINGEN

Na het doornemen van dit hoofdstuk bent u in staat om:

- Diabetes mellitus correct te coderen.
- Het onderscheid te maken tussen de codering van diabetes tijdens de zwangerschap en de zwangerschapsdiabetes.
- De vocht overvulling te coderen als gevolg van congestief hartfalen.
- Voedingsafwijkingen te coderen zoals de obesitas.

TERMEN OM TE KENNEN

Diabetes mellitus

Een chronische aandoening met verstoorde koolhydraten, proteïnes, en vetten metabolisme.

Type 1 diabetes

Ook gekend als juveniele diabetes; gekenmerkt door het feit dat het lichaam geen insuline aanmaakt.

Type 2 diabetes

Gekenmerkt door het feit dat het lichaam wel insuline aanmaakt, in een onvoldoende hoeveelheid of dat het lichaam niet in staat is die insuline te gebruiken.

TE HERINNEREN ...

U mag zoveel codes gebruiken die nodig zijn om alle gevolgen van diabetes die de patiënt heeft, weer te geven.

INLEIDING

Dit hoofdstuk omvat een variëteit van aandoeningen die toch met elkaar gerelateerd zijn. Omdat diabetes mellitus een algemeen medisch probleem is, zal het de aandoening zijn die men het frequentst tegenkomt in dit hoofdstuk 4.

Figuur 15.1: Hoofdorganen van het endocrien stelsel

DIABETES MELLITUS

Diabetes mellitus dat geklasseerd wordt onder de codes E08 to E13, is een chronische aandoening waarbij de stofwisseling van de koolhydraten, de eiwitten en de vetten verstoord is. De aandoening wordt veroorzaakt door ofwel een absolute daling van de hoeveelheid uitgescheiden insuline door de pancreas ofwel door een daling van de natuurlijke gevoeligheid voor het circulerende insuline. Andere aandoeningen bevatten ook de term “diabetes”, zoals de bronstdiabetes en de diabetes insipidus, maar wanneer we gewoon van diabetes spreken bedoelen we de diabetes mellitus.

De diabetes mellitus codes zijn combinatiecodes waarbij worden samengenomen: het type diabetes, het lichaamssstelsel dat aangetast wordt en de complicatie die zich in dat lichaamssstelsel voordoet. De indeling van het type diabetes (bijvoorbeeld, secundair, type 1, type 2) gebeurt op het niveau van de categorie, terwijl het vierde karakter de aanwezigheid van een complicatie weergeeft en het vijfde en het zesde karakter meer specificatie geeft over die complicatie. Men zal zoveel mogelijk codes uit een bepaalde categorie gebruiken om alle complicaties van de ziekte weer te geven.

Men moet goed opletten wanneer men de diagnose van “borderline diabetes” gaat coderen. Indien de arts bevestigt dat het gaat om een diabetes mellitus, zal men de toepasselijke code uit de categorieën E08-E13, Diabetes mellitus, gebruiken. Anders zal een “borderline diabetes”, die niet door de arts bevestigd wordt als een diabetes mellitus, gecodeerd worden met een code uit de subcategorie R73.0-, Abnormal glucose.

Types van diabetes mellitus

Er zijn drie grote groepen diabetes mellitus: type 1; type 2; en de secundaire diabetes, ten gevolge van een onderliggende aandoening, of medicatie of chemisch geïnduceerd. Het type diabetes is cruciaal voor de selectie van de juiste code in de categorieën E08-E13, meer dan het feit dat de patiënt al dan niet insuline gebruikt.

| | |
|-----|---|
| E08 | Diabetes mellitus due to underlying condition |
| E09 | Drug or chemical induced diabetes mellitus |
| E10 | Type 1 diabetes mellitus |
| E11 | Type 2 diabetes mellitus |
| E13 | Other specified diabetes mellitus |

Wanneer het patiëntendossier niet duidelijk is over welk type diabetes mellitus het gaat, zal men de code E11, Type 2 diabetes mellitus gebruiken. Wanneer het dossier niet aangeeft over welk type diabetes het gaat, maar men wel ziet dat insuline gegeven wordt, dan nog zal men type 2 coderen. Het is niet omdat de patiënt insuline krijgt dat het hier gaat om een type 1 diabetes.

Type 1 diabetes mellitus (categorie E10) wordt ook nog de ketose gevoelige diabetes, het juveniele type, deze ontstaan op jeugdige leeftijd of de juveniele diabetes genoemd. De leeftijd alleen is geen determinerende factor, niettegenstaande de meeste type 1 diabetes zich ontwikkelen vóór de puberteit. Type 1 diabetes wordt gekenmerkt doordat het lichaam helemaal geen of zeer weinig insuline aanmaakt. Deze patiënten moeten regelmatig insuline inspuiten om te overleven en ondervinden ernstige gezondheidsproblemen wanneer zij niet strikt de medicatie en het dieet opvolgen. Zorgvuldige monitoring van de toestand is noodzakelijk om geen ernstige complicatie te hebben. De code **Z79.4, Long-term (current) use of insulin**, wordt niet gebruikt bij de type 1 diabetes omdat die patiënten sowieso insuline afhankelijk zijn. Toch kan die code gebruikt worden om, indien gewenst, bijkomende informatie mee te geven.

Type 2 diabetes (categorie E11) wordt ook beschreven als ketose resistent. Insuline wordt geproduceerd maar ofwel in onvoldoende hoeveelheden ofwel is het lichaam niet in staat die insuline adequaat te gebruiken. Type 2 diabetes patiënten hebben doorgaans geen insuline nodig; zij kunnen geholpen worden met perorale hypoglycemische medicatie, dieet en beweging. Bij sommigen is dit echter onvoldoende en zal insuline noodzakelijk zijn om de blijvende hyperglycemie onder controle te houden.

Wanneer een type 2 diabetische patiënt regelmatig insuline gebruikt, zal men de code **Z79.4, Long-term (current) use of insulin**, gebruiken. Deze Z79.4 code zal niet gebruikt worden wanneer er tijdelijk insuline gegeven wordt, om de bloedsuikers onder controle te krijgen tijdens een opname.

Secundaire diabetes wordt altijd veroorzaakt door een andere aandoening of voorval. Secundaire diabetes kan dus te wijten zijn aan een onderliggende aandoening (E08), medicatie of chemisch geïnduceerd (E09), tengevolge van een infectie, of het gevolg van een behandeling, zoals het wegnemen van de pancreas. Ze kan ook het gevolg zijn van een nevenwerking van correct toegediende medicatie, vergiftiging, of een laat gevolg na het gebruik van bepaalde medicatie. Secundaire diabetes wordt als volgt gecodeerd:

- Secundaire diabetes die het gevolg is van een onderliggende aandoening wordt gecodeerd met de code E08, Diabetes mellitus due to underlying condition, waarbij de onderliggende aandoening eerst gecodeerd wordt. Onderliggende oorzaken kunnen zijn; congenitale rubella (P35.0), het Cushing syndroom (E24.-), de fibrosis cystica (E84.-), een maligne neoplasma (C00-C96), malnutritie (E40-E46) en pancreatitis en andere aandoeningen van de pancreas (K85-K86.-)
- Secundaire diabetes die door medicatie of chemicaliën geïnduceerd wordt codeert men met de categorie E09. De codes uit categorie E10-E11 worden niet gebruikt voor secundaire diabetes. Bijvoorbeeld, een steroïd geïnduceerde diabetes mellitus door het langdurig gebruik van prednison, voor een niet gerelateerde aandoening, wordt gecodeerd met de code **E09.9, Drug or chemical induced diabetes mellitus without complications**, gevolgd door de code **T38.0x5-, Adverse effect of glucocorticoids and synthetic analogues**.
- De volgorde van de secundaire diabetes codes baseert zich op de instructies van de systematische index voor de categorieën E08, E09, en E13. Voor de categorie E08 zal de onderliggende oorzaak eerst moeten gecodeerd worden. Voor de categorie E09, zal het oorzakelijke medicament of chemicaliën als eerste gecodeerd worden (indien het gaat om een vergiftiging).
- Secundaire diabetes mellitus die het gevolg is van een pancreatetectomie wordt gecodeerd met de code **E89.1, Postprocedural hypoinsulinemia**. Gebruik als nevendiagnose een code uit de categorie E13 en ofwel de code **Z90.410, Acquired Total absence of pancreas**, ofwel de code **Z90.411, Acquired partial absence of pancreas**. Bijvoorbeeld, postpancreatetectomie diabetes mellitus na het chirurgisch verwijderen van een deel van de pancreas wordt gecodeerd met de codes E89.1, E13, en Z90.411.
- Bij patiënten met secundaire diabetes die regelmatig insuline krijgen codeert men ook de code **Z79.4, Long-term (current) use of insulin**. Deze Z79.4 code zal niet gebruikt worden wanneer de insuline slechts tijdelijk wordt gegeven om de bloedsuikerspiegels onder controle te krijgen tijdens een opname.

Categorie E13, Other specified diabetes mellitus, omvat zowel de diabetes mellitus door genetische defecten in de beta cellen, als de diabetes mellitus door genetische afwijkingen in de insuline werking.

Complicaties en manifestaties van diabetes mellitus

Type 1 en type 2 diabetes mellitus, als ook de secundaire diabetes mellitus kunnen aanleiding geven tot verschillende complicaties die ofwel acute metabole ontregelingen zijn (E08-E13 met .0- of .1-) ofwel complicaties op lange termijn (E08-E13 met .2- tot .6-). De volgorde van de diabetes mellitus codes en de complicaties of manifestaties is afhankelijk van de opname. Wel moet men alle nodige codes uit de categorie E08-E13 gebruiken om alle geassocieerde aandoeningen mee te geven.

Acute metabole complicaties

Onder de acute metabole complicaties vallen de hyperosmolariteit met coma (E08-E09 en E11-E13 met .01) of zonder niet-ketonisch hyperglycemisch hyperosmolair coma (E08-E13 met .00), de ketoacidose met coma (E08-E10 en E12-E13 met .11) of zonder coma (E08-E10 en E12-E13 met .10), en de hypoglycemie met coma (E08-E13 met .641) of zonder coma (E08-E13 met .649). Typische bevindingen bij patiënten met diabetische ketoacidose (DKA) zijn de glycosurie, de sterke ketonurie, de hyperglycemie, de ketonemie (ketonen in het bloed), de acidose (lage zuurtegraad (pH) van het bloed), en laag plasma bicarbonaat. Ketoacidose is een complicatie van type 1 diabetes; type 2 diabetes ontwikkelt zelden een ketoacidose. Een ketoacidose wordt daarom als type 1 diabetes mellitus gecodeerd E10.1-. Diabetes met hyperosmolariteit (E08-E13 met .01 of .00) is een aandoening waarbij er hyperosmolariteit is en deshydratatie zonder significante ketose. Deze aandoening komt dikwijls voor bij patiënten met een type 2 diabetes. Coma kan al dan niet aanwezig zijn.

Diabetes met hypoglycemie kan ontstaan wanneer een overdreven hoeveelheid aan insuline aanwezig is, wanneer de patiënt bijvoorbeeld een maaltijd overschrikt, of wanneer de patiënt onder stress staat. Deze aandoening kan zich naar een coma ontwikkelen. ICD-10-CM heeft codes voor de diabetes hypoglycemie met coma (E08-E13 met .641) of zonder coma (E08-E13 met .649).

Chronische complicaties

Patiënten met diabetes mellitus zijn onderhevig aan een of meerdere chronische complicaties die de nieren, het zenuwstelsel, en het perifere vaatstelsel, in het bijzonder de voeten en de ogen aantasten. Het ontstaan kan zowel vroeg of laat zijn in het verloop van de diabetes en kan zich zowel bij de insuline afhankelijke als de niet insuline afhankelijke diabetes voordoen.

Diabetes patiënten hebben meestal verschillende complicaties tegelijkertijd zodat verschillende codes uit de categorie E08-E13 zullen gebruikt worden om alles weer te geven.

Nier complicaties

Patiënten met diabetes zijn bijzonder vatbaar voor het ontwikkelen van niercomplicaties, zoals een nefritis, een nefrose of een chronisch nierlijden. Nefritis is een ontsteking van de nieren die zich langzaam instelt, over een lange periode. Nefrose is een gevorderd stadium van de ziekte gekenmerkt door massieve oedemen en uitgesproken proteïnurie. Chronisch nierlijden is het eindstadium van die evolutie.

Diabetische niercomplicaties worden gecodeerd met de codes E08-E13 met .21 voor de diabetische nefropathie, .22 voor het chronisch nierlijden en .29 voor de andere niercomplicaties. Wanneer de nieraandoening zich ontwikkeld heeft tot een chronisch nierlijden, lijkt het dat de diagnose hier drie codes vraagt, één voor de diabetes met nefropathie (E08-E13 met .22), één voor de tussenliggende manifestatie (N08) en één voor de huidige finale aandoening (N18.1-N18.6, het chronisch nierlijden). Het is niet nodig om de tussenliggende aandoening te coderen, tenzij het ziekenhuis daarvoor opteert.

Wanneer de patiënt zowel diabetes als hypertensie heeft, dan kan hij een chronisch nierlijden hierop ontwikkelen. In dit geval zijn er drie codes nodig: één voor de diabetes met het nierlijden, E08-E13 met .22; een tweede code uit de categorie I12 (of I13) met een vierde karakter (0) voor het chronisch nierlijden stadium 5 of het eind stadium of een vierde karakter (9) voor het chronisch nierlijden stadium 1 tot 4, of niet gespecificeerd; en een derde code uit de categorie N18 om het stadium van het chronisch nierlijden weer te geven. Verder worden er geen manifestatiecodes toegevoegd. Bijvoorbeeld:

E10.22 + I12.0 + N18.5 Progressieve type 1 diabetische nefropathie met hypertensief, chronisch nierlijden stadium 5.

Diabetische oogcomplicaties

Retinopathie is een algemene complicatie bij diabetes. Wanneer een oogaandoening het gevolg is van diabetes dan wordt dit gecodeerd met de code E08-E13 met .3. Diabetes met niet gespecificeerde diabetische retinopathie wordt gecodeerd met de code E08-E13 met .31. De niet proliferatieve diabetische retinopathie kan ingedeeld worden in een milde vorm (E08-E13 met .32-), een matige vorm (E08-E13 met .33-) of een ernstige vorm (E08-E13 met .34-). De proliferatieve diabetische retinopathie wordt gecodeerd met de code E08-E13 met .35-. Het zesde karakter geeft aanvullende informatie over het al dan niet aanwezig zijn van maculair oedeem.

Seniel cataract komt frequenter voor bij patiënten met diabetes, maar het is geen echt diabetisch cataract en wordt dus niet als een oogcomplicatie van de ziekte gecodeerd. Een code uit de categorie H25, Age-related cataract, en een code uit de categorie E08-E13 zullen gebruikt worden voor de seniele cataracten bij diabetische patiënten, waarbij de volgorde afhankelijk is van de opnameomstandigheden. Gebruik de codes voor diabetische cataracten enkel wanneer de arts die aandoening zo beschrijft. Bijvoorbeeld:

E11.36 Type 2 diabetes mellitus met diabetisch cataract
K86.1 + E08.9 + H25.9 Secundaire diabetes mellitus door chronische pancreatitis met een matuur seniel cataract

Diabetische neurologische complicaties

Perifere, craniale en autonome neuropathie zijn chronische manifestaties van diabetes mellitus. De indeling van de diabetische neurologische complicaties is de volgende:

E08-E13 with .40 Unspecified diabetic neuropathy
E08-E13 with .41 Diabetic mononeuropathy
E08-E13 with .42 Diabetic polyneuropathy
E08-E13 with .43 Diabetic autonomic (poly)neuropathy
E08-E13 with .44 Diabetic amyotrophy
E08-E13 with .49 Other diabetic neurological complication.

Gebruik nooit de code voor autonome neuropathie tenzij de diagnose duidelijk door de arts wordt gesteld.

E11.41 + H49.01 Diabetic third (cranial) nerve palsy, right eye
E11.41 + G57.90 Mononeuropathy of the lower limb due to type 2 diabetes
E10.40 Diabetes type 1 with neuropathy
E10.43 + K31.84 Type 1 diabetes with diabetic gastroparesis.

Diabetische vaataandoeningen

Perifere vasculaire aandoeningen zijn een frequente complicatie van diabetes. Diabetische perifere vasculopathie zonder gangreen wordt gecodeerd met de code E08-E13 met .51; diabetische vasculopathie met gangreen met de code E08-E13 met .52. Diabetes met andere circulatoire complicaties krijgen de code E08-E13 met .59. Ofschoon arteriosclerose sneller en uitgebreider ontstaat bij diabetische patiënten, zullen de coronaire aandoeningen, de cardiomyopathie en de cerebrovasculaire aandoeningen niet als complicaties van diabetes aanzien worden en zitten zij dus niet vervat in de subcategorieën E08-E13 met .5-.

Deze aandoeningen worden afzonderlijk gecodeerd tenzij de arts de relatie met de diabetes duidelijk documenteert.

Andere manifestatie van diabetes mellitus

Algemene chronische complicaties van diabetes mellitus, naast de renale, de oculaire, neurologische en circulatoire, worden geklasseerd onder E08-E13 met .6-:

E08-E13 with .61- Diabetic arthropathie
E08-E13 with .62- Diabetic skin complications
E08-E13 with .63- Diabetic oral complications

Ulcera op de onderste ledematen, in het bijzonder de voeten, zijn frequente complicaties van diabetes. De code voor een diabetisch voet ulcus (E08-E13 met .621) wordt eerst gecodeerd, gevolgd door een code L97.4-, L97.5- om de lokalisatie van het ulcus mee te geven. Indien er gangreen aanwezig is zal een code E08-E13 met .52 als nevendiagnose erbij gezet worden. Het is belangrijk erop te wijzen dat niet elk ulcus bij een diabetes patiënt een diabetes ulcus is; indien men twijfels heeft over het verband moet de arts bevestigd worden. Andere diabetische huid ulcera worden gecodeerd met E08-E13 met .622 en een bijkomende code om de plaats van het ulcus weer te geven (L97.1- L97.9, L98.41-L98.49).

Organische impotentie is dikwijls het resultaat van ofwel een diabetische perifere neuropathie of een diabetische perifere vaatlijden. Als eerste code gebruikt men E08-E13 met .40 of E08-E13 met .51, en een bijkomende code **N52.1, Erectile dysfunction due to disease classified elsewhere**.

Wanneer één van de voorgaande aandoeningen gespecificeerd worden als zijnde diabetisch maar zonder indicatie dat het om een neurologische dan wel een perifere vaataandoening gaat, dan codeert men dit onder E08-E13 met .69 (met andere gespecificeerde complicaties), en een bijkomende code voor de complicatie. Codes uit de categorie E08-E13 met .69 worden gebruikt voor de andere gespecificeerde chronische complicaties die niet gecodeerd kunnen worden met de codes uit de categorieën E08-E13. Bijvoorbeeld:
E10.69 + M86.171 Diabetes mellitus, type 1, met acute osteomyelitis van de grote teen van de rechter voet.

Complicaties door het slecht functioneren van de insulinepomp

Sommige patiënten gebruiken een insulinepomp om insuline te krijgen voor hun diabetes. Een insulinepomp is een klein, gecomputeriseerd toestel dat aan het lichaam bevestigd wordt en insuline in het lichaam brengt via een katheter. Deze pomp kan continu insuline indruppelen over de ganse dag, maar de patiënt kan ook, door een druk op een knop, een insuline bolus op geregelde tijdstippen laten injecteren. Het falen of slecht functioneren van de pomp kan aanleiding geven tot een onderdosering of overdosering van insuline. Beide complicaties worden aanzien als een mechanische complicatie en krijgen de code T85.6, Mechanical complication of other specified internal and external prosthetic devices, implants and grafts, als hoofddiagnose. De juiste T85.6- code wordt gekozen in functie van het type slecht functioneren, zoals:

T85.614 Breakdown (mechanical) of insulin pump
T85.624 Displacement of insulin pump
T85.633 Leakage of insulin pump

Daarbij worden ook codes gezet om de onderdosering (T38.3x6-) of de overdosering (T38.3x1-) weer te geven, maar ook de code om het type van diabetes en de complicaties te beschrijven.

ZWANGERSCHAP GEkomplICEERD DOOR DIABETES MELLITUS

Diabetes mellitus die de zwangerschap, de bevalling of het puerperium compliceert wordt in het hoofdstuk 15 van ICD-10-CM geklasseerd. Diabetes is een belangrijke complicerende factor tijdens de zwangerschap. Zwangere patiënten die diabetes hebben worden gecodeerd onder de categorie O24, Diabetes mellitus in pregnancy, childbirth and puerperium, als eerst diagnose, gevolgd door de gepaste diabetes code(s) (E08-E13) uit hoofdstuk 4 van de ICD-10-CM om het type van de diabetes weer te geven.

Omdat diabetes ongetwijfeld de zwangerschap beïnvloedt en zelf verslechtert door de zwangerschap, of de hoofdreden is voor de verloskundige zorg, is het belangrijk deze codes te gebruiken bij een zwangere diabetes patiënte. Ken tevens de code **Z79.4, Long-term (current) use of insulin**, toe wanneer de diabetes routinegewijs behandeld wordt met insuline.

Zwangerschapsdiabetes

De diagnose van gestationele diabetes (zwangerschapsdiabetes) verwijst naar een verstoorde glucose tolerantietest die men waarneemt tijdens een zwangerschap van vrouwen die voordien niet diabetici waren; dit is geen echte diabetes mellitus. Dit kan zich voordoen tijdens het tweede en derde trimester van de zwangerschap. Men denkt dat dit te wijten is aan de metabole en hormonale veranderingen die zich voordoen tijdens de zwangerschap. Patiënten met een zwangerschapsdiabetes worden op dieet geplaatst en krijgen soms insuline om de bloedsuikers op peil te houden tijdens de zwangerschap, maar de aandoening verdwijnt normaal in de postpartum periode. Zwangerschapsdiabetes kan complicaties veroorzaken die dezelfde zijn als deze van de voordien bestaande diabetes. Zwangerschapsdiabetes geeft nadien meer risico voor het ontwikkelen van een echte diabetes. Subcategorie O24.4, Gestational diabetes mellitus, wordt hiervoor gebruikt. We gebruiken dan geen andere code uit de categorie O24 samen met de code O24.4.

Subcategorie O24.4 wordt verder onderverdeeld volgens het tijdstip van voorkomen van de zwangerschapsdiabetes, tijdens de zwangerschap, tijdens de bevalling of in het puerperium, maar ook of ze onder controle gehouden wordt met een dieet of met insuline. Indien de patiënten zowel een dieet als insuline krijgen zal enkel de code voor insuline gebruikt worden. De code **Z79.4, Long-term (current) use of insulin**, zal dan bij de codes van subcategorie O24.4 gezet worden.

Een abnormale glucose tolerantietest tijdens de zwangerschap, zonder diagnose van zwangerschapsdiabetes wordt gecodeerd met de code O99.81, Abnormal glucose complicating pregnancy, childbirth, and the puerperium. Codes O24.4- (zwangerschapsdiabetes) en O99.81- (abnormale glucose tolerantie die de zwangerschap compliceert) zullen nooit samen gebruikt worden tijdens eenzelfde opname.

Pasgeborenen van diabetische moeders

Pasgeborenen van diabetische moeders kunnen een tijdelijke vermindering hebben van de bloedsuikers (**P70.0, Syndrome of infant of mother with gestional diabetes; P70.1, Syndrome of infant of a diabetic mother; P70.3, Iatrogenic neonatal hypoglycemia; of P70.4, Other neonatal hypoglycemia**) of een tijdelijke hyperglycemie (**P70.2, Neonatal diabetes mellitus**). De laatste aandoening wordt soms ook pseudodiabetes genoemd en vraagt soms een korte kuur met insuline. Noteer dat deze codes enkel gebruikt worden wanneer de aandoening van de moeder een effect hebben op de huidige opname; het feit dat de moeder diabetes heeft wil niet zeggen dat die codes bij de pasgeborene moeten gebruikt worden. Wanneer de bloedonderzoeken in die richting wijzen, moet men de arts vragen of het relevant is dit mee te geven.

Wanneer een kind van een diabetische moeder volkomen normaal is en geen manifestaties of syndromen vertoont, coderen we **Z38.00, Single liveborn, born in hospital, delivered vaginally**, als de hoofddiagnose. Als bijkomende code gebruikt men de code **Z83.3, Family history of diabetes mellitus**. Eventueel kan de code **P00.89, Newborn (suspected to be) affected by other maternal conditions**, als nevendiagnose erbij worden gezet wanneer de pasgeborene bijkomende observatie krijgt, omdat zijn moeder diabetes is maar de neonatus geen manifestaties vertoont.

OEFENINGEN 15.1

Codeer de volgende diagnoses. Gebruik geen uitwendige codes voor de aandoeningen.

1. Diabetes mellitus type 1 met diabetes nefrose. E10.21
2. Secundaire diabetes mellitus door pancreaskanker met sneeuwvlokken cataract. C25.9 + E08.36
3. Type 1 diabetes met ketoacidose E10.10
4. Diabetes mellitus, type 2, met hyperosmolair, niet ketonisch coma. E11.01
5. Diabetische Kimmelstiel-Wilson aandoening. E11.21
6. Chronisch nierlijden, stadium IV tgv van een type 1 diabetes. E10.22 + N18.4
7. Impotentie door een diabetische perifere neuropathie. E11.40 + N52.1

HYPOGLYCEMIE EN INSULINE REACTIES

Hypoglycemische reacties kunnen zowel bij diabetici als niet diabetische patiënten voorkomen. Bij diabetische patiënte wordt hypoglycemie met coma gecodeerd met de code E08-E18 met .641, of E08-E13 met .649 als er geen coma is. Dergelijke reacties kunnen voorkomen wanneer er een onevenwicht is tussen eten en bewegen en de dosage van insuline of orale hypoglycemische medicatie. Hypoglycemie ten gevolge van insuline kan voorkomen bij een nieuw gediagnosticeerde type 1 diabetes gedurende de beginfase van de behandeling wanneer de dosering wordt aangepast.

Bij patiënten die geen diabetes hebben codeert men de code **E15, Nondiabetic hypoglycemic coma**, wanneer er hypoglycemisch coma is, niet anders gespecificeerd. Code E15 omvat ook de medicatie geïnduceerde, insuline coma's bij niet diabetici. Code **E16.2, Hypoglycemia, unspecified**, wordt gebruikt voor de hypoglycemie, niet anders gespecificeerd.

Hypoglycemie zonder coma, door medicatie, voorgeschreven aan niet diabetici, geïnduceerd, eist een eerste code **E16.0, Drug-induced hypoglycemia without coma**, gevolgd door een code uit de categorie T36-T50 met een zesde karakter "5" om aan te geven dat het om een ongewenst effect gaat van een bepaald medicament . Hypoglycemisch coma of shock die het gevolg zijn van het niet correcte gebruik van insuline of andere anti-diabetische preparaten, wordt gecodeerd als een vergiftiging (T38.3x met een zesde karakter 1-4) als eerste code, gevolgd door de code **E15, Nondiabetic hypoglycemic coma**.

OEFENINGEN 15.2

Codeer de volgende diagnoses. Gebruik geen uitwendige codes voor de aandoeningen.

1. Neonatale hypoglycemie. P70.4
2. Hypoglycemisch coma bij patiënten zonder diabetes. E15
3. Een patiënt met type 2 diabetes neemt deel aan een inspannend partijtje squashen zonder zijn insulinedosis aan te passen; hij wordt opgenomen met een bloedsuiker van 35 en men diagnosticeert een hypoglycemie. (Hypoglycemia). E11.649 + Z79.4

4. Een type 1 diabetes patiënte doet een hypoglycemie niettegenstaande ze haar voorgeschreven insuline correct neemt, geen inspanningen heeft gedaan of haar dieet heeft verandert. E10.649

CODES VOOR VOEDINGSAFWIJKINGEN

Voedingsafwijkingen, zoals de deficiëntie aan specifieke vitamines en mineralen, worden geklasseerd in de categorie E40 tot E64, uitgezonderd de voedingsanemieën, die geklasseerd worden in de categorieën D50 tot D53.

Verschillende codes beschrijven het overgewicht en de obesitas, o.a.:

- E66.01 Morbid (severe) obesity due to excess calories
- E66.09 Other obesity due to excess calories
- E66.1 Drug-induced obesity
- E66.2 Morbid (severe) obesity with alveolar hypoventilation
- E66.3 Overweight
- E66.8 Other obesity
- E66.9 Obesity, unspecified

Deze codes worden enkel toegekend op basis van de bevindingen van de behandelende arts. De categorie E66, Overweight and obesity, vraagt een bijkomende code (Z68.—om de body mass index (BMI) weer te geven, indien gekend. De BMI is een indicator voor het gewicht bij een volwassene. Het is een maat voor gewicht en lichaamslengte. De BMI wordt toegekend op basis van de documentatie in het patiëntendossier (zowel het medisch als het verpleegkundig dossier). De BMI wordt dikwijl door diëtisten of verpleegkundigen genoteerd. Het coderen van de BMI wijkt af van de algemene codeerrichtlijnen waarbij men enkel mag coderen op basis van de documentatie van de arts. Terwijl de BMI mag gecodeerd worden op basis van een andere zorgverstrekker, moeten de codes voor de geassocieerde diagnose (zoals het overgewicht en de obesitas) gebaseerd zijn op de documentatie van de behandelende arts.

Code **E66.2, Morbid (severe) obesity with alveolar hypoventilation**, ook gekend als het Pickwick syndroom, wordt gekenmerkt door apneu's van korte duur tijdens de slaap. Zowel de obesitas als neurologische afwijkingen kunnen de oorzaak zijn.

METABOLE AANDOENINGEN

Metabole aandoeningen, verschillend van diabetes worden geklasseerd onder de categorie E70-E89. Een metabole aandoening ontstaat wanneer abnormale reacties in het lichaam het metabolisme onderbreken. Deze afwijkingen veroorzaken een verstoring in het normale metabolisme van de koolhydraten, de vetten, de eiwitten, de waterhuishouding, de nucleïne-zuren.

Vocht overload

Vocht overload (E87.7-) is de overmatige accumulatie van vocht in het lichaam. Zij wordt veroorzaakt door een overmatige parenterale infusie of deficiënties in de cardiovasculaire of renale vochtregulatie. Vergeet niet dat een vochttopstapeling als component van het congestief hartfalen niet afzonderlijk gecodeerd wordt.

Fibrosis cystica

Fibrosis cystica (E84.-) ook gekend als mucoviscidose of fibrosis cystica van de pancreas, is een aandoening van de endocriene klieren waarbij er een opstapeling is van dik, taai slijm. Het is de primaire oorzaak van pancreasdeficiëntie en chronische malabsorptie bij kinderen. Niettegenstaande de fibrosis cystica het lichaam op verschillende wijzen aantast, zal een

progressieve respiratoire insufficiëntie de voornaamste ziekte toestand zijn bij die patiënten. De symptomen tasten vooral het spijsverteringstelsel en het ademhalingsstelsel aan. In bepaalde klieren, zoals de pancreas, zal het taai slijm de pancreas verstoppen zodat de verteringsenzymen niet naar de darmen kunnen. In de luchtwegen zal het slijm deze opstoppen zodat bacteriële groei mogelijk wordt. Dikwijls zal de ziekte evolueren naar een acute of chronische bronchitis, bronchiectasieën, pneumonie, atelectase, peribronchiale en parenchymale verlittekening, pneumothorax, en hemoptyse. Intra-abdominale complicaties zijn een meconium ileus, een rectale prolaps, een liesbreuk, galstenen, ileocolische darminvaginaties, en gastro-oesofageale reflux.

Specifieke codes beschrijven de manifestatieplaatsen die aangetast zijn, zoals het ademhalingsstelsel (E84.0), de meconium ileus (E84.11), andere intestinale manifestaties (E84.19), of andere aangetaste plaatsen (E84.8). Deze manifestatiecodes kunnen samen gebruikt worden wanneer verschillende lokalisaties erbij betrokken zijn. Code **E84.9, Cystic fibrosis, unspecified**, wordt gebruikt wanneer er geen specifieke informatie aanwezig is. Indien er bij de fibroses cystica met luchtwegaandoeningen, een infectieus organisme bij betrokken is, gebruikt u een bijkomende code om dat organisme weer te geven.

Omdat er geen specifieke behandeling is tegen mucoviscidose zal de therapie vooral gericht zijn op de complicaties van de ziekte, met als voornaamste uitdaging het behoud van een adequate voedings- en ademhalingsstoestand. Opnames voor de fibroses cystica zelf gebeuren meestal om de diagnose te stellen of te bevestigen.

Tumor lysis syndroom

Het tumor lysis syndroom (TLS) verwijst naar een groep ernstige, potentieel levensbedreigende metabolische ontregelingen die kunnen optreden na een antineoplastische behandeling. TLS kan spontaan optreden na een radiotherapie of corticosteroïd behandeling. Meestal treedt ze op na de toediening van chemotherapie en wordt dikwijls gezien bij leukemieën en lymfomen. Het komt ook voor bij andere hematologische nieuwvormingen en vaste tumoren. Wanneer de kankercellen vernietigd worden, komen er intracellulaire ionen en metabole bijproducten vrij in de circulatie, hetgeen aanleiding geeft tot het TLS. Code **E88.3, Tumor lysis syndrome**, wordt gebruikt voor zowel het spontane lysis syndroom als het tumor lysis syndroom na antineoplastische therapie. Codeer een bijkomende code (T45.1x5-) om de medicatie weer te geven die het tumor lysis syndroom veroorzaakt (bijwerking).

OEFENINGEN 15.3

Codeer de volgende diagnoses en procedures. Gebruik geen uitwendige oorzaakcodes voor de aandoeningen.

1. Hypercholesterolemie en endogene hyperglyceridemie. E78.2
2. Mucoviscidose met milde intellectuele achterstand. E84.9 + F70
3. Congenitaal myxoedeem en het syndroom van onvoldoende afscheiding van antidiuretisch hormoon. E00.1 + E22.2

HOOFDSTUK 16

MENTALE AANDOENINGEN

OVERZICHT

- De mentale aandoeningen worden in hoofdstuk 5 van ICD-10-CM geklasseerd.
- Organische angststoornissen zijn een psychose en zijn het onmiddellijk gevolg van een medische aandoening. Deze medische aandoening wordt eerst gecodeerd.
- Schizofrenie wordt geklasseerd onder de categorie F20, met een vierde karakter om het type schizofrenie weer te geven.
- Affectieve stoornissen zijn frequent voorkomende mentale aandoeningen met verschillende aspecten, zoals biologische, gedrag, sociale en psychologische factoren. De meest frequente stemming (affectieve) stoornissen zijn:
 - o Majeure depressieve aandoeningen.
 - o Biplolaire stoornissen.
 - o Angststoornissen.
- Niet psychotische mentale aandoeningen worden ook ingedeeld. Zij omvatten o.a.:
 - o Stress reactie (zowel de acute als de chronische)
 - o Psychofysiologische aandoeningen
- Middelenmisbruik en afhankelijkheid worden bij de mentale aandoeningen in ICD-10-CM geklasseerd:
 - o Gebruik, misbruik en afhankelijkheid zijn verschillende aandoeningen en worden afzonderlijk gecodeerd.
 - o Alcohol afhankelijkheid syndroom, drug afhankelijkheid, en niet afhankelijk misbruik van drugs worden in drie verschillende categorieën geassocieerd.

LEERDOELSTELLINGEN

Na het doornemen van dit hoofdstuk bent u in staat om:

- Verschillende mentale aandoeningen te coderen.
- Het onderscheid te maken tussen de verschillende types affectieve afwijkingen.
- Het verschil uit te leggen tussen het misbruik en de afhankelijkheid van middelen, en de aandoeningen en de behandelingen bij die twee verschillende zaken te coderen.

TERMEN OM TE KENNEN

Misbruik

Problematische gebruik van medicatie of alcohol zonder verslaving.

Verslaving (afhankelijkheid)

Verhoogde tolerantie voor medicatie en alcohol met een drang om het middel verder te gebruiken spijts de kost; ontwenningverschijnselen ontstaan dikwijls bij derving.

TE HERINNEREN ...

De codering van mentale aandoeningen gebeurt met de ICD-10-CM classificatie niettegenstaande psychiaters vaak de terminologie van de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision gebruiken.

INLEIDING

Mentale aandoeningen, onder elke vorm, worden in hoofdstuk 5 van ICD-10-CM geklasseerd.

Psychiaters zullen doorgaans hun diagnoses volgens de DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision), die door de American Psychiatric Association gepubliceerd wordt, indelen. De meeste van die codes zijn dezelfde als deze die binnen de ICD-10-CM gebruikt worden, doch de terminologie verschilt. Codeerders die frequent met psychiatrische dossiers in contact komen vinden het handig om vertrouwt te zijn met dit handboek, maar de codering zal wel gebeuren met de ICD-10-CM classificatie.

MENTALE AANDOENINGEN TENGEVOLGE VAN GEKENDE FYSIOLOGISCHE AFWIJKINGEN

De categorieën F01 tot F09, Mental disorders due to known physiological conditions, omvatten een groep mentale aandoeningen, die hun oorsprong hebben in een aantoonbare cerebrale aandoening, een hersenletsel of ander letsel dat leidt tot een cerebrale dysfunctie. De cerebrale dysfunctie kan zowel primair als secundair zijn. Primaire cerebrale dysfuncties zijn aandoeningen, letsels, en toevallen die de hersenen rechtstreeks en selectief aantasten. Secundaire cerebrale dysfuncties zijn systeemziekten en aandoeningen die de hersenen aantasten als een onderdeel van de verschillende andere organen of lichaamssystemen die aangetast worden.

Figuur 16.1: zijaanzicht van de hersenen

Dit hoofdstuk beschrijft volgende categorieën:

- F01 Vascular dementia (vasculaire dementie)
- F02 Dementia in other diseases classified elsewhere (dementie door aandoeningen elders geklasseerd)
- F03 Unspecified dementia (niet gespecificeerde dementie)
- F04 Amnesic disorder due to known physiological condition (Amnestische aandoeningen door gekende fysiologische afwijkingen)
- F05 Delirium due to known physiological condition (Delirium door gekende fysiologische afwijkingen)
- F06 Other mental disorders due to known physiological condition (Andere mentale aandoeningen door gekende fysiologische afwijkingen).
- F07 Personality and behavioral disorders due to known physiological condition (persoonlijks- en gedragsstoornissen door gekende fysiologische afwijkingen)
- F09 Unspecified mental disorder due to known physiological condition (niet gespecificeerde mentale aandoeningen door gekende fysiologische afwijkingen)

Onder de categorieën F02 tot F09 vindt u instructies om eerst de onderliggende fysiologische afwijking te coderen, uitgezonderd onder F03, Unspecified dementia. Categorie F01, Vascular dementia, heeft als instructie om eerst de onderliggende afwijking of het sequel van een cerebrovasculaire aandoening te coderen.

Organisch hersenen syndroom

Het organisch hersenen syndroom is een oude algemene term die gebruikt wordt om een gedaalde mentale functie ten gevolge van een medische, niet psychiatrische aandoening weer te geven. Over het algemeen zal een organisch hersenensyndroom agitatie; confusie; langdurig verlies van de hersenenfunctie (dementie); en ernstig, kortstondig verlies van de hersenenfuncties (delirium) veroorzaken. Het organische hersenen syndroom wordt dikwijls bij ouderen waargenomen, doch is geen deel van het normale verouderingsproces. Het organisch hersenen syndroom, niet anders gespecificeerd wordt gecodeerd met de code **F09, Unspecified mental disorder due to known physiological condition**. Het onderliggende lijden wordt eerst gecodeerd. Het posttraumatisch organisch

hersenenyndroom wordt gecodeerd met de code **F07.81, Postconcussional syndrome**, met een bijkomende code om de posttraumatische, geassocieerde hoofdpijn weer te geven.

Organische angststoornissen

Organische angststoornissen zijn voorbijgaande organische psychosen gekenmerkt door een klinisch, significante angst. Ze worden beschouwd als een direct fysiologisch gevolg op een algemene medische aandoening. De code voor de algemene aandoening wordt eerst gezet, met een nevendiagnose **F06.4 Anxiety disorder due to known physiological condition**.

Dementia bij andere aandoeningen, elders geclassificeerd

Wanneer de oorzaak van de dementie niet gekend is wordt ze geklasseerd onder de subcategorie F03.9, Dementia, unspecified, met een vijfde karakter om het verschil te geven tussen met (F03.91) of zonder (F03.90) gedragsstoornissen. Niet gespecificeerde dementie met gedragsstoornissen zoals agressie, strijdlust, of hevig wordt geklasseerd onder de code F03.91. Subcategorie F02.8, Dementia in other diseases classified elsewhere, geeft de aanwezigheid of afwezigheid van gedragsstoornissen weer, zoals agressief gedrag, gewelddadig gedrag, destructief of strijdlustig gedrag. De dementie die in de subcategorie F02.8 geclassificeerd wordt, is het onmiddellijke fysiologische gevolg van een algemene medische aandoening. De dementie wordt gekenmerkt door het ontstaan van verschillende cognitieve afwijkingen zoals geheugenverlies en cognitieve verstoringen zoals afasie, apraxie en agnosie. Wanneer de code F02.80 en F02.81 gebruikt worden, codeert men eerst, de onderliggende fysiologische aandoening die geassocieerd is aan de dementie, zoals de ziekte van Alzheimer (G30.-) of de ziekte van Parkinson (G20). Indien de patiënt de neiging heeft tot dwalen, kan de code **Z91.83, Wandering in diseases classified elsewhere**, bij de codes F02.81 of F03.91 gezet worden.

GEWIJZIGDE MENTALE TOESTAND

Een wijziging in het bewustzijn dat niet geassocieerd kan worden met een delirium (een verminderd vermogen om de aandacht op externe prikkels gericht te houden) of een andere geïdentificeerde aandoening, wordt geclassificeerd onder de categorie R40 in hoofdstuk 18 van ICD-10-CM. Categorie R40 wordt verder onderverdeeld om aan te geven of het om een slaperigheid (somnia) (R40.0), versuffing (stupor) (R40.1), coma (R40.2-), permanente vegetatieve status (R40.3) of een tijdelijke wijziging van het bewustzijn (R40.4) gaat. Een gewijzigde mentale status, of een wijziging in de mentale toestand door een onbekende oorzaak wordt gecodeerd met **R41.82, Altered mental status, unspecified**. Wanneer de aandoening, die de wijziging van de mentale toestand veroorzaakt, gekend is, zal men niet de code R41.82 gebruiken maar wel de code voor die aandoening.

VOORBIJGAANDE VOLLEDIGE AMNESIE

De voorbijgaande volledige amnesie is een bijzondere vorm van de amnesie van ongekende oorzaak, gekenmerkt door een plots verlies van de geheugenfunctie. Gedurende een episode is de patiënt niet in staat om een geheugen te vormen of om zich recente zaken te herinneren, waardoor hij steeds opnieuw dezelfde vraag stelt, omdat hij zich het antwoord niet meer herinnert. De episode duurt meestal enkel uren, gevolgd door een totaal of bijna totaal herstel van het geheugen, niettegenstaande hij wel amnestisch blijft voor die periode zelf. De voorbijgaande totale amnesie is van niet psychotische aard en wordt niet toegeschreven aan ischemie; ze is daarentegen een bijzonder vorm van een cerebrovasculaire aandoening die een eigen code heeft, G45.4.

SCHIZOFRENE AANDOENINGEN

Schizofrenie is een ernstige mentale ziekte gekenmerkt door verschillende symptomen zoals, maar niet beperkt tot:

- Verlies van de realiteitszin.
- Bizar gedrag.
- Ongeorganiseerd denken.
- Ongeorganiseerd spreken.
- Gedaalde emotioneel uitdrukkingsvermogen.
- Verminderd of verloren contact met de realiteit.
- Verminderde of volledig sociale terugtrekking.

Schizofrene aandoeningen worden in de categorie F20 geklasseerd, met een vierde karakter dat het type schizofrenie weergeeft, als volgt:

F20.0 Paranoid schizofrenia

Patiënten met deze vorm van schizofrenie hebben wanen onder de vorm van, te worden gestraft of te worden vervolgd door derden.

F20.1 Disorganized schizofrenia

Bij dit type schizofrenie zijn de patiënten doorgaans verward en onlogisch; hun gedrag is ongeorganiseerd, emotioneel en ongepast. Hierdoor zal de patiënt beperkt worden in zijn normaal dagelijks leven en activiteiten.

F20.2 Catatonic schizofrenia

Bij dit type schizofrenie reageren de patiënten niet meer en hebben ze beperkte fysische reacties.

F20.3 Undifferentiated schizofrenia

Een vorm van schizofrenie gekenmerkt door een aantal schizofrene symptomen, zoals wanen, ongeorganiseerd gedrag, ongeorganiseerde spraak, emotioneel, of hallucinaties, maar die niet voldoen aan de criteria van één van de andere types schizofrenie.

F20.5 Residual schizofrenia

Dit type schizofrenie wordt gekenmerkt door minder ernstige symptomen van schizofrenie. De wanen, de hallucinaties, en de andere symptomen zijn aanwezig maar zijn minder ernstig dan wanneer ze oorspronkelijk werden gediagnosticeerd.

F20.8 Other schizofrenia

Deze subcategorie wordt verder onderverdeeld, als volgt:

F20.81 Schizophreniform disorder

Dit is een vorm van schizofrenie van korte duur waarbij de manier van denken, handelen, het emotioneel reageren, het waarnemen van de realiteit en de intermenselijke relaties verstoord zijn. Deze schizofrene aandoening duurt minder dan zes maanden, terwijl de schizofrenie een levenslange aandoening is.

F20.89 Other schizofrenia

Deze code omvat de coenesthesiopathische schizofrenie (een subgroep binnen de schizofrenie, gekenmerkt en gedomineerd door abnormale lichaamsgevoelens) en de simpele schizofrenie (een aandoening gekenmerkt door een sluipende maar gestage ontwikkeling van eigenaardig gedrag, onvermogen om te voldoen aan de eisen van de maatschappij, en totaal verlies van het prestatievermogen).

F20.9 Schizofrenia, unspecified

Dit is in feite geen type schizofrenie, maar deze code zal gebruikt worden wanneer het type schizofrenie niet gespecificeerd wordt.

AFFECTIEVE STOORNISSEN (stemmingsstoornissen)

Affectieve stoornissen zijn veel voorkomende mentale aandoeningen met verschillende aspecten, zoals biologische, gedrag, sociale en psychologische factoren. Majeure depressieve aandoeningen, bipolaire stoornissen, en angststoornissen zijn de meest voorkomende affectieve afwijkingen. Affectieve stoornissen hebben symptomen die gaan van mild en lastig, tot ernstig en levensbedreigend. Affectieve stoornissen zijn doorgaans mentale aandoeningen gekenmerkt door stemmingsstoornissen. Stemmingsstoornissen (affectieve-) worden geklasseerd onder de categorie F30-F39 in ICD-10-CM.

Majeur depressieve aandoening (MDD) is ook gekend als de monopolaire depressie of unipolaire stemmingsstoornis. MDD veroorzaakt langdurige periodes van emotionele, mentale en fysieke uitputting. Patiënten met dergelijke ziekte hebben een hoog risico voor zelfdestructief gedrag, dat soms tot zelfmoord leidt. MDD wordt in ICD-10-CM geklasseerd onder:

- F32.- Major depressive disorder, single episode
- F33.- Major depressive disorder, recurrent

De categorieën F32 en F33 worden verder onderverdeeld met een vierde karakter (of vijfde karakter) om meer informatie over de ernst van de ziekte weer te geven, als volgt:

- 0 Mild
- 1 Matig
- 2 Ernstig, zonder psychotische kenmerken
- 3 Ernstig, met psychotische kenmerken
- 4 In partiële remissie (wordt gebruikt voor de categorie F32 om de partiële remissie weer te geven; onder de categorie F33 wordt het vierde karakter "4" gebruikt om de remissie weer te geven en wordt verder onderverdeeld met een vijfde karakter om deze te verfijnen; niet gespecificeerde remissie, partiële remissie, of volledige remissie)
- 5 In volledige remissie (enkel voor de categorie F32)
- 8 Overig
- 9 Ongespecificeerd

Het vierde karakter 1 tot 8 wordt enkel toegekend als de behandelende arts de ernst van de ziekte in het patiëntendossier gedocumenteerd heeft.

Bipolaire stemmingsstoornissen worden in verschillende types ingedeeld volgens de symptomen die voorkomen. Andere benamingen voor de bipolaire affectieve stoornis zijn de manisch depressieve afwijking, de cyclothymie, de manisch depressieve ziekte en de bipolaire aandoening. Patiënten met deze aandoening hebben manische (hyper exciteerbare) periodes afgewisseld met periodes van diepe depressie. Deze aandoeningen zijn chronisch en terugkerend met verschillende graden van ernst. Een ernstige crisis kan leiden tot zelfmoordpogingen tijdens de depressieve periodes of tot fysiek geweld tegenover zichzelf of derden tijdens de manische periodes. Bij de meeste patiënten zijn de periodes mild en niet zo frequent. Soms heeft men gemende vormen waarbij elementen van depressie samen met elementen van manie samen aanwezig zijn. Bepaalde patiënten met een bipolaire stemmingsstoornis vertonen snelle cyclische wijzigingen tussen de manische en depressieve status.

ICD-10-CM klasseert de bipolaire stoornissen onder de volgende categorieën/codes:

- F30.- Manische episode (o.a. de bipolaire stoornis, de enkelvoudige manische episode, en de gemende affectieve episode)
- F31.- Bipolaire stoornissen (o.a. manisch depressieve aandoeningen, manisch depressieve psychose, en manisch depressieve reactie)
- F34.- Persisterende stemmingsstoornissen [affectieve -] (o.a. cyclothymische aandoeningen en dysthymische aandoeningen)

F39 Niet gespecificeerde stemmingsstoornissen [affectieve -] (o.a. affectieve psychose niet anders gespecificeerd)

Categorie F30, Manische episode, wordt verder onderverdeeld om de ernst van de huidige episode aan te geven en weer te geven dat er psychotische symptomen bij zijn. Categorie F31, Bipolaire stoornis, wordt verder onderverdeeld om de ernst van de episode weer te geven; om weer te geven of het om een hypomanische, manische of gemengde vorm gaat; en of er al dan niet psychotische elementen aanwezig zijn. Daarenboven is er een vijfde karakter beschikbaar voor de patiënten met een bipolaire stoornis die in remissie zijn (F31.7-) om aan te geven of de patiënt in volledige remissie is, dan wel of dat de laatste episode een hypomanische, manische, depressieve, gemengde, of niet gespecificeerde episode is.

OEFENINGEN 16.1

Codeer de volgende diagnoses en procedures. Codeer niet de uitwendige oorzaken.

1. Schizoaffectieve psychose van het depressieve type F25.1
2. Schizofrenie van het catatonie type F20.2
3. Schizofrenie van het paranoïde type F20.0
4. Ernstige recurrente, depressieve stoornis waarbij de huidige episode gekenmerkt wordt door psychotische symptomen F33.3
5. Reactieve depressieve psychose F32.3
6. Milde bipolaire stoornis in manische fase F31.11
7. Bipolaire stemmingsstoornis in partiële remissie, waarbij de meest recente episode van het gemengde type is F31.77

NIET PSYCHOTISCHE MENTALE STOORNISSEN

Verschillende vormen van angst, dissociatieve, stress-gerelateerde, somatoforme en andere niet psychotische mentale aandoeningen worden geklasseerd in de categorieën F40 tot F48. Hierin zitten aandoeningen zoals de angstfobieën, de stressreacties, de dissociatieve en conversie aandoeningen, de somatoforme aandoeningen en de andere niet psychotische mentale stoornissen.

Angststoornissen

Angststoornissen zijn frequente psychiatrische aandoeningen en worden ook aanzien als één van de meest onbehandelde en over het hoofd geziene gezondheidsproblemen. De belangrijkste uitingen zijn de panische aanvallen, de fobieën, chronische veralgemeende angststoornissen, obsessieve compulsieve stoornissen, en posttraumatische stoornissen. Een fobie is een persisterende en onredelijke angst voor een bijzonder voorwerp, dier, activiteit of situatie. Angststoornissen worden geklasseerd in de ICD-10-CM onder de volgende categorieën:

- F40 Fobische angststoornissen
- F41 Andere angststoornissen
- F42 Obsessieve compulsieve stoornissen.

Stress reacties

ICD-10-CM klasseert onder de categorie F43 de reacties op ernstige stress en aanpassingsstoornissen. Code **F43.0, Acute stress reaction**, klasseert de acute stressreacties, zoals de acute crisissen, de oorlogsmoeheid, de crisis status en de psychische shock. Een acute stressreactie is het gevolg van het doormaken of het getuige zijn van een traumatische voorval, waarbij het individu extreme, verstorende of onverwachte angst, stress, of pijn meemaakt en waarbij dat individu of iemand anders een ernstig letsel wordt toegediend, ofwel waarbij een ernstig letsel of zelfs de dood het gevolg zouden kunnen geweest zijn.

Posttraumatische stress aandoening (PTSD) wordt in ICD-10-CM geklasseerd onder de categorie F43.1, met een vijfde karakter dat aangeeft of ze niet gespecificeerd, acuut of chronisch is. PTSD is een ernstige angststoornis dat zich kan ontwikkelen na de blootstelling aan een voorval dat resulteert in een psychisch trauma. Als gevolg van een psychisch trauma, zal PTSD minder frequent voorkomen en langer duren dan de meer voorkomende acute stressreactie. De symptomen van PTSD zijn het herbeleven van de oorspronkelijke trauma's via flashbacks of nachtmerries; waarbij prikkels vermeden worden die aan het trauma worden geassocieerd; en die patiënten kampen met een verhoogde prikkelbaarheid zoals het moeilijk inslapen of doorslapen, boosheid, en verhoogde waakzaamheid. Deze symptomen houden langer dan een maand aan en veroorzaken een significante vermindering van het sociale -, arbeidsfunctioneren of het functioneringsverlies in andere belangrijke domeinen.

Aanpassingsstoornissen zijn een psychologisch antwoord op herkenbare stressfactoren of een groep van stressfactoren, die belangrijke emotionele en gedragssymptomen veroorzaken. Zij verschillen van de acute stressstoornissen en de PTSD in het feit dat de aanpassingsstoornissen doorgaans uitgelokt worden door minder ernstige stressfactoren. Aanpassingsstoornissen worden geklasseerd in de subcategorie F43.2, met een vijfde karakter dat de reactie kenmerkt – bijvoorbeeld, angst, depressie, gedragsstoornissen, of andere symptomen. Volgende situaties vallen onder deze categorie:

- F43.21 Patiënt is in depressie door het overlijden van een zoon
- F43.24 Het kind dat uit een ander continent geadopteerd wordt en lijdt onder de cultuurshock en een gedragsstoornis ontwikkelt

Dissociatieve en conversiestoornissen

ICD-10-CM klasseert de dissociatieve en conversiestoornissen onder de categorie F44. Dissociatieve stoornissen verwijzen naar aandoeningen die het geheugen, de waakzaamheid, de identiteit en/of de waarnemingen verstoren. Vier codes voor de dissociatieve stoornissen zijn beschikbaar, zoals:

- F44.0 Dissociatieve amnesie
- F44.1 Dissociatieve vlucht (fuge)
- F44.2 Dissociatieve verdoving
- F44.81 Dissociatieve identiteitsstoornis

Conversiestoornissen zijn aandoeningen waarbij de patiënt neurologische symptomen heeft die niet het gevolg zijn van een neurologisch teken of aandoening, maar waar een psychologisch mechanisme achter zit. De symptomen variëren van zwakte/paralyse van een lidmaat of het ganse lichaam tot verstoord gehoor en visus, verlies van het gevoel, verstoring van de spraak, toevallen, syncope, en andere neurologische bevindingen. De volgende codes worden gebruikt om de conversiestoornissen te beschrijven:

- F44.4 Conversiestoornissen met motorische symptomen of tekorten
- F44.5 Conversiestoornissen met stuipen of convulsies
- F44.6 Conversiestoornissen met sensorische symptomen of tekorten
- F44.7 Conversiestoornissen met gemengde symptomen

Daarboven zijn er twee andere codes beschikbaar voor de overige (F44.89) en de niet gespecificeerde (F44.9) dissociatieve en conversiestoornissen.

Voorbeelden van aandoeningen die onder categorie F44 vallen:

- F44.4 Psychogene paralyse
- F44.4 Abnormale hysterische gang
- F44.0 Hysterische amnesie
- F44.6 Emotionele blindheid

Somatoforme aandoeningen

Somatoforme aandoeningen zijn mentale aandoeningen gekenmerkt door fysieke symptomen, die een fysieke aandoening of letsel nabootsen waarvoor er geen duidelijke fysieke oorzaak kan gevonden worden. De symptomen worden veroorzaakt door mentale factoren. Een diagnose van een somatoforme aandoening impliceert dat de mentale factoren een van de voornaamste componenten zijn van de symptomen, de ernst en de duur. ICD-10-CM klasseert de somatoforme aandoeningen onder categorie F45. Voorbeelden van aandoeningen die onder categorie F45 vallen zijn:

- F45.8 Psychogene diarree
- F45.8 Psychogene dysmenorree
- F45.20 Hypochondrische aandoeningen

Wanneer codes uit de categorieën F44 en F45 worden toegekend is het belangrijk om het onderscheid te maken tussen deze aandoeningen en gelijkaardige aandoeningen die onder de neurotische stoornissen, de psychose, of de organische afwijkingen vallen.

Pijn die zuiver psychologisch is, coderen we met de code **F45.41, Pain disorder exclusively related to psychological factors**. Wanneer het dossier melding maakt van een psychologische component bij een patiënt met acute of chronische pijn, dan coderen we een code uit de categorie G89, Pain, not elsewhere classified, gevolgd door de code F45.41. Wanneer de patiënt psychologische gevolgen heeft bij zijn acute of chronische pijn dan codeert men de code **F45.42, Pain disorder with related psychological factors**, samen met de code uit de categorie G89.

GEDRAGSSYNDROMEN GEASSOCIEERD AAN FYSIOLOGISCHE STOORNISSEN EN FYSIEKE FACTOREN

Categorie F50 tot F59 zijn gewijd aan gedragssyndromen geassocieerd aan fysiologische verstoringen en fysische factoren. Deze codes worden niet gebruikt wanneer de aandoeningen het gevolg zijn van een mentale aandoening die elders wordt geclassificeerd of wanneer ze van organische oorsprong zijn. Deze groep codes omvatten:

- F50.- Eetstoornissen (zoals anorexia nervosa en boulemia nervosa)
- F51.- Slaapstoornissen niet te wijten aan een substantie of een gekende fysiologische aandoening
- F52.- Sexuele dysfuncties niet te wijten aan een substantie of een gekende fysiologische aandoening
- F53 Puerperale psychose
- F54 Psychologische en gedragsfactoren geassocieerd aan stoornissen of aandoeningen, elders geclassificeerd
- F55.- Misbruik van niet psychoactieve substanties
- F59 Niet gespecificeerde gedragssyndromen geassocieerd aan fysiologische verstoringen en fysische factoren

Code F54 klasseert psychologische en gedragsfactoren die geassocieerd zijn aan aandoeningen die elders geclassificeerd zijn. Typische aandoeningen die onder de code F54 vallen zijn het astma, de ulceratieve colitis, en de dermatitis. Indien een dergelijke aandoening zijn oorsprong vindt in de psychogene sfeer, wordt eerst de fysieke stoornis gecodeerd, gevolgd door de code F54. Bijvoorbeeld:

- J45.20 + F54 Mild intermitterend psychogeen astma
- I47.1 + F54 Psychogene paroxysmale atriale tachycardie

OEFENINGEN 16.2

Codeer de volgende diagnoses

1. Acuut delirium veroorzaakt door een Hemophilus influenza pneumonie F05 + J14
2. Passieve agressieve persoonlijkheid F60.89
3. Angstdepressie met een convulsieve conversiestoornis F41.8 + F44.5
4. Adolescente aanpassingsreactie, met ernstige gedragsstoornis F43.24
5. Recurrente ernstige depressie F33.2
6. Psychomotore stressreactie F43.0

AANDOENINGEN TEN GEVOLGE VAN MIDDELENMISBRUIK

Middelenmisbruik en afhankelijkheid worden geklasseerd in ICD-10-CM onder de mentale aandoeningen. Deze aandoeningen zitten onder de categorieën F10 tot F19.

Niettegenstaande de termen, "misbruik" en "afhankelijkheid" door elkaar worden gebruikt in behandelingsprogramma's, zijn het wel degelijk verschillende aandoeningen die verschillend in de ICD-10-CM gecodeerd worden.

Alcoholafhankelijkheid en -misbruik

Alcoholafhankelijkheid en -misbruik worden in ICD-10-CM onder de categorie F10 geklasseerd. Een afzonderlijke bijkomende code voor de alcoholspiegel in het bloed kan erbij gecodeerd worden indien toepasbaar (Y90.-). Alcoholmisbruik is het terugkerend gebruik van alcoholische dranken ondanks de negatieve gevolgen ervan. Alcoholafhankelijkheid, zoals beschreven in de DSM-IV, is een psychiatrische diagnose die een aandoening beschrijft waarbij een individu alcohol gebruik ondanks significante disfunctionele gevolgen, bewezen lichamelijke afhankelijkheid, en/of gerelateerde problemen. Alcoholafhankelijkheid wordt onderscheiden van alcoholmisbruik door de aanwezigheid van symptomen zoals tolerantie en ontwenningverschijnselen. Zowel de alcohol afhankelijkheid als het alcohol misbruik worden beiden soms onder de niet specifieke noemer van "alcoholisme" genoemd.

Alcoholmisbruik zit in de categorie F10.1, Alcohol abuse, in de ICD-10-CM, terwijl de alcoholafhankelijkheid onder de categorie F10.2, Alcohol dependence, zit. Indien alcohol gebruikt wordt zonder verdere documentatie dat het ofwel om een misbruik dan wel om een afhankelijkheid gaat, wordt deze geklasseerd onder de subcategorie F10.9, Alcohol use, unspecified. De drie subcategorieën worden verder onderverdeeld om aan te geven of er een intoxicatie is of een delirium. Bijkomende karakters geven ook aan of de alcohol een stemmingsstoornis geeft, een psychotische aandoening of andere alcohol geïnduceerde aandoeningen. De codes in de subcategorie F10.23-, Alcohol dependence with withdrawal, geven extra informatie over de ontwenningverschijnselen, zoals het delirium of de verstoring van de waarneming.

Code **F10.129, Alcohol abuse with intoxication, unspecified**, wordt gebruikt voor de diagnose van gewone dronkenschap. Let op, acute alcohol dronkenschap bij alcoholisme valt onder de code **F10.229, Alcohol dependence with intoxication, unspecified**; chronische dronkenschap valt onder **F10.20, Alcohol dependence, uncomplicated**; en chronische dronkenschap in remissie staat onder de code **F10.21, Alcohol dependence, in remission**. De selectie van de code F10.21 voor "in remissie" vraagt een beslissing van de arts, zoals gedefinieerd wordt in de ICD-10-CM officiële codeerregels, eerder dan een oordeel van de verpleegkundige of een andere persoon. Noteer ook dat het toxisch effect van alcohol niet geklasseerd wordt onder de categorie F10 maar onder de subcategorie T51.0-.

Middelen afhankelijkheid en misbruik

ICD-10-CM klasseert de middelen afhankelijkheid en het misbruik ervan onder de volgende categorieën, volgens het middel:

F11 Aandoeningen door opiaten

- F12 Aandoeningen door Cannabis
- F13 Aandoeningen door sedativa, hypnotica of anxiolytica
- F14 Aandoeningen door cocaïne
- F15 Aandoeningen door overige stimulantia
- F16 Aandoeningen door hallucinogenen
- F17 Nicotine afhankelijkheid
- F18 Aandoeningen door inhalatie
- F19 Aandoeningen door andere psychoactieve middelen

In de meeste gevallen zal een vierde karakter aangeven of gaat om een niet afhankelijk misbruik (1), afhankelijkheid (2), of niet gespecificeerd gebruik (9). Er zijn ook nog bijkomende karakters om aan te geven of het gaat om een intoxicatie, een delirium, of een verstoorde perceptie. Patiënten die middelen misbruiken of er afhankelijk van zijn, ontwikkelen vaak gerelateerde psychische complicaties of psychotische symptomen. Deze complicaties worden ingedeeld onder het specifieke middelen misbruik of afhankelijkheid, door middel van een vijfde of zesde karakter om meer informatie te geven over de geassocieerde stemmingsstoornissen, psychotische afwijkingen, ontwenningverschijnselen, en andere middelen geïnduceerde aandoeningen (zoals seksuele disfuncties of slaapstoornissen).

Patiënten die afhankelijk zijn van alcohol, drugs, of beide hebben regelmatig ontwenningverschijnselen waarvoor zij een desintoxicatie nodig hebben. Ontwenning omschrijft een groep van symptomen die ontstaan door het plots stoppen of het drastisch verminderen van de ingenomen hoeveelheden medicatie, drugs of alcohol. De symptomen en tekenen van ontwenning verschillen volgens het middel en het individu. Ze omvatten tremoren, agitatie, prikkelbaarheid, verstoorde slaap, anorexie, autonome hyperactiviteit, stuipen, en hallucinaties. Een ernstige vorm van ontwenning is gekend onder de naam van delirium tremens waarbij er koorts, tachycardie, hypertensie of hypotensie, hallucinaties, agitatie, verwardheid, wisselende mentale toestanden en stuipen aanwezig zijn.

ICD-10-CM bevat codes die zowel het misbruik als de afhankelijkheid van alcohol en middelen samen met hun complicaties weergeven. Enkele voorbeelden hiervan:

- F10.231 Alcoholic withdrawal delirium due to alcohol dependence
- F10.251 Alcohol-induced psychotic disorder with hallucinations due to alcohol dependence
- F10.180 Alcohol-induced anxiety disorder due to alcohol abuse
- F11.250 Heroin dependence with heroin-induced psychosis and delusions

Categorie F19, Other psychoactive substance related disorders, kan gebruikt worden wanneer het middel niet gespecificeerd wordt.

Gelijkaardig aan de code **F10.21, Alcohol dependence, in remission**, zal de keuze “in remissie” voor de categorieën F11-F19, weergegeven met een -.21, enkel gebruikt worden na een artsenbesluit. De keuze zal enkel gecodeerd worden als de arts dit documenteert in het patiëntendossier (zoals voorgeschreven in de ICD-10-CM officiële codeerregels).

Gebruik van psychoactieve middelen

Naast de codes voor het misbruik of de afhankelijkheid van psychoactieve middelen, heeft de ICD-10-CM ook codes voor het gebruik van psychoactieve middelen (F10.9-, F11.9-, F12.9-, F13.9-, F14.9-, F15.9-, F16.9-). Zoals voor alle andere diagnoses, zullen deze codes enkel toegekend worden als de arts dit zo documenteert en als zij voldoen aan de definitie van te rapporteren diagnoses, zoals weergegeven in hoofdstuk III van de officiële codeerrichtlijnen van ICD-10-CM. Deze codes worden enkel gebruikt wanneer deze

psychoactieve substantie aanleiding geeft tot een mentale aandoening of gedragsstoornis, en als die relatie door de arts gedocumenteerd wordt.

Hiërarchie tussen de codes voor gebruik, misbruik en afhankelijkheid van psychoactieve middelen

Wanneer de arts documenteert dat er zowel gebruik, misbruik als afhankelijkheid van een zelfde middel (oa. Alcohol, opiaten, cannabis) is, dan zal slechts één code gebruikt worden om het gebruikspatroon weer te geven, en dit volgens volgende regels:

- Indien zowel gebruik als misbruik gedocumenteerd staat, codeert men enkel de code voor het misbruik.
- Indien zowel misbruik als afhankelijkheid gedocumenteerd staat, gebruikt men enkel de code voor afhankelijkheid.
- Indien gebruik, misbruik en afhankelijkheid gedocumenteerd staat, gebruikt men enkel de code voor afhankelijkheid.
- Indien gebruik en afhankelijkheid gedocumenteerd staat, gebruikt men enkel de code voor afhankelijkheid.

Keuze van de hoofddiagnose.

De keuze van de hoofddiagnose voor patiënten die opgenomen worden met een misbruik of afhankelijkheid van middelen, wordt bepaald door de opnameomstandigheden, bepaald als volgt:

1. Wanneer de patiënt opgenomen wordt voor een detoxificatie of ontwenning voor zowel drugs als alcohol misbruik of afhankelijkheid, en beiden worden behandeld, kan elke aandoening als hoofddiagnose gekozen worden.
2. Wanneer een patiënt met de diagnose van middelen misbruik of afhankelijkheid opgenomen wordt omwille van de fysieke aandoening, zal deze eerst gecodeerd worden, gevolgd door een code voor het misbruik of de afhankelijkheid.
3. Wanneer een patiënt met de diagnose van alcohol of drug misbruik of afhankelijkheid opgenomen wordt voor een niet gerelateerde aandoening, volg dan de gebruikelijke codeerregels voor de keuze van de hoofddiagnose.

Behandeling van middelenmisbruik

De behandeling van patiënten met de diagnose van middelenmisbruik of afhankelijkheid bestaat uit detoxificatie, ontwenning (rehabilitatie), of beide. Het misbruik of de afhankelijkheid is de hoofddiagnose voor de patiënt die omwille van die reden wordt opgenomen.

Detoxificatie (ontgiftig) is de behandeling van de ontwenningverschijnselen bij een patiënt die fysisch afhankelijk is van alcohol of drugs. Dit is meer dan enkel een observatie; het gaat over een intensieve actieve behandeling. De behandeling bestaat o.a. uit de evaluatie, de observatie en het monitoren, en de toediening van thiamine en multivitaminen als voedingsbestanddelen alsook andere medicamenten (zoals methadone, langwerkende barbituraten of benzodiazepines, of carbamazepine) indien nodig. De ontgiftig van een alcohol afhankelijke patiënt gebeurt doorgaans over een opname van vier à vijf dagen, niettegenstaande sommige patiënten ook ambulantly kunnen behandeld worden, afhankelijk van de ernst van de ontwenningverschijnselen. Ontgiftig duurt langer voor opiaten en sedativa/hypnotica, doorgaans van drie weken tot een maand, en kan zowel in een instelling als ambulantly gebeuren. Indien de arts documenteert dat de detoxificatie heeft plaats gevonden, zal deze code gecodeerd worden, ook al worden er niet direct medicamenten toegediend.

Ontwenning of rehabilitatie is een gestructureerd programma met als doelstelling het misbruik van ofwel alcohol als drugs onder controle te houden. Verschillende programma's kunnen toegepast worden. Zo zijn de methadone substituties, de behandeling in

leefgroepen, en de langdurige ambulante opvolgingen. Wanneer een patiënt met een drugs afhankelijkheid onder medicatie staat voor ontgiftiging of een ontwenningprogramma volgt om de ontwenningverschijnselen te voorkomen (bijvoorbeeld, methadone voor afhankelijkheid van opiaten), zal men de code voor de drugs afhankelijkheid gebruiken i.p.v. de code **Z79.891, Long-term (current) use of opiate analgesic**, of **Z79.899, Other long-term (current) drug therapy**.

OEFENINGEN 16.3

Codeer de volgende diagnoses

1. Paranoïde alcohol psychose bij alcohol afhankelijkheid F10.250
2. Alcoholische lever cirrose bij chronisch alcoholisme K70.30 + F10.20
3. Acute alcohol intoxicatie met alcoholspiegels in het bloed van 59 mg/100mL F10.129 + Y90.2
4. Afhankelijkheid van marihuana F12.20
5. Acute alcohol intoxicatie en afhankelijkheid F10.229
6. Misbruik van barbituraten met slaapstoornissen F13.182
7. Cocaïne afhankelijkheid F14.20
8. Amfetamine misbruik F15.10
9. Afhankelijkheid van barbituraten en heroïne F13.20 + F11.20
10. Opname omwille van ontoereikende aanmaak van antidiuretisch hormoon ten gevolge van chronisch alcoholisme E22.2 + F10.20

CODERING VAN BEHANDELINGEN IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEID EN HET MIDDELENMISBRUIK

Mentale aandoeningen, andere dan middelenmisbruik, worden frequent behandeld met psychodynamische therapie ("praten"), medicatie, elektroshocks, of een combinatie van therapeutische middelen. Omdat de diagnose alleen niet altijd de ligduur of het middelenverbruik weergeeft, zijn de procedurecodes belangrijk om deze zorg te analyseren.

ICD-10-PCS heeft twee secties voor de geestelijke gezondheid en het middelenmisbruik, o.a.:

- G Geestelijke gezondheid
- H Behandeling van middelenmisbruik

Geestelijke gezondheid procedures

De geestelijke gezondheid sectie in ICD-10-PCS bevat specifieke waarden voor het derde en vierde karakter om deze behandelingen weer te geven. Het belangrijkste karakter in deze sectie is de kernprocedure (het derde karakter), terwijl de qualifier (het vierde karakter) veler aangeeft welk type procedure er nodig was. De overige karakters (tweede, vijfde, zesde, en zevende) dienen enkel als plaatshouder en geven geen bijkomende informatie over de behandeling. De waarde Z wordt gebruikt als plaatshouder. De volgende voorbeelden tonen de structuur van de ICD-10-PCS codes in de geestelijke gezondheid sectie.

Elektronconvulsieve therapie, unilateraal – meerdere convulsies

| Character 1 Section | Character 2 Body System | Character 3 Root operation | Character 4 Type Qualifier | Character 5 Qualifier | Character 6 Qualifier | Character 7 Qualifier |
|------------------------|-------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| G | Z | B | 1 | Z | Z | Z |
| Mental health | None | Electroconvulsive therapy | Unilateral-multiple seizure | None | None | None |

Er zijn 12 waarden voor de geestelijke gezondheid kernprocedures, opgelijst in tabel 16.1, samen met hun definitie.

Voorbeelden van frequent uitgevoerde procedures, voor gehospitaliseerde patiënten, in psychiatrische setting zijn:

GZB1ZZZ ECT (elektronconvulsieve behandeling), unilateraal, meerdere convulsies

GZ2ZZZZ Crisis interventie

GZHZZZZ Psychotherapie in groep

TABEL 16.1: Kernprocedures in de geestelijke gezondheid sectie

| Waarde | Omschrijving | Definitie |
|--------|---|--|
| 1 | Psychological tests (psychologische testen) | Het afnemen en interpreteren van gestandaardiseerde psychologische testen en meetinstrumenten voor de evaluatie van het psychologisch functioneren. |
| 2 | Crisis intervention (crisis interventie) | De behandeling van een getraumatiseerd, acuut verstoord of rampzalig individu, met als doel een korte termijn stabilisatie. |
| 3 | Medication management (behandeling met medicatie) | Het monitoren en aanpassen van de medicatie voor de behandeling van een mentale aandoening. |
| 5 | Individual psychotherapy (individuele psychotherapie) | Behandeling van een individu met een mentale aandoening door middel van gedragsoefeningen, aanreiken van cognitieve, psychoanalytische, psychodynamische, of psychofysiologische hulpmiddelen om het functioneren en het welzijn te verhogen. |
| 6 | Counseling (begeleiden) | De toepassing van psychologische methodes om een individu te behandelen met normale ontwikkeling en psychologische problemen, met het oog om het functioneren, het welzijn te verhogen, de nood te lenigen, onaangepastheid bij te sturen of crisissen op te vangen. |
| 7 | Family psychotherapie (familiale psychotherapie) | Behandeling, samen met één of meerdere familieleden, van een individu met een mentale aandoening door middel van gedragsoefeningen, aanreiken van cognitieve, psychoanalytische, psychodynamische, of psychofysiologische hulpmiddelen om het functioneren en het welzijn te verhogen. |
| B | Electroconvulsive therapy (elektroconvulsieve therapie) | Het aanwenden van gecontroleerde elektrische stromen om een mentale aandoening te behandelen. |
| C | Biofeedback | Het geven van informatie uit het meten en bijsturen van fysiologische processen, samen met cognitieve gedragstechnieken om het functioneren en het welzijn van de patiënt te verhogen. |
| F | Hypnosis (hypnose) | Het brengen in een verhoogde staat van vatbaarheid door auditieve, visuele of tactiele technieken om een emotie of een gedrag uit te lokken. |
| G | Narcosynthesis | Het toedienen van intraveneuze barbituraten met als doel om onderdrukte en verdrukte gedachten los te weken. |

| | | |
|---|---------------------------------|--|
| H | Group psychotherapy | Behandeling van twee of meerdere individuen met een mentale aandoening door middel van gedragsoefeningen, aanreiken van cognitieve, psychoanalytische, psychodynamische, of psychofysiologische hulpmiddelen om het functioneren en het welzijn te verhogen. |
| J | Light therapie (licht therapie) | Het toepassen van speciale licht behandelingen om het functioneren en het welzijn te verhogen. |

Behandeling van middelenmisbruik

De sectie over de behandeling van middelenmisbruik is een kleiner onderdeel in de ICD-10-PCS dan dit van de geestelijke gezondheid. Ook hier is het meest belangrijke karakter het derde karakter, dat de kernprocedure beschrijft, terwijl het vierde karakter een qualifier is die verdere de therapie indeelt. De overige karakters (tweede, vijfde, zesde, en zevende) zijn enkel plaatshouders en bevatten geen specifieke informatie over de behandeling. De waarde Z wordt ook hier als plaatshouder gebruikt voor deze karakters. Het volgende voorbeeld illustreert de ICD-10-PCS structuur voor de sectie over de behandeling van middelenmisbruik.

Behandeling met een onderhoudsdosis van methadone

| Character 1 Section | Character 2 Body System | Character 3 Root operation | Character 4 Type Qualifier | Character 5 Qualifier | Character 6 Qualifier | Character 7 Qualifier |
|---------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| H | Z | 8 | 1 | Z | Z | Z |
| Substance abuse treatment | None | Medication management | Methadone maintenance | None | None | None |

Binnen de kernprocedures zijn er zeven waarden die opgelijst staan in tabel 16.2, met hun corresponderende definitie.

Voorbeelden van frequente behandelingen bij gehospitaliseerde patiënten met middelenmisbruik zijn:

| | |
|---------|--|
| HZ2ZZZZ | Detoxificatie van alcohol en/of drugs |
| HZ83ZZZ | Medicamenteuze behandeling met antabuse |
| HZ81ZZZ | Medicamenteuze behandeling met methadone |
| HZ41ZZZ | Gedragsbegeleiding in groep |

Tabel 16.2: Kernprocedures in de sectie voor de behandeling van middelenmisbruik

| Waarde | Omschrijving | Definitie |
|--------|---|--|
| 2 | Detoxification services (ontgiften) | Ontgiften van alcohol en/of drugs |
| 3 | Individual counseling (individuele begeleiding) | Het toepassen van psychologische methodes om een individu met verslavingsgedrag te behandelen. |
| 4 | Group counseling (groepstherapie) | Het toepassen van psychologische methodes om twee of meerdere individuen met een verslavingsgedrag te behandelen. |
| 5 | Individual psychotehrapy (individuele psychotherapie) | De behandeling van een individu met verslavingsgedrag door middel van gedragsoefeningen, aanreiken van cognitieve, psychoanalytische, psychodynamische, of psychofysiologische hulpmiddelen. |

| | | |
|---|---|--|
| 6 | Family counseling (familiale begeleiding) | Het toepassen van psychologische methodes waarbij een of meerdere familieleden betrokken worden bij de behandeling van een individu met verslavingsgedrag. |
| 8 | Medication management (medicamenteuze behandeling) | Het opvolgen en aanpassen van substitutiemedicatie bij de behandeling van een verslaving. |
| 9 | Pharmacotherapy | Het gebruik van substitutietherapie bij de behandeling van een verslaving. |

OEFENINGEN 16.4

Codeer volgende procedures

1. Individuele ondersteunende psychotherapie GZ56ZZZ
2. Crisis interventie GZ2ZZZZ
3. Gedragsbegeleiding in groep voor middelenmisbruik (Counseling) HZ41ZZZ
4. Bilaterale elektronconvulsieve therapie, meerdere convulsies GZB3ZZZ
5. Ontgiftiging van alcohol misbruik HZ2ZZZZ
6. Nicotinepatch voor tabakverslaving HZ80ZZZ
7. 12 Stappen groepstherapie (Counseling) HZ43ZZZ

HOOFDSTUK 17

AANDOENINGEN VAN HET BLOED EN DE BLOEDVORMENDE ORGANEN EN

BEPAALTE AANDOENINGEN VAN HET IMMUUNSYSTEEM

OVERZICHT

- De aandoeningen van het bloed en de bloedvormende organen worden geklasseerd in het hoofdstuk 3 van de ICD-10-CM.
- Anemie is de belangrijkste aandoening in het hoofdstuk 3.
 - o Deze kan veroorzaakt worden door chronisch of acuut bloedverlies, een chronische ziekte, of het gebruik van chemotherapie. Anemie door acuut bloedverlies kan ontstaan na een ingreep of een trauma.
 - o Het gebruik van de juiste terminologie is belangrijk voor het classificeren van de anemieën.
- Een groep codes worden geassocieerd aan sikkelcelanemie.
 - o Het is belangrijk het onderscheid te maken tussen de sikkelcelanemie en de dragers van sikkelcelanemie.
 - o Andere benamingen van sikkelcel zijn Hb-SS ziekte en thalassemie.
- Stollingsafwijkingen zijn een andere bloedaandoening.
 - o Zij beïnvloeden de bloedingstijd en de klontervorming.
 - o Hypercoagulatie is ook een mogelijke aandoening.
- Aandoeningen kunnen het aantal witte bloedcellen (leukocyten) laten dalen of stijgen. Deze aandoeningen worden ingedeeld volgens dit stijgen of dalen van het aantal cellen.

LEERDOELSTELLINGEN

Na het doornemen van dit hoofdstuk bent u in staat om:

- De verschillende types anemie te coderen.
- Te weten wanneer wel en wanneer niet een coagulopathie gecodeerd kan worden omdat bepaalde medicatie wordt toegediend.
- Het onderscheid te maken tussen de verschillende aandoeningen van de witte bloedcellen en de verschillende types witte bloedcellen.

TERMEN OM TE KENNEN

Anemie

Een aandoening waarbij er onvoldoende hemoglobine aanwezig is in de rode bloedcellen of het aantal rode bloedcellen gedaald is.

Aplastische anemie

Een aandoening waarbij er onvoldoende rode bloedcellen zijn omdat het beenmerg er onvoldoende aanmaakt.

Pancytopenie

Een type aplastische anemie waarbij de rode bloedcellen, de witte bloedcellen en de plaatjes gedaald zijn.

Sikkelcel anemie

Een erfelijke aandoening van de rode bloedcellen dat overgedragen wordt op het kind wanneer beide ouders de erfelijke aandoening hebben.

Sikkelcel drager

Een aandoening waarbij het kind de erfelijke kenmerken van slechts één ouder overerft.

Trombocytopenie

Een deficiëntie aan plaatjes, de cellen die belangrijk zijn bij de bloedstolling.

TE HERINNEREN ...

Heel wat aandoeningen kunnen als anemie geklasseerd worden. Vergewis u ervan samen met de behandelende arts of de gebruikte terminologie in het patiëntendossier niet vaag of misleidend is.

INLEIDING

De aandoeningen van het bloed en de bloedvormende organen – waaronder het beenmerg, het lymfweefsel, de plaatjes, en de stollingsfactoren – worden geklasseerd in hoofdstuk 3 van de ICD-10-CM. Hoofdstuk 3 bevat ook bepaalde aandoeningen van het immuunsysteem, zoals de immuundeficiënties uitgezonderd het humaan immuundeficiëntie virus (HIV). Nieuwvormingen, zoals de leukemie, worden geklasseerd in hoofdstuk 2 van de ICD-10-CM bij de andere nieuwvormingen. Aandoeningen van het bloed en de bloedvormende organen tijdens de zwangerschap, de bevalling of het puerperium worden geklasseerd in hoofdstuk 15 van ICD-10-CM. De zwangerschapsanemie, bijvoorbeeld, wordt gecodeerd met de code O99.01-, met een bijkomende code uit hoofdstuk 3 om het type anemie weer te geven. Hematologische aandoeningen van de foetus en de pasgeborenen worden geklasseerd onder de perinatale aandoeningen in hoofdstuk 16 van ICD-10-CM.

ANEMIE

De aandoening waarmee de codeerder het meest zal geconfronteerd worden in hoofdstuk 3 van ICD-10-CM is de anemie. We spreken van anemie wanneer er een daling is van de hoeveelheid hemoglobine of een daling van het aantal rode bloedcellen, als gevolg van het onevenwicht tussen de aanmaak en de afbraak van de rode cellen. Een gedaalde productie kan aanleiding geven tot verschillende aandoeningen, zoals veroudering, bloedingen en afbraak van de cellen.

Het gebruik van de juiste terminologie is belangrijk bij het classificeren van de anemieën. Wanneer de diagnose anemie niet duidelijk beschreven staat, zal de codeerder het patiëntendossier nakijken om bijkomende informatie te zoeken in de laboratorium onderzoeken, de anatomopathologische verslagen of de hematologische consulten vooraleer men een code voor een niet gespecificeerde anemie gebruikt. We merken op dat de code niet enkel op basis van een diagnose van de arts zal gecodeerd worden; wanneer er meer specifieke informatie aanwezig is zal de codeerder dit met de arts bespreken.

Deficiëntie anemie

De ijzerdeficiëntie anemie wordt geklasseerd onder de categorie D50. Dit type anemie kan veroorzaakt worden door een chronische bloedverlies (D50.0) zoals bij aandoeningen als een chronische hemorrhagische gastro-intestinale aandoening of bloeding, of de onvoldoende inname van ijzer in de voeding (D50.8). Indien de oorzaak niet gespecificeerd wordt gebruikt men de code D50.9. Noteer dat een ijzergebreksanemie secundair op een acuut bloedverlies gecodeerd wordt met de code **D62, Acute posthemorrhagic anemia**, eerder dan een code uit de categorie D50. Andere deficiëntie anemieën worden gecodeerd volgens het type deficiëntie, zoals de vitamine B12 (categorie D51), foliumzuur (categorie D52), of andere voedingsdeficiënties (categorie D53), met een vierde karakter om aan te geven over welke deficiëntie het gaat, zoals een voeding foliumzuur deficiëntie anemie of een vitamine B12 deficiëntie tengevolge van een intrinsieke factor deficiëntie. Naast de code **D52.1, Drug-induced folate deficiency anemia**, moet een code uit de reeks T36-T50, met een vijfde of zesde karakter een "5", gecodeerd worden om het product te identificeren.

OEFENINGEN 17.1

Codeer de volgende diagnosen en procedures. Gebruik geen codes om de uitwendige oorzaak weer te geven.

1. Hypochrome, microcytaire anemie met ijzergebrek zonder oorzaak D50.9
2. Macrocytaire anemie secundair op een selectieve vitamine B12 malabsorptie met proteïnurie. D51.1

Anemie door acuut bloedverlies

Het is belangrijk om een onderscheid te maken tussen een anemie door acuut dan wel chronisch bloedverlies, omdat beide aandoeningen totaal andere codes krijgen in ICD-10-CM. Anemie door acuut bloedverlies is het gevolg van een plots, significant verlies van bloed over een korte tijdsperiode. Dit kan gebeuren na een trauma, zoals een laceratie, of een scheur van de milt of een ander intra-abdominaal letsel waarbij er geen extern bloedverlies wordt waargenomen. De diagnose van een anemie door acuut bloedverlies moet gedocumenteerd zijn met een bestendige, significante daling van de hemoglobine hoeveelheid en/of de hematocrietwaarden.

Anemie door acuut bloedverlies kan optreden na een procedure, maar is niet noodzakelijk een complicatie van die procedure en zal dus niet als postoperatieve complicatie gecodeerd worden tenzij de arts het zo beschrijft. Vele chirurgische ingrepen, zoals het plaatsen van een heupprothese, vertonen routinematig een verlies van grote hoeveelheden bloed en worden aanzien als inherent aan de ingreep. Dit al dan niet resulteren in een anemie; de anemie zal pas gecodeerd worden als de arts dit ook zo documenteert. Wanneer in het patiëntendossier staat dat een patiënt tijdens een ingreep grote hoeveelheden bloed verlies en als de arts dit niet omschrijft als een anemie of een postoperatieve complicatie, zal men dit bloedverlies niet coderen. Indien een postoperatief bloedbeeld een anemie suggereert, moet men de arts vragen of dit als anemie mag aanzien worden. De codeerder mag zelf niet veronderstellen, dat een bloedverlies of een bloedtransfusie tijdens een ingreep een indicatie is om anemie te coderen. Het toedienen van bloed is dikwijls een preventieve maatregel. Wanneer een postoperatieve anemie gediagnosticeerd wordt zonder documentatie over acuut bloedverlies, gebruikt men de code **D64.9, Anemia, unspecified**. De code **D62, Acute posthemorrhagic anemia**, gebruikt men enkel wanneer de postoperatieve anemie het gevolg is van een acuut bloedverlies. Wanneer noch de gesteld diagnose noch het patiëntendossier uitsluitel geeft of een anemie door bloedverlies acuut dan wel chronisch is gebruikt men de code **D50.0, Iron deficiency anemia secondary to blood loss (chronic)**.

OEFENINGEN 17.2

Codeer de volgende diagnosen en procedures. Gebruik geen codes om de uitwendige oorzaak weer te geven.

1. Anemie door bloedverlies tengevolge van een chronische maagzweer. D50.0 + K25.4
2. Chronische anemie, secundair op bloedverlies door adenomyosis. D50.0 + N80.0
3. Posthemorrhagische anemie door acuut bloedverlies na perforatie van een chronische bloedend duodenaal ulcus. D62 + K26.6

Anemie door een chronische aandoening

Patiënten met een chronische aandoening hebben dikwijls een anemie, die dan ook de reden is voor het contact of de opname. De behandeling wordt dan gericht op de anemie en niet de op de onderliggende oorzaak. Dergelijke anemieën worden als volgt geclassificeerd:

- Anemie bij chronische nieraandoeningen: codeer eerst de het onderliggend nierlijden (CKD) met een code uit de categorie N18 om het stadium van de nieraandoening weer te geven, en de code D63.1.
- Anemie bij nieuwvormingen: codeer eerst het neoplasma (C00-D49) dat de oorzaak is voor de anemie en de code D63.0. De code D63.0 is voor de anemie die door of samen met de maligniteit veroorzaakt wordt, en niet tengevolge de antineoplastische chemotherapie, dat eerder een nevenwerking is.
- Anemie door andere chronische aandoeningen: codeer eerst de onderliggende chronische aandoening, gevolgd door de code D63.8.

Anemie tengevolge van chemotherapie

Anemie door chemotherapie geïnduceerd wordt gecodeerd met de code **D64.81, Anemia due to antineoplastic chemotherapy**. Dit type anemie is zelden een hemolytisch proces en ook niet echt een aplastisch proces. De gevolgen van de chemotherapie zijn doorgaans van korte duur en brengen het aantal cellen in het beenmerg zelden tot het punt van aplasie. Wanneer er een contact / opname is voor de behandeling van deze anemie als nevenwerking van de chemotherapie, en de enige behandeling is deze voor de anemie, zal men de toepasselijke codes voor de anemie en het neoplasma eerst coderen, gevolgd door de toepasselijke nevenwerking (adverse effect) codes.

Anemie tengevolge van chemotherapie mag niet verward worden met de aplastische anemie door chemotherapie, die gecodeerd wordt met de code **D61.1, Drug-induced aplastic anemia**. Anemie tengevolge van medicatie, waarbij deze niet gespecificeerd wordt, wordt gecodeerd volgens het type anemie (of de code D64.9 indien dit type niet gespecificeerd wordt).

Aplastische anemie

Aplastische anemie (D60.- en D61.-) is het falen van het beenmerg om rode bloedcellen te produceren. De aandoening kan congenitaal zijn, maar is meestal idiopathisch of verworven. Ze kan het gevolg zijn van een onderliggend lijden zoals een kwaadaardige aandoening of een infectie (bijvoorbeeld, virale hepatitis). Ze kan ook veroorzaakt worden door de blootstelling aan ioniserende stralen, chemicaliën, of medicamenten, en is dikwijls het gevolg van een behandeling van nieuwvormingen. Aplastische anemie als gevolg van medicatie wordt gecodeerd met de code **D61.1, Drug-induced aplastic anemia**. Aplastische anemie door infectie, bestraling, of andere uitwendige oorzaken, of de toxische vorm wordt gecodeerd met de code D61.2. De idiopathische aplastische anemie codeert men met de code D61.3. Wanneer het type aplastische anemie niet gespecificeerd wordt maar dat ze waarschijnlijk gerelateerd is aan een kwaadaardige aandoening of de behandeling ervan, zal de behandelde arts gecontacteerd worden om uit te maken welke code voor aplastische anemie er gebruikt moet worden.

Pancytopenie (D61.81) is een type aplastische anemie die gekenmerkt wordt door een onderdrukking van de drie cellijnen. Wanneer een patiënt anemie (gedaalde rode bloedcellen), neutropenie (gedaalde witte bloedcellen) en trombocytopenie (gedaalde plaatsjes) heeft, zal men enkel de code voor pancytopenie (D61.81) gebruiken. De code **D61.09, Other constitutional aplastic anemia**, wordt gebruikt wanneer de pancytopenie aangeboren is eerder dan het gevolg van een chronische aandoening. Gebruik niet de code D61.81 indien de pancytopenie het gevolg is van, of samen gaat met een aplastische anemie (D61.-), een beenmerg infiltratie (D61.82), een congenitale (zuiver) rode bloedcel aplasie (D61.01), medicatie geïnduceerd is (D61.1), bij hairy cell leukemie (C91.4-), bij HIV ziekte (B20.-), bij leukoerythroblastische anemie (M61.82), bij myelodysplastische syndromen (D46.-), of myeloproliferatieve aandoeningen (D47.1-).

OEFENINGEN 17.3

Codeer de volgende diagnoses en procedures.

1. Aplastische anemie tengevolge van een accidentele blootstelling aan benzeen (volgende opname) T52.1x1D + D61.2
2. Myelophtische anemie D61.82
3. Eerste contact voor anemie tgv chemotherapie D64.81 + T45.1x5A
4. Pancytopenie door methotrexaattherapie voor reumatoïde artritis (eerste contact) D61.811 + T45.1x5A + M06.9

Sikkelcel anemie

Bij het coderen van de sikkelcelanemieën is het belangrijk het onderscheid te kennen tussen de sikkelcelanemie of -ziekte (D57.0-, D57.1-, D57.2-, D57.4- en D57.8-) en de dragers van sikkelcelanemie (D57.3). Sikkelcelanemie is een erfelijke aandoening van de rode bloedcellen; de ziekte wordt overgedragen op het kind wanneer beide ouders het genetisch kenmerk dragen. Men wordt een sikkelcel drager wanneer men het gen slechts erft van één van de ouders. Patiënten die drager zijn zullen zelden de sikkelcel ziekte ontwikkelen; maar zijn wel drager van het kenmerk. Wanneer het patiëntendossier zowel de termen "sikkelcel drager" als "sikkelcel ziekte" bevat zal men enkel de code voor sikkelcel ziekte coderen.

Een code uit de subcategorie D57.0, Hb-SS disease with crisis, of de subcategorie D57.21, Sickle cell/Hb-C disease, wordt gebruikt wanneer er vaso-occlusieve crisissen of andere crisissen aanwezig zijn. Deze subcategorieën worden verder onderverdeeld om het type van de crisis weer te geven, zoals het acuut thorax syndroom (D57.01 of D57.211) of miltsequestratie (miltinfarcering) (D57.02 of D57.212). Indien een aandoening, zoals een cerebrovasculair embol, optreedt, dan zal dit ook erbij gecodeerd worden.

Een ander type van sikkelcelziekte is de sikkelcel thalassemie. Er zijn specifieke codes voorzien voor de sikkelcel thalassemie met crisis (D57.41-) of zonder crisis (D57.40). De codes in de subcategorie D57.41- hebben een bijkomende zesde karakter om het type crisis te specificeren.

Andere sikkelcel aandoeningen zijn de Hb-SD en de Hb-SE ziekte, die onder de subcategorie D57.8 geklasseerd worden. Codes uit de subcategorie D57.8 hebben bijkomende karakters om aan te geven of er al dan niet een crisis aanwezig is van welk type deze is.

Thalassemie is een genetische bloedafwijking dat het gevolg is van een defect in het gen dat de productie van het hemoglobine eiwit controleert. Er zijn verschillende vormen van thalassemie. Elk type heeft verschillende subtypen. Het defectieve gen moet van beide ouders overgeërfd worden wil de persoon de thalassemia maior ontwikkelen. Thalassemia minor heeft men wanneer men slechts de afwijking van één van de ouders overerft. Personen met deze vorm van de afwijking zijn drager van de ziekte en hebben doorgaans geen symptomen. ICD-10-CM heeft unieke codes voor de verschillende vormen van thalassemie, zoals de alfa thalassemie (D56.0), de beta thalassemie (D56.1), de delta-beta thalassemie (D56.2), de thalassemia minor (D56.3), de hemoglobine E-beta thalassemie (D56.5), en de overige thalassemieën (D56.8). Code 56.9, Thalassemia, unspecified, wordt gebruikt wanneer de thalassemie niet geïndiceerd wordt. Het dragen van de kenmerken van thalassemie, niet anders gespecificeerd, wordt gecodeerd met de code D56.3, Thalassemia minor.

OEFENINGEN 17.4

Codeer de volgende diagnoses. Gebruik geen codes om de uitwendige oorzaak weer te geven.

1. Klassieke hemofilie D66

2. Sikkelcel Hb-SS ziekte D57.1
3. Erfelijke sferocytische, hemolytische anemie D58.0
4. Thalassemie D56.9
5. Sikkelcelcrisis met acuut thorax syndroom D57.01

STOLLINGSAFWIJKINGEN

Stollingsafwijkingen worden gekenmerkt door een vertraagde klontervorming. Sommige zijn aangeboren; anderen verworven. D68.31, Hemorrhagic due to intrinsic circulating anticoagulants, is de enige code die een probleem kan zijn voor de codeerder. Dit is een aandoening die het gevolg is van circulerende anticoagulantia in het bloed die interfereren met de normale klontering. Deze anticoagulantia zijn meestal reeds in het bloed aanwezig, zoals bij andere stollingsstoornissen, maar die toevallig verhoogd kunnen geraken door langdurige anticoagulantia therapie. Dit is een eerder zeldzame aandoening des te meer wanneer ze het gevolg is van een antistolling behandeling.

Het bloeden bij patiënten die behandeld worden met Coumadine, heparine of andere antistollingspreparaten, wil niet zeggen dat de stollingsafwijking het gevolg is van de intrinsieke (innerlijke) circulerende antistollingsproducten. In dergelijke situaties gebruikt men de code **T45.515, Adverse effect of anticoagulant**, of de code **T45.525-, Adverse effect of antithrombotic drugs**, om de bijwerking van het toegediende anticoagulans weer te geven, en de code **D68.32, Hemorrhagic disorder due to extrinsic circulating anticoagulants**. De code D68.31- wordt niet toegekend, tenzij de arts duidelijk documenteert dat het gaat over een stollingstoornis ten gevolge van intrinsieke circulerende anticoagulerende stoffen.

Heparine geïnduceerde thrombocytopenie (D75.82) is een van meest ernstige nevenwerkingen van heparine therapie. Heparine wordt wereldwijd gebruikt ter preventie en ter behandeling van stollingsstoornissen. Bij sommige individuen zal het heparine een auto-immun reactie uitlokken waarbij er een ernstige thrombocytopenie als complicatie ontstaat.

Een status van hypercoagulatie verwijst naar een groep aandoeningen die verworven of aangeboren zijn en een verhoogde productie aan thrombine geven. Er is een verhoogde neiging tot bloedklontering, en er kunnen fibrineafzettingen zijn in de kleine bloedvaten. Deze aandoeningen worden in primaire en secundaire vormen ingedeeld. Primaire hypercoagulatie status (D68.5-) is een erfelijke aandoening voor specifieke stollingsfactoren. Secundaire hypercoagulatie status (D68.6-) zijn hoofdzakelijk verworven aandoeningen met voorbeschiktheid aan verhoogde thrombose door middel van complexe mechanismen waarbij er bloedstroomafwijkingen of afwijkingen in de bloedsamenstelling en de vaatwand zijn. Voorbeelden van aandoeningen die aanleiding kunnen geven tot een secundaire hypercoagulatie status zijn neoplasmata, zwangerschap, traumata, myeloproliferatieve aandoeningen, en het antiphospholipid antibody syndroom.

Een verlengde prothrombinetijd of andere verstoorde bloedingstijden worden niet gecodeerd als een stollingsstoornis. Code **R79.1, Abnormal coagulation profile**, wordt gebruikt voor deze abnormale laboratorium bevindingen. Indien een patiënt Coumadine therapie krijgt, zal een verlengde bloedingstijd het verwachte resultaat zijn, en zal dus de code R79.1 hiervoor niet gebruikt worden. Noteer dat Coumadine geen circulerend anticoagulantia is; het induceert een vertraagde stolling door andere mechanismen. Voorbeelden van correcte codering zijn:

- K26.4 + T45.515A Bloedende duodenumzweer tengevolge van Coumadine therapie, eerste contact.
- K29.01 + T45.515D Acute bloedende gastritis door anticoagulantia therapie, volgende contacten.

Volgende voorbeelden demonstreren de codering:

- Een 50 jarige man krijgt Coumadine behandeling en wordt opgenomen met een hematemesis tengevolge van een acute gastritis. Een verlengde prothrombinetijd wordt gemeten, secundair op het anticoagulerend effect van de Coumadine therapie. Code **K29.01, Acute gastritis with bleeding**, wordt gecodeerd; code D68.3- wordt niet gecodeerd omdat er geen stollingsstoornis wordt geïdentificeerd. Er wordt geen code gebruikt om de verlengde bloedingstijd weer te geven omdat dit het verwachte effect is van de Coumadine therapie. Noteer opnieuw dat Coumadine geen circulerend antistollingsproduct is; het induceert een anticoagulatie door middel van andere mechanismen.
- Een patiënt wordt opgenomen na verschillende episodes van hematemesis tengevolge van Coumadine therapie. Er wordt geen significante pathologie weerhouden. De bloedingen verdwijnen na het staken van de Coumadine. Code **K92.0, Hematemesis**, samen met de code **T45.515A, Adverse effect of anticoagulants, initial encounter**, wordt toegekend om aan te geven dat Coumadine de oorzaak is van de bloeding. De code D68.3- wordt ook hier niet gebruikt.

AANDOENINGEN VAN DE PLAATJES

Thrombocytopenie is een deficiëntie aan bloedcellen die het bloed helpen, te klonteren. Post transfusie purpura is het antwoord van de ontvanger die anti-HPA (human platelet antigen) antilichamen gaat aanmaken die de plaatsje vernietigen na een transfusie van bloedproducten van een HPA-positieve donor. Deze antilichamen vernietigen niet alleen de getransfuseerde plaatjes maar de ontvanger zijn eigen plaatsjes ook waardoor er een ernstige thrombocytopenie ontstaat bij HPA-negatieve vrouwen die geïmmuniseerd werden bij een vorige bevalling of door een transfusie. Code **D69.51, Posttransfusion purpura**, is de code voor deze zeldzame aandoening. Code **D69.59, Other secondary thrombocytopenia**, wordt gebruikt voor de thrombocytopenieën die optreden bij dilutie, medicatie, extracorporele circulatie, massieve bloedtransfusie, plaatjes autoimmunisatie en andere secundaire thrombocytopenieën.

AANDOENINGEN VAN DE WITTE BLOEDCELLEN

De witte bloedlichaampjes (leukocyten) spelen een belangrijke rol in het verdedigingssysteem van het lichaam, in de strijd bij infecties. Verschillende aandoeningen hebben een invloed op de witte bloedcellen. Er zijn verschillende types witte bloedcellen (WBC), zoals de neutrofielen, de lymfocyten, de monocyten, de eosinofielen, en de basofielen.

Aandoeningen die de productie van WBC tegenhouden zijn medicatie toxiciteit, vitamine deficiënties, bloedziekten, infecties (virale aandoeningen, tuberculose, tyfus), of afwijkingen in het beenmerg; of de daling kan cyclisch zijn (wisselend in ernst, mogelijks door schommelingen in het bioritme). Antilichamen kunnen de WBC aanvallen omwille van een aandoening of omwille dat bepaalde medicatie het immuunsysteem stimuleert. Pooling van WBC ontstaat bij een uitgebreide infectie, hart-long bypass gedurende hartchirurgie, en bij hemodialyse.

Sommige aandoeningen verhogen de productie van het aantal WBC. Indien alle types WBC hierbij betrokken zijn spreken we van leukocytose. Leukocytose wordt veroorzaakt door infecties, ontstekingen, allergische reacties, nieuwvormingen, erfelijke aandoeningen, of andere wisselende oorzaken – bijvoorbeeld, medicatie zoals cortisone-achtige producten (prednisone), lithium, en niet steroïede anti-inflammatoire substanties. Andere aandoeningen

richten zich op bepaalde types WBC, zoals de neutrofielen, de lymfocyten, en de granulocyten.

Figuur 17.1: De vier belangrijkste types bloedcellen

Aandoeningen, van de WBC worden primair ingedeeld op basis van hun aantal; te veel of te weinig. Daarnaast zijn er meer specifieke codes afhankelijk van het type bloedcel dat aangetast wordt, zoals in volgende voorbeelden wordt aangetoond:

- Een laag aantal neutrofielen of neutropenie (categorie D70) wordt verder ingedeeld als volgt: congenitaal (D70.0), agranulocytose secundair op chemotherapie (D70.1), andere medicatie geïnduceerde agranulocytose (D70.2), neutropenie door infectie (D70.3), cyclische neutropenie (D70.4), overige neutropenie (D70.8), en niet gespecificeerde neutropenie (D70.9).
- Een daling van het aantal WBC (subcategorie D72.81-) wordt als volgt gecodeerd: een daling van de lymfocyten of lymfocytopenie (D72.810); overige daling van WBC waaronder de basofielen, eosinofielen, monocyten, of plasmocyten (D72.818); niet gespecificeerde daling van het aantal WBC (D72.819).
- Een gestegen aantal WBC (subcategorie D72.82-) wordt als volgt geklasseerd: gestegen lymfocyten of lymfocytose (D72.820); monocytose (D72.821); plasmocytose (D72.822); leukemoïde reactie waaronder de basofile, lymfocyte, monocyte, myelocyte, of neutrofiele leukemoïde reactie (D72.823); basofilie (D72.824); bandemie (D72.825); overige gestegen aantal WBC (D72.828); en niet gespecificeerde leukocytose (D72.829).

Het is belangrijk om nog eens aan te geven dat deze codes nooit mogen gecodeerd worden enkel op basis van laboratorium bevindingen. De arts moet deze resultaten interpreteren en bevestigen vooraleer men ze kan coderen.

AANDOENINGEN VAN HET IMMUUNSISTEEM

Categorie D80 tot D89 klasseert verschillende aandoeningen van het immuunsysteem, met uitzondering de aandoeningen die geassocieerd zijn aan HIV, die onder de code B20 gecodeerd worden. De aandoeningen van het immuunsysteem die in dit hoofdstuk besproken worden zijn de volgende categorieën:

- D80 Immunodeficiency with predominantly antibody defects
- D81 Combined immunodeficiencies
- D82 Immunodeficiency associated with other major defects
- D83 Common variable immunodeficiency
- D84 Other immunodeficiencies
- D86 Sarcoidosis
- D89 Other disorders involving the immune mechanism, not elsewhere classified

Sarcoïdose

Sarcoïdose is een aandoening die geleidelijk begint met een abnormale collectie van inflammatoire cellen (granulomen) die nodules vormen in verschillende organen van het lichaam. Sarcoïdose kan symptomloos verlopen of chronisch, en de etiologie ervan is onbekend. De huidige hypothese is dat genetische voorbeschikte personen, sarcoïdose krijgen door een wijziging in het immuun respons na blootstelling aan bepaalde omgevings-, werkomstandigheden, of infectieuze agentia. De granulomen worden het meest in de longen aangetroffen of in de lymfeklieren, maar elk orgaan kan aangetast worden. ICD-10-CM voorziet afzonderlijke codes binnen de categorie D86, Sarcoidosis, voor de meest frequente lichaamsdelen die aangetast kunnen worden, zoals de longen (D86.0), de lymfeklieren (D86.1), de longen en de lymfeklieren (D86.2), de huid (D86.3), de meningen (D86.81), de

craniale zenuwen (D86.82), de uvea van het oog (D86.83), de nieren en de ureters (D86.84), het myocard (D86.85), de gewrichten (D86.86), de spieren (D86.87), en de andere plaatsen zoals de lever (D86.89) of niet gespecificeerd (D86.9).

OEFENINGEN 17.5

Codeer de volgende diagnoses.

1. Congenitale pancytopenie D61.09
2. Cyclische neutropenie D70.4
3. Erfelijke thrombocytopenie D69.42
4. Anemie, neutropenie, thrombocytopenie (pancytopenie)D91.818
5. Autoerythrocyte sensitization purpura - [Het painful bruising syndrome (synoniemen: Gardner-Diamond syndrome, psychogenic purpura, autoerythrocyte sensitization syndroom) is een zeldzaam en onduidelijk syndroom waarbij spontaan bloeduitstortingen (ecchymosen, hematomen) ontstaan die pijnlijk zijn.] D69.2
6. Cel gemedieerde immuundeficiëntie met thrombocytopenie en eczeem D82.0
7. Sarcoïdose van de longen en de lymfeklieren D86.2
8. Pernicieuze anemie van het Addison type D51.0
9. Acute gastritis met bloeding, verslechterd door heparine therapie, eerste contact (tabel: heparine) K29.01 + T45.515A
10. Autoimmuun lymfoproliferatief syndroom D89.82

HOOFDSTUK 18

AANDOENINGEN VAN HET ZENUWSTELSEL EN DE ZINTUIGEN

OVERZICHT

- De aandoeningen van het zenuwstelsel vindt men terug in het hoofdstuk 6 van de ICD-10-CM.
- De aandoeningen van het oog en zijn adnexen vindt men terug in het hoofdstuk 7 van de ICD-10-CM, en de aandoeningen van het oor en het mastoïd vindt men terug in hoofdstuk 8.
- Het gebruik van twee codes is dikwijls noodzakelijk bij de codering van infectieuze aandoeningen van het centrale zenuwstelsel.
- Pijn kan gecodeerd worden door ook de plaats aan te geven.
 - o De codes voor pijn, niet elders geassocieerd (G89), kunnen gebruikt worden bij opnames voor de behandeling en de controle van de pijn.
 - o Indien de oorzaak van de pijn gekend is, doch niet behandeld wordt tijdens de opname, zal die code als nevendiagnose erbij gezet worden.
- Codeerders moeten opletten wanneer zij stuipen coderen als epilepsie. Stuipen hebben verschillende oorzaken en moeten dus toepasselijk gecodeerd worden.
- Andere aandoeningen die in dit hoofdstuk behandeld worden zijn de hemiplegie, de ziekte van Parkinson, de autonome dysreflexie, en de narcolepsie.
- Vele aandoeningen van het perifere zenuwstelsel zijn manifestaties van andere ziekten.
 - o Deze aandoeningen (van het perifere zenuwstelsel) worden als nevendiagnose gezet.
 - o De critical illness polyneuropathy en de critical illness myopathy, bijvoorbeeld, zijn complicaties van een sepsis.
- Oogaandoeningen zijn uiterst moeilijk te coderen, en het verstaan van de terminologie en de volledige diagnostiek is uiterst belangrijk om correct te kunnen coderen.
- Oogaandoeningen en -ziekten in dit handboek omvatten o.a. de cornea letsels (zowel door het licht als door een wonde), de conjunctivitis, het cataract, en het glaucoom.
- Het gehoorverlies kan gecodeerd worden al een verlies aan geleiding, sensorineuraal of een combinatie van beide.

LEERDOELSTELLINGEN

Na het doornemen van dit hoofdstuk bent u in staat om:

- Het onderscheid te kennen tussen het centraal en perifeer zenuwstelsel en de codes voor de twee stelsels in de ICD-10-CM te lokaliseren.
- Te weten hoe u pijn moet coderen.
- Uit te leggen wat er nodig is vooraleer een code voor epilepsie wordt toegekend.
- Verschillende aandoeningen van het zenuwstelsel te coderen.
- De aandoeningen van het oog en het oor te coderen.

TERMEN OM TE KENNEN

Centraal zenuwstelsel

De hersenen en het ruggenmerg.

Geleidingsdoofheid

Gehoorsverlies te wijten aan een probleem van een deel van het oor.

Perifeer zenuwstelsel

Alle elementen van het zenuwstelsel met uitzondering van de hersenen en het ruggenmerg.

Sensorineurale doofheid

Gehoorsverlies te wijten aan een probleem van het sensorische deel van het oor of de gehoorszenuw.

TE HERINNEREN ...

Omwille van legale en persoonlijke redenen wordt de code voor epilepsie enkel toegekend wanneer men zeker is van de diagnose.

INLEIDING

De aandoeningen van het zenuwstelsel worden geklasseerd in hoofdstuk 6 van ICD-10-CM. Aandoening van de ogen en de adnexen worden teruggevonden in hoofdstuk 7 van ICD-10-CM, en de aandoeningen van het oor en het mastoïd in hoofdstuk 8. Omdat het zenuwstelsel een complex systeem is en moeilijk te begrijpen is, is de indeling in twee niveaus misschien een mogelijkheid om het codeerproces te vergemakkelijken.

G00-G47; G80-G99 Het centrale zenuwstelsel (hersenen en ruggenmerg)
G50-G73 Het perifere zenuwstelsel (alle andere zenuwelementen in de rest van het lichaam)

De cerebrale degeneratie, de ziekte van Parkinson, en de meningitis zijn aandoeningen die het centrale zenuwstelsel aantasten. Polineuropathie, myasthenia gravis, en musculaire dystrofie tasten het perifere zenuwstelsel aan. Het perifere zenuwstelsel omvat tevens het autonome zenuwstelsel, dat de activiteiten van de hartspier, de gladde spieren en de klieren regelt.

Figuur 18.1: het zenuwstelsel

INFLAMMATOIRE AANDOENINGEN VAN HET CENTRALE ZENUWSTELSEL

Infectieuze aandoeningen van het centrale zenuwstelsel worden op verschillende manieren geklasseerd, en de codeerder moet verplicht, zorgvuldig, alle instructies van zowel de alfabetische als de systematische index volgen. Het gebruik van twee codes is meermaals nodig, waarbij de code voor het onderliggende lijden eerst wordt gezet, gevolgd door de code voor de manifestatie. Bijvoorbeeld, meningitis door het poliovirus wordt gecodeerd met **A80.9, Acute poliomyelitis, unspecified**, met als manifestatie de code **G02, Meningitis in other infectious and parasitic diseases classified elsewhere**. Bacteriële meningitis door een bepaald organisme zoals Pneumokokken, Streptokokken, en Stafylokokken worden ondergebracht in de categorie G00, met een vierde karakter om het oorzakelijk organisme weer te geven. Codes G00.2-G00.8 vragen ook een bijkomende code om het organisme te specificeren. Men moet goed nagaan of de aandoening moet gecodeerd worden met een code uit het zenuwstelsel, dan wel met een combinatiecode uit het hoofdstuk van de infectie- en parasitaire ziekten, waar zowel de aandoening als het infectieuze organisme samen gecodeerd worden. Bijvoorbeeld wordt de candida meningitis gecodeerd met de code B37.5 en de meningitis door de ziekte van Lyme met de code A69.21, eerder dan met een code uit de categorieën G01 of G02.

OEFENINGEN 18.1

Codeer volgende diagnosen en procedures.

1. Candida meningitis B37.5
2. Encephalitis door poliovirus A80.9 + G05.3

3. Encephalitis door rubella B06.01
4. Herpes Zoster met meningitis B02.1
5. Stafylococcus aureus meningitis G00.3 + B95.6

DE ZIEKTE VAN PARKINSON

De ziekte van Parkinson, ook gekend als parkinsonisme, is een chronische, progressieve aandoening van het centraal zenuwstelsel, gekenmerkt door fijne, traag verspreidende onwillekeurige tremor, posturale (houding) instabiliteit en spierzwakte met rigiditeit. De ziekte van Parkinson codeert men met de code G20 en omvat het primair parkinsonisme.

Secundair parkinsonisme (G21.-) is dikwijls een nevenwerking van therapeutisch toegediende medicatie, waarbij dan een code uit de categorie G21 (bijvoorbeeld, G21.0, G21.11, G21.19) eerst wordt gecodeerd, gevolgd door een code T43.3x5, T43.4x5, T43.505, T43, 595 of T36-T50 met een vijfde karakter "5" als bijkomende code om de oorzakelijke medicatie weer te geven. Secundair parkinsonisme kan ook postencefalitis (G21.3), vasculair (G21.4), anders geïnduceerd (G21.8), of niet gespecificeerd (G21.9) zijn. De ziekte van Parkinson wordt soms ook veroorzaakt door syfilis en in dit geval codeert men het met de code **A52.9, Other symptomatic neurosyphilis**.

DE ZIEKTE VAN ALZHEIMER

De ziekte van Alzheimer is een proces van progressieve atrofie met degeneratie van de zenuwcellen. Deze degeneratie leidt tot mentale veranderingen die gaan van subtiele verstandelijke wijzigingen tot dementie met verlies van de cognitieve functies en geheugenverlies. De ziekte van Alzheimer wordt gecodeerd met de categorie G30 en wordt verder ingedeeld om het ontstaan weer te geven; vroegtijdig begin (G30.0), laat begin (G30.1), overig (G30.8), of niet gespecificeerd (G30.9) begin. Wanneer er een dementie bij aanwezig is, dan codeert men die als nevendiagnose met de code **F02.8, Dementia in conditions classified elsewhere**. Bijvoorbeeld:

G30.9 Ziekte van Alzheimer [zonder enige melding van dementie]
G30.1 + F02.81 Dementie met gedragsstoornissen tengevolge van een laat beginnende ziekte van Alzheimer

EPILEPSIE

Epilepsie is een plots opkomende aandoening van de cerebrale functie, gekenmerkt door herhalende stuipen. Codeerders mogen nooit veronderstellen, dat om het even welke vorm van convulsies of stuipen mag gecodeerd worden als epilepsie; die verschijnselen doen zich ook voor bij tal van andere aandoeningen, zoals hersentumoren, cerebrovasculaire accidenten, alcoholisme, elektrolyten onevenwicht, en koortstoestanden. Grand mal stuipen, bijvoorbeeld, kunnen zich ook voordoen buiten de epilepsie. Omdat de diagnose van epilepsie belangrijke wettelijke en persoonlijke gevolgen kan hebben voor de patiënt, zoals het niet bekomen van een rijbewijs, mag de code voor epilepsie enkel toegekend worden wanneer de arts die diagnose ook uitdrukkelijk stelt. Wanneer de diagnose enkel omschreven wordt met convulsies of stuipen zonder enige identificatie van de oorzaak, zal de code **R56.9, Unspecified convulsions**, gebruikt worden. Wanneer de arts in de anamnese een historiek van stuipen vermeldt, doch dit verder niet weerhoudt in zijn besluit met de relevante diagnoses, zal men nooit dergelijke code gebruiken tenzij dit goed gedocumenteerd wordt door de arts. Noteer dat 'een aandoening met stuipen' en 'herhaalde stuipen' u zal leiden naar epilepsie (G40.909), terwijl de hoofdterm 'stuipen' u naar de code R56.9 brengt.

ICD-10-CM voorziet een vijfde karakter subclassificatie voor de categorie G40, Epilepsy and recurrent seizures, dat toelaat aan te geven of de epilepsie al dan niet behandelbaar is, zoals de arts dat dan ook moet beschrijven. Termen zoals 'farmaca resistent', 'slecht gecontroleerd', 'refractair', en 'therapieresistent' worden aanzien als synoniemen van 'onbehandelbaar'. De codeerder mag deze toestand niet afleiden uit algemene aanwijzingen in het patiëntdossier. Het zesde karakter geeft daarenboven ook weer of het al dan niet gaat om een 'status epilepticus'.

OEFENINGEN 18.2

Codeer de volgende diagnoses. Gebruik geen codes voor de uitwendige oorzaken.

1. De ziekte van Parkinson G20
2. Secundair parkinsonisme door het voorgeschreven Thorazine (een neurolepticum), eerste contact G21.11 + T43.3x5A
3. Refractaire epilepsie, grand mal, met status epilepticus. G40.311
4. Slecht gecontroleerde veralgemeende idiopathische epilepsie. G40.319
5. Onbehandelbare focale epilepsie. G40.119
6. Herhaaldelijke koortsstuipen (convulsies). R56.00
7. Ziekte van Alzheimer met delirium. G30.9 + F05

HOOFDPIJN EN MIGRIANE

Hoofdpijn zonder enige specificatie wordt geklasseerd in het hoofdstuk 18 van ICD-10-CM, onder de code **R51, Headache**. Migraine worden geklasseerd onder de categorie G43, terwijl specifieke hoofdpijnen onder de categorie G44, Other headache syndromes, in hoofdstuk 6, Aandoeningen van het zenuwstelsel, geklasseerd worden.

Migraine is een neurologisch syndroom gekenmerkt door wisselende lichamelijke gewaarwordingen, ernstige hoofdpijnen, en nausea met braken. Ongeveer een derde van de personen die migraine hebben, hebben aura – ongewone visuele, reuk-, of andere sensorische gewaarwordingen als voorloper van de migraine. Volgende termen worden aanzien als equivalent met 'onbehandelbaar': 'farmaca resistent', 'therapie resistent', 'refractair', en 'slecht gecontroleerd'. De status migrainosus verwijst naar een ernstige migraine aanval die langer dan 72 uur duurt. Deze status moet wel door de arts bevestigd worden.

ICD-10-CM deelt de migraine in categorie G43 als volgt in:

- G43.0- Migraine zonder aura
- G43.1- Migraine met aura
- G43.4- Hemiplegische migraine
- G43.5- Persisterende migraineuze aura zonder cerebrale infarctering
- G43.6- Persisterende migraineuze aura met cerebrale infarctering
- G43.7- Chronische migraine zonder aura
- G43.A- Cyclisch braken
- G43.B- Ophthalmoplegische migraine
- G43.C- Periodieke hoofdpijnsyndromen, bij kinderen of volwassenen
- G43.D- Menstruele migraine
- G43.8- Overige migraine
- G43.9- Migraine ongespecificeerd

Specifieke hoofdpijnen worden in hoofdstuk 6 van ICD-10-CM onder categorie G44, Overige hoofdpijnsyndromen, geplaatst:

- G44.0- Cluster hoofdpijnen en overige autonome trigeminus hoofdpijnen
- G44.1 Vasculaire hoofdpijn, niet elders geclassificeerd
- G44.2- Spanningshoofdpijn

- G44.3- Posttraumatische hoofdpijnen
- G44.4- Medicatie geïnduceerde hoofdpijnen, niet elders geclassificeerd
- G44.5- Complexe hoofdpijn syndromen
- G44.8- Overige gespecificeerde hoofdpijn syndromen

Hoofdpijn na een lumbale punctie wordt gecodeerd met de code **G97.1, Other reaction to spinal or lumbar puncture.**

NARCOPLEPSIE

Narcolepsie is een chronische neurologische aandoening gekarakteriseerd door de onmogelijkheid om zowel het slapen als het wakker zijn normaal te regelen. Symptomen zijn uitgesproken slaperigheid overdag, slaapverlamming (verlamming bij het in slaap vallen of het ontwaken), cataplexie (plotse, kortdurende verlamming of spierzwakte), en levendige hallucinaties (levendige droombeelden bij het inslapen). Andere mogelijke symptomen zijn een verstoorde nachtelijke slaap, schokkende benen, nachtmerries, en frequent wakker worden. Er kunnen zich onoverwinbare slaapaanvallen overdag voordoen, onafhankelijk van de hoeveelheid of de kwaliteit van de slaap de nacht ervoor. Dergelijke individuen vallen in slaap op het werk of op school of tijdens het eten, het praten of het rijden.

ICD-10-CM maakt een onderscheid tussen de subcategorie G47.41- (narcolepsie) en G47.42- (narcolepsie in aandoeningen elders geclassificeerd). Het vijfde karakter maakt het onderscheid tussen de narcolepsie met cataplexie (G47.411, G47.421) en zonder cataplexie (G47.419, G47.429).

HEMIPLÉGIE / HEMIPARESE

Hemiplegie is de verlamming van een lichaamszijde. Zij wordt geklasseerd in de categorie G81, met een vijfde karakter om de lichaamszijde aan te geven, alsook of deze zijde al dan niet dominant is.

Wanneer de beschikbare informatie niet aangeeft of de aangetaste zijde al dan niet dominant is, en wanneer de classificatie geen default waarde heeft, zal men volgende regel toepassen: voor patiënten die ambidexter zijn (even vaardig in het gebruik van beide handen) is de default waarde 'dominant'. Indien de linker zijde aangetast is, is de default waarde 'niet dominant'. Indien de rechter zijde aangetast is, is de default waarde 'dominant'. Deze regel is van toepassing voor de codes uit categorie G81, Hemiplegia and hemiparesis, en de subcategorie G83.3, Monoplegia, unspecified.

Hemiplegie, als het gevolg van een cerebrovasculair accident (CVA), lost soms snel op en wordt als voorbijgaande hemiplegie omschreven. Hemiplegie is niet inherent aan een acuut CVA; om die reden zal een code uit de categorie G81, Hemiplegia and hemiparesis, als nevendiagnose erbij gecodeerd worden, als ze zich voordoet. Zelfs wanneer ze verdwijnt zonder behandeling, zal ze de patiëntenzorg beïnvloeden. Elke neurologische afwijking die veroorzaakt wordt door een CVA zal gecodeerd worden, ook al is ze al verdwenen bij ontslag. Wanneer een patiënt later wordt opgenomen met een hemiplegie en een hemiparese als een sequel van een cerebrovasculaire aandoening, zal een code uit de categorie I69 gebruikt worden om aan te geven dat de aandoening een laat gevolg is van een CVA. (Zie hoofdstuk 28 van dit handboek voor meer informatie over de cerebrovasculaire aandoeningen).

Voorbeelden voor het correct coderen van hemiplegie:

- I66.9 + G81.91 Cerebrale trombose met voorbijgaande rechter hemiplegie die opgelost is bij ontslag.
- I66.9 + G81.91 Cerebrale trombose met rechter, dominante hemiplegie

I69.352 Hemiplegie van de linker dominante zijde ten gevolge van een vroeger doorgemaakt CVA
G81.90 + S34.109S Hemiparese als laat gevolg van een oud lumbaal ruggenmerg letsel.

PIJN

Pijn kan gecodeerd worden volgens de plaats van de pijn. Deze codes kunnen teruggevonden worden in het hoofdstuk van de symptomen (bijvoorbeeld, hoofdpijn R51) of in het toepasselijke hoofdstuk per lichaamstelsel (bijvoorbeeld, pijn in het been, M79.609). Codes uit de categorie G89, Pain, not elsewhere classified, kunnen gebruikt worden samen met de codes voor de plaats van de pijn, als de categorie G89 meer informatie geeft over het acuut of chronische karakter van de pijn en de relatie met nieuwvormingen, tenzij anders aangeduid hieronder.

De keuze of de pijn acuut, dan wel chronisch of een chronisch pijnsyndroom is wordt bepaald door de arts. Er wordt geen tijdspanne gedefinieerd om te kunnen spreken van chronische pijn. Wanneer de pijn niet acuut of chronisch, post thoracotomie, postprocedureel of tumor gerelateerd is, gebruikt men geen code uit de categorie G89. Een code uit de categorie G89 zal niet gebruikt worden wanneer de onderliggende (definitieve) diagnose gekend is, tenzij het gaat om een opname voor enkel de pijnbehandeling en niet de behandeling van het onderliggend lijden.

Wanneer er een opname is waarbij de onderliggende aandoening behandeld wordt, zoals een spinale fusie voor de behandeling van rugpijn ten gevolge van een wervelfractuur, zal men de onderliggende oorzaak (bijvoorbeeld, de wervelfractuur) als hoofddiagnose zetten. Er wordt geen code uit de categorie G89 gebruikt.

Opnames voor pijntherapie

Categorie G89 codes kunnen gebruikt worden als hoofddiagnose of eerste diagnose wanneer het enkel gaat om de behandeling van de pijn. Het gaat dus niet voor opnames om de oorzaak van de pijn te zoeken of het onderliggend lijden te behandelen, maar enkel voor de specifieke pijntherapie. In dergelijke situaties, als de onderliggende oorzaak gekend is, zal deze oorzaak als nevendiagnose gecodeerd worden. Als voorbeeld nemen we een patiënt met een verplaatste tussenwervelschijf, met zenuwklemming en ernstige rugpijn die opgenomen wordt voor een injectie in het spinaal kanaal met steroïden. De injectie wordt toegediend om de pijn te bestrijden en niet om de verplaatste discus te behandelen.

Wanneer het gaat over een opname voor pijnbehandeling die gerelateerd is aan, geassocieerd is aan, of te wijten is aan een maligniteit, gebruikt men de code **G89.3, Neoplasm related pain (acute)(chronic)**. De onderliggende nieuwvorming wordt als nevendiagnose erbij gezet. Omdat de neoplasma code voldoende informatie geeft over de lokalisatie moet er geen extra code bij om de plaats van de pijn weer te geven. Wanneer het gaat over een opname waarbij de nieuwvorming behandeld wordt en er is geassocieerde pijn, dan zal de code G89.3 als nevendiagnose gezet worden. Er is geen aanvullende code nodig om de plaats van de pijn weer te geven.

Wanneer het gaat over een opname voor het uitvoeren van een procedure om de onderliggende oorzaak te behandelen, zal die onderliggende oorzaak als hoofddiagnose of eerste diagnose gecodeerd worden. Bijvoorbeeld, indien een patiënt opgenomen wordt voor een spinale fusie om een lumbale spinale stenose te behandelen, gebruikt men de code **M48.06, Spinal stenosis, lumbar region**, als hoofddiagnose. Geen code uit de categorie G89 zal toegekend worden.

Patiënten met chronische pijn waarbij de conservatieve behandelingen gefaald hebben krijgen soms een neurostimulator om de pijn te verminderen. In dergelijke gevallen zal de toepasselijke pijncode als hoofddiagnose, of eerste diagnose, geplaatst worden. Als het gaat over een opname voor een procedure met als doel de onderliggende oorzaak te behandelen, en een neurostimulator wordt ook tijdens die opname geplaatst, zal de code voor de onderliggende oorzaak als hoofddiagnose gezet worden en de code voor de pijn als nevendiagnose.

Indien het over een opname gaat voor een andere reden buiten de pijnbehandeling en de gerelateerde definitieve diagnose voor de pijn kan niet achterhaald worden (bevestigd worden) door de arts, zal men een code gebruiken die de pijn weergeeft volgens lokalisatie, gevolgd door de toepasselijke code uit categorie G89. Indien de definitieve diagnose tenslotte gesteld wordt, zal de die definitieve diagnose gecodeerd worden.

Postoperatieve pijn

Post thoracotomie pijn en andere postoperatieve pijn worden onder de subcategorie G89.1 en G89.2 geklasseerd, afhankelijk of de pijn acuut dan wel chronisch is. De default waarde voor de post-thoracotomie en andere postoperatieve pijn die niet als acuut of chronisch beschreven wordt is de code voor de acute vorm. Postoperatieve pijn te wijten aan een specifieke postoperatieve complicatie (zoals pijnlijke hechtingen) of geassocieerd aan materiaal, implantaten, of enten ter hoogte van de operatieplaats (zoals een pijnlijke heupprothese), worden gecodeerd met de toepasselijke code(s) uit het hoofdstuk 19 van de ICD-10-CM, Injury, Poisoning, and Certain Other Consequences of External Causes. Een code uit de categorie G89 wordt als nevendiagnose erbij gezet om aan te geven dat het gaat om acute dan wel chronische pijn (G89.19 of G89.28).

Postoperatieve pijn kan zowel als hoofddiagnose of eerste diagnose geplaatst worden wanneer de reden voor opname de behandeling is van die postoperatieve pijn. Postoperatieve pijn kan als nevendiagnose geplaatst worden wanneer de patiënt in daghospitalisatie de ingreep ondergaat en een ongebruikelijke of buitensporige hoeveelheid postoperatieve pijn ontwikkelt. Noteer dat de courante, te verwachten postoperatieve pijn onmiddellijk na een ingreep niet gecodeerd wordt.

AUTONOME DYSREFLEXIE

Autonome dysreflexie is een syndroom dat gekenmerkt wordt door een plotse, hoge bloeddruk veroorzaakt door een ongecontroleerde ontlading in het sympathisch zenuwstelsel bij personen met een ruggenmergletsel, meestal ter hoogte of boven het T6 niveau. Alles wat pijn veroorzaakt onder dit niveau lokt een parasympathische reactie uit met bradycardie, wazig zicht, en zweten. De echte autonome dysreflexie is een levensbedreigende aandoening en wordt aanzien als een medische urgentie. Code **G90.4, Autonomic dysreflexia**, wordt gebruikt om dit te coderen. Het is niet nodig om elke manifestatie of symptoom afzonderlijk erbij te coderen. Anders dan bij andere duale codering, waarbij de onderliggende oorzaak eerst wordt gezet, zal in dit geval de code voor de dysreflexie als eerste gecodeerd worden, met een nevendiagnose voor de onderliggende oorzaak, die de oorzaak is van deze levensbedreigende aandoening (bijvoorbeeld, een doorligwonde, een fecale impactie, een urineweg infectie).

HYDROCEFALUS

Normale druk hydrocefalie (NPH) of secundaire NPH kan veroorzaakt worden door elke aandoening die de cerebrospinale vochtstroom blokkeert, zoals een subarachnoïdale bloeding, een hoofdtrauma, een cerebraal infarct, een infectie, een tumor, of postoperatieve complicatie. Gebruik de code **G91.0, Communicating hydrocephalus**, voor de secundaire NPH. Obstructieve hydrocefalie ontstaat secundair op een blokkage in de normale stroom

van het cerebrospinaal vocht doorheen de hersenen. Meestal zal de blokkage het derde en het vierde ventrikel aantasten op het niveau van de aqueductus van Sylvius, ook aqueductus obstructie genoemd, en kan het gevolg zijn van littekenvorming of een tumor. Gebruik de code **G91.1, Obstructive hydrocephalus**, voor deze verworven aandoening. Idiopathische normale druk hydrocefalie (INPH) ontstaat zonder identificeerbare oorzaak. Code **G91.2, (Idiopathic) normal pressure hydrocephalus (INPH)**, wordt gebruikt voor deze verworven hydrocefalie. Indien het patiëntendossier geen uitsluitsel geeft of de hydrocefalie congenitaal dan wel verworven is, codeert men **G91.9, Hydrocephalus, unspecified**.

ENCEFALOPATHIE

Encefalopathie is een algemene term die elke verstoring van de cerebrale functie omschrijft. Het is een zeer brede term en wordt meestal voorafgegaan door verschillende andere termen die de reden, de oorzaak of de speciale condities die leiden tot de hersenverstoring beschrijven. Het is belangrijk die bijkomende termen te weerhouden, want zij zullen u uiteindelijk naar de juiste code leiden. In de literatuur vindt men meer dan 150 verschillende termen die de term 'encefalopathie' voorafgaan of nuanceren – niet alle daarvan worden geklasseerd in hoofdstuk 6 van ICD-10-CM. Enkele van de meest frequente encefalopathieën worden hieronder opgesomd:

- *Anoxische encefalopathie*: hersenschade door gebrek aan zuurstof. Dit type encefalopathie krijgt de code **G93.1, Anoxic brain damage, not elsewhere classified**.
- *Alcoholische encefalopathie*: is een ernstige complicatie van een alcoholische leveraandoening meestal veroorzaakt door excessief drinken gedurende verschillende jaren. Het resultaat is een specifiek verlies van hersenfuncties (vernietiging van hersenweefsel) door thiamine deficiëntie. Alcoholische encefalopathie wordt geklasseerd onder de code **G31.2, Degeneration of nervous system due to alcohol**.
- *Hepatische encefalopathie*: is een hersenbeschadiging ten gevolge van leverlijden, en wordt geklasseerd onder de categorie K72, Hepatic failure, not elsewhere classified.
- **Metabole encefalopathie**: is een tijdelijke of blijvende beschadiging van de hersenen door een gebrek aan glucose, zuurstof of andere metabolieten, of orgaandysfuncties. De symptomen zijn een wisselend bewustzijn, meestal gekenmerkt door een delirium, confusie, of agitatie, en wijzigingen in het gedrag of de persoonlijkheid. Er kunnen ook symptomen zijn als spierstijfheid of rigiditeit, tremor, stupor, of coma. De symptomen kunnen zich snel ontwikkelen en kunnen verdwijnen wanneer de aandoening opgelost geraakt. Gebruik de code **G93.41, Metabolic encephalopathy**, voor deze aandoening. De code G93.41 bevat ook de septische encefalopathie.
- *Toxische encefalopathie*: ook gekend als de toxisch-metabole encefalopathie. Deze encefalopathie is een degeneratieve neurologische aandoening veroorzaakt door de blootstelling aan toxische middelen. Ze bestaat uit verschillende symptomen, gekenmerkt door een gewijzigde mentale status en omvatten geheugenverlies, lichte persoonlijkheidsstoornissen, verlies aan concentratie, onwillekeurige bewegingen, nausea, vermoeidheid, stuipen, problemen met de armkracht en depressie. ICD-10-CM klasseert deze aandoening onder de code **G92, Toxic encephalopathy**. Een code uit de reeks T51-T65 wordt eerst gecodeerd om het oorzakelijk toxisch agens weer te geven.
- *Wernicke's encefalopathie*: omvat de schade aan het centrale zenuwstelsel en het perifere zenuwstelsel veroorzaakt door leveraandoeningen zoals cirrose, hepatitis, malnutritie, en aandoeningen waarbij de bloedstroom volledig de lever ontwijkt (overbrugt). De symptomen kunnen variëren van mild tot ernstig en vertonen verschillende neurologische symptomen waaronder wijzigingen in het bewustzijn, de reflexen en het gedrag. ICD-10-CM klasseert die aandoeningen onder de code **E51.2, Wernicke's encephalopathy**.

- *Ongespecificeerde encefalopathie*: deze wordt toegekend aan de code **G93.40, Encephalopathy, unspecified**.

OEFENINGEN 18.3

Codeer de volgende diagnoses en procedures. Gebruik geen uitwendige oorzaak codes.

1. Chronische onbehandelbare spanningshoofdpijn. G44.211
2. CVA met linker hemiparese. I63.9 + G81.92
3. Ernstige hypertensie en kloppende hoofdpijn ten gevolge van autonome dysreflexie door fecale impactie veroorzaakt. G90.4 + K56.41 + I10
4. Ernstige chronische lage rugpijn door een verplaatste lumbale discus met neuritis tengevolge van een vroeger trauma. Epidurale injectie met steroïden (anti-inflammatoir) wordt gegeven voor de pijn. G89.21 + M54.5 + M51.16 + 3E0S33Z
5. Metabole encefalopathie. G93.41
6. Toxisch-metabole encefalopathie. G92

AANDOENINGEN VAN HET PERIFERE ZENUWSTELSEL

Aandoeningen van het perifere zenuwstelsel worden geklasseerd onder de categorieën G50 tot G73 volgens de aandoeningen en de zenuwen die aangetast zijn. De meeste codes in deze sectie zijn manifestatiecodes van andere aandoeningen en worden dus als nevendiagnose gecodeerd, met eerst het onderliggend lijden.

CRITICAL ILLNESS POLYNEUROPATHIE

Critical illness polyneuropathie is hoofdzakelijk een complicatie van een sepsis en multipel orgaan falen. Het wordt aanzien als het gevolg van een SIRS (systemic inflammatory response syndrome). Synoniemen voor 'critical illness polyneuropathy' zijn 'neruopathy of critical illness', intensieve zorgen neuropathie, en IZ polyneuropathie. Patiënten met dergelijke aandoening vertonen abnormale elektrofysiologische veranderingen met primaire axonale degeneratie van de motorische zenuwbanen. Zij zijn ook ernstig verzwakt en moeilijk te 'weanen' wanneer zij beademd worden. De code voor deze aandoening is **G62.81, Critical illness polyneuropathy**.

CRITICAL ILLNESS MYOPATHY

De critical illness myopathy is ook geassocieerd aan een sepsis. Het is ook een oorzaak die de 'weaning' belemmert, bij mechanische beademing, alsook de oorzaak voor een langdurig herstel na ziekte. Zij wordt ook waargenomen bij het gebruik van neuromusculaire, blokkerende stoffen en corticosteroïden (bij astma en orgaantransplantaties), en bij neuropathie. De code hiervoor is **G72.81, Critical illness myopathy**.

OEFENINGEN 18.4

Codeer volgende diagnoses en procedures

1. Amyloïd polyneuropathie E85.1 + G63
2. Uitsnijden van een neuroma van Morton ter hoogte van de 3P4 en de 4P5 tussenruimte van de linker voet. G57.62 + 01BG0ZZ
3. Een late parese door een geknelde, rechter, nervus ulnaris. G56.21
4. Ernstige perifere polyneuritis door chronisch alcoholisme. G62.1 + F10.20
5. Nutritionele polyneuropathie. E63.9 + G63
6. Tic douloureux. G50.0

AANDOENINGEN VAN HET OOG EN ZIJN ADNEXEN

De classificatie voor de aandoeningen van het oog is sterk uitgebreid, en het verstaan van de gebruikte terminologie is hier dan ook uiterst belangrijk voor de codeerder. Termen die er gelijkaardig uitzien kunnen een totaal andere betekenis hebben. De codeerder moet de gestelde diagnose in het patiëntendossier, volledig en correct verstaan, vooraleer de code wordt toegekend.

Visus beperkingen (H54) worden ingedeeld volgens de ernst, waarbij het slechtste oog eerst wordt genomen en pas dan het beste oog. Indien de onderliggende oorzaak voor de blindheid gekend is, dan wordt die eerst gecodeerd. ICD-10-CM heeft tabellen voor de visus beperkingen zoals die gebruikt worden door de WHO. De term 'lage visus' in categorie H54 omvat de categorieën 1 en 2 van de tabel; de term 'blindheid', de categorieën 3, 4 en 5; en de term 'niet te bepalen visusverlies' de categorie 9. Deze informatie geeft aanwijzingen voor de codeerder, wanneer het patiëntendossier niet alle informatie beschikt, die moet nagevraagd worden bij de arts. Deze richtlijn neemt niet weg dat de arts duidelijke informatie in het patiëntendossier moet noteren. Voorbeelden van codering zijn:

| | |
|--------|--|
| H54.11 | Blindheid, rechter oog, laag zicht linker oog |
| H54.41 | Blindheid, rechter oog, normale visus linker oog |

Soms geven visus problemen een kanteling van het hoofd, dat resulteert in een torticollis of een visus geïnduceerde torticollis. Torticollis is een abnormale houding van het hoofd. Een verlamming van de bovenste en onderste schuine oogspieren maken dat de patiënt zijn hoofd in een bepaalde hoek houdt om de visusstoornis te compenseren. Visuele torticollis wordt gecodeerd door de toepasselijke code voor de oogaandoening, als oorzaak voor de torticollis, bijvoorbeeld nystagmus (H55.-), strabismus (H50.9), verlamming van de vierde hoofdzenuw (H49.1-) eerst te zetten, gevolgd door de code R29.891, Ocular torticollis.

Figuur 18.2: het oog

Cornea letsels

Code H16.13, Photokeratitis, wordt gebruikt voor corneaverbranding door licht, ook ultraviolet keratitis genoemd. Deze aandoening komt voornamelijk voor op hoge hoogte of op fel reflecterende sneeuwvelden of, minder frequent bij een zonne-eclips. Kunstmatige bronnen van ultraviolet licht kunnen ook de oorzaak zijn van een fotokeratitis. Dergelijke bronnen zijn zonnetunnels, lasbogen (lasogen, vlamboog verbranding), flietslampen, verlichting, elektrische vonken, en halogeen lichten op het bureau. Het is altijd een letsel, en de toepasselijke uitwendige oorzaak code moet als nevendiagnose gecodeerd worden, bijvoorbeeld W89, Exposure to man-made visible and ultraviolet light of de code **X32.-, Exposure to sunlight**.

Cornea en cornea-sclerale letsels worden onder S05, Injury of eye and orbit, geklasseerd. Het vierde karakter geeft aan of het gaat om een contusie van de oogbol en orbita weefsels, of er al dan niet een prolaps of verlies is aan intraoculair weefsel, of er al dan niet een penetrerende laceratie is, of er al dan niet een vreemd lichaam aanwezig is, of er al dan niet een avulsie van het oog is, en of er al dan niet een relatie is met andere aandoeningen. Het vijfde karakter geeft aan of het over een niet gespecificeerd oog, het rechter of het linker oog gaat. Een code voor de uitwendige oorzaak wordt er bij gecodeerd. Herstel van de cornea klasseert men onder de codes **08Q8XZZ, Repair right cornea, external approach** of **08Q9XZZ, Repair left cornea, external approach**.

Conjunctivitis

Conjunctivitis (categorie H10) is een ontsteking van de cornea die veroorzaakt kan zijn door een infectie, een allergie of een andere oorzaak. Wanneer de oorzaak van de acute conjunctivitis een chemisch of toxisch agens is, gebruikt men de code H10.21-, met een code uit de categorie T51-T65 die eerst wordt gezet om het chemisch agens weer te geven en het voornemen (bijvoorbeeld, ongeval, moedwillig).

'Giant papillary conjunctivitis', ook wel de contactlens geïnduceerde papillaire conjunctivitis is een frequent voorkomende complicatie bij het dragen van contactlenzen. Het is een ontsteking door een allergische reactie op de contactlenzen. Chronic giant papillary conjunctivitis wordt geklasseerd onder de subcategorie H10.41-. Vernale conjunctivitis (H10.44) is het gevolg van een pollenallergie. Acute toxische conjunctivitis wordt geklasseerd onder H10.21-, met een code uit de reeks T51-T65 om eerst het chemische agens en de intentie weer te geven. Conjunctivitis door chlamydia wordt geklasseerd onder A74.0 of A71.1 wanneer ze het een gevolg is van een trachoom.

Aandoeningen als conjunctivochalasis worden gecodeerd met H11.82-. Dit is een aandoening waarbij er overtollige conjunctiva over de onderste ooglidrand ligt en het onderste punctum lacrimale bedekt. Hierdoor zijn er verschillende symptomen, gaande van een verslechtering van droge ogen in een mild stadium, over een verstoring van de normale tranenvloed in een matig stadium, tot de blootstelling aan ernstige problemen in een ernstig stadium. De behandeling bestaat uit een eenvoudige lokale chirurgische excisie om de symptomen op te lossen.

Code **H16.21-, Exposure keratoconjunctivitis**, wordt gebruikt voor de droge ogen bij de Bell's palsy. Code **H04.12, Dry eye syndrome**, is een code om een aandoening van de traanklieren weer te geven. Code H04.12-, wordt niet gebruikt voor de droge ogen bij de Bell's palsy, waarbij de traanklieren niet betrokken zijn, maar die te wijten is aan de permanente blootstelling aan de lucht omwille van de onmogelijkheid om de ogen te sluiten, tengevolge van een acute facialis paralyse of Bell's palsy.

OEFENINGEN 18.5

Codeer de volgende diagnoses. Gebruik geen codes voor de uitwendige oorzaak.

1. Intermittente monoculaire esotropie van het rechter oog. H50.311
2. Seniel entropion van het bovenste ooglid. H02.034
3. Bilaterale, congenitale, blefaroptosis Q10.0
4. Ectropion door een litteken van het linker bovenste ooglid. H02.114
5. Bilaterale conjunctivochalasis. H11.823

Cataracten

Bij het coderen van de cataracten moet de codeerder vermijden om veronderstellingen te doen over het type cataract, zich baserend op de leeftijd van de patiënt of andere elementen. Een cataract bij een oudere patiënt is niet noodzakelijk een seniel of matuur cataract; de codeerder moet aandachtig de diagnose lezen. Cataracten bij patiënten met diabetes zijn meestal seniele cataracten; een echt diabetes cataract is zeldzaam, en die codering mag maar gebruikt worden als de arts dit duidelijk zo vermeldt.

OEFENINGEN 18.6

Codeer de volgende diagnoses. Gebruik geen codes voor de uitwendige oorzaak.

1. Een echt diabetes cataract bij een type 1 diabetieker. E10.36
2. Beginnend seniel cataract thv het rechter oog en diabetes mellitus type 2. H25.091 + E11.9
3. Myotoon cataract bij de ziekte van Thomsen. G71.12 + H28

4. Steroïd geïnduceerd cataract, bilateraal. Langdurig gebruik van prednisolone voor chronisch obstructief astma H26.33 + T38.0x5S + J44.9 + Z79.52
5. Cataract en mydriase aan het linker oog na een trauma aan dat oog zes jaar geleden
H26.102 + H57.04 + S05.92xS

Glaucoom

Glaucoom is een oogaandoening gekenmerkt door een verhoogde intra-oculaire druk die pathologische veranderingen teweeg brengt in de oogzenuw en een verstoring van het gezichtsveld. Categorie H40, Glaucoma, heeft een derde, vierde of vijfde karakter om het type glaucoom aan te geven, en een vijfde of zesde karakter om het aangetaste oog aan te duiden. Daarenboven moeten de codes in de subcategorieën H40.1-, H40.20-, H40.22-, H40.3-, H40.5-, en H40.6- een zevende karakter krijgen voor het stadium (niet gespecificeerd, mild, matig, ernstig, of niet te bepalen). Gebruik zoveel codes als nodig uit de categorie H40 om het type glaucoom, het aangetast oog en het glaucoomstadium weer te geven.

Het is mogelijk dat de patiënt bilateraal glaucoom heeft, waarbij elk oog hetzelfde of verschillend type hebben, en dezelfde of verschillende glaucoomstadia. Voor deze situatie zijn er specifiek codeerregels. De regels zijn verschillend afhankelijk of er een lateraliteit beschikbaar is (bv. subcategorieën H40.10-, H40.11-, en H40.20-). Tabel 18.1 geeft een overzicht van deze regels.

Wanneer een patiënt opgenomen wordt met een glaucoom en het stadium verslechtert tijdens de opname, dan codeert men enkel het hoogste stadium. Let op om het glaucoom waarbij het stadium niet gespecificeerd wordt (zevende karakter "0") en het glaucoom waarvan het stadium niet kan bepaald wordt (zevende karakter "4") niet met elkaar te verwarren. Het gebruik van "niet te bepalen stadium" kan alleen gebeuren wanneer dit zo gedocumenteerd staat en wordt gereserveerd voor de glaucomen waarvan men het stadium klinisch niet kan bepalen.

Categorie H42, Glaucoma in diseases classified elsewhere, vraagt om de onderliggende oorzaak eerst te coderen, bijvoorbeeld; amyloïdose (E85.-), aniridie (Q13.1), of een specifiek metabole aandoening (E70-E88). Glaucoom bij diabetes mellitus wordt geklasseerd onder het type diabetes (E08-E13) met -.39. Noteer dat glaucoom bij syfilis gecodeerd wordt met de code **A52.71, Late syphilitic oculopathy**, terwijl het tuberculcus glaucoom onder de code **A18.59, Other tuberculosis of eye**, staat.

'Aqueous misdirection' wordt ook als maligne glaucoom beschreven. Er is echter geen maligniteit geassocieerd met dit glaucoom. 'Aqueous misdirection' is een aandoening waarbij er een vochttopstapeling is in de achterste oogkamer, waardoor de lens en de iris naar voor gedrukt worden, en de vochtdrainage afsluiten met stijging van de oogdruk als gevolg. Het is zeer moeilijk om die aandoening te behandelen en meestal moet men chirurgisch ingrijpen. Code **H40.83-, Aqueous misdirection**, wordt voor deze aandoening gebruikt.

Tabel 18.1: Codering van glaucoom

| | | |
|------------------------|--|--|
| Bilateraal glaucoom | Classificatie maakt onderscheid in lateraliteit | Classificatie maakt GEEN onderscheid in Lateraliteit |
| Zelfde type en stadium | Gebruik één code voor het type glaucoom, met het zevende karakter voor het stadium | Gebruik één code voor het type glaucoom, met het zevende karakter voor het stadium |
| | Voorbeeld: bilateraal | Voorbeeld: bilateraal open |

| | | |
|--|---|---|
| | chronisch gesloten hoek glaucoom, mild stadium H40.2231 | hoek glaucoom, mild stadium H40.10x1 |
| Zelfde type, maar verschillend stadium | Gebruik afzonderlijke codes voor het type glaucoom voor de twee ogen, met het zevende karakter het specifieke stadium, eerder dan een gemeenschappelijke code voor beide ogen samen. Voorbeeld: bilateraal chronisch gesloten hoek glaucoom, mild stadium rechts, matig stadium links. H40.2211 + H40.2222 | Gebruik voor elk oog afzonderlijke codes voor het type glaucoom met als zevende karakter het specifieke stadium. Voorbeeld: bilateraal open hoek glaucoom, mild stadium rechts, matig stadium links H40.10x1 + H40.10x2 |
| Verskillend type, maar zelfde stadium | Gebruik de toepasselijke code voor elk oog afzonderlijk i.p.v. één code voor beide ogen samen. Voorbeeld: chronisch gesloten hoek glaucoom, mild stadium links, lage druk open hoek glaucoom, mild stadium rechts. H40.2221 + H40.1211 | Gebruik voor elk oog afzonderlijke codes voor het type glaucoom met als zevende karakter het stadium. Voorbeeld: open hoek glaucoom, mild stadium rechts, primair gesloten hoek glaucoom, mild stadium links H40.10x1 + H40.20x1 |

OEFENINGEN 18.7

Codeer de volgende diagnoses. Gebruik geen codes voor de uitwendige oorzaak.

1. Glaucoom na een achterwaartse dislocatie van de lens door een trauma. H40.51x0 + H27.131
2. Exoftalmie door thyrotoxicose. E05.00
3. Acuut gesloten hoek glaucoom, rechter oog. Chronisch gesloten hoek glaucoom, linker oog. H40.211 + H40.2223
4. Bilateraal, primair open hoek glaucoom. H40.11x2

AANDOENINGEN VAN HET OOR EN HET MASTOID

Hoofdstuk 8 van de ICD-10-CM, Aandoeningen van het oor en het mastoïd, omvat het uitwendige oor (H60-H62), de ziekten van het middenoor en het mastoïd (H65-H75), de aandoeningen van het binnenoar (H80-H83), de overige aandoeningen van het oor (H90-H94), en de intra-operatieve en postprocedurele complicaties en aandoeningen van het oor en het mastoïd niet elders geassocieerd (H95).

Otitis

Otitis is een algemene term voor een infectie of een ontsteking van het oor. De symptomen zijn rillingen, loopoor, oorpijn, oorsuizen, gehoorsverlies, malaise, prikkelbaarheid, jeuk of ongemakken in het oor of de gehoorgang, nausea met braken. Otitis kan zowel het binnenoar als het buitenoor aantasten.

ICD-10-CM klasseert otitis in volgende categorieën op basis van welk onderdeel aangetast wordt, het uitwendige of inwendige oor, en volgens het verloop, plots kortdurend (acuut) of herhaaldelijk voor een langere periode (chronisch):

- H60 Otitis externa
- H61 Andere aandoeningen van het uitwendig oor
- H62 Aandoeningen van het uitwendige oor bij aandoeningen elders geassocieerd
- H65 Niet etterende otitis media
- H66 Etterende en ongespecificeerde otitis media
- H67 Otitis media bij aandoeningen elders geassocieerd

Bij de otitis externa (categorie H60), zijn er bijkomende karakters om de aandoening beter te specificeren, zoals om aan te geven of het om een infectie dan wel om een niet infectie (chemisch, actinisch (door UV licht), reactief, of eczematoid) gaat. Categorie H65, Nonsuppuratieve otitis media, wordt verder ingedeeld om meer informatie te geven over het type, acuut, subacuut, of chronisch, en het soort, sereus, allergisch of mucoïd. Etterende (suppuratieve) en niet gespecificeerde otitis media (H66.-) wordt verder ingedeeld om aan te geven of de aandoening acuut of chronisch is en of er al dan niet een spontane ruptuur aanwezig is van het trommelvlies.

Figuur 18.3: het oor

Doofheid en gehoorverlies

Gehoorverlies kan unilateraal of bilateraal zijn. De meeste gehoorverliezen worden in een van de drie onderdelen ondergebracht:

- Geleiding gehoorverlies (H90.0-H90.2), waarbij er een verstoring is in het geleidingsapparaat van het oor (de zogenaamde geleidingsdoofheid)
- Sensorineuraal gehoorverlies (H90.3-H90.5), waarbij er een verstoring is het sensorieel mechanisme van het oor of de zenuwen.
- Gemengd geleiding en sensorineuraal gehoorverlies (H90.6-H90.8)

Een andere classificatie van het gehoorverlies is volgens de onderliggende oorzaak, zoals:

- Ototoxisch gehoorverlies (H91.0-) veroorzaakt door de inname van toxische substanties. Bij dit type gehoorverlies wordt de code voor het toxische agens (T36-T65) met vijfde of zesde karakter 1-4 of 6 als eerste gecodeerd als het om een vergiftiging gaat. Code T36-T50 met vijfde of zesde karakter "5" wordt als nevendiagnose gezet als het om een bijwerking gaat.
- Presbycusis (H91.1-), of leeftijdsgebonden gehoorverlies met graduele, progressieve daling van het gehoor. Dit wordt als een sensorineuraal gehoorverlies aanzien.
- Plots idiopathisch gehoorverlies (H91.2-), of het plots, onverklaarbaar gehoorverlies.

OEFENINGEN 18.8

Codeer de volgende diagnoses. Gebruik geen codes voor de uitwendige oorzaak.

1. Congenitale atresie van de uitwendige gehoorgang. Q16.1
2. Bilaterale otitis media tengevolge van mazelen. B05.3
3. Bilateraal, sensorieel gehoorverlies. H90.3
4. Bilaterale, gemengde, geleiding en sensorineurale doofheid. H90.6
5. Perforatie van het trommelvlies door een chronisch, etterende, rechter otitis media. H66.3x1 + H72.91
6. Acute, etterende otitis media met spontane scheur van het rechter trommelvlies. H66.011

HOOFDSTUK 19

AANDOENINGEN VAN HET ADEMHALINGSTELSEL

OVERZICHT

- De ademhalingsaandoeningen worden in het hoofdstuk 10 van de ICD-10-CM geklasseerd.
- Pneumonie is de frequentste infectie en wordt op verschillende wijzen gecodeerd.
 - o Wordt gecodeerd in combinatie met het oorzakelijke organisme (gecombineerde code).
 - o Wordt met twee verschillende codes gecodeerd (duale codering).
- Influenza kan afzonderlijk of in combinatie met andere codes gecodeerd worden.
- Chronisch obstructieve longaandoeningen (COPD) wordt altijd veroorzaakt door een andere aandoening.
- Astma wordt gecodeerd met een vierde karakter om het type aan te geven en een vijfde karakter om de exacerbatie of de status astmaticus weer te geven.
- Pleurale vochtuitstortingen zijn meestal inherent aan bepaalde andere aandoeningen. Enkel de code voor het onderliggend lijden wordt gecodeerd.
- Respiratoir falen is altijd het gevolg van een onderliggende aandoening. Het is daarom belangrijk om zowel de hoofddiagnose als de nevendiagnose correct te coderen.
- Acut longoedeem wordt ingedeeld in twee categorieën.
 - o De acute longoedemen van cardiale oorsprong die gecodeerd worden met codes die gerelateerd zijn aan het hartfalen.
 - o De niet cardiogene longoedemen die met verschillende codes kunnen weergegeven worden, zoals bij verdrinking.
- De procedures op het ademhalingsstelsel omvatten een breed gamma aan codes. De procedures gaan over de biopsieën van de luchtwegen of de longen, de ablatie, de thoroscopische-, de open procedures, de mechanische ventilatie, en de andere ademhalingsondersteuning.

LEERDOELSTELLINGEN

Na het doornemen van dit hoofdstuk bent u in staat om:

- De verschillende pneumonieën te coderen die u als codeerder zult tegenkomen.
- De juiste code voor COPD te bepalen gebaseerd op de gedocumenteerde diagnose.
- Te weten wanneer u de code voor respiratoir falen al dan niet als hoofddiagnose zet.
- Te weten hoe u cardiogeen en niet cardiogeen acute longoedemen moet coderen.
- De procedures te coderen die doorgaans gebruikt worden bij respiratoire aandoeningen.

TERMEN OM TE KENNEN

Acut longoedeem

Overmatige vloeistof in het longweefsel of de alveolaire ruimten.

Atelectase

Een collaps van het longweefsel; een integraal deel van een longaandoening.

Bronchospasme

Een plotse contractie van de spiertjes in de wand van de bronchiolen.

COPD

Een chronische obstructieve longaandoening; een algemene term die aandoeningen beschrijft die aanleiding geven tot luchtweg obstructie.

Pleurale vochtuitstorting

Opstapeling van vocht in de pleurale ruimte.

TE HERINNEREN ...

U codeert enkel de bevestigde vogelgriep of influenza A aandoening. Termen zoals “waarschijnlijk” mogen hier niet als bevestigd gecodeerd worden.

INLEIDING

Met uitzondering van de nieuwvormingen en bepaalde majeure infecties, worden de ademhalingsaandoeningen in de categorieën J00 tot J99 van hoofdstuk 10 van de ICD-10-CM geklasseerd. Noteer dat de Streptokokken en de Neisseria zich in de normale flora van de luchtwegen bevinden; hun aanwezigheid wijst dus niet noodzakelijk op een infectie, tenzij er een ernstige ontregeling is. Een respiratoire infectie kan niet afgeleid worden uit een laboratorium resultaat alleen; de arts zijn besluit in het patiëntendossier is noodzakelijk. Wees indachtig dat infectieuze organismen niet altijd door een labo onderzoek kunnen gevonden worden, vooral wanneer de antibioticabehandeling reeds gestart werd; een infectiecode kan toegekend worden zonder laboresultaat, op voorwaarde dat ze bevestigd wordt door de arts.

PNEUMONIE

Pneumonie is een frequente ademhalingsinfectie die op verschillende manieren in ICD-10-CM wordt gecodeerd. Combinatiecodes waarbij de pneumonie en het oorzakelijk organisme wordt weergegeven zitten in hoofdstuk 1 en 10 van de ICD-10-CM. Voorbeelden van pneumoniecodes zijn:

- J15.0 Pneumonie door Klebsiella
- J15.21 Pneumonie door Stafylokokkus aureus
- A02.22 Salmonella pneumonie
- B05.2 Pneumonie na mazelen
- J11.08+ J12.9 Virale pneumonie met influenza

Figuur 19.1: het ademhalingsstelsel

Andere pneumonieën worden gecodeerd als een manifestatie van een onderliggende infectie uit hoofdstuk 1, en twee codes zijn in dit geval noodzakelijk. Voorbeelden van dergelijke duale codering zijn:

- J00 + J17 Pneumonie bij acuut gewrichtsreuma
- B65.9 + J17 Pneumonie door schistosomiasis

Wanneer enkel de diagnose pneumonie gesteld wordt zonder verder specificatie, zal de codeerder de labonderzoeken nakijken of er geen organisme hiervoor verantwoordelijk kan zijn en dit met de arts bespreken om te zien of er geen duidelijkere diagnose kan gerapporteerd worden. Wanneer het organisme niet geïdentificeerd wordt codeert men **J18.9, Pneumonia, unspecified organism**.

Lobaire pneumonie

De diagnose van “lobaire pneumonie” (pneumonie die een bepaalde longkwab aantast) of “multilobulaire pneumonie” (pneumonie die meerdere longkwabben aantast) beschrijft de plaats van de pneumonie en codeert men samen met het oorzakelijke organisme, indien gekend. Indien de arts niet in staat is het oorzakelijke organisme te identificeren dat oorzaak is voor de lobaire of multilobaire pneumonie, dan codeert men J18.1, Lobar pneumonia, unspecified organism. Voorbeelden:

- J13 Linker lobaire pneumokokken penumonie

J15.21 Multilobaire stafylokokken aureus pneumonie
J18.1 Lobaire pneumonie

Interstitiële pneumonie

Interstitiële longaandoeningen zijn een groep fibroserende aandoeningen van ongekende oorsprong met verschillende uitingen, pathofysiologie, en klinisch verloop. Subcategorieën J84.1-J84.9 bevatten verschillende codes voor de verschillende types. Bijvoorbeeld:

J84.112 Idiopathic pulmonary fibrosis
J84.113 Idiopathic non-specific interstitial pneumonitis
J84.114 Acute interstitial pneumonitis
J84.115 Respiratory bronchiolitis interstitial lung disease
J84.116 Cryptogenic organizing pneumonia
J84.2 Lymphoid interstitial pneumonia
J84.89 Bronchiolitis obliterans organized pneumonia

Interstitiële longaandoeningen bij kinderen (subcategorie J84.84-) is zeldzamer dan de interstitiële longaandoeningen bij volwassenen en is typisch geassocieerd met respiratory distress, diffuse infiltraten op RX, en abnormale longhistologie. De codes voor interstitiële longaandoeningen bij kinderen zijn bijvoorbeeld:

J84.841 Neuroendocrine cell hyperplasia of infancy
J84.842 Pulmonary interstitial glycogenosis
J84.843 Alveolar capillary dysplasia with vein misalignment
J84.848 Other interstitial lung diseases of childhood

Indien er niets specifiek wordt gezegd, wordt interstitiële pneumonie in ICD-10-CM geklasseerd onder de code **J84.9, Interstitial pulmonary disease, unspecified**.

Lymfoïde interstitiële pneumonie (J84.2) is een zeldzame aandoening waarbij lymfocyten in de alveolaire ruimten of longblaasjes infiltreren. Het is de meeste frequentste oorzaak voor longaandoeningen na een Pneumocystis infectie bij HIV (humaan immunodeficiëntie virus) positieve kinderen. Ze wordt het meest aangetroffen bij kinderen met een HIV infectie of personen van elke leeftijd met een auto-immuun afwijking.

Plasma cel interstitiële pneumonie is een acute hoogbesmettelijke pneumonie veroorzaakt door Pneumocystis carinii. Ze wordt gecodeerd met de code **B59, Pneumocystosis**. Deze aandoening wordt frequent aangetroffen bij patiënten met AIDS (acquired immunodeficiency syndrome) en is de voornaamste doodsoorzaak bij AIDS patiënten. Wanneer ze geassocieerd is aan AIDS, zal de code B20 eerst gezet worden en daaronder de code B59. Deze pneumonie is echter niet beperkt tot AIDS patiënten; zij kan zich ontwikkelen bij patiënten met een stoornis in het immuunsysteem tengevolge van andere oorzaken, zoals kanker, ernstige malnutritie, en debilitas. Ze kan ook voorkomen bij patiënten die behandeld worden met bepaalde immuunosuppressieva na een orgaantransplantatie of een kankertherapie. Veronderstel nooit dat deze code gebruikt mag worden omdat de toestand van de patiënt ernstig genoeg is om een opname te verantwoorden. Interstitiële pneumonie wordt onder B59 geklasseerd en wordt alleen gebruikt als de arts de diagnose van plasma cel pneumonie, pneumocystosis, or pneumonie veroorzaakt door Pneumocystis carinii stelt.

Veteranen ziekte

Veteranen ziekte (legionairs disease) (A48.1) is een vorm van pneumonie die meestal veroorzaakt wordt door de inhalatie van aerosols die afkomstig zijn van besmet water. Deze ziekte komt meestal geïsoleerd voor en niet altijd als een epidemie. De mortaliteitsgraad van de veteranen ziekte bij een epidemie ligt tussen de 5 tot 30 percent.

Gram-negatieve pneumonie

De gram negatieve pneumonie niet elders geassocieerd staat onder de code **J15.6, Pneumonia due to other aerobic Gram-negative bacteria**, of **J15.8, Pneumonia due to other specified bacteria**, wanneer ze als anaeroob wordt omschreven. Wanneer het organisme geïdentificeerd wordt, zal de alfabetische index een meer specifieke code aanduiden. Een gram negatief organisme is er een die een specifieke kleuring geeft bij labonderzoek en wordt aanzien als een groep organismen die een zorgvuldige behandeling vereisen. Gram positieve pneumonie, niet elders geassocieerd, staat onder de code **J15.9, Unspecified bacterial pneumonia**. Gram positieve pneumonie is eenvoudiger te behandelen en gebruikt minder middelen dan de behandeling van een gram negatieve pneumonie.

Gram negatieve pneumonie komt frequent voor bij gehospitaliseerden, kinderen, ouderen, alcoholiekers, en patiënten met chronische ziekten, in het bijzonder met immunafwijkingen. Deze bacteriën infecteren zelden de longen van gezonde volwassenen. De symptomen van een gram negatieve bacteriële pneumonie zijn gelijkaardig aan die van de gram positieve pneumonie. Nochtans lijken de patiënten met een gram negatieve pneumonie zieker en hun toestand verslechtert snel omdat de bacteriën een snelle destructie geven van het longweefsel. Ongeveer 25 tot 50 procent van de patiënten met een gram negatieve pneumonie sterven, zelfs de behandeling.

Noteer dat de diagnose van een gram negatieve of andere bacteriële pneumonie niet kan verondersteld worden enkel op basis van een labonderzoek of een klinisch onderzoek; enkel de arts kan deze diagnose stellen. De bevindingen kunnen wel helpen om de ernst van de toestand in te schatten en de arts te bevragen naar de correcte diagnostiek.

Aspergillose

Pneumonie door een aspergillose wordt geassocieerd onder de code **B44.9, Aspergillosis, unspecified**. Allergische bronchopneumonie of pulmonaire aspergillosis, komt voor als een eosinofiele pneumonie veroorzaakt door een allergische reactie op de aspergillus schimmel, vooral gevonden op afgestorven bladeren, vogeluitwerpselen, composthopen of ander composterende vegetatie. Code **B44.81, Allergic bronchopulmonary aspergillosis**, wordt gebruikt voor deze allergische aandoening.

Aspiratiepneumonie

Aspiratie- of slikpneumonie is een ernstige vorm van pneumonie veroorzaakt door de inhalatie van voedsel, vloeistoffen, oliën, braaksel, of micro-organismen vanuit de bovenste luchtwegen of de orofaryngeale streek. Pneumonie door de inhalatie van voedsel of braaksel wordt gecodeerd met J69.0, deze door de inhalatie van oliën en ethers met de code J69.1, en deze door de inhalatie van andere vaste stoffen of vloeistoffen met de code J69.8. Pneumonie door de aspiratie van micro-organismen worden geklasseerd onder de bacteriële of virale pneumonie in de categorieën J15 of J12. Patiënten die in het ziekenhuis worden opgenomen vanuit het rusthuis omwille van een pneumonie, hebben meestal een aspiratiepneumonie door de aspiratie van organismen, voornamelijk gram negatieve bacteriën.

Beademingstoestel (ventilator) geassocieerde pneumonie

Pneumonie geassocieerd aan het gebruik van een beademingstoestel wordt gecodeerd met de code **J95.851, Ventilator associated pneumonia**. Daarbij codeert men een code die het organisme weergeeft, indien gekend (B95.-, B96.-, B97.-). Gebruik geen code uit de categorieën J12 tot J18 om het type van pneumonie weer te geven. Bijvoorbeeld, een ventilator geassocieerde pneumonie door *Stafylokokkus aureus* wordt gecodeerd met de code J95.851 en B95.6. De code J95.851 wordt enkel gebruikt wanneer de arts die diagnose

stelt. Zoals voor elke procedurele of postprocedurele complicatie, zal de codering enkel gebaseerd worden op de diagnose en de documentatie van de arts of de relatie tussen de aandoening en de procedure. J95.851 wordt niet gecodeerd voor de patiënten die een pneumonie hebben en die mechanisch beademd worden maar waarbij de arts niet stelt dat die pneumonie geassocieerd is aan die ventilatie. De arts moet bevestigd worden om die relatie eventueel te verduidelijken.

Het is klinisch mogelijk dat een patiënt opgenomen wordt voor een bepaald type pneumonie en die in de loop van de opname een ventilator geassocieerde pneumonie ontwikkelen. De hoofddiagnose is dan wel het type pneumonie waarvoor de patiënt gehospitaliseerd werd (J12-J18), en de code J95.851 wordt dan nevendiagnose.

OEFENINGEN 19.1

Codeer de volgende diagnoses. Gebruik geen codes om de uitwendige oorzaken weer te geven.

1. Lobaire pneumonie met influenza J11.00 + J18.1
2. Pneumonie, van de linker bovenste kwab J15.9
3. Klebsiella pneumonie J15.0
4. Postinfectieuze pneumonie B99.9 + J17
5. Acute pneumokokken pneumonie J13
6. Perihilaire virale pneumonie J12.9
7. Pneumonie door chlamydia, waarbij intermitterende positieve druk beademing gedurende 4u wordt gegeven. (Assistance) J16.0 + 5A09358
8. Aspiratiepneumonie door de inhalatie van braaksel J69.0
9. Plasma cel interstitiële pneumonie door AIDS B20 + B59
10. Pneumonie door pulmonale coccidioidomycosis B38.2

INFLUENZA

ICD-10-CM klasseert de influenza door bepaalde geïdentificeerde influenzavirussen onder de categorie J09. Subcategorie J09.x- wordt verder ingedeeld om een onderscheid te maken tussen de vogelgriep, A/H5N1 influenza, influenza van andere dierlijke oorsprong (niet vogels of varkens), en de varkensgriep. Alle andere influenza virussen worden geklasseerd onder de categorie J10, Influenza due to other identified influenza virus, en categorie J11 voor de influenza door niet geïdentificeerde influenzavirussen.

Influenza in combinatie met om het even welke vorm van pneumonie of bronchopneumonie wordt gecodeerd als influenza met pneumonie (J09.x1-, J10.00-J10.08, en J11.00-J11.08). Bij de code J09.x1, J10.08 en J11.08, gebruikt u ook een code om het type pneumonie weer te geven. Influenza met andere vormen van respiratoire aandoeningen worden geklasseerd onder J09.x2, J10.1, en J11.1 waaronder de bovenste luchtwegen infecties, de laryngitis, de faryngitis, en de pleurale vochtuitstorting. Influenza tast ook andere dan het ademhalingsstelsel aan, zoals het spijsverteringsstelsel (J09.x3, J10.2, en J11.2); en veroorzaakt ook andere aandoeningen zoals de encefalitis, de myocarditis, en de otitis media (J09.x9, J10.81-J10.89, en J11.81-J11.89).

Gelijkaardig aan de codeerregels voor de HIV infecties, zullen de codes uit de reeks J09 en J10 enkel gebruikt worden wanneer ze bevestigd worden als vogelgriep of andere nieuwe influenza A griep, of voor andere geïdentificeerde influenzavirussen. In deze context betekent 'bevestigd' niet dat er een positieve labotest voor vogelgriepvirus of andere nieuwe influenza A virussen moet zijn. Daarentegen moet de arts wel duidelijk die diagnose bevestigen en documenteren in het patiëntendossier.

Noch de subcategorie J09 of J10 zal gebruikt worden wanneer men spreekt over 'waarschijnlijk', 'verdacht op', 'mogelijks', 'gelijkaardig aan', of '?'. Dit is een afwijking op de algemene codeerregel waarbij de codeerder elke verdachte of veronderstelde diagnose als 'gesteld en waar' mag coderen. In dergelijke gevallen gebruikt men een code uit de categorie J11, Influenza due to unidentified influenza virus.

LARYNGITIS EN TRACHEITIS

Categorie J04, Acute laryngitis and tracheitis, heeft unieke subcategorieën voor de laryngitis, tracheitis, en laryngotracheitis; met uitzondering van de acute tracheitis, met en zonder obstructie, waar het onderscheid op codeniveau wordt gemaakt.

De diagnose van supraglottitis kan gecodeerd worden met om het even welke code uit de categorie J04. Het is een infectie van de supraglottische structuren waaronder de tonsillaire streek, de epiglottisplooi, de valse stembanden en de epiglottis. Omdat de infectie alle supraglottisstructuren aantast, is de term "supraglottitis" niet specifiek. Supraglottitis is een acute, levensbedreigende bovenste luchtweg infectie. Niettegenstaande men het hoofdzakelijk bij kinderen ziet kan ze vrij snel fataal zijn bij individuen uit alle leeftijdsgroepen. De ernst zit hem in de oedemateuze opzetting van de epiglottis die de luchtweg verstopt. Subcategorie J04.3 wordt gebruikt voor de supraglottitis wanneer deze term gebruikt wordt en een specifieke infectieplaats niet beschreven wordt; een vijfde karakter wordt gebruikt om de aan- of afwezigheid van een obstructie weer te geven. De codes om de aandoeningen van de supraglottisstructuren te coderen zijn:

- J04.0 Acute laryngitis
- J04.1 Acute tracheitis
 - J04.10 Acute tracheitis zonder obstructie
 - J04.11 Acute tracheitis met obstructie
- J04.2 Acute laryngotracheitis
- J04.3 Supraglottitis, niet gespecificeerd
 - J04.30 Supraglottitis, niet gespecificeerd, zonder obstructie
 - J04.31 Supraglottitis, niet gespecificeerd, met obstructie

Acute obstructieve laryngitis, of de kroep (J05.0), komt vooral voor bij kinderen, gewoonlijk tussen de leeftijd van drie en zes jaar. De symptomen zijn een hoge blafhoest en ademhalingsmoeilijkheden, tengevolge van spasmen of een zwelling van de larynx. Ze kan veroorzaakt worden door de acute infectie (vooral het influenza virus of de difterie bacterie), een allergie, een tumor van de larynx, of een obstructie door het inslikken van een voorwerp.

Acute epiglottitis verwijst naar een ernstige, snel voortschrijdende bacteriële infectie van de bovenste luchtwegen. Symptomen zijn een zere keel, stridor, en ontstoken epiglottis, die kunnen leiden naar een plotse ademhalingsobstructie met mogelijks dood. De aandoening komt vooral voor bij kinderen tussen de leeftijd van twee en zeven jaar. De infectie wordt hoofdzakelijk veroorzaakt door Hemofylus influenza, type B, ofschoon streptokokken soms ook de oorzaak kunnen zijn. Acute epiglottitis wordt gecodeerd met de subcategorie J05.1, met een vijfde cijfer om aan te geven of er al dan niet een obstructie aanwezig is. Beide categorieën J04 en J05 moeten en nevendiagnose hebben (B95-B97) om het infectieus agens weer te geven.

CHRONISCHE OBSTRUCTIEVE LONGAANDOENING

Chronische obstructieve longaandoening (COPD) is een algemene term die een variëteit van aandoeningen beschrijft die resulteren in de obstructie van de luchtwegen. ICD-10-CM klasseert deze aandoeningen onder categorie J44, Other chronic obstructive pulmonary disease. Categorie J44 omvat volgende aandoeningen:

- Astma met chronische obstructieve longziekten
- Chronische astmatische (obstructieve) bronchitis
- Chronische bronchitis met luchtwegobstructie
- Chronische bronchitis met emfyseem
- Chronische emfysemateuze bronchitis
- Chronisch obstructief astma
- Chronische obstructieve bronchitis
- Chronische obstructieve tracheobronchitis

Categorie J44 wordt verder onderverdeeld om aan te geven of het gaat over een acute lage luchtweginfectie (J44.0) of dat er een exacerbatie van de aandoening aanwezig is (J44.1). Indien van toepassing zal een code uit de categorie J45 toegekend worden om het type astma weer te geven. In het geval van de code **J44.0, Chronic obstructive pulmonary disease with acute lower respiratory infection**, zal een bijkomende code gecodeerd worden om de infectie weer te geven. De codes in categorie J44 maken een onderscheid tussen de niet gecompliceerde gevallen (J44.9) en deze in acute exacerbatie (J44.1); Een acute exacerbatie is een verslechtering of een decompensatie van een chronische aandoening. Een acute exacerbatie is niet equivalent aan een infectie op een chronische aandoening, niettegenstaande een exacerbatie wel veroorzaakt wordt door een infectie. Bijvoorbeeld, COPD met een acute bronchitis wordt gecodeerd met de code J44.0, i.p.v. J44.1.

Voorbeelden van termen die vallen onder de code **J44.1, Chronic obstructive pulmonary disease with (acute) exacerbation**, zijn “opstoot”, “in exacerbatie”, “gedecompenseerd”, “acute exacerbatie”, “geëxacerbeerd”, of “niet gecompenseerd”. Wanneer er alleen COPD vermeld wordt, zal de codeerder het patiëntendossier onderzoeken of er geen duidelijkere diagnose kan gecodeerd worden. Code **J44.9, Chronic obstructive pulmonary disease, unspecified**, wordt alleen toegekend wanneer er geen specifiekere diagnose kan gecodeerd worden.

Naast de codes uit categorie J44, kunnen er ook codes toegekend worden die weergeven of er blootstelling is aan tabaksrook (Z77.22), er een historiek is van roken (Z87.891), er een beroepsgebonden blootstelling is aan tabak (Z57.31), er tabaksverslaving is (F17.-), of tabaksgebruik (Z72.0).

Noteer dat het emfyseem zonder chronische bronchitis gecodeerd wordt met de code J43.-, en dat de chronische bronchitis, niet anders gespecificeerd geklasseerd, onder de code J42 staat.

Astma

Astma is een bronchiale overgevoeligheid gekenmerkt door oedeem van de slijmvliezen, samentrekking van de bronchiale spieren, en uitgesproken kleverig slijm. De symptomen van astma zijn, de piepende ademhaling, de kortademigheid niet in verhouding met de inspanning, en hoesten. Enkel een piepende ademhaling is geen astma; code R06.2 wordt in dat geval gebruikt. Astma wordt geklasseerd onder de code J45, met een vierde karakter om de ernst (mild intermitterend, mild persistent, ernstig persistent, overig, en niet gespecificeerd) aan te geven en een vijfde karakter om aan te geven of het om een niet gecompliceerd geval gaat dan wel een status astmaticus of een exacerbatie.

De status astmaticus wordt soms verschillend gedefinieerd, maar over het algemeen gaat het over een patiënt die blijvende piepende ademhaling heeft spijs de klassieke behandelingen of een toestand van een acute astma-aanval waarbij de ernstige obstructie niet kan verholpen worden met de klassieke behandelingsmethoden. Beginnende status astmaticus zijn de patiënten die refractair zijn op behandeling of die niet reageren op de gebruikelijke behandelingen; gevorderde status astmaticus zijn de patiënten die een astma

crisis ontwikkelen dat kan uitmonden in respiratoir falen, met tekenen en symptomen van hypercapnie (teveel koolstofdioxide in het bloed). Het vijfde karakter "2" wordt voor beide typen van status astmaticus gebruikt. Het gebruik van dit vijfde karakter toont aan dat er een medische urgentie is voor de behandeling van dit acuut, ernstig astma. Andere termen die een status astmaticus beschrijven zijn:

- Onbehandelbare astma-aanval
- Refractair astma
- Ernstige, onbehandelbare piepende ademhaling
- Luchtwegobstructie niet te verhelpen met bronchodilatoren
- Ernstige, verlengde astma-aanval

De codeerder mag nooit een status astmaticus veronderstellen zonder een duidelijke aanwijzing van de arts. Een astma omschreven als acuut, gekenmerkt door langdurig onbehandelbaar piepende ademhaling, of astma behandeld door het toedienen van de adrenale corticosteroïden zullen de codeerder opmerkzaam maken dat het kan gaan om een status astmaticus en moet de behandelende arts bevraagd worden.

Exacerbaties van astma zijn acute of subacute episodes van progressieve verslechtering van de kortademigheid, het hoesten, de piepende ademhaling, en de beklemming op de borst of om het even welke combinatie van die symptomen.

Astma gekarakteriseerd door obstructie of gediagnosticeerd samen met COPD wordt geklasseerd onder categorie J44, Other chronic obstructive pulmonary disease. Een astmacode met een vijfde karakter "1" met acute exacerbatie, kan niet samen met een astmacode met vijfde karakter "2", status astmaticus gecodeerd worden. Wanneer er zowel een exacerbatie als een status astmaticus aanwezig is, zal enkel het vijfde karakter "2" gebruikt worden.

Een diagnose van astmatische bronchitis zonder verdere specificatie wordt gecodeerd met J45.9-. Indien de diagnose omschreven wordt als geëxacerbeerd of als een chronische astmatische bronchitis, zal code J44.1 toegekend worden. Een diagnose van astmatische bronchitis met COPD of chronische astmatische bronchitis wordt gecodeerd met de code J44.9. Voorbeelden om astma te coderen volgen hieronder:

| | |
|-----------------|--|
| J45.902 | Astmatische bronchitis met status astmaticus |
| J45.909 | Kinderastma |
| J44.9 + J45.909 | Astma met COPD |
| J44.1 + J45.901 | Chronische astmatische bronchitis met acute opstoot (exacerbatie) |
| J45.909 + F54 | Psychogeen astma |

Bronchospasmen

Bronchospasmen zijn een integraal onderdeel van astma of elke ander type van chronische luchtwegobstructie, zodat geen bijkomende code nodig is om dit weer te geven. Code **J98.01, Acute bronchospasm** wordt alleen gebruikt als de onderliggende oorzaak ervan niet gekend is.

OEFENINGEN 19.2

Codeer de volgende diagnoses. Gebruik geen codes om de uitwendige oorzaken weer te geven.

1. Allergisch astma op huisstof J45.909
2. Chronische bronchitis met gedecompenseerde COPD J44.1
3. Acute exacerbatie van chronische astmatische bronchitis J44.1
4. Emfyseem J43.9
5. Chronisch obstructief longlijden met acute exacerbatie J44.1
6. Emfyseem met chronische obstructieve bronchitis J44.9

7. Mild intermitterend astma met status astmaticus J45.22
8. Acute bronchitis met acute bronchiectasieën J47.1
9. Geperforeerd trommelvlies rechts door influenza met otitis media J11.83 + H72.91
10. Exacerbatie van een ernstig persisterend astma J45.51

ATELECTASE

Atelectase van de long is een frequente bevinding op radiologische opnames van o.a. de borstkast. Het is een aandoening waarbij de longblaasjes leeggelopen zijn. Het kan veroorzaakt worden bij een normale uitademing of bij verschillende medische aandoeningen. Atelectase vermindert de ademhalingsfunctie. Longcollaps is een ernstige aandoening, terwijl een kleine atelectase gewoonlijk weinig invloed heeft toestand van de patiënt of zijn behandeling. Kleine strengen van atelectase worden dikwijls op röntgenbeelden teruggevonden, terwijl zij weinig klinische gevolgen hebben en dan ook niet verder onderzocht of behandeld worden. Code **J98.11, Atelectasis**, mag niet enkel op basis van een medische beeldvorming worden toegekend; ze mag enkel gecodeerd worden als de arts deze aandoening als relevant opneemt in de te registreren aandoeningen voor dat verblijf.

PLEURA VOCHTUITSTORTING

De pleurale vochtuitstorting is een abnormale opstapeling van vocht in de pleurale ruimte. Ze komt voor bij longaandoeningen en andere bepaalde hartaandoeningen, zoals het congestief hartfalen, of bepaalde orgaanaandoeningen. Meestal zitten zij integraal vevat in het onderliggende lijden en wordt de behandeling vooral gericht op dit onderliggende lijden. In dergelijke situaties zal enkel de code van de onderliggende aandoening gecodeerd worden. Soms wordt deze vochtuitstorting afzonderlijk onderzocht door middel van decubitis radiografieën of een diagnostische thoracocentesis. De vochttopstapeling kan behandeld worden door een therapeutische thoracocentese of thoraxdrainage. Wanneer er een behandeling of een specifiek onderzoek is voor de pleurale vochtuitstorting, kan deze als hoofddiagnose gecodeerd worden, of als nevendiaagnose. De pleurale vochtuitstorting die enkel vermeld wordt op de medische beeldvorming wordt niet afzonderlijk gecodeerd.

Pleurale vochtuitstorting door tuberculose staat geklasseerd onder A15.6 tenzij ze het gevolg is van een primaire progressieve tuberculose (A15.7). Pleurale vochtuitstorting door systemische lupus erythematosus wordt gecodeerd met **M32.13, Lung involvement in systemic lupus erythematosus**. Pleurale vochtuitstorting bij hartfalen wordt niet afzonderlijk gecodeerd; men gebruikt enkel de code voor het hartfalen (I50.-). Pleurale vochtuitstorting door influenza staat onder influenza met respiratoire manifestaties (J09.x2, J10.1, of J11.1), met de code **J91.8, Pleural effusion in other conditions classified elsewhere**, om de pleurale vochtuitstorting weer te geven.

Maligne pleurale vochtuitstorting kan ontstaan door verstoorde pleurale, lymfatische drainage door een mediastinale tumor (meestal een lymfoom) en niet omdat er directe tumorinvasie is in de pleuraholte. Maligne pleurale vochtuitstorting codeert men de code J91.0, waarbij de onderliggende nieuwvorming als eerste of als hoofddiagnose gecodeerd wordt.

RESPIRATOIR FALEN

Respiratoir falen is een levensbedreigende aandoening die altijd het gevolg is van een onderliggend lijden. Ze kan het einde van een aandoening zijn of een combinatie van verschillende pathofysiologische processen. Respiratoir falen is het resultaat van zowel acute als chronische aandoeningen die een luchtwegobstructie, parenchymale infiltratie of pulmonaal oedeem veroorzaken. Zij kan het gevolg zijn van elke afwijking in om het even

welke component van het ademhalingstelsel, centraal zenuwstelsel, perifere zenuwstelsel, ademhalingspijpen en borstkasspijpen. De diagnose wordt voornamelijk gebaseerd op arteriële bloedgaswaarden, die sterk kunnen verschillen van individu tot individu, afhankelijk van diverse factoren. De codeerder zal nooit een respiratoir falen veronderstellen zonder enige documentatie van de arts. Respiratoir falen wordt gecodeerd als acuut (J96.0-), chronisch (J96.1-), acuut en chronisch gecombineerd (J96.2-), of ongespecificeerd (J96.9-) en een vijfde karakter specificiert of er al dan niet hypoxie of hypercapnie aanwezig is. Wanneer het respiratoir falen optreedt na chirurgie, zal de code **J95.821, Acute postprocedural respiratory failure**, of de code **J95.822, Acute and chronic postprocedural respiratory failure** gebruikt worden.

Het patiëntendossier zal nauwkeurig moeten nagelezen worden om zowel de codering als de volgorde van het respiratoir falen correct te doen. De codeerder moet zorgvuldig de opnameomstandigheden nagaan om de hoofddiagnose te kunnen bepalen. Code **J96.00, Acute respiratory failure, unspecified whether with hypoxia or hypercapnia**, of de code **J96.230, Acute and chronic respiratory failure, unspecified whether with hypoxia or hypercapnia**, kunnen als hoofddiagnose gebruikt worden als ze de aandoening zijn die na onderzoek aangeduid kan worden als reden voor opname en als de selectie ondersteund wordt door zowel de alfabetische als de systematische index. Respiratoir falen kan als nevendiagnose gezet worden wanneer zij ontstaat tijdens het verblijf.

Wanneer een patiënt opgenomen wordt met een respiratoir falen en een andere acute aandoening (bijvoorbeeld, een myocardinfarct, een aspiratiepneumonie, een cerebrovasculair accident), zal de hoofddiagnose afhangen van de opnamesituatie waarvoor de patiënt gehospitaliseerd wordt. Deze codeerregel houdt hierbij geen rekening of de andere acute aandoening een respiratoire dan wel een niet respiratoire aandoening is. De arts zal bevraagd moeten worden als het patiëntendossier geen duidelijkheid geeft over welke aandoening dan wel de hoofdrede was voor de opname. De codeerregel voor twee of meerdere diagnoses die aan de criteria van hoofddiagnose voldoen kan toegepast worden wanneer zowel het respiratoir falen als een andere acute aandoening tegelijkertijd verantwoordelijk zijn voor de opname in het ziekenhuis. Enkele voorbeelden ter verduidelijking:

VOORBEELD 1: Een patiënt met chronische myastenia gravis gaat in een acute exacerbatie en ontwikkelt een acuut respiratoir falen. De patiënt wordt gehospitaliseerd omwille van het respiratoir falen.

Hoofddiagnose: J96.00 Acuut respiratoir falen, niet gespecificeerd of er hypoxie of hypercapnie aanwezig is

Nevendiagnose: G70.01 Myastenia gravis met (acute) exacerbatie

VOORBEELD 2 : Een patiënt met emfyseem ontwikkelt een respiratoir falen. De patiënt wordt via de spoedopname opgenomen om het respiratoir falen te behandelen.

Hoofddiagnose: J96.00 Acuut respiratoir falen, niet gespecificeerd of er hypoxie of hypercapnie aanwezig is

Nevendiagnose: J43.9 Emfyseem, niet gespecificeerd

VOORBEELD 3: Een patiënt wordt in het ziekenhuis opgenomen met acuut respiratoir falen en hypoxie. De patiënt wordt geïntubeerd en de arts rapporteert dat de patiënt opgenomen werd voor de behandeling van acuut respiratoir falen met hypoxie. De patiënt heeft eveneens een congestief hartfalen.

Hoofddiagnose: J96.01 Acuut respiratoir falen met hypoxie

Nevendiagnose: I50.9 Hartfalen, niet gespecificeerd

Bepaalde ICD-10-CM hoofdstukken hebben specifieke codeerregels (bijvoorbeeld, zwangerschap, vergiftigingen, HIV, pasgeborenen) rond de volgorde van de codes. Deze

codeerregels nemen de overhand boven de code J96.0- of J96.2- regels wanneer het respiratoir falen met een aandoening uit die hoofdstukken wordt gecodeerd.

Voorbeelden hiervan zijn:

VOORBEELD 1: Een patiënte wordt postpartum gehospitaliseerd omdat zij respiratoir falen heeft op een pulmonair embolus.

Hoofddiagnose: O88.23 Thromboembolie in het puerperium

Nevendiagnose: J96.00 Acut respiratoir falen, niet gespecificeerd of er hypoxie of hypercapnie aanwezig is

In dit voorbeeld zal de obstetrische code eerst gecodeerd worden omdat de hoofdstukspecifieke codeerregels zeggen dat hoofdstuk 15 codes de bovenhand hebben op de codes uit de andere hoofdstukken.

VOORBEELD 2: Een patiënt met een overdosis aan cocaïne wordt opgenomen met respiratoir falen.

Hoofddiagnose: T40.5x4A Vergiftiging door cocaïne, niet bepaald, eerste contact

Nevendiagnose: J96.00 Acut respiratoir falen, niet gespecificeerd of er hypoxie of hypercapnie aanwezig is

F14.10 Cocaïne misbruik, niet gecompliceerd

In het voorgaande voorbeeld zal de vergiftiging eerst gecodeerd worden omdat de hoofdstukspecifieke codeerregels zeggen dat deze codes eerst moeten gecodeerd worden, gevolgd door de manifestatiecode. Het acut respiratoir falen is hier de manifestatie van de vergiftiging.

VOORBEELD 3: Een patiënt wordt opgenomen met respiratoir falen door een *Pneumocystis carinii* infectie bij AIDS.

Hoofddiagnose: B20 Humaan immunodeficiëntie virus (HIV) ziekte

Nevendiagnose: J96.00 Acut respiratoir falen, niet gespecificeerd of er hypoxie of hypercapnie aanwezig is

B59 Pneumocystosis

In dit derde voorbeeld wordt HIV eerst gezet omdat de hoofdstuk specifieke codeerregels zeggen dat wanneer een patiënt opgenomen wordt voor een HIV gerelateerde aandoening (in dit geval *Pneumocystis carinii*), de hoofddiagnose B20 moet zijn, gevolgd door alle HIV gerelateerde aandoeningen.

In het geval dat er codeerinstructies staan in de systematische index over de volgorde van de codes, zullen deze ook gevolgd worden voor het respiratoir falen. Enkele voorbeelden:

VOORBEELD 4: Een patiënt wordt opgenomen in het ziekenhuis met een ernstige *Stafylokokken aureus* sepsis en acut respiratoir falen

Hoofddiagnose: A41.01 Sepsis door *Stafylokokkus aureus*

Nevendiagnosen R65.20 Ernstige sepsis zonder septische shock

J96.00 Acut respiratoir falen, niet gespecificeerd of er hypoxie of hypercapnie aanwezig is

De sepsis wordt dus eerst gecodeerd omdat de instructies onder de subcategorie R65.2- zeggen dat de onderliggende infectie eerst moet gecodeerd worden. Daarbij heeft de subcategorie R65.2- een "use additional code (gebruik een bijkomende code)" om de orgaan dysfuncties weer te geven en respiratoir falen (J96.0-) staat in het lijstje. Door deze richtlijnen te volgen zal het respiratoir falen als nevediagnose gezet worden.

ACUUT RESPIRATOIR DISTRESS SYNDROOM

Het acuut respiratoir distress syndroom (ARDS) is een longaandoening dat aanleiding geeft tot lage zuurstofspiegels in het bloed. ARDS kan levensbedreigend zijn omdat organen zoals de nieren en de hersenen zuurstofrijk bloed nodig hebben om correct te kunnen functioneren. ARDS kan ontstaan binnen de 24 tot 48 uur na een letsel (trauma, brandwonde, verdrinking, massieve bloedtransfusie, drug/alcohol misbruik) of een acute ziekte (infectieuze pneumonie, sepsis, acute pancreatitis). ARDS patiënten zijn gewoonlijk kortademig, tachypnoeïsch en soms verward. Langdurige aandoeningen, zoals malaria, kunnen ook ARDS uitlokken, die dan toevallig ontstaat na de aanvang van een bepaald acuut stadium van de infectie. ARDS wordt gecodeerd met de code **J80, Acute respiratory distress syndrome**.

ACUUT LONGOEDEEM

Acuut pulmonaal oedeem is de pathologische toestand waarbij er een overvloedige, diffuse opstapeling is van vocht in de weefsels van de longen en de longblaasjes. Zij wordt in twee groepen ingedeeld die voornamelijk de oorzaak weergeven: het cardiogeen en het niet cardiogeen oedeem.

Cardiogeen longoedeem

Het acuut pulmonair oedeem van cardiogene oorsprong is een manifestatie van hartfalen en daarom geïncludeerd in de volgende codes:

- I50.1 Linker ventriculair falen
- I50.- Hartfalen
- I11.0- Hypertensief hartfalen
- I01.- Reumatische hartaandoeningen, acuut
- I09.81 Reumatisch hartfalen

Longoedeem zit niet in de codes voor acuut myocard infarct (I21.01-I22.9), acute ischemische hartaandoeningen (I24.0-I24.9), of chronische ischemische hartaandoeningen (I25.-). Wanneer er longoedeem aanwezig is naast een hartaandoening of een falen, zal het longoedeem vervat zitten in het linker hartfalen (I50.1) tenzij het hartfalen omschreven wordt als congestief of gedecompenseerd falen, waarbij de meer specifieke code voor congestief hartfalen (I50.2-I50.9) gebruikt zal worden. Longoedeem zit vervat in de code I50.-; zodat geen bijkomende code vereist is.

Niet cardiogeen longoedeem

Niet cardiogeen acuut longoedeem ontstaat in afwezigheid van hartfalen of een andere hartaandoening. Het wordt op verschillende manieren gecodeerd afhankelijk van de oorzaak. Wanneer de oorzaak niet gespecificeerd wordt gebruikt men de code **J81.-, Pulmonary edema**. Wanneer de oorzaak wel gekend is codeert men het als volgt:

- Post bestraling longoedeem (post bestralingspneumonie) is een inflammatie van de longen als nevenreactie op bestralingen. Zij wordt gecodeerd met **J70.0, Acute pulmonary manifestations due to radiation**.
- Longoedeem door chemicaliën, gassen of dampen wordt gecodeerd met J68.1.
- Longoedeem door aspiratie van water bij verdrinking wordt gecodeerd met **T75.1-, Unspecified effects of drowning and nonfatal submersion**.
- Longoedeem door hoge hoogte wordt gecodeerd met **T70.29-, Other effects of high altitude**.
- Acuut longoedeem bij gevallen van drug overdosissen worden geklasseerd als vergiftiging, met de code J81.0 als nevendiagnose. Daarbij codeert men ook de afhankelijkheid of het misbruik van het middel.

Codes die de uitwendige oorzaak weergeven moeten erbij gecodeerd worden om de omstandigheden van deze uitwendige oorzaken weer te geven.

Chronisch longoedeem dat niet verder gespecificeerd wordt en dat niet van cardiogene oorsprong is wordt gecodeerd met **J81.1, Chronic pulmonary edema**, tenzij de alfabetische index of de systematische index het anders bepaalt.

Longoedeem als gevolg van overvulling zoals bij pulmonale fibrose (J84.1), congenitale stenose van de longaders (Q26.8), of pulmonaire veneuze embolen (I26.99), zijn niet cardiogeen. Dergelijke aandoeningen vallen onder J81.0 als ze als acuut worden beschreven of J81.1 als ze als chronisch of niet anders gespecificeerd worden beschreven. Let op dat u die aandoeningen niet verward met aandoeningen die geassocieerd zijn aan een hartaandoening.

CHIRURGISCHE PROCEDURES

Wanneer ICD-10-PCS codes toegekend worden voor de procedures die uitgevoerd worden op het ademhalingstelsel is het belangrijk dat de beschikbare documentatie informatie geeft over de plaats waarop de procedure uitgevoerd wordt. Lichaamsdelen zijn o.a. de specifieke longkwabben (indien beschikbaar) of op zijn minst de informatie over de linker, de rechter of de beide longen. Vele van de kernprocedures beschikken over geen codes voor “niet gespecificeerde” lichaamsdelen, wanneer de plaats (links of rechts) voor de longen, de pleura of het diafragma niet gedocumenteerd wordt. Voorbeelden van dergelijke kernprocedures zijn de “destructie (vernietiging)”, “drainage”, “excisie (uitsnijden)”, “insertion (inbrengen)” en “extirpation (verwijdering)”.

Het is ook belangrijk om de chirurgische toegangswegen goed te verstaan om de correcte ICD-10-PCS code te kunnen selecteren. (Voor de illustraties van dergelijke toegangswegen verwijzen we naar de figuur 8.5). Bijvoorbeeld, de thoracoscopische procedures doet men door het inbrengen van een thoracoscoop in de borstholte via een kleine insnede in de thoraxwand. Thoracoscopische procedures codeert men als een “percutane en endoscopische” toegangsweg. Procedures als “bronchoscopisch” worden uitgevoerd via een bronchoscoop die langs de neus (of de mond), langs de keel tot in de luchtwegen wordt ingebracht. De toegangsweg voor de bronchoscopische procedures is “via natuurlijke of kunstmatige opening, endoscopisch” omdat men met deze procedure de luchtwegen betreedt langs een natuurlijke opening (de neus of de mond) en hierbij gebruik maakt van een endoscoop.

BIOPSIE VAN BRONCHI EN LONGEN

Een endoscopische biopsie van de bronchus gebeurt door het inbrengen van een endoscoop in het lumen van de trachea en de bronchus, waarbij een beetje weefsel wordt genomen voor anatomopathologisch onderzoek. ICD-10-PCS klasseert de biopsiën onder de kernprocedure “excisie” en de qualifier (opmerking) “diagnostic”. Zo zal de endoscopische biopsie van de bronchus van de rechter bovenste longkwab gecodeerd worden met de code **0BB48ZX, Excision of right upper lobe bronchus, via natural or artificial opening endoscopic, diagnostic**.

Een endoscopische biopsie van de long wordt uitgevoerd door de endoscoop langs de hoofdbronchus en de kleine bronchi naar de longblaasjes te brengen. Beide biopsiën kunnen afzonderlijk of in een zelfde tijd uitgevoerd worden, zodat beide codes samen worden gecodeerd. De toegangsweg is ‘via natuurlijke of kunstmatige opening, endoscopisch’. Bijvoorbeeld, de endoscopische biopsie van de rechter long middenkwab wordt gecodeerd

met de code **0BBD8ZX, Excision of right middle lung lobe, via natural or artificial opening endoscopic, diagnostic.**

Een ander type van longbiopsie is de thoracoscopische biopsie. In deze proceduretechniek worden kleine insneden gemaakt in de thoraxwand waardoor een thoracoscoop wordt ingebracht om stukjes longweefsel af te nemen om die dan anatomopathologisch te onderzoeken. De toegangsweg voor deze biopsie is “percutaan, endoscopisch” omdat men doorheen de huid gaat en een endoscoop gebruikt. Bijvoorbeeld, de thoracoscopische biopsie van de rechter long wordt gecodeerd met de code **0BBK4ZX, Excision of right lung, percutaneous endoscopic approach, diagnostic.**

De bronchoalveolaire lavage (BAL), ook “vloeistof biopsie” genoemd, mag niet verward worden met een volledige longspoeling. BAL is een diagnostische procedure uitgevoerd langs een bronchoscoop onder lokale anesthesie. Ze bestaat uit het uitwassen van de longblaasjes en de perifere luchtwegen om aldus weefselcellen te vergaren. BAL wordt gecodeerd met de kernprocedure “drainage” omdat men vocht verwijderd. Bijvoorbeeld, de bronchoalveolaire lavage van de rechter long wordt gecodeerd met de code **0B968ZX, Drainage of right lower lobe bronchus, via natural or artificial opening endoscopic, diagnostic.**

De volledige longlavage is een therapeutische procedure die uitgevoerd wordt voor de pulmonaire alveolaire proteïnose. De procedure wordt uitgevoerd onder algemene anesthesie en mechanische ventilatie. De longen worden gewassen door ze afzonderlijk achtereenvolgens te vullen en de ledigen met een zoutoplossing. De tweede long wordt doorgaans drie tot zeven dagen na de eerste long gewassen. De codering van deze procedure is **3E1F88Z, Irrigation of respiratory tract using irrigating substance, via natural or artificial opening, endoscopic.** Codeer eveneens de uitgevoerde mechanische ventilatie.

LONG ABLATIE

Tumor ablatie is een alternatief voor de chirurgische verwijdering van een longletsel. Ablatie kan gebeuren door middel van extreme warmte, bevriezende chemicaliën (cryoablatie), gefocusseerde ultrasone golven, microgolven of radiofrequente golven. Deze procedures worden typisch uitgevoerd door de interventionele radiologen onder geleiding van medische beeldvorming – zoals computer tomografie (CT), ultrasonografie, of fluoroscopie – en het inbrengen van een sonde direct tot bij het letsel.

ICD-10-PCS klasseert deze ablatie procedures onder de kernprocedure “destructie”, waarmee men bedoelt “de fysische vernietiging van een volledig of een gedeelte van een lichaamsdeel door middel van directe energie, kracht of een vernietigend agens”. ICD-10-PCS codes voor ablatie maken geen onderscheid tussen de verschillende energiebronnen die gebruikt worden voor de ablatie van een letsel. Voorbeelden zijn:

| | |
|---------|--|
| 0B5G0ZZ | Open ablatie van de linker bovenste longkwab |
| 0B5L3ZZ | Percutane ablatie van de linker long |
| 0B5J4ZZ | Thoracoscopische ablatie van de linker onderste longkwab |

De bronchoscopische ablatie (of bronchiale thermoplastie ablatie) van de gladde spieren van de luchtwegen is een procedure die gebruikt wordt om de luchtwegenweerstand, veroorzaakt door die gladde spieren, te verminderen bij astmatische patiënten. De procedure wordt uitgevoerd door middel van een bronchoscoop en een katheter die de radiofrequente golven tot bij de gladde spiercellen van de luchtwegen brengt. Hierdoor verkleint het deel dat vernauwt als reactie op externe stimuli, zoals stof en andere allergenen. Bijvoorbeeld, bronchiale thermoplastische ablatie van de rechter hoofdbronchus wordt gecodeerd met de

code **0B538ZZ**, **Destruction of right main bronchus, via natural or artificial opening endoscopic.**

Andere voorbeelden van frequente longprocedures zijn:

| | |
|---------|--|
| 0BBD4ZZ | Thoracoscopische verwijdering van een letsel van de rechter middenkwab |
| 0BBC0ZZ | Open wigresectie van de rechter bovenkwab |
| 0BTG0ZZ | Open lobectomie van linker bovenkwab |
| 0B9N30Z | Percutane drainage van de rechter pleuraholte |

MECHANISCHE VENTILATIE

Mechanische ventilatie is een proces waarbij het ademhalingsproces van de patiënt ondersteund wordt met een toestel. ICD-10-PCS klasseert de mechanische ventilatie onder de sectie van de extracorporele ondersteuning en verbetering (eerste karakter = 5).

Mechanische ventilatie kan niet invasief zijn wanneer ze plaats heeft op niet invasieve wijze zoals bijvoorbeeld door middel van een gezichtsmasker, een neusmasker, een nasaal hoofdkussen, een mondstuk of een oronasaal masker. ICD-10-PCS klasseert dit type mechanische ventilatie onder de kernprocedure "Assistance (ondersteunen)" omdat ze voldoet aan de definitie "het overnemen van een deel van de fysiologische functie door middel van extracorporele apparaten". Hoofdstuk 5 in deze sectie voorziet waarden voor de duur van de ventilatie, zoals minder dan 24 opeenvolgende uren (waarde = 3), 24-96 opeenvolgende uren (waarde = 4), of meer dan 96 opeenvolgende uren (waarde =5).

Karakter 7, de qualifier, specificeert het type ventilatie met de volgende waarden:

| | |
|---|------------------------------|
| 7 | Continue positieve druk |
| 8 | Intermittente positieve druk |
| 9 | Continue negatieve druk |
| B | Intermittente negatieve druk |
| Z | Geen qualifier |

Enkele voorbeelden zijn:

| | |
|---------|--|
| 5A09357 | Respiratoire ventilatie, minder dan 24 opeenvolgende uren, door middel van continue positieve druk |
| 5A09457 | Respiratoire ventilatie, 24-96 opeenvolgende uren, door middel van continue positieve druk |
| 5A09458 | Respiratoire ventilatie, 24-96 opeenvolgende uren, door middel van intermittente positieve druk |
| 5A09559 | Respiratoire ventilatie, meer dan 96 opeenvolgende uren, door middel van continue negatieve druk |
| 5A0955Z | Respiratoire ventilatie, meer dan 96 opeenvolgende uren |

Mechanische ventilatie wordt als invasief aanzien wanneer ze door middel van invasieve technieken wordt uitgevoerd, zoals met een endotracheale tube of een tracheostomie en de patiënt de mechanische ventilatie ononderbroken krijgt. Een endotracheale tube kan oraal of nasaal geplaatst worden. Indien zowel de intubatie als de tracheostomie tijdens de opname of op de spoeddienst van hetzelfde ziekenhuis, juist voor de opname, wordt geplaatst, zal men deze coderen. Een intubatie of een tracheostomie uitgevoerd voor de opname of in de ziekenwagen juist voor de opname in het ziekenhuis mag niet gecodeerd worden, zelfs al behoort de ziekenwagen tot hetzelfde ziekenhuis.

De codes voor de invasieve mechanische ventilatie worden geklasseerd onder de kernprocedure "Performance (verbetering)" omdat die procedures de volledige fysiologische functie van het ademen door middel van extracorporele toestellen overnemen. Zoals voor de kernprocedures "Assistance (ondersteunen)", zal het 5 de karakter aanwijzingen geven over

de duur van de ventilatie, zoals minder dan 24 opeenvolgende uren (waarde = 3), 24-96 opeenvolgende uren (waarde = 4), of meer dan 96 opeenvolgende uren (waarde = 5).

Enkele voorbeelden zijn:

| | |
|---------|---|
| 5A19054 | Respiratoire ventilatie, eenmalig, niet mechanisch |
| 5A1935Z | Respiratoire ventilatie, minder dan 24 opeenvolgende uren |
| 5A1945Z | Respiratoire ventilatie, 24-96 opeenvolgende uren |
| 5A1955Z | Respiratoire ventilatie, meer dan 96 opeenvolgende uren |

Duur van de mechanische ventilatie

De start voor de berekening van de ventilatieduur begint volgens één van de hieronder beschreven ogenblikken:

- Het moment van de plaatsing van de endotracheale tube in het ziekenhuis of het operatiekwartier, gevolgd door de initiële mechanische ventilatie.
- Het moment van de eerste mechanische ventilatie door de tracheostomie, uitgevoerd in het ziekenhuis of de spoedopname.
- Het opnametijdstip van de patiënt wanneer deze reeds mechanisch geventileerd wordt na een voorafgaandelijk intubatie of tracheostomie.

Een tracheale tube wordt meestal geplaatst om de tracheostomie open te houden voor de mechanische ventilatie. Begin enkel te tellen vanaf het ogenblik dat de mechanische ventilatie initieel wordt opgestart.

Soms moet men de endotracheale tube vervangen omdat er bijvoorbeeld een lek is; het verwijderen en onmiddellijk vervangen wordt aanzien als een onderdeel van de ventilatieduur en onderbreekt de telling niet. Bij sommige patiënten wordt de mechanische ventilatie opgestart met een endotracheale tube maar krijgt dan later een tracheostomie voor verder mechanische ventilatie. De telling voor de ventilatieduur wordt hier niet onderbroken en loopt dus vanaf de eerste opstart met de endotracheale tube.

Eens de toestand van de patiënt gestabiliseerd is moet de patiënt niet langer beademd worden, verschillende afwenningmethoden (weaning) worden dan toegepast om de patiënt gradueel terug zelf te laten ademen. Tijdens deze weaning wordt de patiënt voortdurend gemonitord op elke cardiopulmonale instabiliteit. De weaning periode wordt meegeteld als beademingsduur. Noteer dat niet elke patiënt een weaningsperiode heeft.

De beademing eindigt bij een van volgende mogelijkheden:

- Het verwijderen van de endotracheale tube (extubatie).
- Periodisch beademen bij patiënten met een tracheostomie nadat de weaningperiode afgerond is.
- Het ontslag uit het ziekenhuis of de transfert naar een ander ziekenhuis voor patiënten die nog steeds beademd worden.

Soms kan de toestand van een patiënt, die tijdens zijn verblijf al een beademingsperiode heeft gehad, verslechteren waarbij hij een nieuwe beademingsperiode nodig heeft. Gebruik de vorige regels om de ventilatieduur te berekenen voor deze nieuwe periode. In deze gevallen zal men dus twee codes coderen om elke ventilatieperiode weer te geven.

Wanneer men mechanische ventilatie toepast tijdens een chirurgische ingreep, zal dit niet gecodeerd worden wanneer het een normaal onderdeel is van de ingreep. Als daarentegen de arts documenteert dat de patiënt specifieke problemen krijgt waardoor hij verder moet beademd worden, langer dan voorzien, of wanneer de patiënt weder beademd wordt voor een lange duur na de ingreep, kan het gecodeerd worden. Indien een postoperatieve mechanische beademing langer duurt dan twee dagen, of wanneer de arts duidelijk

documenteert dat de beademing langer duurt dan verwacht, mag men deze coderen. De duur van de ventilatie wordt berekend vanaf de intubatie.

Tracheostomiecomplicaties

De complicaties van een tracheostomie worden geklasseerd onder de subcategorie J95.0 in het hoofdstuk 10 van de ICD-10-CM. De infecties van een tracheostomie staan geklasseerd onder de code J95.02, met een bijkomende code om het type infectie te specificeren en/of een code uit de categorie B95-B97 op het organisme weer te geven, of de sepsis, A40.-, A41.-. Bloedingen uit de tracheostomie codeert men met de code J95.01; malfuncties staan onder de code J95.03; tracheo-oesofageale fistels na tracheostomie krijgen de code J95.04; niet gespecificeerde complicaties staan onder J95.00; andere complicaties onder J95.09.

OEFENINGEN 19.3

De volgende oefeningen geven voorbeelden van aandoeningen die in hoofdstuk 10 van de ICD-10-CM geklasseerd staan. Codeer de volgende diagnoses en procedures. Gebruik geen codes om de uitwendige oorzaken weer te geven.

1. Chronische linker maxillaire sinusitis J32.0
Open, linker totale maxillaire sinusectomie 09TR0ZZ
2. Acute bovenste luchtweginfectie door Pneumokokken J06.9 + B95.3
Koortsstuipen R56.00
3. Scheef neusseptum J34.2
Allergische rhinitis J30.9
Ethmoïdale sinusitis J32.2
Excisie van het neusseptum, percutaan 09BM3ZZ
4. Chronisch longoedeem J81.1
5. Allergische rhinitis door boompollen J30.1
6. Congestief hartfalen met pleuruitstorting I50.9
7. Acuut respiratoir falen door een intracerebrale bloeding I61.9 + J96.00
8. Acute faryngitis door een stafylokokken aureus infectie J02.8 + B95.61
9. Chronische chemische bronchitis door inhalatie van chloordampen J68.4
Bronchoscopische biopsy van de rechter onderste bronchus 0BB68ZX
10. Linker, volledige, spontane recurrenente spanningspneumothorax J93.0
Videogeassisteerde thoracoscopische chirurgische pleurodese van de linker pleura 0B5P4ZZ
11. Opgenomen met een acute respiratoir falen door een acute exacerbatie van COPD J96.00 + J44.1
12. Acute tracheobronchitis door een RSV (respiratory syncytial virus) infectie J20.5
13. Anaerobe gramnegatieve pneumonie J15.8
14. Acute longinsufficiëntie door shock J80
15. ARDS door een hanta virus infectie J80 + B33.4
16. Een geïnfekteerde tracheostomie door een stafylokokken abces in de nek J95.02 + L02.11 + B95.8

HOOFDSTUK 20

AANDOENINGEN VAN HET SPIJSVERTERINGSSTELSEL

OVERZICHT

- De aandoeningen van het spijsverteringsstelsel worden teruggevonden in hoofdstuk 11 van de ICD-10-CM
- Er kunnen verschillende types van gastro-intestinale bloedingen onderscheiden worden. Sommige documentatie beschrijft ook een bloeding op verschillende plaatsen.
- Oesofagitis wordt met spijsvestingstelselcodes gecodeerd, maar oesofagale varices staan bij het bloedvatstelsel.
- Er zijn combinatiecodes voor ulcera om aan te geven of ze bloeden, perforeren, of beide samen. Codeerders moeten in het patiëntendossier nagaan of er één van die zaken aanwezig is.
- Speciale aandacht moet gegeven worden aan de diverticula omdat er gelijkenissen zijn tussen de aandoeningen en hun benamingen.
- Bij de codering van de aandoeningen van de galwegen moet men de plaats kennen van de galsteen.
- Andere galwegenaandoeningen gaan over de wegname van de galblaas.

- Er zijn codes voor adhesies, zowel de intestinale als de peritoneale. Kleine adhesies worden doorgaans niet gecodeerd.
- Breuken worden geklasseerd volgens type en plaats, en combinatiecodes worden gebruikt om geassocieerde zaken weer te geven.
- Diarree wordt veroorzaakt door verschillende aandoeningen. Het is belangrijk om hiervoor de alfabetische index zorgvuldig te raadplegen vooraleer de code toe te kennen.
- Andere frequente digestieve aandoeningen die hier behandeld worden zijn de appendicitis en de constipatie.

LEERDOELSTELLINGEN

Na het doornemen van dit hoofdstuk bent u in staat om:

- Verschillende gastro-intestinale aandoeningen te klasseren.
- Het verschil uit te leggen tussen de termen in verband met diverticulitis.
- Aandoeningen van de galwegen te klasseren.
- Frequent voorkomen spijsverteringsaandoeningen zoals diarree, constipatie en appendicitis te klasseren.

TERMEN OM TE KENNEN

Galwegenstelsel

Een gans netwerk waaronder de galblaas en de galwegen.

Stenen

Stenen zijn samengesteld uit mineralen die zich vormen in een orgaan of een afvoerweg in het lichaam.

Diverticulitis

Een ontsteking van bestaande diverticula.

Diverticulose

De aanwezigheid van een of meerdere diverticula op een bepaalde plaats.

Diverticulum

Een klein zakje of zakopening ter hoogte van een buisvormig of zakvormig orgaan; wordt aanzien als een aandoening; het meervoud is diverticula.

Oesofagitis

Een ontsteking van de binnenzijde van de oesofagus.

Oesofagale varices

Abnormaal uitgezette venen in het laagste deel van de oesofagus.

GI

Gastro-intestinaal; omvat de maag en de ingewanden.

TE HERINNEREN ...

Vele combinatiecodes en exclusie notities worden gebruikt in hoofdstuk 11 van de ICD-10-CM.

INLEIDING

De aandoeningen van het spijsverteringsstelsel staan geklasseerd in het hoofdstuk 11 van de ICD-10-CM. De codeerprincipes van de vorige hoofdstukken van deze handleiding zijn ook van toepassing voorn hoofdstuk 11. Daarbij komen er enkele aandachtspunten voor de combinatiecodes en de vele exclusieverwijzingen in hoofdstuk 11.

GASTRO-INESTINALE BLOEDINGEN

Gastro-intestinale bloedingen uiten zich op verschillende manieren:

- Hematemesis (bloed braken), hetgeen wijst op een bloeding in de bovenste gastro-intestinale tractus.
- Melana (aanwezigheid van donker gekleurd bloed in de stoelgang), hetgeen wijst op een bloeding in zowel de bovenste als de onderste gastro-intestinale tractus.
- Occult bloedverlies (aanwezigheid van bloed in de stoelgang dat alleen in het labo kan gezien worden) hetgeen wijst op een bovenste of onderste gastro-intestinale bloeding.
- Hematochezie (de aanwezigheid van helrood bloed in de stoelgang), hetgeen wijst op een bloeding van de onderste gastro-intestinale tractus.

De meest frequente oorzaken van een gastro-intestinale bloeding zijn maag- en darmzweren en diverticulaire aandoeningen van de darmen. Een diverticulaire bloeding stopt spontaan in ongeveer 80% der gevallen, waarbij de andere 20% een tweede of een derde bloedingsperiode kennen. ICD-10-CM heeft specifieke codes voor gastro-intestinale ulcera, gastritis, angiodysplasie, duodenitis, gastro-duodenitis, ziekte van Crohn, ulceratieve colitis, diverticulosis, en diverticulitis om aan te geven of er al dan niet een hemorragie of bloeding aanwezig is. Voorbeelden hiervan zijn:

K29.01 Acute gastritis met bloeding

K57.13 Diverticulitis van de dunne darm met bloeding

K31.811 Angiodysplastie van het duodenum met bloeding

De codes **K92.0, Hematemesis; K92.1, Melena;** of **K92.2, Gastrointestinal hemorrhage, unspecified**, worden niet toegekend wanneer codes voor bloedingen volgens lokalisatie beschikbaar zijn. Deze codes kunnen alleen gebruikt worden wanneer de arts duidelijk beschrijft dat de bloeding door een andere oorzaak veroorzaakt wordt. Patiënten met een recente gastro-intestinale bloeding worden soms opgenomen voor een endoscopie om de plaats van de bloeding te vinden, maar vertonen op het moment van het onderzoek geen bloeding meer. Als de arts een diagnose stelt op basis van dergelijke historiek of op basis van andere feiten, maakt het niet uit of de bloeding niet meer aanwezig is tijdens de

zorgperiode en kunnen de codes die de bloeding beschrijven of een code uit de reeks K92.0 tot K92.2 wel degelijk gebruikt worden.

Soms spreekt de arts in het patiëntendossier over een gastro-intestinale bloeding terwijl één of meerdere endoscopieën enkel een gastritis, een duodenitis, een oesofagitis, een diverticulose (van het colon), een colonpoliep, e.a. beschrijft. Als de arts de bloeding niet koppelt aan de specifieke aandoening, zal deze moeten bevraagd worden om uit te maken of de bloeding veroorzaakt wordt door één van de beschreven aandoeningen. Als de relatie tussen de bloeding en de aandoening niet gemaakt wordt door de arts zal men de code **K92.2, Gastrointestinal hemorrhage, unspecified**, gebruikt worden. Daarbij zullen de codes voor de endoscopische diagnoses, zonder bloeding gebruikt worden. Enkel de arts kan de koppeling doen tussen de bloeding en de endoscopische bevindingen omdat de bloeding ook door andere zaken kan veroorzaakt zijn. De combinatiecodes kunnen alleen maar gebruikt worden als de arts dit ook zo benoemd. Indien het patiëntendossier bijkomende informatie bevat over de relatie tussen de bloeding en de gastro-intestinale aandoeningen, dan codeert men de toepasselijke aandoening gecombineerd met de bloeding.

Patiënten worden soms onderzocht met een colonoscopie omwille van een rectale bloeding. Indien men interne of externe hemorroïden diagnosticeert waarbij de oorzaak van de bloeding niet daaraan gekoppeld wordt, moet de arts bevraagd worden om te weten of de bloeding veroorzaakt wordt door de hemorroïden dan wel dat deze een toevallige vondst zijn. Indien de hemorroïden een toevallige vondst zijn en niet de oorzaak van de bloeding codeert men **K62.5, Hemorrhage of anus and rectum**, gevolgd door de code voor de hemorroïden, al dan niet gecompliceerd. Als de arts echter een relatie legt tussen de bloeding en de hemorroïden dan gebruikt men de code K64.8, Other hemorrhoids, en K64.4, Residual hemorrhoidal skin tags. "Bloedend" is een niet essentiële modifier onder "hemorroïden" in de alfabetische index en in de inclusietermen voor de codes K64.0-K64.3; om die reden zit de bloeding vervat in de code van de hemorroïden en moet dit niet afzonderlijk gecodeerd worden.

AANDOENINGEN VAN DE OESOFAGUS

Oesofagitis wordt geklasseerd onder de categorie K20, met verschillende specifieke aandoeningen. Eosinofiele oesofagitis wordt gecodeerd met de code K20.0; overige oesofagitis met de code K20.8 en niet gespecificeerde oesofagitis met de code K20.9. Reflux oesofagitis codeert men met de code K21.0, Gastro-esophageal reflux disease with esophagitis. Oesofagitis bij andere aandoeningen van de oesofagus staan geklasseerd onder de categorie K22 als volgt: Ulceratieve oesofagitis zonder bloeding staat geklasseerd onder **K22.10, Ulcer of esophagus without bleeding**, terwijl de ulceratieve oesofagitis met bloeding geklasseerd wordt onder **K22.11, Ulcer of esophagus with bleeding**. Andere oesofagale aandoeningen die onder categorie K22 geklasseerd staan zijn de ulcers van de oesofagus met bloeding en de dyskinesie van de oesofagus, beide staan geklasseerd onder de code K22.4. De Barrett oesofagitis (codes K22.70 tot K22.71-) is een precancereuze aandoening waarbij de normale slijmvliescellen van de oesofagus vervangen worden door epitheelcellen.

Figuur 20.1: Het spijsverteringstelsel

Bloeding van de oesofagus wordt gecodeerd met de code **K22.8, Other specified diseases of esophagus**, tenzij de bloeding veroorzaakt wordt door oesofagale varices. Oesofagale varices worden niet geklasseerd bij de aandoeningen van het spijsverteringstelsel maar onder de aandoeningen van het bloedsomloopstelsel. Zij worden gecodeerd met:

- 185.00 Oesofagale varices zonder bloeding
- 185.01 Oesofagale varices met bloeding

Wanneer oesofagale varices geassocieerd zijn met alcoholische leveraandoeningen, cirrose van de lever, schistosomiasis, toxische leveraandoeningen, of portale hypertensie, moeten er twee codes gebruikt worden waarbij de onderliggende aandoening eerst gecodeerd wordt en een nevendiagnose voor de oesofagale varices (I85.10-I85.11).

Voorbeelden:

| | |
|------------------------|--|
| <u>K74.60</u> + I85.11 | Bloedende oesofagale varices met levercirrose |
| K76.6 + I85.11 | Bloedende oesofagale varices bij portale hypertensie |

De behandeling van oesofagale varices bestaat erin om de oesofagale ader af te binden, hetgeen in de ICD-10-PCS geklasseerd wordt onder de kernprocedure "Occlusion (afsluiten)", waarbij men bedoelt dat "een opening of een lumen van een buisvormig lichaamsdeel volledig afgesloten wordt". Deze procedure kan uitgevoerd worden via open, percutane, of percutane endoscopische toegangsweg. Voorbeelden:

| | |
|---------|--|
| 06L30ZZ | Occlusie van de oesofagale ader, open toegangsweg |
| 06L33ZZ | Occlusie van de oesofagale ader, percutane toegangsweg |
| 06L34ZZ | Occlusie van de oesofagale ader, percutane endoscopische toegangsweg |

Een andere behandeling van de oesofagale varices is de endoscopische injectie van een scleroserend agens of sclerotherapie, hetgeen in ICD-10-PCS geklasseerd staat onder de kernprocedure "Introduction (inbrengen)". Bijvoorbeeld, endoscopische injectie van een scleroserend middel in de varix van de onderste deel van de slokdarm dat gecodeerd wordt met de code 3E0G8TZ, Introduction of destructive agent into upper GI, via natural or artificial opening endoscopic..

ULCERS (zweren) IN DE MAAG OF DE DUNNEN DARM

Er zijn combinatiecodes voor de maag, gastrojejunale, en duodenale ulcers die aangeven of er al dan niet een bloeding, een perforatie, of beide aanwezig is. Deze combinatiecodes maken ook een onderscheid tussen acute en chronische ulcers.

Ulcers van de maag en de dunne darm worden dikwijls beschreven als peptisch ulcus zonder verder specificatie van de plaats. De codeerder zal in het patiëntendossier naar aanwijzingen voor de plaats zoeken; codes uit de categorie K27, Peptic ulcer, site unspecified, zal nooit gebruikt worden wanneer een meer specifieke code kan toegekend worden. Voorbeelden van correcte codering zijn:

| | |
|-------|---|
| K25.5 | Chronische maagzweer met een perforatie |
| K26.5 | Acuut duodenaal ulcus |
| K25.6 | Maagzweer met bloeding en perforatie |

DIEULAFOY LETSELS

Dieulafoy letsels zijn een zeldzame oorzaak van ernstige gastro-intestinale bloedingen. Wanneer een gastro-intestinale bloeding aanwezig is met Dieulafoy letsels, wordt er geen afzonderlijke code voor de gastro-intestinale bloeding erbij gezet omdat die integraal deel uitmaakt van het ziektebeeld. Gebruik de code K31.82 voor de Dieulafoy letsels van de maag of het duodenum en de code K63.81 voor de Dieulafoy letsels van de darm.

Code K22.8 wordt gebruikt voor de Dieulafoy letsels van de oesofagus. Dieulafoy letsels van de oesofagus veroorzaken typische ernstige bloedingen. Endoscopische adrenaline injecties worden soms uitgevoerd om de bloedingen te stoppen.

OEFENINGEN 20.1

Codeer de volgende diagnoses en procedures. Gebruik geen codes om de uitwendige oorzaken te coderen.

1. Acute maagzweer met massieve gastrointestinale bloeding K25.0
Exploratieve laparotomie met resectie van de pylorus en end-to-end anastomose
ODT70ZZ
2. Ulcus duodenale met perforatie en bloeding K26.6
3. Penetrerende maagzweer K25.5
Open resectie van de oesofagogastrische junctie (subtotale gastrectomy) met oesofagale anastomose ODT40ZZ
Vagotomie 008Q0ZZ
4. Bloedende maagzweer K25.4
5. Gastro-intestinale ulceratieve mucositis door hoge dosissen chemotherapie die gegeven wordt voor een multipel myeloom, volgende contacten K92.81 + T45.1X5D + C90.00
6. Bloeding uit een Dieulafoy letsel thv het duodenum. Endoscopische intralesionale injectie van epinefrine om de bloeding te stelpen. K31.82 + 3E0G8TZ
7. Verstopte jejunostomiesonde. Verwisselen van de jejunostomie katheter (Malfunction) K94.13 + 0D2DXUZ

COMPLICATIES VAN DE KUNSTMATIGE OPENINGEN VAN HET SPIJSVERTERINGSSTELSEL

Complicaties van een colostomie, en enterostomie, een gastrostomie, of een oesofagostomie worden geklasseerd onder de categorie K94, Complications of artificial openings of the digestive system, veeleer dan onder de complicaties van chirurgische en medische zorg (categorieën T80-T88).

Complicaties van een colostomie en enterostomie

De complicaties van de colostomie worden geklasseerd onder de subcategorie K94.0, Colostomy complications. Voorbeelden:

K94.01 Colostomie bloeding

K94.03 Malfunction van de colostomie

K94.12 + L03.311 Cellulitis van de buikwand veroorzaakt door een complicatie van een enterostomie

Complicaties van een gastrostomie en oesofagostomie

Code K94.32 wordt gebruikt voor een infectie van een oesofagostomie. Een bijkomende code wordt gebruikt om de infectie te specificeren. Code K94.33 wordt gebruikt voor de slecht werkende (malfunction) van de oesofagostomie, zoals bijvoorbeeld een mechanische complicatie.

De mechanische complicatie van een gastrostomie wordt gecodeerd met de code K94.23. Code K94.22 gebruikt men voor de infectie van een gastrostomie. Bijkomende codes worden toegekend om het type van de infectie weer te geven, zoals een cellulitis van de abdominale wand (L03.311) of een sepsis (A40.-, A41.-), indien die informatie aanwezig is in het patiëntendossier.

DIVERTICULOSE EN DIVERTICULITIS

Een divertikel is een uitstulping of een zakvormig, open aanhangsels van een buisvorming of zakvormig orgaan, zoals de oesofagus, de darm, of de urineblaas. Diverticulose is de aanwezigheid van één of meerde diverticula op de omschreven plaats; diverticulitis is de ontsteking van bestaande diverticula. Een diagnose van diverticulitis veronderstelt dus de aanwezigheid van diverticula; slechts enkel de code voor de diverticulitis wordt toegekend,

zoals weergegeven in de alfabetische index, zelfs al beschrijft de arts beide aandoeningen (diverticulitis en diverticulose) in zijn besluiten. Voorbeelden van correct coderen zijn:

- K57.10 Diverticulose van het duodenum
- K57.12 Diverticulose en diverticulitis van het duodenum
- K57.13 Diverticulitis van het jejunum met bloeding
- K57.20 Diverticulitis van het caecum met een abces

ICD-10-CM veronderstelt dat een niet gespecificeerde diverticulose een aandoening is van de darmen.

Congenitale versus verworven diverticula

Diverticula kunnen zowel verworven als congenitaal zijn. Voor bepaalde plaatsen zal ICD-10-CM er van uitgaan dat de aandoening congenitaal is tenzij anders gespecificeerd; op andere plaatsen, veronderstelt men dat de aandoening verworven is. Bijvoorbeeld, diverticula van het colon worden als verworven verondersteld tenzij men ze als congenitaal specificeert; terwijl de diverticula van de oesofagus als congenitaal verondersteld worden tenzij anders gespecificeerd. De alfabetische index (volume 2) lijst de toegangspoorten voor de diverticula van het colon en de oesofagus op als volgt:

- Diverticulum, diverticula ... K557.90 ...**
- colon – See Diverticulosis, intestine, large ...
- congenital Q43.8 ...
- esophagus (congenital) Q39.6
- acquired (epiphrenic)(pulsion)(traction) K22.5 ...
- Meckel's (displaced)(hypertrophic) Q43.0

Verworven diverticula van de oesofagus worden meestal beschreven volgens het type divertikel (pulsie of tractie divertikel) of het deel van de oesofagus dat ingenomen is (faryngo-oesofagaal, midden oesofagus of epiferisch). Deze indelingen beïnvloeden niet de codering; allen worden gecodeerd met de code **K22.5, Diverticulum of edophagus, acquired**.

Bijvoorbeeld:

- K22.5 Epifrenische diverticula van de oesofagus
- K22.5 Tractiedivertikel van het middelste deel van de oesofagus

PROCEDURES VAN HET SPIJSVERTERINGSSTELSEL

Er zijn twee ICD-10-PCS codeerregels die belangrijk zijn bij het coderen van de procedures van het spijsverteringsstelsel. De eerste regel gaat over de algemene regel van de lichaamsdelen “bovenste spijsverteringsstelsel” en “onderste spijsverteringsstelsel” die men kan kiezen bij de kernprocedures “Change”, “Inspection”, “Removal”, en “Revision”. De bovenste spijsverteringstractus omvat de gastro-intestinale tractus vanaf de oesofagus tot en met het duodenum, terwijl de onderste gastro-intestinale tractus het jejunum tot het rectum en de aars omvat. Bijvoorbeeld, bij de kernprocedure “Inspection” (tabel ODJ), wordt de inspectie van het jejunum gecodeerd als lichaamsdeel “lower intestinal tract”.

De tweede regel (niet beperkt tot het gastro-intestinaal stelsel) is dat de anastomose van een buisvormig orgaan niet afzonderlijk gecodeerd wordt. Zoals aangegeven in hoofdstuk 10 van dit handboek, worden de operatieve toegangswegen en het sluiten van een procedure niet afzonderlijk gecodeerd. Dus wanneer bijvoorbeeld het colon sigmoïdeum wordt weggesneden en waarbij het colon aan het rectum wordt genaaid, codeert men die anastomose niet.

AANDOENINGEN VAN DE GALWEGEN

Acute en chronische cholecystitis zonder galsteen wordt geklasseerd in de categorie K81, met bijkomende karakters om aan te geven of de aandoening acuut (K81.0), chronisch

(K81.1), zowel acuut en chronisch (K81.2), of niet gespecificeerd (K81.9) is. Er zijn combinatiecodes voor cholecystitis, cholelithiasis en choledocholithiasis om het mogelijk te maken deze gerelateerde aandoeningen weer te geven met slechts één code. Deze codes vindt men terug in drie groepen: galblaasstenen (K80.0- tot K80.2-), galwegstenen (K80.3- tot K80.5-), en stenen in zowel de galblaas als de galwegen (K80.6- tot K80.7-).

Binnen de K80.0-, K80.1-, K80.2-, K80.4-, K80.6- en K80.7- groepen, geeft het vierde karakter weer of er een associatie is met de cholecystitis. In de subcategorie K80.3 zal het vierde karakter aanduiden of er een cholangitis aanwezig is, i.p.v. een cholecystitis, terwijl het vierde karakter in de subcategorie K80.5 aangeeft dat er noch cholangitis, noch cholecystitis aanwezig is. De codes K80.66 en K80.67 zijn combinatiecodes die zowel de stenen in de galblaas en de galwegen als de acute en chronische cholecystitis weergeven. Het vijfde karakter in categorie K80, Cholelithiasis, beschrijft de al dan niet aanwezige obstructie.

Codes **K82.0, Obstruction of galbladder**, en **K83.1, Obstruction of bile duct**, worden alleen gebruikt wanneer er een obstructie is maar zonder stenen.

Cholesterolose

Cholesterolose is een aandoening gekenmerkt door abnormale afzetting van cholesterol en andere vetten in de wand van de galblaas. Wanneer het in diffuse vorm voorkomt spreekt van een aardbeigalblaas. Deze diagnose wordt meestal gesteld door de anatomopatholoog en is een toevallige vondst zonder klinisch belang. Deze aandoening wordt niet gecodeerd als er andere galblaaspathologie aanwezig is.

Postcholecystectomie syndroom

Postcholecystectomie syndroom (K91.5) is een aandoening waarbij symptomen suggestief voor galwegenaandoeningen persisteren of zich ontwikkelen na een cholecystectomie zonder aantoonbare afwijking (zelfs na onderzoek). Een postoperatieve complicatie code uit de reeks T80-T88 reeks wordt niet toegekend met de code K91.5. Cholecystectomie

Een cholecystectomie (het wegsnijden van de galblaas) is ofwel volledig (kernprocedure “Resection”) of partieel (kernprocedure “Excision”) en kan uitgevoerd worden zowel langs open weg (open toegangsweg); doorheen een kleine insnede (percutane toegangsweg); of doorheen een kleine, weinig invasieve laparoscopisch insnede (percutane endoscopische toegangsweg) (voor de illustraties verwijzen we naar de figuur 8.5). Wanneer een cholecystectomie gecodeerd wordt, zal de codeerder het operatieverslag nalezen om uit te maken of de galwegen exploreerd worden of ingesneden worden voor het verwijderen van stenen of om een obstructie op te heffen alsook om te weten of er een intra-operatief cholangiogram werd uitgevoerd (percutane endoscopische toegangsweg). Verwijderen van galstenen

Galstenen kunnen op verschillende manieren verwijderd worden. Een cholecystectomie verwijdert automatisch alle galblaasstenen. Anderzijds kan een cholecystotomy uitgevoerd worden om alle galblaasstenen te verwijderen zonder dat de galblaas zelf verwijderd wordt. ICD-10-PCS klasseert het verwijderen van galstenen onder de kernprocedure “Extirpation (verwijderen, uithalen)” met afzonderlijke waarden voor de galwegen als het lichaamsdeel (4^{de} karakter), zoals aangegeven in figuur 20.2.

Stenen in de galwegen kunnen verwijderd worden via een open, percutane, percutane endoscopische, een natuurlijke of kunstmatige opening, of een natuurlijke of kunstmatige opening, endoscopische toegangsweg.

Extracorporele shock wave lithotripsie verbrijzelt galstenen zonder invasieve ingreep. De voordelen van een lithotripsie boven deze van de klassieke chirurgie voor het verwijderen van stenen zijn de kortere verblijfsduur in het ziekenhuis en het vermijden van potentiële complicaties inherent aan chirurgische ingrepen. ICD-10-PCS klasseert deze procedures onder de kernprocedure “Fragmentation” en de toegangsweg “external (uitwendig)”. Bijvoorbeeld, extracorporele lithotripsie van de linker hepatische galweg wordt gecodeerd met de code **0FF6XZZ, Fragmentation in left hepatic duct, external approach**.

FIGUUR 20.2 Extractie van de ICD-10-PCS tabel voor de kernprocedure “extirpation” van het hepatobiliair stelsel.

| | | | | | |
|-------------|---|--|-------------------------------------|-------------|----------------|
| Section | 0 | Medical and Surgical | | | |
| Body System | F | Hepatobiliary System and Pancreas | | | |
| Operation | C | Extirpation: taking or cutting out solid matter from a body part | | | |
| | | Body Part | Approach | Device | Qualifier |
| | | 0 Liver | 0 Open | Z No Device | Z No Qualifier |
| | | 1 Liver, Right lobe | 3 Percutaneous | | |
| | | 2 Liver, Left Lobe | 4 Percutaneous | | |
| | | 4 Gallbladder | Endoscopic | | |
| | | G Pancreas | | | |
| | | 5 Hepatic Duct, Right | 0 Open | Z No Device | Z No Qualifier |
| | | 6 Hepatic Duct, Left | 3 Percutaneous | | |
| | | 8 Cystic Duct | 4 Percutaneous | | |
| | | 9 Common Bile Duct | Endoscopic | | |
| | | C Ampulla of Vater | 7 Via Natural or Artificial Opening | | |
| | | D Pancreatic Duct | 8 Via Natural or Artificial Opening | | |
| | | F Pancreatic Duct, Accessory | Endoscopic | | |

OEFENINGEN 20.2

Codeer de volgende diagnoses en procedures. Gebruik geen codes om de uitwendige oorzaken te coderen.

1. Acute cholecystitis met stenen in de galblaas en de galwegen K80.62

Totale laparoscopische cholecystectomie 0FT44ZZ

2. Chronische cholecystitis met steen in de hoofdgalgweg K80.44

Totale open cholecystectomie 0FT40ZZ

Open exploratie van de hoofdgalgweg met verwijdering van de steen in de hoofdgalgweg 0FC90ZZ

Intra-operatieve cholangiografie (galblaas en galwegen met hoog osmolair contrast)

BF030ZZ

Incidentele open appendectomie 0DTJ0ZZ

3. Obstructie van de extrahepatische galwegen K83.1

4. Acute en chronische cholecystitis, met cholesterose K81.2

Totale cholecystectomie 0FT40ZZ

5. Acute cholecystitis met choledocholithiase K80.42

6. Acute en chronische cholelithiases met stenen in de galblaas en de galwegen K80.70

7. Acute en chronische cholecystitis met stenen in de galblaas en de galwegen en obstructie K80.67

ADHESIES

Intestinale en peritoneale adhesies worden geklasseerd onder de code **K66.0, Peritoneal adhesions (postprocedural)(postinfection)**, of de code **K56.5, Intestinale adhesions [bands] with obstruction (postprocedural)(postinfection)**, wanneer er ook een obstructie aanwezig is. Deze codes bevatten niet de peritoneale adhesies van het kleine bekken (pelvis); dergelijke adhesies worden geklasseerd onder de code **N73.6, Female pelvic peritoneal adhesions (postinfective)**.

Doorgaans zullen kleine adhesies geen symptomen geven of een operatieve ingreep bemoeilijken. Wanneer kleine adhesies eenvoudig kunnen losgemaakt worden tijdens een andere ingreep, zal men geen diagnose van of procedure voor het losmaken van de adhesies coderen. Bijvoorbeeld, zijn er dikwijls kleine adhesies rond de galblaas die gemakkelijk manueel kunnen verwijderd worden tijdens het wegnemen van de galblaas; het coderen van deze adhesie of de lysis ervan wordt niet gecodeerd. Anderzijds zijn er soms sterke bandvormige adhesies die de chirurg belemmeren om toegang te krijgen tot het orgaan dat behandeld moet worden, en deze adhesies moeten dus eerst chirurgisch verwijderd worden. In dergelijke gevallen is het coderen van zowel de adhesie als de lysis ervan toegestaan. Indien het niet duidelijk is of een adhesie of het doorsnijden van een adhesie significant genoeg is om te coderen, moet men dit navragen aan de arts. De lysis van een adhesie wordt in ICD-10-PCS geklasseerd onder de kernprocedure "Release". Binnen de kernprocedure "Release", kiest met de waarde voor het lichaamsdeel, het lichaamsdeel dat bevrijd wordt en niet het weefsel dat gemanipuleerd of doorgesneden wordt om een lichaamsdeel te bevrijden. Bijvoorbeeld, een open lysis van adhesies van de dunne darm wordt gecodeerd met de waarde 8 voor het lichaamsdeel "dunne darm"; de code wordt dus ODN80ZZ.

BREUKEN VAN DE BUIKHOLTE

Breuken worden geklasseerd volgens soort en plaats, waarbij combinatiecodes gebruikt worden om aan te geven of er gangreen of een obstructie ook aanwezig is. Bij de inguinale en femorale hernia, zal de codeerder verder aangeven of de hernia unilateraal of bilateraal is, alsook of ze recidiverend is; hiermee bedoelt men of ze al dan niet reeds hersteld werd tijdens een vroegere opname. Een incisionele (litteken) hernia wordt geklasseerd als een ventrale (buik) hernia. Hernia die omschreven worden als ingeklemd of geïncarcereerd worden geklasseerd als geobstrueerd. Een hernia met zowel gangreen als een obstructie wordt geklasseerd als een hernia met gangreen. Het zorgvuldig nalezen van het patiëntendossier en de nodige aandacht voor de verwijsinstructies zijn zeer belangrijke stappen bij de codering van deze aandoeningen. Codeervoorbeelden:

- K40.00 Bilaterale liesbreuken met obstructie (geen vermelding van gangreen)
- K40.41 Unilaterale recurrenente inguinale hernia met gangreen
- K41.11 Bilaterale, recurrenente, gangreneuze femorale breuk
- K44.1 Hernia van het diafragma met gangreen
- K42.0 Navelbreuk met obstructie
- K41.30 Ingeklemde femorale breuk

Breuken kunnen hersteld worden met een laparoscopie die ingebracht wordt langs een kleine insnede of door middel van een traditionele open chirurgische toegangsweg. Bij het coderen van breukherstellende ingrepen zal de codeerder opletten om geen bilaterale herstelcodes te gebruiken wanneer de breuk zelf unilateraal voor komt. Men moet ook goed weten hoe de hernia hersteld wordt.

Als in het dossier staat dat een "herniorrafie" of een "hernia herstel" werd uitgevoerd, zal ICD-10-PCS dit aanzien als twee verschillende procedures en ze onder twee verschillende kernprocedures klasseren. Herniorrafie wordt geklasseerd onder de kernprocedure "Repair",

tenzij het herstel wordt uitgevoerd met het gebruik van biologische of synthetisch materiaal zoals een mesh of enten, zodat ze eerder onder de kernprocedure "Supplement" zullen geklasseerd staan. Daarbij worden herniorrafie onder het lichaamsstelsel "anatomical regions, lower extremities (anatomische streken, onderste ledematen)", of "general (algemeen)" geklasseerd en het toepasselijke lichaamsdeel als de herniemplaats beschreven staat. Bijvoorbeeld, een open herstel van een tweezijdige liesbreuk wordt gecodeerd als 0YQA0ZZ, terwijl een open herstel van een ventrale hernia (buikwand breuk) gecodeerd wordt met de code 0WQF0ZZ.

Codeervoorbeelden:

| | |
|---------|---|
| 0YQ50ZZ | Open herstel van rechter liesbreuk |
| 0YU54JZ | Laparoscopisch herstel van een rechter liesbreuk met een mesh |
| 0YQA3ZZ | Percutaan herstel van een bilaterale liesbreuk. |

OEFENINGEN 20.3

Codeer de volgende diagnoses en procedures. Gebruik geen codes om de uitwendige oorzaken te coderen.

1. Een directe liesbreuk rechts en een indirecte liesbreuk links K40.20

Open herstel van beide liesbreuken 0YQA0ZZ

2. Ingeklemd liesbreuk links K40.30

Laparoscopische linker herniorrafie met mesh plaatsing 0YU64JZ

3. Recurrente linker liesbreuk K40.91

Percutaan herstel van de linker liesbreuk 0YQ63ZZ

4. Gangreneuze navelbreuk K42.1

Open herstel van de navelbreuk 0WQF0ZZ

5. Ingeklemd navelbreuk K42.0

Laparoscopische herstel van de navelbreuk met mesh plaatsing 0WUF4JZ

6. Reflux oesofagitis secundair op een hernia hiatalis K21.0 + K44.9

Open herstel van de hernia hiatalis 0BQR0ZZ

7. Recurrente ventrale hernia met obstructie en gangreen K43.1

APPENDICITIS

Categorie K35, Acute appendicitis, gebruikt een vierde karakter om aan te geven of er een algemene, gegeneraliseerde peritonitis (K35.2) dan wel een gelokaliseerde peritonitis (K35.3) aanwezig is. Ongespecificeerde appendicitis wordt gecodeerd met de code K35.80. Soms springt een appendix tijdens een appendectomie; dit wordt niet als een complicatie van een ingreep gecodeerd.

Categorie K37, Unspecified appendicitis, is een vage categorie die niet in een ziekenhuis, voor een acute opname, zou mogen gebruikt worden. Er moet toch iets meer in het patiëntendossier terug te vinden zijn.

Het heelkundig verwijderen van de appendix wordt gecodeerd onder de kernprocedure "Resection". Incidentiële appendectomie verwijst naar het verwijderen van de appendix als een routinewijze profylactische maatregel tijdens een andere abdominale ingreep. ICD-10-PCS maakt geen onderscheid tussen deze incidentiële appendectomie en de therapeutische appendectomie voor een aandoening van de appendix.

DIARREE

Een code uit de categorie A00 tot A09 wordt gebruikt voor de infectieuze diarree wanneer het organisme gekend is. Code A09 wordt gebruikt voor de infectieuze diarree, niet gespecificeerd, of alleen beschreven als dysenterische diarree, endemische diarree of

epidemische diarree. Controleer zorgvuldig de alfabetische index vooraleer te coderen, omdat diarree gerelateerd kan zijn aan verschillende aandoeningen. De symptoomcode R19.7 wordt gebruikt voor diarree, wanneer er geen toepasselijke subterm kan gevonden worden. Voorbeelden van correcte codering zijn:

A04.7 Diarree door Clostridium difficile
R19.7 Acute diarree
A07.3 Coccidia diarree
K52.9 Chronische diarree
R19.7 Zuigelingen diarree
K59.1 Functionele diarree

CONSTIPATIE

Niet gespecificeerde constipatie wordt gecodeerd met de code K59.00, maar men erkent twee verschillende subtypes van constipatie: de trage transit constipatie (K59.01) en de constipatie door disfunctionele ontlasting (K59.0) De trage transit constipatie is het gevolg van een vertraagde transit van fecaal materiaal doorheen het colon omwille trage gladde spiercellen. De andere constipatievorm wordt veroorzaakt door een bemoeilijkte evacuatie van het rectum tijdens pogingen tot defecatie. De behandeling van deze twee types constipatie is sterk verschillend. De trage transit constipatie wordt behandeld met laxativa of chirurgie. Relaxatioefeningen worden aangeleerd om de disfunctionele ontlastingsconstipatie te behandelen.

BARIATRISCHE CHIRURGIE

Bariatrische chirurgie verwijst naar procedures die toegepast worden op obese patiënten met als doel gewicht te verliezen. Verschillende types restrictieve en malabsorptie maagprocedures worden toegepast om gewicht te verliezen wanneer andere behandelingen hebben gefaald bij deze ernstige obese patiënten. Malabsorptie procedures zijn de meest gebruikte technieken waarbij de hoeveelheid ingenomen voedsel beperkt wordt, alsook de hoeveelheid calorieën en voedingsbestanddelen die het lichaam absorbeert. Restrictieve procedures beperken de voedselinname maar wijzigen niets aan het spijsverteringsproces. Restrictieve ingrepen voor obesitas zijn o.a. 'gastric banding' (of de aanpasbare maagband = maagring) en de verticale gastroplastiek met band (zie figuur 20.3 voor de afbeeldingen van deze en andere procedures). Het gewichtsverlies wordt bekomen door het volume van de maag te reduceren (restrictieve ingrepen) met een geïmplanteerd toestel, zoals een maagband of door een deel van de maag te verwijderen of door de resectie en een trajectwijziging van de dunne darm naar een maagstomp (malabsorptie ingrepen), zoals de bijpassingrepen. Restrictieve ingrepen zoals de 'gastric banding (maagring)' worden geklasseerd onder de kernprocedure "Restriction (verminderen)". Wanneer bypass procedures worden gecodeerd, is het belangrijk om te weten welk lichaamsdeel kortgesloten wordt met een ander lichaamsdeel. ICD-10-PCS gebruikt het 4^{de} karakter om het lichaamsdeel dat kortgesloten wordt (bijvoorbeeld, de maag), en het 7^{de} karakter bepaalt het lichaamsdeel naar waar de kortsluiting gaat (bijvoorbeeld, het jejunum).

Codeervoorbeelden:

0DV64CZ Laparoscopische restrictieve ingreep op de maag
0DW64CZ Laproscopische revisie van een maagring
0D160ZB Open gastric bypass (maag naar ileum)
0DB64Z3 Laparoscopische verticale (sleeve) gastrectomie

Categorie K95, Complications of bariatric procedures, werd aangemaakt om de complicaties van bariatrische procedures correct te kunnen weergeven.

K95.01 Infecties tgv een maagring

K95.09Andere complicaties na het plaatsen van een maagring
K95.81 Infecties bij andere bariatrische ingrepen
K95.89Andre complicaties bij de andere bariatrische procedures

In het geval dat het om een infectie gaat, moeten er bijkomende codes gecodeerd worden om het type infectie weer te geven of het organisme, zoals een cellulitis van de buikwand (L03.311) of een sepsis (A40._, A41.-) en de bacteriële of de virale oorzakelijke agentia (B95._, B96.-).

OEFENINGEN 20.4

Codeer de volgende diagnoses en procedures. Gebruik geen codes om de uitwendige oorzaken te coderen.

1. Acut gesprongen appendicitis met postoperatieve intestinale obstructie K35.2 +
K91.3
Open appendectomie 0DTJ0ZZ
2. Acute hepatitis en vroegtijdige levercirrose door chronisch alcoholisme K70.10 +
K70.30 + F10.20
3. Perirectaal abces K61.1
Atonie van het colon K59.8
Percutane drainage (via insede) voor een perirectaal abces 0D9P3ZZ
4. Hepatisch coma met massieve ascites secundair op Laennec cirrose (Levercirrose wordt soms nog wel Laennec's cirrose genoemd aangezien Laennec een van de eersten was die dit als een ziekte herkende) K72.91 + K70.31
Paracentese voor de ascites 0W9G30Z
5. Intestinale obstructie op basis van peritoneals adhesies K56.5
Open lyse van de adhesies op de dikke darm 0DNE0ZZ
6. Diverticulose en diverticulitis van het rechter colon K57.32
Open rechter hemicolectomie met end-to-end anastomose 0DTF0ZZ
7. Infectie van de gastrostomie met abces van de abdominale wand met Streptokokken B
K94.22 + L02.211 + B95.1
8. Rectumpoliep K62.1
Coloscopie met poliepectomie 0DBP8ZZ
9. Neurogene darm K59.2
10. Morbiede obesitas E66.01
Laparoscopische gastric bypass naar het ileum 0D164ZB

HOOFDSTUK 21

AANDOENINGEN VAN HET UROGENITAAL STELSEL

OVERZICHT

- De aandoeningen van het urogenitaal stelsel worden in het hoofdstuk 14 van de ICD-10-CM geklasseerd.
 - o Bepaalde aandoeningen staan niet in hoofdstuk 14 wanneer ze volgens etiologie geklasseerd worden.
 - o Deze aandoeningen zijn de overdraagbare ziekten; nieuwvormingen; en aandoeningen die de zwangerschap, de bevalling, en het puerperium compliceren.
- De term “urinewegsinfectie” wordt dikwijls door de arts gebruikt waarmee men een urethritis, een cystitis, of een pyelonefritis bedoelt.
- Er bestaan verschillende codes voor de urinaire incontinentie afhankelijk van het type incontinentie (bijvoorbeeld, stress, functionele incontinentie). Wanneer de onderliggende oorzaak gekend is, wordt deze eerst gecodeerd.
- Chronische nieraandoeningen ontwikkelen zich samen met andere aandoeningen. De instructies voor de volgorde van de codes, wanneer het chronisch nierlijden samengaat met andere aandoeningen, worden teruggevonden in de systematische lijst.
- Wanneer een patiënt zowel hypertensie als nierlijden heeft, dan veronderstelt men een verband tussen beide. De codes hebben een vijfde karakter om dit mee te geven.
- Voor de nierdialyse heeft men codes voor de opname voor dialyse, maar ook voor het plaatsen van de katheter zonder het uitvoeren van de dialyse. De dialysecodes geven ook de complicaties weer, zoals de dialyse dementie.
- De aandoeningen van de prostaat eisen een vierde en vijfde karakter. De nieuwvormingen van de prostaat staan niet onder deze categoriecodes.
- In dit hoofdstuk bespreken we ook nog de prostatectomie, de endometriose, de genitale prolaps, de dysplasie van de cervix en de vulva, en de endometrium ablatie.
- Nieuwvormingen van de borst staan in hoofdstuk 2 van de ICD-10-CM. Let wel op, niet alle aandoeningen en procedures op de borst zijn gerelateerd aan een neoplasma.

LEERDOELSTELLINGEN

Na het doornemen van dit hoofdstuk bent u in staat om:

- Het verschil te maken tussen verschillende aandoeningen die men urinewegsinfecties noemt.
- Verschillende aandoeningen van de nieren en hun behandeling te coderen.
- Nieraandoeningen samen met hypertensie en diabetes te coderen.
- Aandoeningen die zowel mannelijke als vrouwelijke geslachtorganen aantasten te coderen.

TERMEN OM TE KENNEN

Acuut nierfalen

Een plots falen van de nierfunctie als gevolg van een ernstig voorval aan de nieren.

Chronisch nierlijden

Langdurige aftakeling van de nierfunctie.

Nefropathie

Algemene term die zegt dat er een nieraandoening aanwezig is.

Ureter

Brengt de urine van de nieren naar de blaas.

Urethra

Brengt de urine van de blaas buiten het lichaam.

TE HERINNEREN ...

Het is belangrijk om het onderscheid te maken tussen chronische nierlijden, acuut nierfalen en acuut nierletsel.

INLEIDING

De aandoeningen van het urogenitaal stelsel worden geklasseerd in het hoofdstuk 14 van de ICD-10-CM, met uitzondering deze die volgens etiologie ingedeeld worden, zoals bepaalde onverdraagbare infecties; nieuwvormingen; en aandoeningen die de zwangerschap, de bevalling, en het puerperium compliceren. De subtermen moeten zorgvuldig nagelezen worden in de alfabetische index, en bijzondere aandacht moet gaan naar de termen “urethra” en “ureter”, die dikwijls door de codeerders met elkaar worden verward.

INFECTIES VAN HET UROGENITAAL STELSEL

Artsen spreken snel van een ‘urineweginfectie (UWI)’ terwijl zijn eerder een urethritis, een cystitis, of een pyelonefritis bedoelen. Urethritis en cystitis zijn lage urineweginfecties; pyelonefritis is een infectie van de bovenste urinewegen. Voor men in de alfabetische index onder de hoofdterm ‘Infection’ zoekt, zal men eerst onder de hoofdterm voor de specifieke aandoening zoeken. Bijvoorbeeld, onder de term ‘Cystitis’, staan er subtermen voor ‘diphtheritic’ (A36.85) en ‘chlamydial’ (A56.01) infectie. Wanneer er geen subterm is voor het organisme, zal de code voor de aandoening eerst gezet worden, gevolgd door een bijkomende code uit de categorie B95-B97 om het oorzakelijk organisme weer te geven. Bijvoorbeeld, er is geen subterm voor de Escherichia coli onder de hoofdterm ‘Cystitis’; daarom zullen de codes N30.90 en B96.2 gebruikt worden om een cystitis door E. coli weer te geven.

De volgende voorbeelden geven de volledige codering voor de infecties:

A59.03Cystitis door trichomonas

N30.00 + B96.4 Acute cystitis door een proteus infectie

N11.9 + B96.20 Chronische pyelonefritis door E. coli

FIGUUR 21.1: het urinewegstelsel

Urineweginfecties die zich na een chirurgie ontwikkelen zijn zelden echte postoperatieve infecties en worden dus doorgaans niet zo gecodeerd. Wanneer het daarentegen gaat over een ingreep op de urinewegen, kan het wenselijk zijn dat de codeerder de arts vraagt of die infectie gerelateerd is aan de procedure. Wanneer de infectie gerelateerd is aan de aanwezigheid van een inplant, een ent, of materiaal (zoals de aanwezigheid van een suprapubische sonde), zal de code T83.5- of T83.6 gebruikt worden. Een bijkomende code kan gebruikt worden om de infectie weer te geven. Zoals voor alle postoperatieve complicaties, is de codering gebaseerd op de documentatie van de arts wat betreft de relatie tussen de infectie en de procedure. Als die documentatie niet aanwezig is en de relatie tussen de infectie en de procedure niet bevestigd wordt door de arts, codeert men **N39.0, Urinary tract infectiuon, site not specified**. Indien de arts bevestigt dat de UWI het gevolg is van de urinaire sonde, codeert men **T83.51-, Infection and inflammatory reaction due to indwelling urinary catheter**, en de code **N39.0, Urinary tract infection, site not specified**.

OEFENINGEN 21.1

Codeer de volgende diagnoses en procedures. Gebruik geen codes om de uitwendige oorzaken weer te geven.

1. Urethrale vernauwing door een gonokokken infectie A54.01
Urethrale dilatatie via cystoscopie 0T7D8ZZ
2. Abces van het scrotum, rechts, door groep B Streptokokken N49.2 + B95.1
Percutane incisie en drainage van het scrotaal abces 0V953ZZ
3. Acute pyelonefritis door Heliobacter pylori infectie N10 + B96.81
4. Chronische cystitis, pseudomonas infectie, met hematurie N30.21 + B96.5
5. Chronische cystitis door Monilia infectie B37.41
6. Urineweginfectie door candida B37.49

HEMATURIE

Hematurie is bloed in de urine. Macroscopische hematurie is een hematurie die duidelijk met het blote oog in de urine kan waargenomen worden. Microscopische hematurie kan slechts met de microscoop in de urine gezien worden. ICD-10-CM heeft afzonderlijke codes voor de macroscopische hematurie (R31.0), de benigne essentiële microscopische hematurie (R31.1), de overige microscopische hematurie (R31.2), en de ongespecificeerde hematurie (R31.9). Verschillende genitourinale aandoeningen hebben hematurie als een integraal geassocieerd symptoom. Bijvoorbeeld, in het dossier staat dat er een hematurie is door een niersteen, dan zal men enkel de code **N20.0, Calculus of kidney**, coderen. De hematurie is volledig inherent aan de aandoening en wordt niet afzonderlijk gecodeerd. Na een urinewegprocedure of een prostatectomie is een bepaalde hoeveelheid hematurie te verwachten. Deze wordt niet als een postoperatieve complicatie aanzien, en wordt niet gecodeerd tenzij de bloeding uitgesproken overvloedig of persistent is.

Microscopische hematurie mag niet verward worden met hemoglobinurie die gecodeerd wordt met de code R82.3. Hemoglobinurie is een abnormale bevinding die verwijst naar de aanwezigheid van vrij hemoglobine in de urine met een urineonderzoek ontdekt. Dit wordt enkel gecodeerd als de arts de klinische relevantie ervan aanduidt.

De codes in de categorie N30, Cystitis, hebben combinatiecodes waarbij het vijfde karakter aangeeft of er al dan niet hematurie aanwezig is.

URINE INCONTINENTIE

Stress incontinentie veroorzaakt onwillekeurig verlies van urine bij fysieke inspanningen waaronder het hoesten of het niezen. Niettegenstaande ze zowel bij mannen als vrouwen kan voorkomen, is ze het meest frequent bij de vrouw, meestal als gevolg van de fysieke veranderingen veroorzaakt door de voorafgaande bevallingen. Prostaatchirurgie is de hoofdoorzaak voor incontinentie bij de man. Stress incontinentie wordt gecodeerd met de code **N39.3, Stress incontinence (female)(male)**. Urine incontinentie door cognitieve afwijkingen, ernstige fysieke beperkingen, of immobiliteit wordt gecodeerd met de code **R39.81, Functional urinary incontinence**. Urinaire incontinentie van niet organische oorsprong wordt gecodeerd met de code **F98.0, Enuresis not due to a substance or known physiological condition**.

Andere types incontinentie worden in de subcategorie N39.4, Other specified urinary incontinence, geklasseerd. Wanneer er meer dan één type incontinentie aanwezig is, wordt dit met de code **N39.46, Mixed incontinence (male)(female)** gecodeerd. Wanneer het onderliggende lijden van de incontinentie gekend is, zal deze code eerst gezet worden. Code N32.81 zal eveneens gebruikt worden voor de overactieve blaas geassocieerd met de aandoeningen onder de codes N39.3 en N39.4-.

De behandeling van de incontinentie is grotendeels afhankelijk van het type incontinentie. Wanneer deze het gevolg is van een intrinsieke sfincterdeficiëntie, kunnen er soms

collageeninjecties gegeven worden. Code **3E0K3GC, Introduction of other therapeutic substance into genitoruinary tract, percutaneous approach** wordt dan gecodeerd als therapie.

Andere behandelingen zijn van chirurgische aard. De codes voor het herstel van de incontinentie zijn afhankelijk van het type ingreep. Deze procedures worden onder de kernprocedures “Repair (herstel)”, “Resposition (herpositioneren)” of “Supplement (aanvullen)” geklasseerd. Voorbeelden hiervan zijn:

| | |
|---------|---|
| 0TSC0ZZ | Herpositioneren van de blaashals, open toegangsweg |
| 0TSD4ZZ | Herpositioneren van de urethra, percutane endoscopische toegangsweg |
| 0TUC7KZ | Plaatsen, via natuurlijke of kunstmatige opening, van niet autoloog vervangingsweefsel onder de blaashals |
| 0TQDXZZ | Herstel van de urethra, uitwendige toegangsweg |

NIERDIALYSE

Nierdialyse staat geklasseerd onder de categorieën N00 tot N29. Glomerulonefritis is een type nefritis waarbij er een bilaterale ontsteking is zonder infectie. Nefrotisch syndroom is een complexe toestand gekenmerkt door oedemen, albuminurie, en verhoogde doorlaatbaarheid van de glomerulaire capillaire basale membraan. Dit syndroom is het gevolg van een ongekende oorzaak of een glomerulonefritis of een aandoening zoals diabetes, veralgemeende lupus erythematosus, hypertensie, en amyloïdose. Nefropathie is een algemene term die aangeeft dat er nierlijden is. De nierinfectie, niet verder gespecificeerd staat geklasseerd onder N15.9. De nieraandoeningen als gevolg van zwangerschap, bevalling en puerperium staan geklasseerd in het hoofdstuk 15 van de ICD-10-CM.

Chronisch nierlijden en eindstadium van het nierlijden

Chronisch nierlijden (chronic kidney disease – CKD) wordt aanzien als een duidelijkere term dan chronisch nierfalen of chronische nierinsufficiëntie. CKD ontwikkelt zich als een complicatie van andere aandoeningen, zoals diabetes mellitus, primaire hypertensie, glomerulonefritis, nefrose, interstitiële nefritis, veralgemeende lupus erythematosus, obstructieve uropathie, en polycystische nieraandoeningen. De volgorde voor de CKD code in relatie met de andere oorzakelijke aandoeningen staan vermeld in de systematische index.

Patiënten leven doorgaans nog vele jaren met dergelijk chronisch nierlijden. Wanneer de nieraantasting dermate ernstig geworden is dat ze niet meer hun functie kunnen volbrengen, is dialyse noodzakelijk.

ICD-10-CM klasseert het chronisch nierlijden volgens de ernst. Zich baserend op de glomerulaire filtratie (GFR) wordt het chronisch nierlijden in vijf stadia ingedeeld. Categorie N18, Chronic kidney disease (CKD), heeft een vierde karakteronderverdeling om de verschillende stadia weer te geven. De vierde karakterstadia zijn:

- N18.1 Chronisch nierlijden, stadium 1
- N18.2 Chronisch nierlijden, stadium 2 (mild)
- N18.3 Chronisch nierlijden, stadium 3 (matig)
- N18.4 Chronisch nierlijden, stadium 4 (ernstig)
- N18.5 Chronisch nierlijden, stadium 5
- N18.6 Chronisch nierlijden, eindstadium
- N18.9 Chronisch nierlijden, niet gespecificeerd

Chronisch nierlijden, chronische nierinsufficiëntie, chronisch nierfalen, en niet gespecificeerd nierlijden worden gecodeerd met de code N18.9.

Het eindstadium van het chronisch nierlijden (N18.6) is een complex syndroom gekenmerkt door een variabel en niet consistente groep van biochemische en klinische veranderingen die de volumeregeling, het zuur-base evenwicht, het elektrolytenevenwicht, de uitscheiding van afvalstoffen, en verschillende endocriene functies beïnvloeden. Het is de uiteindelijke progressie van het chronische nierlijden en het punt waarop de artsen beslissen om over te gaan op nierdialyse of niertransplantatie om de patiënt in leven te kunnen houden. Bij de patiënten, die in dit eindstadium zitten zal de code **Z99.2, Dependence on renal dialysis**, erbij gecodeerd worden om aan te geven dat ze in dialysestatus zitten.

Chronisch nierfalen, niet verder gespecificeerd, en chronische nierinsufficiëntie worden beide onder de code **N18.9, Chronic, kidney disease, unspecified**, geklasseerd. Wanneer zowel het chronische nierlijden als het eindstadium van dit nierlijden worden gedocumenteerd, zal enkel de code N18.6 gebruikt worden.

Een niertransplantatie kan aangewezen zijn voor patiënten met een ernstig chronisch nierlijden veroorzaakt door oncontroleerbare hypertensie, infecties, diabetes mellitus, of glomerulonefritis. Patiënten die een niertransplantatie hebben ondergaan kunnen nadien nog een zekere vorm van chronische nierlijden hebben omdat de getransplanteerde nier niet de volledige nierfunctie herstelt. Code Z94.0 wordt dan samen met de toepasselijke code voor het chronisch nierlijden gezet om aan te geven dat er een niertransplant aanwezig is. Het is niet correct om te veronderstellen dat een mild of matig chronisch nierlijden na een niertransplantatie een transplantfalen is, tenzij dit zo gedocumenteerd wordt in het patiëntendossier.

Wanneer er een transplantcomplicatie aanwezig is, zoals een falen of een verwerping van het getransplanteerde orgaan, of andere transplantcomplicatie in het patiëntendossier gedocumenteerd wordt bij patiënten met ernstig chronisch nierlijden of in het eindstadium, wordt dit gecodeerd met de code **T86.1-, Complications of kidney transplant**. Wanneer de patiënt een chronisch nierlijden ontwikkelt na een niertransplantatie en het niet duidelijk is of dit een transplantcomplicatie is, moet men dit navragen bij de arts.

Acuut nierfalen

Acuut nierfalen (N17.-) is sterk verschillend van het chronisch nierlijden; het is geen fase van dezelfde aandoening. Chronisch nierlijden is de langdurige onmogelijkheid van de nieren om hun functie adequaat uit te voeren; acuut nierfalen is het plots wegvallen van de nierfunctie als gevolg van een ernstig voorval bij normale nieren. Toxische agentia, traumatische of chirurgische shock, weefseldestructie door een letsel of heelkunde, of een variëteit van andere aandoeningen kunnen acuut nierfalen veroorzaken.

Acute nierinsufficiëntie (N28.9) wordt aanzien als een vroegtijdig stadium van nieraantasting, hetgeen blijkt uit een verminderde creatinineklaring of een milde stijging van het serumcreatinine of het ureum (stikstof) in het bloed. Klinische symptomen of andere abnormale laboresultaten kunnen al dan niet aanwezig zijn, doch zijn minimaal. De behandeling varieert, volgens het onderliggende lijden, maar men doet er alles aan opdat het niet zou evolueren naar nierfalen. De code **N99.89, Other postprocedural complications and disorders of genitourinary system**, wordt gebruikt wanneer de nierinsufficiëntie het gevolg is van een procedure.

De artsen gebruiken soms de termen “nierinsufficiëntie” en “nierfalen” door elkaar, maar ICD-10-CM klasseert die aandoeningen onder een andere code. ICD-10-CM klasseert niet gespecificeerde en acute nierinsufficiëntie onder de code N28.9, terwijl het acuut nierfalen

toegekend wordt aan de code N17. Niet gespecificeerd nierfalen staat dan weer onder de code **N19, Unspecified kidney failure**. Het is dus belangrijk dat de codeerder zich door de classificatie laat leiden. Als de arts beide termen in zijn dossier gebruikt, moet men hem vragen duidelijkheid te scheppen teneinde correct te kunnen coderen.

Acuut nierletsel is soms een term die de artsen gebruiken om acuut nierfalen aan te duiden. Men moet zorgvuldig nagaan in het patiëntendossier of het hier gaat om een traumatisch letsel van de nier (dat gecodeerd wordt met de subcategorie S37.0) dan wel een niet traumatisch nierletsel, waarmee men dan wel acuut nierfalen bedoeld. Niet traumatisch acuut nierletsel wordt gecodeerd met de code **N17.9, Acute kidney failure, unspecified**. De 'default' code voor acuut nierletsel, ongespecificeerd of het traumatisch dan wel niet traumatisch is, is de code N17.9.

Nierziekte met hypertensie

ICD-10-CM veronderstelt een verwantschap wanneer de patiënt zowel chronisch nierlijden of een niersclerose en hypertensie heeft, en de categorie I12, Hypertensive chronic kidney disease, of de categorie I13, Hypertensive heart and chronic kidney disease, zullen dan gebruikt worden. Het vierde of vijfde karakter geven het stadium van het chronisch nierlijden aan als volgt:

- Categorie I12
 - o Het vierde karakter is 0 bij "chronisch nierlijden stadium 5 of eindstadium nierlijden"
 - o Het vierde karakter is 1 bij "chronisch nierlijden stadium 1 tot en met stadium 4, of ongespecificeerd chronisch nierlijden"
- Categorie I13
 - o Het vierde karakter is 0 bij "met hartfalen en chronisch nierlijden stadium 1 tot en met stadium 4, of ongespecificeerd chronisch nierlijden"
 - o Het vierde karakter is 1 bij "Chronisch nierlijden zonder hartfalen met een vijfde karakter die het CKD stadium weergeeft als volgt:
 - Vijfde karakter is 0 voor "Chronisch nierlijden stadium 1 tot en met stadium 4, of niet gespecificeerd"
 - Vijfde karakter is 1 voor "Chronisch nierlijden stadium 5 of eindstadium nierlijden"
 - o Het vierde karakter is 2 bij "met hartfalen en chronisch nierlijden stadium 5 of eindstadium van nierlijden"

De codes uit categorie I12 en I13 eisen bijkomende codes om het stadium van het chronisch nierlijden aan te geven zoals getoond in tabel 21.1.

Acuut nierfalen wordt niet veroorzaakt door hypertensie en zit dus niet vervat in de hypertensieve nieraandoeningcodes. Wanneer acuut nierfalen en hypertensie samen aanwezig zijn, gebruikt men een code uit de categorie N17, Acute kidney failure, met een bijkomende code voor de hypertensie.

Het gebruik van de codes uit de categorie I12 en I13 zijn niet van toepassing in volgende situaties:

- Het nierlijden is acuut nierfalen.
- De hypertensie wordt als secundair beschreven.
- Het nierlijden wordt duidelijk omschreven als veroorzaakt door een andere aandoening dan hypertensie.

Voorbeelden van correcte codering voor nieraandoeningen met hypertensie:
I12.9 + N18.9 Hypertensieve nieraandoening met chronisch nierlijden

I13.10 + N18.3 Hypertensieve hart- en nieraandoeningen met chronisch nierlijden stadium 3

I13.2 + N18.5 + I50.9 Hypertensieve hart- en nieraandoeningen met stadium 5 chronisch nierlijden en congestief hartfalen

N17.9 + I10 Acut nierfalen en hypertensie.

TABEL 21.1 Hypertensief chronisch nierlijden en hypertensieve hart- en chronische nieraandoeningen met de toepasselijke stadia van het CKD

| Categorie I12 – I13 Code | Bijkomende code om het stadium va CKD weer te geven | |
|-----------------------------|---|----------------|
| | N18.1 – N18.4 of N18.9 | N18.5 of N18.6 |
| I12.00 | | X |
| I12.90 | X | |
| I13.00 | X | |
| I13.10 | X | |
| I13.11 | | X |
| I13.20 | | X |

Nieraandoeningen en diabetes mellitus

De diabetescomplicaties worden gecodeerd met E08-E13 waarbij .21 voor de diabetische nefropathie, .22 voor het chronisch nierlijden, en .29 voor de overige niercomplicaties. Nierlijden is soms het gevolg van zowel hypertensie als van diabetes. In deze situatie, zal een combinatiecode uit categorie I12 of categorie I13 en een code uit de subcategorie E08-E13 met een .2- gebruikt worden. Een code uit de categorie N18 wordt gebruikt om het stadium van het chronisch nierlijden aan te geven.

Voorbeelden van codering van nierlijden tengevolge van diabetes zijn:

E11.21 Diabetische nefrose

I12.9 + E10.22 + N18.4 Chronisch nierlijden stadium 4 door hypertensie en type 1 diabetes mellitus

E10.22 Niet gespecificeerd chronisch nierlijden als gevolg van type 1 diabetes

NIERDIALYSE

Wanneer de nieren beschadigd zijn en niet meer in staat zijn hun functie waar te nemen, wordt nierdialyse opgestart om de nierfunctie over te nemen. Er zijn twee soorten nierdialyse om de afvalstoffen en het overtollige water uit het bloed te verwijderen: de peritoneale dialyse en de hemodialyse.

Patiënten in het eindstadium van hun nierziekte moeten op regelmatige basis dialysebehandelingen krijgen om hun symptomen, als gevolg van het nierlijden, onder controle te houden. De dialyse wordt in dagbehandeling uitgevoerd. Af en toe is het echter nodig dat er specifieke zorg moet gegeven worden voor de dialysekatheter, zoals het spoelen van de katheter, of de vervanging ervan. Deze situaties worden gecodeerd met de code **Z49.01, Encounter for fitting and adjustment of extracorporeal dialysis catheter**, of de code **Z49.02, Encounter for fitting and adjustment of peritoneal dialysis catheter**. Andere opnames gaan over het nakijken of testen van de dialyse efficiëntie, en worden gecodeerd met de code **Z49.31, Encounter for adequacy testing for hemodialysis**, of de code **Z49.32, Encounter for adequacy testing for peritoneal dialysis**.

Indien de patiënt omwille van andere redenen wordt opgenomen en de dialyse verder wordt uitgevoerd tijdens de hospitalisatie, zal de code **Z99.2, Dependence on renal dialysis** als

nevendiagnose gezet worden; de aandoening die verantwoordelijk is voor de opname staat als hoofddiagnose. Indien men weet dat de patiënt niet therapietrouw is voor zijn dialyse kan dit gecodeerd worden met de code **Z91.15, Patient's noncompliance with renal dialysis.**

Peritoneale dialyse

Peritoneale dialyse wordt uitgevoerd door het inbrengen van een vloeistof in de buikholte (peritoneale ruimte) waarbij de uremische toxines worden uitgewassen. Het maken van een cutaneoperitoneale fistel, voor deze vorm van dialyse, wordt gecodeerd als "bypass peritoneal cavity to cutaneous with synthetic substitute". Bijvoorbeeld, als de procedure uitgevoerd wordt via een percutane toegangsweg, codeert men het als 0W1G3J4, Bypass peritoneal cavity to cutaneous with synthetic substitute, percutaneous approach. Met de code **3E1M39Z, Irrigation of peritoneal cavity using dialysate, percutaneous approach,** codeert men de dialyse die op deze wijze wordt uitgevoerd.

Hemodialyse

Bij hemodialyse wordt het bloed uit het lichaam gebracht en in een dialysetoestel gefilterd waarbij het dan opnieuw in het lichaam teruggebracht wordt. Er zijn drie soorten toegangswegen bij hemodialyse: de katheter, de arterioveneuze ent (AV), en de arterioveneuze fistel. De dialyse wordt gecodeerd in de Extracorporele Bijstand en Performantie Sectie, onder het lichaamsstelsel "fysiologische stelsels", en kernprocedure "Performance" (het compleet overnemen van de fysiologische functie door een extracorporeel toestel). Een vijfde karakter geef de duur weer, waarbij men onderscheid maakt tussen een éénmalig contact en de multipele contacten. Bijvoorbeeld, multipele hemodialyse contacten worden gecodeerd met de code **5A1D60Z, Performance of urinary filtration, multiple.**

Hemodialyse via een katheter

Hemodialyse via een katheter is meestal een dialyse van korte duur, niettegenstaande in sommige gevallen dit als permanente toegangsweg kan dienen. De katheter wordt in een grote vene ingebracht, ofwel in de hals of de thorax. In vergelijking met arterioveneuze toegangen, hebben katheters een grote neiging te infecteren, en het bloed wordt niet zo grondig gereinigd.

Om een hemodialyse uit te voeren moet een veneuze katheter ingebracht worden (ICD-10-PCS code voor 'insertion of infusion device, percutaneous approach', voor de toepasselijke vene) of een totaal geïmplanteerd veneuze toegangspoort (hier zijn twee ICD-10-PCS codes nodig, één voor het inbrengen van het 'vascular access device' en een andere voor het inbrengen van het reservoir, waarbij de codes afhankelijk zijn van de lokalisatie waar het reservoir geplaatst wordt).

Patiënten worden soms opgenomen voor het plaatsen van een dialysekatheter of een vasculaire toegangspoort terwijl er geen dialyse gegeven wordt tijdens die opname. Indien er wel een dialyse wordt gegeven tijdens dezelfde opname episode codeert men de procedure 5A1D00Z (éénmalige dialyse) of 5A1D60Z (meervoudige behandelingen) om aan te geven dat er dialyse werd uitgevoerd tijdens die opname. Wanneer het gaat over een opname voor het plaatsen of aanpassen van de dialysekatheter, zal de code Z49.01 voor een extracorporele katheter en de code Z49.02, voor een peritoneale katheter gebruikt worden. Indien er tegelijkertijd een dialyse wordt uitgevoerd, zal men ofwel de code 5A1D00Z (éénmalige dialyse) of de code 5A1D60Z (meervoudige behandelingen) erbij gecodeerd worden. Enkele codeervoorbeelden:

N18.6 + 05H533Z Patiënt met een eindstadium van een chronisch nierlijden wordt opgenomen om een Hickman katheter te plaatsen in de rechte vena subclavia voor nierdialyse (er wordt geen dialyse uitgevoerd)

Z49.01 + N18.5 + 5A1D00Z Patiënt met chronisch nierlijden, stadium 5, wordt opgenomen om de dialysekatheter te spoelen, er wordt bovendien één enkele dialyse uitgevoerd

Arterioveneuze ent

Wanneer een buisvormige ent gebruikt wordt om een arterie met een vene te verbinden, dan spreekt men van een arterioveneuze ent. Nadat de ent genezen is kan men starten met hemodialyse door de ent aan te prikken om de bloedstroom te bereiken. Er wordt één naald in het arteel deel en één naald in het veneuze deel van de ent gestoken. De codering van het maken van een AV ent gebeurt met de kernprocedure "Bypass", en een zesde karakter om de ent te specificeren. Bijvoorbeeld, het maken van een linker brachiocefale arterioveneuze ent, codeert men met de code **03180JD, Bypass left brachial artery to upper arm vein with synthetic substitute, open approach.**

Arterioveneuze fistel

Arterioveneuze fistels zijn aangewezen wanneer permanente toegang tot de bloedstroom noodzakelijk is. Een arterie wordt chirurgisch aan een vene gekoppeld door het maken van een AV fistel. Als de verbinding uitrijpt wordt de vene breder en sterker zodat ze een goed toegangspunt wordt voor de frequente puncties die nodig zijn bij hemodialyse.

De AV fistels hebben minder complicaties en overleven langer dan andere types van toegangspunten voor hemodialyse. Voor het coderen van het aanmaken van een AV fistel in de ICD-10-PCS, gebruikt men de kernprocedure "Bypass". Het vierde karakter is het lichaamsdeel "van" waar de bypass vertrekt; de qualifier is het lichaamsdeel "naar" waar de bypass gaat. Voor een hemodialyse zal de bloedstroom omgelegd worden van een arterie naar een vene (hoge druk systeem naar lage druk systeem). De codering van een AV fistel van de linker brachiocefalica codeert men bijvoorbeeld met de code 03180ZD, Bypass left brachial artery to upper arm vein, open approach.

Het duurt normaal twee tot drie maanden vooraleer een AV fistel gebruiksklaar is. Wanneer een AV fistel niet matuur of gebruiksklaar wordt, dan wordt dit aanzien als een mechanische complicatie en wordt het gecodeerd met de code **T81.590-, Other mechanical complication of surgically created arteriovenous fistula**. De voornaamste oorzaak voor het niet ontwikkelen van een goede AV fistel zijn een vernauwing van de vene of het ontwikkelen van verschillende collaterale venen. De behandeling zal meestal het uitvoeren zijn van arterio-venostomie om een nieuwe AV fistel te maken. De interventionele radiologen kunnen andere behandelingen uitvoeren – zoals de ballon angioplastie; de revisie van de AV fistel; en/of het afsluiten van de collaterale venen, hetgeen op verschillende manieren kan uitgevoerd worden.

Andere mechanische complicaties gerelateerd aan AV fistels zijn het breken (T82.510-), het verplaatsen (T82.520-), en het lekken (T82.530-), terwijl de complicaties van de vasculaire dialysekatheter gecodeerd worden met de categorie T82.4.

OEFENINGEN 21.2

Codeer de volgende diagnoses en procedures. Gebruik geen codes om de uitwendige oorzaken weer te geven.

1. Eindstadium nierlijden N18.6
Peritoneale dialyse 3E1M39Z
2. Chronisch nierlijden stadium 5 N18.5
Inbrengen van een katheter in de linker v. subclavia voor nierdialyse 05H633Z
Eénmalige hemodialyse 5A1D00Z
3. Stenose van de arterioveneuze fistel, eerste contact T82.858A
Percutane ballon PTCA rechter a. radialis 037B3ZZ

4. Hypertensief, eindstadium, nierlijden, staat onder chronische dialyse I12.0 + N18.6 + Z99.2

CYSTOSTOMIECOMPLICATIES

De complicaties van de cystostomie staan geklasseerd onder de codes N99.51-. Code N99.511 wordt gebruikt voor een infectie van een cystostomie. Een bijkomende code wordt gebruikt om het type infectie weer te geven, zoals een abces van de buikwand (L02.211) of een cellulitis van de buikwand (L03.311), en een bijkomende code om het organisme weer te geven. Het slecht functioneren van een cystostomie codeert men met N99.512; andere complicaties van de cystostomie, zoals fistels, hernia's of prolapsen, worden gecodeerd met N99.518. Noteer dat de mechanische complicatie van een ingebrachte urinekatheter geklasseerd wordt onder T83.0- eerder dan onder N99.51-.

CYSTOSCOPIE ALS OPERATIEVE TOEGANGSWEG

Cystoscopie wordt toegepast als toegangsweg voor verschillende procedures die uitgevoerd worden ter diagnostiek of behandeling van aandoeningen van de urinewegen, en wordt niet afzonderlijk gecodeerd wanneer ze de procedurele toegangsweg is. ICD-10-PCS klasseert de cystoscopische toegangsweg als "via natuurlijke of kunstmatige opening, endoscopisch". (Voor de illustraties verwijzen we naar de figuur 8.5). Procedures die beschreven worden als 'transurethraal' worden gecodeerd met als toegangsweg "via natuurlijke of kunstmatige opening, endoscopisch". Wanneer de cystoscopie uitgevoerd wordt om de blaas te onderzoeken (zonder een procedure uit te voeren), codeert men ze onder de kernprocedure "Inspection" met de code **0TJB8ZZ, Inspection of bladder, via natural or artificial opening endoscopic.**

VERWIJDEREN VAN URINEWEGSTENEN

Urinewegstenen komen frequent voor en verdwijnen vaak zonder ingreep. Verschillende types heelkundige ingrepen kunnen uitgevoerd worden, wanneer een interventie noodzakelijk is. Bij een extracorporele shock wave lithotripsy (ESWL) van de nier, de ureter, en/of blaas (ICD-10-PCS kernprocedure "Fragmentation", uitwendige toegangspoort) gebruikt men schokkende golven om de stenen te verbrijzelen in stukjes die gemakkelijk zelf kunnen uitgewaterd worden over een korte periode. Bijvoorbeeld, ESWL van de rechter ureter wordt gecodeerd met de code **0TF6XZZ, Fragmentation in right ureter, external approach.**

Stenen waarvoor ESWL niet uitgevoerd kan worden, zullen endoscopische behandeld worden. Ureteroscopie is de meest frequente manier om een bovenste urinewegsteen te visualiseren. Daarbij kunnen percutane technieken (bijvoorbeeld percutane endo-urologie) uitgevoerd worden.

Ultrasonische lithotripsy vereist een rigide endoscoop en wordt daarom meestal door een percutane toegangsweg naar de nier uitgevoerd. Ultrasonische lithotripsy wordt toegepast om grote blaasstenen te behandelen. Omdat de ultrasonische therapie een relatief breed, rigied instrument vereist om uitgevoerd te worden, beperkt men zich doorgaans tot de stenen onderaan de ureter of de blaas. Lithotripsie met het verwijderen van de steenfragmenten wordt gecodeerd onder de kernprocedure "Extirpation".

Wanneer het gaat over grote nierstenen of wanneer de stenen op plaatsen zitten die niet geschikt zijn voor de klassieke lithotripsie, worden de stenen verwijderd via een percutane nefrostomie. De procedure wordt uitgevoerd via een kleine insnede in de rug: een tunnel

wordt gemaakt naar de nier, en een buisje wordt erin gestoken. De stenen worden langs dit buisje verwijderd. Dergelijke percutane nefrostomie wordt gecodeerd met de kernprocedure "Extirpation" en de "percutane of percutane endoscopische" toegangsweg.

OEFENINGEN 21.3

Codeer de volgende diagnoses en procedures. Gebruik geen codes om de uitwendige oorzaken weer te geven.

1. Steen in de rechter ureter N20.1

Nierbekkendivertikel rechts N28.89

Enkelvoudige niercyste links (verworven) N28.1

2. Geïmpacteerd niersteen met medullaire sponsnier N20.0 + Q61.5

ESWL voor een linker niersteen 0TF4XZZ

3. Blaassteen N21.0

Lithotripsie van de urineblaas met ultrasone fragmentatie en verwijdering van de fragmenten langs percutane endoscopische toegangsweg 0TCB4ZZ

AANDOENINGEN VAN DE PROSTAAT EN HUN BEHANDELING

De aandoeningen van de mannelijke genitale organen worden geklasseerd in de categorieën N40 tot N53, waarbij de aandoeningen van de prostaat de categorieën N40 tot N42 gebruiken. De nieuwvormingen van de prostaat worden als volgt geklasseerd:

C61 Kwaadaardige neoplasmata van de prostaat

D29.1 Goedaardige neoplasmata van de prostaat

D07.5 Carcinoma in situ van de prostaat

Hyperplasie van de prostaat wordt geklasseerd onder de categorie N40, Enlarged prostate, met een vierde karakter waarbij men aangeeft of er al dan niet symptomen zijn ter hoogte van de lage urinewegen. Zoals ook aangegeven wordt met "use additional code" onder de code N40.1, zal men een bijkomende code gebruiken om aan te geven of er geassocieerde symptomen zijn, zoals onvolledige blaaslediging (R39.14), nocturie (R35.1), persen bij het urineren (R39.16), frequent urineren (R35.0), aarzelend urineren (R39.11), urinaire incontinentie (N39.4-), urinaire obstructie (N13.8), urinaire retentie (R33.8), drang tot urineren (R39.15), of zwakke urinestroom (R39.12).

Categorie N41 klasseert de ontstekingen van de prostaat als volgt:

N41.0 Acute prostatitis

N41.1 Chronische prostatitis

N41.2 Abces van de prostaat

N41.3 Postatocystitis

N41.4 Granulomateuze prostatitis

N41.8 Overige ontstekingen van de prostaat

N41.9 Niet gespecificeerde ontstekingen van de prostaat

Figuur 21.2: Het mannelijk voortplantingstelsel

Categorie N42 klasseert de andere aandoeningen van de prostaat, zoals:

N42.0 Prostaatstenen

N42.1 Congestie en bloeding in de prostaat

N42.3 Dysplasie van de prostaat

N42.81 Prostatodynie syndroom

N42.82 Prostatosis syndroom

N42.83 Cyste van de prostaat

N42.89 Overige aandoeningen van de prostaat

N42.9 Niet gespecificeerde aandoeningen van de prostaat

Wanneer we de prostatectomie willen coderen is het belangrijk om te weten dat het gaat om een volledige prostatectomie (kernprocedure “Resection”), dan wel een partiële prostatectomie (kernprocedure “Excision”), ook moet men de toegangsweg weten (open, percutaan endoscopisch, via natuurlijke of kunstmatige opening, of langs natuurlijke of kunstmatige opening endoscopisch). (Voor de illustraties van de toegangswegen verwijzen we naar de figuur 8.5). Bijvoorbeeld:

- Totale transurethrale prostatectomie via cystoscoop: 0VT08ZZ, Resection of prostate via natural or artificial opening endoscopic
- Suprapubische prostatectomie: 0VT00ZZ, Resection of prostate, open approach

Bij de radicale prostatectomy, worden de vesicula seminales en de vas ampullae samen met de prostaat weggenomen. Deze procedure vereist twee codes: een eerste voor de prostaatresectie, en een afzonderlijke code voor de resectie van beide vesiculae seminales. Een prostatectomie samen met een radicale cystectomie omvat de wegname van de blaas, de prostaat en de vesiculae seminales. Dus, hier heeft men drie codes nodig: één voor de prostaatresectie, één voor de blaasresectie en een derde voor de resectie van beide vesiculae seminales.

Verschillende energiebronnen kunnen aangewend worden voor de destructie van het prostaatweefsel zoals microgolf thermotherapie, radiofrequente thermotherapie, ablatie, en cryotherapie. Al deze verschillende vormen van energie worden gecodeerd onder dezelfde kernprocedure “Destruction”.

ENDOMETRIOSE

Endometriose is een aandoening waarbij afwijkend weefsel, dat meestal perfect gelijk is op het endometrium van de uterus, zich op verschillende plaatsen in het bekken bevindt. Een code uit categorie N80, Endometriosis, wordt gebruikt voor deze aandoening, met een vierde karakter dat aangeeft waar het afwijkend weefsel gevonden wordt (Zie figuur 21.3 voor de belangrijkste plaatsen van de endometriose). Bijvoorbeeld:

- N80.1 Endometriose van de ovaria
- N80.5 Endometriose van het colon
- N80.2 Endometriose van de eileiders

GENITALE PROLAPS

De prolaps van de vagina en/of de uterus is een relatief frequente aandoening. Bij het coderen van de genitale prolaps, is het eerst nodig om te weten of de vaginale wand, de uterus of beide betrokken zijn, en of de prolaps al dan niet volledige is. Bijvoorbeeld:

- N81.2 Onvolledige uterovaginale prolaps (uterus zakt doorheen de introitus, en de cervix komt er licht doorheen)
- N81.3 Complete uterovaginale prolaps (de volledige cervix en de uterus komen uit de introitus en de vagina is omgekeerd).

Figuur 21.3: Belangrijkste plaatsen voor een endometriose

Code N99.3 wordt gebruikt voor de prolaps van de vaginale koepel na een hysterectomie; dit wordt niet geklasseerd als een heelkundige complicatie. Deze aandoening is het gevolg van de heelkundige techniek of de relaxatie van de ondersteunende weefsels na de ingreep. Pelviene of vaginale enterocele, een herniatie van de darm doorheen een intacte vaginale mucosa, wordt gecodeerd met de code **N81.5, Vaginal enterocele**, onafhankelijk of ze congenitaal dan wel verworven is. De prolaps van de uterus bij een zwangere patiënte wordt

geklasseerd in het hoofdstuk 15 van de ICD-10-CM. Voorbeelden van correcte codering voor de genitale prolaps, zijn:

- N81.4 Prolaps van de uterus (vaginale wand er niet bij betrokken).
- N81.5 Vaginale enterocele
- N81.85 Prolaps van de cervicale stomp
- O34.522 Prolaps van de zwangere uterus (tweede trimester)
- N81.11 Cystocele, op de middellijn
- N81.0 Urethrocele
- N81.6 Rectocele

ENDOMETRIALE HYPERPLASIE

Endometriale hyperplasie verwijst naar een overmatige proliferatie van de cellen aan de binnenzijde van de uterus. Dit wordt aanzien als een belangrijke risicofactor voor endometriale kanker en vereist zorgvuldige opvolging. ICD-10-CM beschikt over de volgende codes voor de endometriale hyperplasie:

- N85.00 Endometriale hyperplasie, niet gespecificeerd
- N85.01 Goedaardige endometriale hyperplasie
- N85.02 Endometriale intraepitheliale neoplasie [EIN]

DYSPLASIE VAN DE CERVIX, DE VAGINA, EN DE VULVA

Cervicale intra-epitheliale neoplasie (CIN), ook gekend als cervicale dysplasie, is de potentiële premaligne transformatie en abnormale groei (dysplasie) van de plaveiselcellen aan de oppervlakte van de cervix. CIN I wordt gecodeerd met **N87.0, Mild cervical dysplasie**, en CIN II met de code **N87.1, Moderate cervical dysplasie**. Dysplasie van de cervix als CIN III gespecificeerd, ofwel de ernstige dysplasie van de cervix uteri, codeert men als carcinoma in situ met de code **D06.-, Carcinoma in situ of cervix uteri**.

Vaginale intra-epitheliale neoplasie (VAIN) verwijst naar de premaligne histologische bevindingen in de vagina gekenmerkt door dysplastische veranderingen. Het is een zeldzame, meestal asymptomatische aandoening. Gelijkaardig aan de CIN, heeft men drie stadia: VAIN I, VAIN II en VAIN III. Code **N89.0, Mild vaginal dysplasia** gebruikt men voor de VAIN I, terwijl de VAIN II gecodeerd wordt met de code **N89.1, Moderate vaginal dysplasia**. Zoals de CIN III, zal de VAIN III, of de ernstige vaginale dysplasie, aanzien worden als een carcinoma in situ en wordt ze gecodeerd met de code **D07.2, Carcinoma in situ of vagina**.

Vulvaire intra-epitheliale neoplasie (VIN) verwijst naar de veranderingen die plaatsvinden in huid van de vulva. In sommige gevallen verdwijnt een VIN zonder enige behandeling. VIN wordt geclassificeerd als:

- VIN I, of de milde dysplasie van de vulva – N90.0, Mild vulvar dysplasia
- VIN II, of de matige dysplasie van de vulva – N90.1, Moderate vulvar dysplasia
- VIN III klasseert met onder D07.1, Carcinoma in situ of vulva

De diagnose van CIN III, VAIN III of VIN III kan enkel gesteld worden op basis van een anatomopathologisch onderzoek.

De codes **R87.61-, Abnormal cytological findings in specimens from cervix uteri** of **R87.62-, Abnormal cytological findings in specimens from vagina**, worden gebruikt voor abnormale cytologische onderzoeken van de vagina, zonder histologische bevestiging.

HYSTERECTOMIE

Een hysterectomie, om de uterus te verwijderen wordt om verschillende redenen uitgevoerd, zoals symptomatische uterusfibromen, uteriene prolaps, endometriose, en maligne neoplasmata van de uterus, cervix, of ovaria. Afhankelijk van de indicatie, zal de chirurg de volledige baarmoeder dan wel een gedeelte van de baarmoeder verwijderen. Bij het coderen van de hysterectomieën is het belangrijk te weten of de cervix ook wordt verwijderd, omdat in bepaalde ICD-10-PCS tabellen over het "Vrouwelijk voortplantingstelsel" (bvb de tabel 0UT, resectie) er afzonderlijke waarden zijn voor zowel "uterus" als "cervix".

- Bij een supracervicale of subtotale hysterectomie, wordt enkel het bovenste deel van de uterus verwijderd, met behoud van de cervix. Vanuit ICD-10-PCS oogpunt wordt dit gecodeerd onder de kernprocedure "Resection", en lichaamsdeel "uterus". Bijvoorbeeld, een subtotale laparoscopische hysterectomie, dat gecodeerd wordt met de code **0UT94ZZ, Resection of uterus, percutaneous endoscopic approach**.
- Een totale hysterectomie verwijdert de ganse uterus en de cervix. Vanuit ICD-10-PCS oogpunt vereist dit twee afzonderlijke codes, één voor de volledige verwijdering van de uterus en een andere voor de volledige verwijdering van de cervix, omdat "uterus" en "cervix" afzonderlijke lichaamsdeelwaarden zijn. Deze codering volgt de ICD-10-PCS codeerregels voor multipale procedures, die zegt dat verschillende procedures tijdens eenzelfde ingreep gecodeerd worden als ze een zelfde kernprocedure zijn maar op een verschillend lichaamsdeel die een verschillende waarde hebben. Bijvoorbeeld, een totale laparoscopische hysterectomie wordt gecodeerd met de code **0UT94ZZ, Resection of uterus, percutaneous endoscopic approach**, en de code **0UTC4ZZ, Resection of cervix, percutaneous endoscopic approach**.

ENDOMETRIALE ABLATIE

Endometriale ablatie wordt gebruikt als een alternatief voor een hysterectomie bij vrouwen met dysfunctioneel bloedverlies, niet hormoontherapie gevoelig. Ze kan ook gebruikt worden om vrouwen te behandelen met fibroïde tumoren (vleesbomen) of endometriale poliepen. Een endoscoop uitgerust met een wieltje of een U-vormige draad wordt in de uterus gebracht. De binnenzijde van de uterus wordt verwijderd door laser, radiofrequente elektromagnetische energie, of elektrocoagulatie. Endometriale ablatie wordt geklasseerd onder de kernprocedure "Destruction". Bijvoorbeeld **0U5B8ZZ, Destruction of endometrium, via natural or artificial opening, endoscopic** gebruikt men voor de vaginale endometriale ablatie.

Figuur 21.4: het vrouwelijk voortplantingstelsel

AANDOENINGEN VAN DE BORST

De nieuwvormingen van de borst worden geklasseerd in het hoofdstuk 2 van de ICD-10-CM. De codeerder moet indachtig zijn dat termen zoals "groei", "cyste", en "knobbel" niet noodzakelijk verwijzen naar een neoplastische aandoening. Wanneer chirurgie wordt uitgevoerd, zal het anatomopathologisch onderzoek meer duidelijkheid geven om de juiste code toe te kennen. Voorbeelden van correcte codering zijn:

- N60.11 Fibrocystische aandoening van de rechter borst
- D24.9 Goedaardig neoplasma van de vrouwelijke borst
- D23.5 Goedaardig neoplasma van de huid van de borst
- N62 Gynecomastie
- C50.929 Carcinoom van de mannelijke borst
- C50.919 Carcinoom van de vrouwelijke borst

ICD-10-PCS klasseert de procedures onder het lichaamsstelsel "huid en borst" met een tweede karakterwaarde "H". Biopsieën van de borst worden geklasseerd onder de kernprocedure "Drainage" (waarde "9") of "Excision" (waarde "B") afhankelijk of de biopsie vocht ("Drainage"), zoals bij een cyste, of weefsel ("Excision"), zoals bij een massa of knobbel, preleveert. Biopsieën worden in de ICD-10-PCS gecodeerd met een zevende karakter "X" om aan te geven dat ze diagnostisch zijn. Wanneer de procedure beschreven wordt als een excisionele biopsie, bedoelt men eerder het verwijderen van het ganse letsel eerder dan een simpele biopsie, zodat dit gecodeerd wordt met de kernprocedure "Excision". De term "lumpectomie (verwijderen van een knobbel) beschrijft ook een lokale excisie van een borstletsel.

Wanneer chirurgie wordt toegepast voor een mogelijke nieuwvorming, zal men meestal eerst een biopsie uitvoeren vooraleer de definitieve ingreep begint. Deze vriescoupe wordt door de anatomopatholoog snel onderzocht om de maligniteit al dan niet te vestigen. De code voor de definitieve ingreep wordt eerst gecodeerd, gevolgd door de code voor de biopsie. Indien een diagnostische excisie, extractie of drainageprocedure (biopsie) gevolgd wordt door een meer definitieve ingreep, zoals een destructie, excisie of resectie op dezelfde procedureplaats, zullen zowel de biopsie als de definitieve procedure gecodeerd worden. Bijvoorbeeld, indien men eerste een borstbiopsie doet, gevolgd door een partiële mastectomie op dezelfde plaats tijdens dezelfde opname, zal zowel de biopsie als de partiële mastectomie gecodeerd worden.

Dank zij de vooruitgang in de kankerbehandeling, zal een radicale mastectomie niet zo frequent meer uitgevoerd worden als vroeger, omdat het verwijderen van de tumor of een gemodificeerde radicale mastectomie in de meeste gevallen even efficiënt blijkt te zijn. De verschil tussen een radiale en gemodificeerde radicale mastectomie is dat de volledige of een gedeelte van de m. pectoralis maior en de volledige of een gedeelte van de m. pectoralis minor worden verwijderd bij de radicale mastectomie, terwijl de pectoralis maior bewaard wordt bij de gemodificeerde radicale mastectomie. ICD-10-PCD vraagt verschillende codes voor alle componenten die betrokken zijn bij de radicale mastectomie. Bijvoorbeeld, een linker radicale mastectomie wordt gecodeerd met **0HTU0ZZ, Resection of left breast, open approach; 07T60ZZ, Resection of left axillary lymphatic, open approach; en 0KTJ0ZZ, Resection of left thorax muscle, open approach**. Anderzijds word een linker gemodificeerde radicale mastectomie gecodeerd met **0HTU0ZZ, Resection of left breast, open approach; en 07T60ZZ, Resection of left axillary lymphatic, open approach**. De codeerder moet dus het operatieverslag zorgvuldig lezen om alle codes correct te kunnen toekennen.

Het inbrengen van een weefselexpander is een andere frequente procedure die uitgevoerd wordt samen met borstchirurgie. Deze techniek maakt het mogelijk om de operatiewonde te sluiten zonder huident. Op regelmatige basis wordt een zoutoplossing in de weefselexpander gespoten zodat de overliggende huid gradueel uitgerokken wordt. ICD-10-PCS klasseert deze procedures onder de kernprocedure "Insertion" met als materiaalwaarde (device) "N" voor de weefselexpander, bijvoorbeeld **0HHT0NZ, Insertion of tissue expander into right breast, open approach**.

BORSTRECONSTRUCTIES

Reconstructieve borstchirurgie wordt omwille van verschillende redenen toegepast. Patiënten met een mastectomie krijgen dikwijls een prothese geïmplant. Borstreconstructies kunnen onmiddellijk na de ingreep ofwel later worden uitgevoerd. Wanneer men weet dat de patiënt postoperatieve bestraling zal krijgen, wordt de reconstructie verdaagd. Wanneer eerst de mastectomie wordt uitgevoerd en later dan de reconstructie van de borst, codeert men **Z42.1, Encounter for breast reconstruction**

following mastectomy, als hoofddiagnose of de eerste diagnose voor elk contact, voor elk stadium van de borstreconstructie.

Als het doel van de reconstructie een borstvergroting is omwille van het cosmetisch uitzicht, gebruikt men ook dikwijls prothesen. Een reductie mammoplastie wordt soms uitgevoerd omwille van de storende invloed van de te grote borsten op de dagelijkse activiteiten of omwille van cosmetische redenen. Bij de reductie mammoplastie codeert men de code **N62, Hypertrophy of breast**, als hoofddiagnose. Als de bedoeling eerder een cosmetische ingreep is, codeert men als hoofddiagnose **Z41.1, Encounter for cosmetic surgery**.

Codeervoorbeelden voor borstreconstructies zijn:

| | |
|---------|---|
| 0HRT0JZ | Replacement of right breast with synthetic substitute, open approach |
| 0HRU075 | Replacement of left breast using latissimus dorsi myocutaneous flap, open approach |
| 0HRUX7Z | Replacement of left breast with autologous tissue substitute, external approach |
| 0KXH0ZZ | Transfer right thorax muscle, open approach |
| 0HRV079 | Replacement of bilateral breast using gluteal artery perforator flap, open approach |
| 0HRW0JZ | Replacement of right nipple with synthetic substitute, open approach |
| 0HBV0ZZ | Excision of bilateral breast, open approach |

De problemen van misvorming of disproporties na een borstreconstructie, maken dat die patiënten verder moeten behandeld worden. Vormonregelmatigheden, overmatig weefsel in de gereconstrueerde borst, of mislukte reconstructie worden gecodeerd met de code **N65.0, Deformity of reconstructed breast**. Borstasymmetrie, of disproporties tussen de eigen borst en de gereconstrueerde borst, en ptosis (slappe) van de eigen borst ten opzichte van de gereconstrueerde borst worden gecodeerd met de code **N64.1, Disproportion of reconstructed breast**.

Soms ontstaan er complicaties bij patiënten met borstimplantaten, waarbij het nodig is de implantaten te verwijderen. In dergelijke gevallen is de hoofddiagnose afhankelijk van het type complicatie. Bijvoorbeeld, indien de het gaat over een opname voor het heelkundige verwijderen van een geruptureerd implantaat, zal de hoofddiagnose de code **T85.41x, Breakdown (mechanical) of breast prosthesis and implant**. Wanneer het gaat over een opname voor het verwijderen van een kapselcontractuur op een rechter borstimplantaat, dan codeert men dit met de code **T85.44x, Capsular contracture of breast implant**, als hoofddiagnose. Andere codes die complicaties van de borstimplantaten weergeven zijn **T85.42x, Displacement of breast prosthesis and implant**, die de verplaatsing van de borstprothese of het implantaat weergeeft, en **T85.43x, Leakage of breast prosthesis and implant**. Het verwijderen van het borstimplantaat wordt gecodeerd met de kernprocedure "Removal" en het materiaal "synthetic substitute" bijvoorbeeld: **0HPT0JZ, Removal of synthetic substitute from right breast, open approach**.

Patiënten vragen soms om het implantaat te verwijderen omdat zij ervan overtuigd zijn dat er zich een complicatie kan ontwikkelen, niettegenstaande er op dit ogenblik niets aan de hand is. In dergelijke gevallen, codeert men **Z45.81-, Encounter for adjustment or removal of breast implant**. Bijvoorbeeld:

- Een patiënte ontdekt een gesprongen borstprothese aan de linker kant en wordt gehospitaliseerd voor een open verwijdering van het implantaat en het plaatsen van een nieuw implantaat.
Hoofddiagnose: T85.41xA Breakdown (mechanical) of breast prosthesis and implant, initial encounter
Uitgevoerde procedure: 0HPU0JZ Removal of synthetic substitute from left breast, open approach

0HRU0JZ Replacement of left breast with synthetic substitute,
open approach

- Een patiënte die een voorafgaande rechter mastectomie onderging met het plaatsen van een borstimplantaat tijdens de ingreep zelf, klaagt nu van een pijnlijke kapselvorming. Zij wordt opgenomen voor het verwijderen en herplaatsen van het implantaat.
Hoofddiagnose: T85.84xA Pain due to internal prosthetic devices, implants and grafts, not elsewhere classified, initial encounter
Uitgevoerde procedure: 0HPT0JZ Removal of synthetic substitute from right breast, open approach
0HRT0JZ Replacement of right breast with synthetic substitute, open approach
- Een patiënte onderging drie jaar geleden een bilaterale borstimplantatie en wordt nu opgenomen om deze te verwijderen. Zij heeft er geen problemen mee, maar is verontrust door de nieuwsgeving die geassocieerde problemen beschrijft.
Hoofddiagnose: Z45.811 Encounter for adjustment or removal of right breast implant
Z45.812 Encounter for adjustment or removal of left breast implant
Uitgevoerde procedure: 0HPT0JZ Removal of synthetic substitute from right breast, open
0HPU0JZ Removal of synthetic substitute from left breast, open

HERHALINGSOEFEINGEN 21.4

Codeer de volgende diagnoses en procedures. Gebruik geen uitwendige oorzaak codes.

1. Hydronefrose met chronische pyelitis N13.6
Pyelonefritis, focaal, chronisch, links N11.9
2. Snel progresserende glomerulonefritis N01.9
3. Syfilitische epididymitis A52.76
4. Chronische prostatitis door proteus **N41.1** + B96.4
5. Fimosis en balanpostitis N47.1 + N47.6
6. Ingekapselde rechter hydrocoele, bij een man N43.0
Open uitsnijden van een hydrocoele van de zaadstreng (Excision) 0VBF0ZZ
7. Benigne prostaathypertrofie met urinaire obstructie N40.1 + N13.8
Totale transurethrale prostatectomie via cystoscopie 0VT08ZZ
8. Acute en chronische cervicitis N72
Totale vaginale hysterectomie 0UT97ZZ + 0UTC7ZZ
9. Chronisch inflammatoir pelvien syndroom N73.1
Dysmenorree N94.6
10. Menometrorrhagie N92.1
Endometriale poliep N84.0
Corpus luteum cyste aan beide ovaria N83.1
Totale abdominale hysterectomie 0UT90ZZ + 0UTC0ZZ
Bilaterale salpingo-oophorectomie 0UT20ZZ + 0UT70ZZ
11. Cystocoele met onvolledige uteriene prolaps en stressincontinentie N81.2 + N39.3
Open herstel van de cystocoele 0JQC0ZZ
Vaginale ophanging van de uterus (open toegangsweg) 0US90ZZ
12. Peritoneale endometriose van het kleine bekken N80.3
13. Dermoid cyste van het linker ovarium D27.1
Laparoscopische wigresectie van de ovariële cyste 0UB14ZZ
14. Infertiliteit ten gevolge van peritoneale adhesies in het kleine bekken N73.6 + N97.1
Hysterosalpingografie met radio-opake contraststof (fluoroscopie) BU18YZZ

15. Psychogene dysmenorroe F45.8
16. Adhesies ter hoogte van de eileiders en de eierstokken N73.6
Laparoscopische lysis van de adhesies 0UN24ZZ + 0UN74ZZ
17. Menorrhagie N92.0
Dilatatie en currettage met vaginale endometriale ablatie 0U5B7ZZ
18. Submuceuze vleesboom van de uterus D25.0
Laparoscopische geassisteerde vaginale hysterectomie (cervix blijft) 0UT9FZZ

HOOFDSTUK 22

AANDOENINGEN VAN DE HUID EN HET ONDERHUIDS WEEFSEL

OVERZICHT

- De aandoeningen van de huid en het onderhuids weefsel kunnen teruggevonden worden in het hoofdstuk 12 van de ICD-10-CM.
- Categorie L23-L25 klasseert de dermatitis veroorzaakt door planten, voeding, drugs, en medicatie die in contact met de huid komen.
- Categorie L27 klasseert de dermatitis veroorzaakt door ingenomen medicatie.
 - o De codeerder moet het onderscheid maken of de aandoening een nevenwerking is van een correct ingenomen medicatie dan wel een vergiftiging door een niet correcte inname van medicatie.
 - o Codes uit de categorie T36 tot T65 worden gebruikt om de oorzaak weer te geven.
- Bij chronische ulcera van de huid geeft een vijfde karakter de plaats van het ulcus weer.
- De volgorde voor de codes van cellulitis is afhankelijk van de ernst van de wonde en het hoofddoel van de behandeling (behandeling voor cellulitis of voor de wonde).
- Debridement wordt onderverdeeld in excisioneel of niet excisioneel (brushing, spoelen, schrobben, of wassen) debridement

LEERDOELSTELLINGEN

Na het doornemen van dit hoofdstuk bent u in staat om:

- Dermatitis ten gevolge van contact, voedsel, en inname van medicatie (zowel correct als niet correct ingenomen) te coderen.
- De huidzweren te coderen.
- Uit te leggen hoe cellulitis moet gecodeerd worden gebaseerd op de locatie en het hoofddoel van de behandeling.
- Ingrepen uitgevoerd op de huid te coderen, zoals excisies, debridement en enten.

TERMEN OM TE KENNEN

Cellulitis

Een infectie van de huid en de weke weefsels als gevolg van de en onderbreking in de huid.

Debridement

Het verwijderen van dood, beschadigd of geïnfecteerd weefsel.

TE HERINNEREN ...

Hoofdstuk 12 van de ICD-10-CM omvat meer dan alleen de aandoeningen van de huid. Het beschrijft ook de aandoeningen van de nagels, de zweetklieren, de haren, en de haarfollikels.

INLEIDING

Hoofdstuk 12 van de ICD-10-CM bevat de aandoeningen van de huid en het onderhuids weefsel. Dit hoofdstuk wordt als volgt onderverdeeld:

| | |
|---------|--|
| L00-L08 | Infecties van de huid en het onderhuids weefsel |
| L10-L14 | Blaarvormende aandoeningen |
| L20-L30 | Dermatitis en eczeem |
| L40-L45 | Papulosquameuze aandoeningen |
| L49-L54 | Urticaria en erythemen |
| L55-L59 | Straling gerelateerde aandoeningen van de huid en het onderhuids weefsel |
| L60-L75 | Aandoeningen van de huidaansluitingen |
| L76 | Intra-operatieve en postprocedurele complicaties van de huid en het onderhuids weefsel |
| L80-L99 | Andere aandoeningen van de huid en het onderhuids weefsel |

Aandoeningen van de nagels, de zweetklieren, het haar, en de haarwortels zitten ook in dit hoofdstuk. Congenitale aandoeningen van de huid, het haar, en de nagels worden geklasseerd onder de categorieën, Q80-Q84. Nieuwvormingen van de huid worden in hoofdstuk 2 van de ICD-10-CM geklasseerd.

DERMATITIS DOOR MEDICATIE

ICD-10-CM gebruikt de termen “dermatitis” en “eczeem” door elkaar, als synoniem, in de categorieërvork L20-L30. Er zijn verschillende types dermatitis, zoals de atopische (L20.-), de seborrhoïsche (L21.-), de luiër- (L22), de allergische (L23.-), de contact (L24.-), en de exfoliatieve (L26) dermatitis.

Contact dermatitis is een gelokaliseerde uitslag of irritatie van de huid veroorzaakt door het contact met allergenen (allergische contact dermatitis) of prikkelende stoffen (irriterende contact dermatitis). Categorie L23 klasseert de allergische contact dermatitis door metalen, lijmen, cosmetica, medicatie, verven, chemische producten, voedsel, en planten die in contact met de huid komen. Categorie L24 klasseert de irriterende contact dermatitis veroorzaakt door prikkelende stoffen die in contact met de huid komen zoals detergentia, oliën en vetten, en oplosmiddelen. Categorie L25, de ongespecificeerde contact dermatitis, wordt gebruikt als de contact dermatitis niet gespecificeerd wordt als allergisch of irriterende contact dermatitis. Categorie L27 is voorbehouden voor dermatitis veroorzaakt door ingenomen middelen.

Bij het coderen van een dermatitis veroorzaakt door medicatie, moet de codeerder eerst weten of de aandoening een nevenwerking is van een correct ingenomen product dan wel een vergiftiging van een niet correct ingenomen product. Wanneer de dermatitis het gevolg is van een correct ingenomen productie zoals voorgeschreven, dan aanziet men dit als een nevenwerking (adverse effect). Als daarentegen de dermatitis het gevolg is van het niet correct innemen van een product, dan wordt dit geklasseerd onder de vergiftigingen door drugs, medicatie, en biologische middelen.

Wanneer een allergische contact dermatitis, een irriterende contact dermatitis, een niet gespecificeerde contact dermatitis, en een dermatitis door ingenomen middelen gecodeerd wordt, zal een code uit de categorie T36 tot T65 gecodeerd worden om aan te geven hoe de vergiftiging of de nevenwerking gebeurt (bijvoorbeeld accidenteel, intentioneel zelf aangedaan) en die ook aangeeft wat het oorzakelijke product is. De volgorde van de T36-T65 codes is afhankelijk van de omstandigheden: wanneer het gaat om een vergiftiging, zullen de T36-T65 codes eerst gecodeerd worden; indien het gaat om een bijwerking, zullen ze als nevendiagnose gezet worden. (Een meer gedetailleerde discussie over het verschil tussen nevenwerking en vergiftiging ten gevolge van drugs en medicatie wordt gevoerd in hoofdstuk 30 van dit handboek.)

Correct gecodeerde voorbeelden vindt u hieronder:

| | |
|------------------|---|
| L27.0 + T36.0x5A | Eerste contact voor dermatitis door een allergische reactie op penicilline tabletten, genomen zoals voorgeschreven (nevenwerking) |
| T36.0x1A + L27.0 | Eerste contact voor een dermatitis door een accidentele inname van penicilline tabletten van moeder (vergiftiging) |

Het eerste voorbeeld, waarbij het gaat om een nevenwerking van correct ingenomen medicatie, wordt de code voor de dermatitis eerst gecodeerd, gevolgd door de code voor de nevenwerking op penicilline. In het tweede voorbeeld, wordt de code **T36.0x1A, Poisoning by penicillin, accidental, initial encounter**, eerst gecodeerd, met een bijkomende code om het gevolg van de vergiftiging weer te geven, de dermatitis.

Palmaire en Plantaire Erythrodysesthesie (PPE), ook wel het hand-voet-syndroom genoemd, is een voorbeeld van een specifieke dermatitis dat voorkomt als nevenwerking op antineoplastische of biologische medicatie die gebruikt wordt bij kankerbehandeling. Na de toediening van de chemotherapie, kunnen kleine hoeveelheden van het medicament uit de capillaire lekken, en de weefsels van de handpalmen of de voetzolen vernietigen. Deze lekkage resulteert in rode, gevoelige en afschilferende handpalmen en voetzolen. De aangetaste streken lijken op zonnebrand en wordt nadien droog, schilferend en voos. Deze aandoening komt vooral voor ter hoogte van de handen en de voeten omdat deze extremiteiten blootgesteld zijn aan een verhoogde wrijving en een

hogere warmte bij normaal gebruik. De behandeling bestaat uit het verminderen of het staken van de behandeling. Gebruik de code **L27.1, Localized skin eruption due to drugs and medicaments taken internally** gevolgd door de code **T45.1x5A, Adverse effect of antineoplastic and immunosuppressive drugs, initial encounter**, voor de PPE ten gevolge van antineoplastische middelen.

ERYTHEMA MULTIFORME

Erythema multiforme is een huidaandoening met symmetrische rode, verheven huidvlekken over gans het lichaam, dikwijls gelijkend op schietschijven omdat het donkere cirkels zijn met een purper-grijs midden. In bepaalde gevallen zijn er ernstige systeemssymptomen. Erythema multiforme kan ontstaan als reactie op medicatie, infecties, of ziekte. De juiste oorzaak is niet gekend. Indien de aandoening medicatie geïnduceerd is codeert men eerst een L51- code. Gebruik daarenboven een code tussen T36-T50, met vijfde of zesde karakter 5, als bijkomende code om het oorzakelijk middel weer te geven.

Figuur 22.1: de huid en het onderhuids weefsel

De verschillende types erythema multiforme worden als volgt geklasseerd:

- L51.0 Nonbullous erythema multiforme
- L51.1 Stevens-Johnson syndrome
- L51.2 Toxic epidermal necrolysis [Lyell]
- L51.3 Stevens-Johnson syndrome-toxic epidermal necrolysis overlap
- L51.8 Other erythema multiforme
- L51.9 Erythema multiforme, unspecified

Patiënten met erythema multiforme hebben dikwijls nog andere aandoeningen of andere geassocieerde manifestaties die afzonderlijk gecodeerd moeten worden. De manifestaties variëren van artropathie (M14.8-) tot cornea ulcera (H16.0-) of stomatitis (K12.-) en vele andere aandoeningen. Daarbij zal een code uit de categorie L49 gecodeerd worden om het percentage lichaamsoppervlakte weer te geven waarop de huid afschilfert.

ULCERA VAN DE HUID

De meeste huidulcera worden geklasseerd onder de categorie L89, Pressure ulcer, en L97, Nonpressure ulcer of lower limb, not elsewhere classified met de code I96 die eerst gecodeerd wordt wanneer er gangreen aanwezig is. Een code van L97 mag als hoofddiagnose gebruikt worden indien er geen onderliggende oorzaak voor het ulcus gedocumenteerd wordt. Indien er wel een onderliggende oorzaak (zie hieronder) van het ulcus van de onderste ledematen aangegeven wordt, veronderstelt men een oorzakelijk verband en zal het onderliggend lijden eerst gecodeerd worden:

| | |
|--|--|
| I70.23-, I70.24-, I70.33-, I70.34-, I70.43-, I70.44-, I70.53-, I70.54-, I70.63-, I70.64-, I70.73-, I70.74- | Atherosclerose van de onderste ledematen |
| I87.31-, I87.33- | Chronische veneuze hypertensie |
| E08.31-, E08.622, E09.621, E09.622, E10.621, E10.622, E11.621, E11.622, E13.621, E13.622 | Diabetes ulcus |
| I87.01-, I87.03- | Postflebitis syndroom |
| I87.01-, I87.03- | Postthrombotisch syndroom |
| I83.0-, I83.2- | Variceus ulcus |
| I96 | Elk geassocieerd gangreen |

Het chronisch ulcus van de huid, niet elders gespecificeerd, wordt geklasseerd onder de subcategorie J98.4, Nonpressure chronic ulcer of skin, not elsewhere classified. Ulceraties geassocieerd aan arteriosclerose van de onderste ledematen worden geklasseerd onder de subcategorie I70.2 tot I70.7 met vijfde karakter 3 of 4 indien met ulceratie. Een bijkomende code uit de categorie L97 wordt

gecodeerd om de ernst van het ulcus aan te geven. Indien er gangreen aanwezig is, codeert men een code I70.26- of I70.36- met een bijkomende code uit L98.49- om de ernst van het ulcus weer te geven, indien toepasselijk.

Codes uit de categorie L89, Pressure ulcers, zijn combinatiecodes die zowel de plaats van de doorligwonde als het stadium ervan weer geven. Categorie L89 heeft een vijfde karakter om de plaats van het ulcus weer te geven, zoals ter hoogte van de elleboog (L89.0-); de rug (L89.1-); de heup (L89.2-); de billen (L89.3-); aangrenzende streken van de rug, de billen en de heup (L89.4-); de enkels (L89.5-); de hielen (L89.6-); anders streken (L89.8-); en niet gespecificeerde streken (L89.9-). Het zesde karakter geeft de ernst van het ulcus weer door het stadium van het drukulcus aan te geven, zoals niet te bepalen, stadium 1, stadium 2, stadium 3, stadium 4, of niet gespecificeerd.

Voor de codering van het stadium mag men zich baseren op het verpleegkundig dossier; de diagnose van decubitus ulcus moet echter gedocumenteerd worden door de arts (hij alleen is gemachtigd een diagnose te stellen zoals gedefinieerd door de officiële richtlijnen voor de ICD-10-CM codering).

Men moet aandacht hebben voor het mogelijks verwarren van een drukulcus waarbij het stadium niet gespecificeerd of niet gedocumenteerd wordt (L89.- met een zesde karakter "9") en het drukulcus waar men documenteert dat het stadium niet kan bepaald worden (L89.- met een zesde karakter "0"). De staging van een drukulcus houdt rekening met de diepte van weefselverlies en de diepte van het blootliggend weefsel. "Stadium niet te bepalen" betekent dat men het stadium van het drukulcus niet klinisch kan bepalen (bijvoorbeeld omdat het ulcus bedekt is door een korst of dat het behandeld werd met een huid of spierent), maar ook voor drukulcera die men documenteert als diepe weefsel letsels maar waarbij men niet documenteert dat ze traumatisch zijn. Voor het coderen van het stadium van een drukulcus laat men zich leiden door ofwel de gradatie of de gebruikte termen in het patiëntendossier of de alfabetische index. De arts moet bevraagd worden indien er geen stadium vermeld wordt in het dossier.

In het dossier omschrijft men soms een drukulcus als "diep weefsel letsel". Hier moet men goed nagaan in het patiëntendossier of het om een traumatische letsel (zoals een contusie) dan wel om een decubitus ulcus gaat. De alfabetische index verwijst de codeerder voor "Injury, deep tissue" naar "see Contusion, by site"; terwijl voor "Injury, deep tissue, meaning pressure ulcer" er verwezen wordt naar "see Ulcer, pressure, unstageable, by site".

Wanneer de patiënt opgenomen wordt met een bepaald stadium van zijn decubitus ulcus, dat nadien verslechtert naar een hoger stadium, zal men de code voor het hoogste stadium coderen. Bijvoorbeeld, een patiënt wordt opgenomen voor een stadium 2 ulcus van de linker hiel, dat verslechtert naar een stadium 3 tijdens het verblijf, dan codeert men **L89.623, Pressure ulcer of left heel, stage 3**.

Men moet duidelijk het onderscheid maken tussen genezen decubitus ulcera (worden niet gecodeerd) en de genezende ulcera (worden gecodeerd volgens het juiste stadium). Indien in het dossier niets staat over het stadium van het genezende ulcus, gebruikt men de toepasselijke code voor het niet gespecificeerde stadium.

Voorbeelden van correcte codering van chronische huidulcera zijn:

| | |
|---------------|--|
| L89.154 | Pressure ulcer, sacral area, stage 4 |
| I96 + L89.153 | Pressure ulcer, sacral area, stage 3 with gangrene |
| L97.909 | Ulcer of low limb, except pressure ulcer |
| L89.210 | Unstageable pressure ulcer of right hip |
| L89.149 | Pressure ulcer left lower back |
| L98.499 | Chronic ulcer of skin unspecified site |

'Stase' ulcera worden doorgaans door variceuze venen van de onderste ledematen veroorzaakt en worden dan ook gecodeerd met de categorie I83, Varicose veins of lower extremities, eerder dan met een code voor een huidaandoening. Wanneer de arts de term 'stase ulcus' gebruikt en de oorzaak niet legt bij de varices, codeert men deze aandoening met **I87.2, Venous insufficiency (chronic)(peripheral)**. De basisregel voor het coderen is dat men verder moet zoeken als de voorgestelde code in de alfabetische index niet correct de aandoening weergeeft. In dit geval, zelfs als

de alfabetische index de codeerder naar de codes voor de variceuze venen leidt, zal de codeur dit niet zo coderen als er geen varices aanwezig zijn.

CELLULITIS VAN DE HUID

Cellulitis is een acute, diffuse infectie van de huid en de weke weefsels dat doorgaans ontstaat door een verstoring van de huidbarrière, zoals een prikwonde, een kloof of een ulcus van de huis. Soms is het wondje zo klein dat het noch door de patiënt, noch door de arts gevonden wordt. Klinisch doet cellulitis zich voor door een plots optredende roodheid, zwelling, pijnlijke of warme huidstreek rond het geïnfecteerd gebied. Codeurs mogen zelf niet veronderstellen dat de roodheid rond een wonde of een ulcus een cellulitis is. Rond een wonde heeft men een normale roodheid die zich aan de wondrand bevindt zonder zich verder diffuus uit te breiden zoals dit het geval is bij cellulitis.

Cellulitis als gevolg van een letsel, een brandwonde, of een vrieswonde codeert men met twee codes, één voor het letsel en één voor de cellulitis. De volgorde van de codes wordt bepaald door de reden voor de opname. Wanneer de patiënt opgenomen wordt voor de behandeling van een open wonde, zal de code voor de open wonde eerst gecodeerd worden, gevolgd door de code voor de cellulitis. Wanneer de wonde zelfs onbeduidend is of wanneer ze voordien werd behandeld en de patiënt nu opgenomen wordt voor de behandeling van de cellulitis, zal de code voor de cellulitis eerst gecodeerd worden, met een bijkomende code voor de open wonde. Bijvoorbeeld:

- Een patiënt heeft een huidwondje ter hoogte van het rechter onderbeen opgelopen twee dagen gelende tijdens een wandeling en komt nu naar het ziekenhuis. Er is een beginnende cellulitis waar te nemen. De wonde wordt voor het vreemd materiaal gereinigd, een niet excisioneel debridement wordt uitgevoerd, en antibiotica wordt opgestart voor de cellulitis.
 - o Hoofddiagnose: S81.821A Laceration with foreign body, right lower leg, initial encounter
 - o Nevendiagnose: L03.115 Cellulitis of right lower limb
 - o Procedure: 0HDKXZZ Extraction of right lower leg skin, external approach
- Een patiënt heeft een kleine prikwonde ter hoogte van de rechter vinger door het verwijderen van een nietje uit papier. Vijf dagen later wordt hij opgenomen in het ziekenhuis omwille van een cellulitis ter hoogte van de vinger en wordt hij behandeld met intraveneuze antibiotica. De wonde zelf vraagt geen verzorging, en wordt dus niet gecodeerd.
 - o Hoofddiagnose: L03.011 Cellulitis of right finger

Zowel de cellulitis als de lymfangitis van de huid vallen onder de categorie L03. Niettegenstaande dat, zijn er afzonderlijke codes voor cellulitis en lymfangitis. Een bijkomende codes moet gecodeerd worden om het oorzakelijk organisme te coderen (B95-B96), indien die informatie beschikbaar is. Het oorzakelijk organisme is meestal een Streptokok.

Cellulitis kan ook optreden als een postoperatieve wondinfectie of als gevolg van het doorprikken van de huid bij intraveneuze therapie. Bijvoorbeeld:

- Een patiënt had zes dagen geleden een appendectomie en wordt nu heropgenomen met een evidente Stafylokokken cellulitis van de operatieve wonde.
 - o Hoofddiagnose: T81.4xxA Infection following procedure
 - o Nevendiagnose: L03.311 Cellulitis of abdominal wall
 - o Nevendiagnose: B95.8 Staphylococcus

Cellulitis ontwikkelt zich frequent als een complicatie van chronische huidulcera, die gecodeerd worden met codes uit de categorie L89 of L97, of subcategorie L98.4. Deze codes includeren niet de geassocieerde cellulitis, daarom moeten er twee codes gebruikt worden om die aandoeningen te coderen. De keuze van de hoofddiagnose is afhankelijk van de reden tot opname.

Cellulitis omschreven als gangreneus wordt geklasseerd onder de code **I96, Gangrene, not elsewhere classified**. Wanneer gangreen aanwezig is bij een ulcus of letsel, zal dit eerst gecodeerd worden, met de code voor het letsel of het ulcus als nevendiagnose. Deze werkwijze volgt de 'Code first' instructie in de systematische index onder gangreen.

OVERIGE CELLULITIS

Niettegenstaande cellulitis hoofdzakelijk voorkomt in de huid en het onderhuids weefsel, kan ze ook voorkomen in andere gebieden. In dergelijke gevallen zullen toepasselijke codes uit andere ICD-10-CM hoofdstukken gebruik worden.

Cellulitis van de vrouwelijke genitale organen wordt geklasseerd als een inflammatoire aandoening en wordt gecodeerd met de code N76.4. Cellulitis van het (kleine) bekken van de vrouw wordt geklasseerd als een inflammatoire aandoening en wordt gecodeerd met de categorie N73. Soms ontstaat er een pelviene cellulitis na een abortus, een bevalling, of een molaire of ectopische zwangerschap, waardoor ze geklasseerd wordt in hoofdstuk 15 van de ICD-10-CM. Bij de man wordt een cellulitis van het bekken gecodeerd met de code **K65.0, Generalized (acute) peritonitis**.

EXCISIE VAN EEN LETSEL

Om de procedure voor het verwijderen van letsel van de huid correct te coderen, is het belangrijk om eerst uit te maken of de procedure uitgevoerd wordt ter hoogte van de huid (lichaamstelsel "huid en borst"), of het onderhuids weefsel en de fascia (lichaamstelsel "onderhuids weefsel en fascia"). Vervolgens moet men uitmaken welke kernprocedure wordt uitgevoerd, "Excision" (uitsnijden, zonder vervanging, van een gedeelte van een lichaamsdeel) of "Destruction" (fysische vernietiging van een volledig of gedeelte van een lichaamsdeel door direct gebruik te maken van uitwendige energie, kracht of een vernietigende substantie). Voor de meeste 'excisies' en 'destructies' van de huid zal de toegangsweg "External (uitwendig)" zijn. Voorbeelden:

- Een eenvoudige excisie van de huid in het aangezicht wordt geklasseerd onder de kernprocedure "Excision" en gecodeerd als **0HB1XZZ, Excision of face, external approach**.
- Het verwijderen van letsels door middel van cauterisatie, cryochirurgie, fulgurisatie, of laser wordt geklasseerd onder de kernprocedure "Destruction"; bijvoorbeeld de fulgurisatie van een huidaanwasje op de borstkas dat gecodeerd wordt met **0H55XZZ, Destruction of chest skin, external approach**.

Wanneer de verwijdering van letsels verder gaat dan de huid zelf en dus de onderliggende of aanliggende weefsels, zoals het onderhuids weefsel of de fascia omvat, klasseert met de procedure onder het lichaamstelsel "subcutaan weefsel en fascia". Het operatieverslag moet zorgvuldig nagelezen worden om uit te maken welke kernprocedure men zal volgen alsook welke toegangsweg er gebruikt werd; open (doorheen de huid of de mucosa) of percutaan (door punctie of met een kleine insnede in de huid of de mucosa). Voorbeelden:

- Het verwijderen van een Kaposi sarcoom uit het onderhuids weefsel ter hoogte van de rechter dij wordt geklasseerd onder de kernprocedure "Excision" en gecodeerd met **0JBL0ZZ, Excision of right upper leg subcutaneous tissue and fascia, open approach**.
- De open fulgurisatie van een goedaardig subcutaan gezwel van de linker bovenarm klasseert men onder de kernprocedure "Destruction" en wordt gecodeerd als **0J5D0ZZ, Destruction of right upper arm subcutaneous tissue and fascia, open approach**.

DEBRIDEMENT

Debridement van de huid en het onderhuids weefsel is een procedure waarbij vreemd materiaal en gedevaliseerd of besmet weefsel, verwijderd wordt uit een traumatische of geïnfecteerd letsel vooraleer het omliggende gezonde weefsel wordt aangetast.

Excisioneel debridement van de huid en het onderhuids weefsel is het chirurgisch verwijderen of wegsnijden van dergelijk weefsel, necrose, of verweekt weefsel en wordt geklasseerd onder de kernprocedure "Excision". Afhankelijk van de beschikbaarheid van een chirurgisch team of de uitgebreidheid van de aangetaste zijde, kan het excisioneel debridement uitgevoerd worden in het operatiekwartier, de spoedopname, of aan het bed van de patiënt. Excisioneel debridement kan uitgevoerd worden door de arts en/of een andere zorgverlener en omvat het wegsnijden van weefsel, in tegenstelling tot het mechanische debridement (afborstelen, schrobben, wassen). Het gebruik van scherpe instrumenten wil niet steeds zeggen dat het gaat om een excisioneel debridement. Het gebruik van scharen of andere scherpe instrumenten om weefsel af te schrapen wordt niet aanzien als een excisioneel debridement. Bij excisioneel debridement gebruikt men de scalpel om het afgestorven

weefsel weg te snijden. Het patiëntendossier zal hier dus goed moeten nagelezen worden om het verschil in type debridement te weten. Indien het dossier niet duidelijk is of indien er twijfels zijn rond de procedure, moet de arts om verduidelijking gevraagd worden.

Niet-excisioneel debridement van de huid is het niet operatieve afborstelen, spoelen, schrobben of wassen van het afgestorven weefsel, necrose, verweekt weefsel, of vreemd materiaal. De meeste niet excisionele debridementen worden geklasseerd onder de kernprocedure "Extraction" (het verwijderen van een deel of het ganse lichaamsdeel door middel van kracht), uitgezonderd wanneer het afgestorven weefsel wordt afgespoeld (irrigation). In dat geval wordt het debridement gecodeerd in de 'Toedieningsectie (Administration section)', en de kernprocedure "Irrigation (spoelen)". Niet-excisioneel debridement kan door de arts of een andere zorgverlener uitgevoerd worden. Voorbeelden van niet excisioneel debridement zijn de Versajet en het ultrasone debridement. Bij Versajet gebruikt men een hoogdruk generator waardoor een natuurlijk vacuüm gecreëerd wordt door de jetstroom waardoor weefselfragmenten verwijderd worden. Artsen hebben verschillende mogelijkheden om traumatische wonden, chronische wonden, of andere weke weefsels los te maken en te verwijderen.

Wanneer men een debridement van andere lichaamsdelen dan de huid moet coderen, gebruikt men de kernprocedure "Excision" van het specifieke lichaamsdeel.

Voor het coderen van het debridement van verschillende lagen op dezelfde locatie, gebruikt men enkel de code voor het debridement van de diepste laag. Bijvoorbeeld, een open excisie en debridement van een stuitwonde, inclusief het bot, codeert men met de code **0QBS0ZZ, Excision of coccyx, open approach**. Debridement samen met een andere procedure zit meestal vervat in die procedure, maar ook niet altijd.

REGENERATIEVE HUIDENTEN

Er bestaan verschillende nieuwe technieken om de huidlagen te vervangen bij ernstige brandwonden. De procedures waarbij enten gebruikt worden staan geklasseerd onder de kernprocedure "Replacement (vervangen)" (in- of aanbrengen van biologisch of synthetisch materiaal dat fysiek de plaats inneemt en/of de functie van een het volledige of een gedeelte van een lichaamsdeel). De toegangsweg voor alle huident procedures is "external (uitwendig)". De kernprocedure "Replacement" geeft via het 'materiaal' karakter aan welk substituuat er gebruikt wordt; synthetisch materiaal (zesde karakter "J"), autoloog weefsel (zesde karakter "I") en niet-autoloog weefsel (zesde karakter "K").

Synthetische huidenten omvatten ook bijvoorbeeld:

- Kunstmatige huid, niet nader omschreven
- Het creëren van een "neodermis"
- Gedecellulariseerde allodermis
- Matrix inplanten
- Prothetische inplanten van dermale lagen van de huid
- Geregenereerde dermale lagen van de huid

Code **T85.693-, Other mechanical complication of artificial skin graft and decellularized allodermis**, wordt gebruikt bij het falen of de verwerping van dergelijke enten. Code T86.820-, Skin graft (allograft) rejection, en T86.821-, Skin graft (allograft) failure, worden gebruikt voor de complicaties van de andere huidenten. De status code Z96.81 wordt gebruikt bij patiënten die een kunstmatige huident hebben.

VOORBEELDEN 22.1

De volgende oefeningen bevatten voorbeelden van aandoeningen die geklasseerd staan in hoofdstuk 12 van de ICD-10-CM.

Codeer de volgende diagnoses en procedures.

1. Variceus ulcus ter hoogte van het rechter been met ernstige inflammatie. 183.219
2. Pilonidale fistel met abces. L05.02
Verwijderen van de pilonidale sinus (excisie). 0HB8XZZ
3. Groot abces aan de romp door een Stafylokokken aureus infectie. L02.219 + B95.61

- Insnijden en drainage van het abces op de romp. 0H95XZZ
4. Harde knobbel misvorming ter hoogte van de rechter kleine teen. L84
Zachte knobbel misvorming ter hoogte van de derde, vierde, en vijfde teen rechts
5. Keloïd litteken aan de linker hand als gevolg van een vroegere brandwonde L91.0 + T23.002S
Verwijderen van het litteken ter hoogte van de linker hand. 0HBGXZZ
6. Chronische purulente ontstoken acné rosacea van de onderlip. L71.9
Brede excisie van de chronische acné rosacea van de onderlip (uitwendig) met een full-thickness
autologe ent over het defect ter hoogte van de onderlip. (Replacement). 0CR1X7Z
7. Reuzenurticaria (Giant urticaria of angioneurotische oedeem), eerste contact. T78.3xxA
8. Contactdermatitis van het ooglid. H01.119
9. Seborrhoïsche keratose onder het tweede metatarsaalkop van de rechter voet. L82.1
10. Cellulitis van de anus. K61.0
11. Acute lymfangitis, rechter bovenarm, door een groep A streptokokken infectie. L03.123 +
B95.0
12. Gangreneus diabetisch ulcus ter hoogte van de rechter voet ten gevolge van perifere
vaataandoeningen. E11.621 + E11.52 + L97.519
13. Chirurgisch debridement van de huid en de fascia van de rechter voet. 0JBQ0ZZ
14. Geïnfecteerde ingegroeide teennagel van de rechter grote teen. L60.0
Ablatieve elektrocauterisatie van de teennagel 0H5RXZZ
15. Cellulitis van de billen. L03.317
16. Cellulitis van het bovenste ooglid. H00.034
17. Niet excisioneel debridement van een diabetisch ulcus aan de rechter hiel E11.621 + L97.419 +
0HDMXZZ

HOOFDSTUK 23

AANDOENINGEN VAN HET MUSCULOSKELETAAL STELSEL EN BINDWEEFSEL

OVERZICHT

- Aandoeningen van het musculoskeletaal stelsel en het bindweefsel worden geklasseerd in hoofdstuk 13 van de ICD-10-CM.
- De meeste codes in het hoofdstuk 13 hebben een lokalisatie en een lateraliteit verwijzing voor de botten, de gewrichten en de aangetaste spieren.
- Indien er geen "multiple sites (verschillende lokalisaties)" code bestaat en indien er meer dan één bot, gewricht, of spier aangetast is, worden afzonderlijke codes gebruikt om de verschillende betrokken lokalisaties weer te geven.
- Het coderen van rugpijn is afhankelijk van het verschil tussen de degeneratie en de verplaatsingen (van de discus) en van de aanwezigheid of afwezigheid van myelopathie.
- Artritis kan afzonderlijk gecodeerd worden of samen met een andere code indien ze een manifestatie is van een andere aandoening.
- Osteoartritis wordt ingedeeld in een primaire en een secundaire osteoartritis.
- Fracturen worden ingedeeld in stress fracturen, pathologische fracturen, of traumatische fracturen.
 - o Spontane fracturen worden altijd aanzien als pathologisch.
 - o Een traumatische fractuur zal nooit samen met een pathologische fractuur op het zelfde bot gecodeerd worden.
- Voor het coderen van gewrichtsvervangingen moet men weten welk gewricht behandeld wordt.
- Voor het coderen van gewrichtsrevisies moet men informatie hebben over het al dan niet verwijderen van vervangende gewrichtscomponenten.
- Voor het coderen van spinale fusies moet men de juiste lokalisatie (op de wervelzuil) kennen, de toegangsweg (anterieur, posterieur, of lateraal dwars), en of er twee of meer wervels geconsolideerd worden.
- Voor het coderen van het plaatsen van discus prothese moet men weten welk type prothese er gebruikt wordt en welk segment er behandeld wordt.
- Andere aandoeningen die in het hoofdstuk 13 staan, zijn het plica syndroom en de fasciitis.

LEERDOELSTELLINGEN

Na het doornemen van dit hoofdstuk bent u in staat om:

- De verschillende soorten artritis uit te leggen, alsook naar wat te kijken bij het coderen van artritis.
- Het verschil uit te leggen tussen pathologische en traumatische fracturen.
- Gewrichtsvervangingen en revisies te coderen.
- De rugaandoeningen en de verschillende procedures om deze rugproblemen te corrigeren te coderen.

TERMEN OM TE KENNEN

Gewricht revisie

Procedure waarbij een gewrichtsprothese aangepast, verwijderd of vervangen wordt.

Myelopathie

Beschadiging van de gemyeliniseerde zenuwbanen die de informatie naar de hersenen brengen.

Osteoartritis

De meest voorkomende vorm van artritis; een degeneratieve gewrichtsaandoening.

Pathologische fractuur

Een fractuur in bot dat verzwakt is door een ziekte.

TE HERINNEREN ...

Afzonderlijke codes zullen gebruikt worden om de verschillende plaatsen weer te geven wanneer er geen 'multipiele plaatsen' code bestaat.

INLEIDING

Hoofdstuk 13 van ICD-10-CM kent vooral de algemene codeerregels die reeds behandeld werden in dit handboek. Het verstaan van volgende termen maakt het misschien eenvoudiger om codes van hoofdstuk 13 te gebruiken:

- Arthropathie: aan aandoening van de gewrichten
- Artritis: een ontsteking van een gewricht
- Dorsopathie: aandoeningen van de rug
- Myelopathie: aandoeningen van het ruggenmerg
- Radiculopathie: een probleem waarbij één of meerdere zenuwen aangetast zijn met als resultaat pijn (radiculaire ustralende pijn), spierzwakte, voosheid (doofheid), of moeilijkheden om specifieke spieren te controleren.

De meeste arthropathieën staan geklasseerd in de categorie M00 tot M25 in de ICD-10-CM, en de meeste dorsopathieën in de categorieën M40 tot M54.

Plaats en lateraliteit

De meeste codes in hoofdstuk 13 hebben een aanduiding voor de plaats en de lateraliteit. De plaats is nodig voor de bot-, gewricht-, of spieraandoeningen. Voor bepaalde aandoeningen die meer dan twee botten, gewrichten, of spieren aantasten (bijvoorbeeld osteoartritis), is er een code "multipiele plaatsen" beschikbaar. Indien er geen "multipiele" plaatsen code beschikbaar is en er meer dan twee botten, gewrichten, of spieren aangetast zijn, zal men de afzonderlijke plaatsen dan ook afzonderlijk coderen.

Bot versus gewricht

Bepaalde aandoeningen tasten zowel het bovenste als het onderste uiteinde van een bot aan (bijvoorbeeld, avasculaire necrose van het bot, M87, Osteoporose, M80, M81). Hoewel de aangetaste botdelen deel uitmaken van gewrichten, zal men als plaats toch het bot kiezen en niet het gewricht.

Acuut traumatisch versus chronisch of terugkerende musculoskeletale aandoeningen

Verschillende musculoskeletale aandoeningen zijn het gevolg van een voorafgaandelijk letsel of een trauma op een bepaalde plaats, of zijn terugkerende aandoeningen. Hoofdstuk 13 van ICD-10-CM bevat bot-, gewricht-, of spieraandoeningen die het gevolg zijn van genezen letsels alsook terugkerende aandoeningen op die plaatsen. ICD-10-CM klasseert de huidige, acute letsels in hoofdstuk 19. Chronische of terugkerende aandoeningen zullen dus doorgaans met een code uit hoofdstuk 13 gecodeerd worden. Indien het moeilijk is om uit het patiëntendossier uit te maken welke code het beste geschikt is om de aandoening weer te geven, moet men de arts bevragen.

RUGAANDOENINGEN

Rugpijn omschreven als lumbago of lage rugpijn, zonder verdere specificatie, wordt gecodeerd met de code **M54.5, Low back pain**. Rugpijn niet anders gespecificeerd wordt gecodeerd met de code **M54.9, Dorsalgia, unspecified**. Psychogene rugpijn staat geklasseerd onder M54.9 en **F45.41, Pain disorder exclusively related to psychological factors**.

Intervertebrale discus letsels staan geklasseerd in de categorie M50, Cervical disorders, en M51, Thoracic, thoracolumbar, and lumbosacral intervertebral disc disorders. Het is belangrijk de omschrijving in het oog te houden om correct te coderen. Discus degeneratie is niet hetzelfde als een verplaatsing van de tussenwervelschijf (hernia), en beide hebben een verschillende code. Bij cervicale discus aandoeningen (categorie M50), moet de code voor het meest superieure niveau gebruikt worden.

Figuur 23.1: Het menselijk skelet

De al dan niet aanwezigheid van een myelopathie is een belangrijk onderscheid om bepaalde codes voor rugaandoeningen te gebruiken. Myelopathie is een functionele aandoening en/of pathologische verandering in het ruggenmerg dat dikwijls het gevolg is van een compressie. Codes voor rugaandoeningen, zoals de spondylose en de hernia van de tussenwervelschijf, hebben een verschillende code indien ze gepaard gaan met of zonder myelopathie. Codes van de discusshernia zonder myelopathie omvaten ook de aandoeningen met paresthesieën, zonder paralyse. Intervertebrale discussaandoeningen met myelopathie worden geklasseerd in de subcategorieën M50.0- en M51.0-, met een vijfde karakter om de lokalisatie aan te geven. Voorbeelden hiervan zijn:

- M50.20 Herniated intervertebral disc, cervical, unspecified cervical region, without myelopathy
- M51.06 Herniated intervertebral disc, lumbosacral, with myelopathy, lumbar region
- M51.24 Herniated intervertebral disc, thoracic, without myelopathy

De categorieën M50 en M51 worden ook zo ingedeeld, volgens de al dan niet aanwezigheid van radiculopathie, in de subcategorieën M50.1 en M51.1, met een vijfde karakter om de lokalisatie weer te geven.

Radiculopathie is een zenuwwortel probleem met spierzwakte, voosheid, of moeilijkheden om specifieke spieren te controleren.

Figuur 23.2: De wervelzuil

De rugpijn bij een discusshernia zit vervat in de code voor de discusshernia; geen bijkomende code wordt erbij gezet.

De ingrepen voor het verwijderen of vernietigen van hernia's staan in de ICD-10-PCS geklasseerd volgens het type ingreep. Enkel voorbeelden hiervan:

| | |
|---------|---|
| 0SB40ZZ | Open excisie van een lumbosacrale intervertebrale discusshernia. |
| 0R5B3ZZ | Vernietiging van een verplaatste thoracolumbale discusshernia door percutane chemonucleolyse; |
| 0S523ZZ | Percutane vernietiging van de lumbale intervertebrale discus. |
| 0RB10ZZ | Open excisie van het cervicale wervelgewricht. |

Code **00JU0ZZ, Inspection of spinal canal, open approach**, wordt gebruikt voor de uitgevoerde laminectomie, zowel voor de exploratie als de decompressie van het spinaal kanaal. Laminectomie uitgevoerd voor het verwijderen (excision) van een discusshernia, is daarentegen de toegangsweg en wordt niet afzonderlijk gecodeerd. Af en toe zal men na een laminectomie een Mersilene stabilisatie uitvoeren om het interspinaal ligament te herstellen. Het plaatsen van de Mersilene hechtingen zit vervat in de volledige procedure en moet dus niet afzonderlijk gecodeerd worden.

ARTRITIS

Artritis is een algemene term voor een grote waaier van aandoeningen die hoofdzakelijk de gewrichten, de spieren en het bindweefsel aantasten. De geassocieerde symptomen zijn ontsteking, zwelling, pijn, stijfheid, en bewegingsmoeilijkheden. Artritis kan afzonderlijk voorkomen, maar is ook een algemeen symptoom bij vele andere aandoeningen. Combinatiecodes zullen gebruikt worden wanneer beschikbaar. Enkele voorbeelden hiervan:

| | |
|-----------------------|---|
| M11.811 | Artritis van de rechter schouder door calciumfosfaat kristallen |
| E11.610 | Charcot artritis door type 2 diabetes |
| <u>C95.90</u> + M36.1 | Artritis door leukemie |
| <u>D66</u> + M36.2 | Artritis bij hemofilie |
| A69.23 | Artritis bij de ziekte van Lyme |

Osteoartritis is de meest voorkomende vorm van artritis; ze wordt ook poly-artritis, degeneratieve artritis, en hypertrofische artritis genoemd. Het is een degeneratieve gewrichtsaandoening, meestal bij ouderen, met chronische degeneratie van het gewrichtskraakbeen en hypertrofie van het bot. Ze karakteriseert zich door pijn en zwelling. Codes uit de categorieën M15 tot M19 worden gebruikt bij osteoartritis, uitgezonderd wanneer de wervelzuil aangetast is, dan gebruikt men codes uit de categorie M47, Spondylose.

De eerste codeeras bij osteoarthritis is de plaats, ofwel tast ze verschillende plaatsen aan (M15.-, Osteoarthritis) ofwel enkele gewrichten. Bilaterale aantasting van enkelvoudige gewrichten worden gecodeerd met de categorie M16 tot M19. De codes worden verder ingedeeld volgens primaire of secundaire (bijvoorbeeld, posttraumatisch) oorzaak. Primaire osteoarthritis, ook gekend als poly-articulaire degeneratieve arthritis, tast de gewrichten van de wervelzuil, de knie, en de heup aan, alsook de kleine gewrichten van de handen en de voeten. Secundaire osteoarthritis, ook gekend als mono-articulaire arthritis, blijft beperkt tot de gewrichten van een bepaalde plaats als gevolg van een uitwendig of inwendig letsel of aandoening. Osteoarthritis op verschillende plaatsen zonder dat men ze specificiert als 'veralgemeend' wordt gecodeerd met **M15.9, Polyosteoarthritis, unspecified**.

Reumatoïde arthritis (categorieën M05-M06), een andere frequente vorm van arthritis, is een auto-immuun ziekte dat het ganse lichaam, aantast. Pyogene arthritis (M00.-) is te wijten aan een infectie en wordt geklasseerd volgens het oorzakelijke organisme (Stafylokokken, Pneumokokken, Streptokokken of andere bacteriën), met bijkomende karakters om het geïnfecteerde gewricht weer te geven. Een bijkomende code wordt gecodeerd om het oorzakelijke organisme weer te geven. Categorie M01 wordt gebruikt om directe gewrichtsinfecties te coderen bij infecties en parasitaire aandoeningen. De onderliggende aandoeningen, zoals de lepra, de mycose, of de paratyfoïde koorts worden eerst gecodeerd. Jicht arthritis is een recidiverende ontsteking en codeert men als idiopathische jicht. Categorie M10, Gout, wordt verder ingedeeld om aan te geven of ze idiopathisch (M10.0-), als gevolg van lood (M10.1-), medicatie geïnduceerd (M10.2-, als gevolg van een nierziekte (M10.3-), of een andere secundaire jicht (M10.4-) is. Ongespecificeerde jicht codeert men met M10.9. Wanneer de jicht als chronisch gespecificeerd wordt, dan wordt ze ondergebracht onder de categorie M1A, Chronic gout.

OEFENINGEN 23.1

Codeer de volgende diagnosen en procedures. Gebruik geen codes om de uitwendige oorzaken te coderen.

1. Acute jichtarthritis, rechter voet M10.071
2. Chronische nodulaire reumatoïde arthritis met polyneuropathie M05.50
3. Traumatische arthritis, linker enkel, na een oude traumatische ontwrichting M12.572 + S93.05XS
Arthroscopische arthrodese van de linker enkel 0SGG4ZZ
4. Discushernia L4-L5 M51.26
Laminectomie met verwijderen van de tussenwervelschijf L4-L5 0SB20ZZ
5. Chronische lumbosacrale verzwikking (sprain), volgende contacten S33.9xxD

DERANGEMENT

Derangement (afwijking) van de knie wordt geklasseerd onder de categorie M23 ['Derangement interne' is een verzamelnaam voor een groep aandoeningen die leiden tot mechanische klachten: van wisselende haperingen tijdens het bewegen (slotklachten), krakende geluiden (crepitaties) en 'het iets voelen verschieten in de knie'.]; derangement op andere plaatsen wordt geklasseerd onder de categorie M24, met bijkomende karakters om de plaats aan te duiden. Terugkerende (recurrent) derangement van de knie wordt geklasseerd onder M22.0-, Recurrent dislocation of patella. Recurrente dislocatie (recidiverende ontwrichtingen) of subluxaties van gewrichten staan onder M24.4-, Recurrent dislocation of joint. De afwijking van de knie door een recent letsel wordt geklasseerd onder de dislocaties S83.104-, S83.105-, of S83.106-. Een afwijking van de meniscus of het kraakbeen van de knie tengevolge van een trauma staat geklasseerd onder de subcategorie S83.2-, Tear of meniscus, current injury.

OEFENINGEN 23.2

Codeer de volgende diagnosen. Gebruik geen codes om de uitwendige oorzaken weer te geven.

1. Recidiverend derangement van de linker enkel M24.472
2. Recidiverend derangement van de knie M23.90
3. Derangement van de rechter knie door een val, eerste contact S83.104A

OSTEOPOROSE

Osteoporose is een systeemaandoening dat alle botten van het musculoskeletaal stelsel treft en aanleiding geeft tot een verhoogd risico op pathologische fracturen. Bij osteoporose zijn de botten dunner en brozer dan normaal. Osteoporose wordt geklasseerd onder de categorieën M80 en M81 afhankelijk of er al dan niet een pathologische fractuur aanwezig is. Omdat osteoporose een systeemaandoening is, is de lokalisatie geen onderdeel van de codes onder de categorie M81, Osteoporosis without current pathological fracture. De codes onder categorie M80, Osteoporosis with current pathological fracture, geeft de osteoporose weer alsook de plaats van de pathologische fractuur.

PATHOLOGISCHE FRACTUREN

Pathologische fracturen ontstaan in botten die verzwakt zijn door ziekte. Deze fracturen ontstaan meestal spontaan of door een licht trauma (zoals een kleine val) dat normaliter nooit een gezond bot zou breken. Er zijn verschillende onderliggende oorzaken voor pathologische fracturen, zoals osteoporose, metastasen in het bot, osteomyelitis, ziekte van Paget, atrofie, hyperparathyroidisme, en voeding- en congenitale aandoeningen.

Fracturen die als spontaan omschreven worden zijn altijd pathologisch. Als het gaat om een compressiefractuur moet men in het dossier nalezen of het wel om een significant trauma gaat. Elke val vanuit de hoogte, zoals van een duikplank, met een compressiefractuur van de wervels wordt geklasseerd onder de letsels (injury), terwijl een compressiefractuur bij een oudere patiënt als gevolg van licht struikelen of een ander licht trauma meestal aanzien zal worden als pathologisch, vooral wanneer die patiënt een onderliggend lijden heeft dat frequent dergelijke fracturen veroorzaakt. De arts moet wel duiding hierin brengen.

Alle pathologische fracturen worden geklasseerd in de volgende categorieën/subcategorieën afhankelijk van het onderliggend lijden:

- Categorie M80 Osteoporose met een huidige pathologische fractuur
- Subcategorie M84.4- Pathologische fractuur , niet elders geklasseerd
- Subcategorie M84.5- Pathologische fractuur bij nieuwvorming (codeer ook het onderliggend lijden)
- Subcategorie M84.6- Pathologische fractuur bij andere aandoeningen (codeer ook het onderliggend lijden)

Aanvullende karakters worden gebruikt om het aangetaste bot weer te geven. Volgende zevende karakter codes zijn vereist bij pathologische fracturen:

- A Initial encounter for fracture (eerste contact)
- D Subsequent encounter for fracture with routine healing (volgend contact met routine behandeling)
- G Subsequent encounter for fracture with delayed healing (volgend contact met uitgestelde behandeling)
- K Subsequent encounter for fracture with non-union (volgend contact met non-union)
- P Subsequent encounter for fracture with malunion (volgend contact met slechte vergroeiing)
- S Sequela

De toekenning van het zevende karakter bij pathologische fracturen moet gebeuren volgens volgende richtlijnen:

- "A" wordt gebruikt wanneer de patiënt een actieve behandeling krijgt voor de pathologische fractuur. Voorbeelden van actieve behandeling zijn een chirurgische behandeling, een spoedopname, en een evaluatie en behandeling door een nieuwe (andere) arts.
- "D" wordt gebruikt bij opnames nadat de patiënt een volledige actieve behandeling heeft gehad en er een routine genezing heeft plaatsgevonden.
- "G", "K", en "P" worden gebruikt voor volgende contacten voor de behandeling van problemen geassocieerd aan de genezing, zoals een vertraagde heling, een mal-union en een non-union.
- "S" wordt gebruikt voor de contacten voor de behandeling van sequellen of residuele gevolgen (restletsels) nadat de acute fase van de fractuur voorbij is.

Zorg voor complicaties van chirurgische behandelingen van fracturen tijdens de genezings- of herstelperiode worden gecodeerd met de toepasselijke complicatiecodes.

De volgorde van de codes voor pathologische fracturen is afhankelijk van de opnameomstandigheden. De pathologische fractuur wordt hoofddiagnose enkel als de patiënt opgenomen wordt voor de behandeling van de pathologische fractuur. Meestal zal de code voor het onderliggende lijden van de fractuur eerst gezet worden, met een bijkomende code voor de fractuur. Een voorbeeld:

- Pathologische fractuur door kanker: indien de focus van de behandeling gericht is op de fractuur, zal een code uit de subcategorie M84.5, Pathological fractures in neoplastic disease, eerste gecodeerd worden, gevolgd door een code voor de nieuwvorming. Indien de focus van de behandeling vooral gericht is op de nieuwvorming, zal een code voor het neoplasma eerst gezet worden gevolgd door een code M84.5 voor de pathologische fractuur. De verwijzing "code also" bij M84.5 geeft de nodige instructies.

Gebruik nooit een code voor een traumatische fractuur en een pathologische fractuur voor hetzelfde bot (zelfde fractuur); één van beide kan maar toegekend worden; (Zie hoofdstuk 33 van dit handboek met de regels voor het coderen van traumatische fracturen.)

Correcte codevoorbeelden zijn:

M80.061A + M89.761 Eerste contact voor een acute fractuur van de rechter tibia en majeure botdefecten tengevolge van seniele osteoporose

M84.559D + C79.51 + Z85.43 Volgende contact voor de heling van een pathologische fractuur van de heup tengevolge van een botmetastase; ovariumcarcinoom vijf jaar geleden.

STRESS FRACTUREN

Stress fracturen zijn verschillend van pathologische fracturen in het feit dat zij het gevolg zijn van repetitieve trauma's waarbij het bot en het ondersteunende weefsel de tijd hebben gehad om te weerstaan, terwijl bij pathologische fracturen er altijd een fysiologische aandoening is, zoals kanker of osteoporose, die aanleiding geven tot destructie van bot. Stress fracturen zijn meestal niet te zien op RX opnames, pas dagen tot weken later is de fractuurlijn op RX zichtbaar. Stress fracturen worden onder categorie M84.3 geklasseerd. Bijkomende uitwendige oorzaak codes moeten toegevoegd worden om de oorzaak van de stress fractuur weer te geven, zoals bijvoorbeeld, code **Y93.01, Walking, marching and hiking**. Andere termen die onder de stress fracturen worden geklasseerd zijn vermoeidheidsfracturen, mars fracturen, en stress reactie fracturen.

RICHTLIJNEN VOOR DE LICHAMSDLEN VAN HET MUSCULOSKELETAAL STELSEL

De meeste richtlijnen voor de ICD-10-PCS lichaamsdelen werden besproken in hoofdstuk 8 van dit handboek, 'Inleiding tot de ICD-10-PCS en de ICD-10_PCS conventies (afspraken)'. Er zijn echter wel specifieke regels voor dit hoofdstuk over de pezen, de ligamenten, de slijmbeurzen, en de fascia rond de gewrichten.

Procedures uitgevoerd op pezen, ligamenten, bursae, en fascia rond gewrichten worden gecodeerd met het lichaamsdeel dat behoort tot het respectievelijke lichaamsstelsel dat de focus van de procedure krijgt. Procedures op gewrichtsstructuren zelf worden gecodeerd met het lichaamsdeel dat behoort tot het lichaamsstelsel van de gewrichten. Bijvoorbeeld, het herstel van de voorste kruisbanden van de knie wordt gecodeerd met het lichaamsdeel "knee bursae and ligament (knie slijmbeurzen en ligamenten)" in het lichaamsstelsel van de "ligamenten". De arthroscopie van de knie met het schaven van het gewrichtskraakbeen wordt gecodeerd met het lichaamsdeel "kniegewricht" in het stelsel van "lower joints (lagere gewrichten)".

VERVANGING VAN EEN GEWRICHT

Het vervangen van een gewricht wordt geklasseerd in de sectie "Medisch en Chirurgisch" onder de kernprocedure "Replacement (vervangen)". De code toekenning is afhankelijk van het te vervangen

gewricht. Bij heupprothesen zal het zevende karakter het type draagoppervlak weergeven, zoals hieronder aangegeven:

- 0 polyethyleen (kunststof)
- 1 metaal
- 2 metaal op polyethyleen
- 3 keramiek
- 4 keramiek op polyethyleen

Het zevende karakter geeft aan of de prothese met cement werd gefixeerd of niet. Bij een gecementeerde prothese wordt de prothese met een epoxycement aan het bot gehecht. Een niet gecementeerde prothese heeft een deel met gaten zodat het botweefsel van de patiënt daarin kan groeien om de prothese ter plaatse te houden.

Indien tijdens de vervanging ook een bot groeistimulator wordt geplaatst, moet men dat afzonderlijk erbij coderen met de kernprocedure "Insertion" en als materiaal "bone-growth stimulator (bot groeistimulator)" (zesde karakter M). Enkele andere voorbeelden:

| | |
|---------|---|
| 0SRA0JG | Vervanging van het rechter acetabulum door een keramische prothese |
| 0SRG0J9 | Totale linker enkel vervanging door een synthetische prothese |
| 0SRS01Z | Vervanging linker femurkop (metaal) |
| 0SRA00A | Gedeeltelijke vervanging (acetabulum, kunststof) van de rechter heup, zonder cement |
| 0RRLOJZ | Totale rechter elleboog vervanging (synthetisch) |

ICD-10-PCS heeft geen codes die aangeven dat een bilaterale vervanging wordt uitgevoerd. De procedure moet dus tweemaal gecodeerd worden wanneer dezelfde procedure uitgevoerd wordt op bilaterale gewrichten.

Af en toe moet een prothese verwijderd worden omwille van een infectie, waarbij een nieuwe prothese een maand of twee later geplaatst wordt, als de infectie volledig verdwenen is. De eerste opname voor dergelijke complicaties wordt gecodeerd met T84.5-, Infection and inflammatory reaction due to internal joint prosthesis, met een bijkomende code om de infectie weer te geven en als procedure de code voor het verwijderen van de prothese (bijvoorbeeld, 0SP90JZ, Removal of synthetic substitute from right hip joint, open approach).

Gebruik de code 0SH908Z indien een spacer geplaatst wordt. Bij de volgende opname, is de hoofddiagnose **Z47.32, Aftercare following explantation of hip joint prosthesis**, met als procedurecode het plaatsen van een nieuwe prothese.

Anderzijds, wanneer men een slecht werkende prothese corrigeert of bijstelt, gebruikt men een code uit de kernprocedure "Revision (revisie)", bijvoorbeeld, 0SW90JZ, Revision of synthetic substitute in right hip joint, open approach.

Telkens een gewrichtsprothese bijgesteld wordt tijdens hetzelfde verblijf, wordt de procedure gecodeerd als een revisie. De definitie van de kernprocedure "Revision" is "correctie, voor zover mogelijk, van slecht werkend of fout geplaatst materiaal". Indien een gewrichtsprothese verwijderd wordt en vervangen wordt tijdens dezelfde opname, codeert men zowel de verwijdering als de vervanging. Als daarentegen spacer wordt verwijderd (bijvoorbeeld cement), zal een code uit de kernprocedure "Removal (verwijdering)" toegekend worden (bijvoorbeeld, **0SP908Z, Removal of spacer from right hip joint, open approach**) voor deze verwijdering van spacer.

De codes voor de revisie van heupprothese maken een onderscheid voor de verschillende gewrichtscomponenten (acetabulum oppervlak, femur oppervlak).

Indien een gewrichtscomponent voordien reeds werd vervangen, zal de procedure toch aanzien worden als een vervanging (eerste plaatsing) zelfs als een deel van de component voor de eerste maal wordt vervangen. Bijvoorbeeld, een patiënt die opgenomen wordt om zijn vorige rechter heup hemiarthroplastie te converteren naar een metaal op polyethyleen rechter heupprothese, open toegangsweg, zal dit gecodeerd worden met **0SP90JZ, Removal of synthetic substitute from right hip joint, open approach**, en **0SR902Z, Replacement of right hip joint with metal on polyethylene, synthetic substitute, open approach**.

Het resurfaceren van de heup bestaat erin dat de slechte oppervlaktedelen van de kop en het acetabulum worden weggeboord waarbij de femurhals en een groot deel van de femurkop worden behouden. Nadien worden nieuwe draagoppervlakken geplaatst. Resurfacing arthroplastie wordt geklasseerd onder de kernprocedure "Supplement" omdat dit voldoet aan de definitie van "aan- of inbrengen van biologisch of kunstmatig materiaal dat de functie van een lichaamsdeel fysiek versterkt en/of ondersteunt". Het vierde karakter (lichaamsdeel) geeft dan de specifieke gewrichtsdelen die bedekt worden weer (totale resurfacing omvat zowel het acetabulum als de femur; bij partiële resurfacing vervangt men enkel het femur oppervlak of het acetabulum oppervlak). Voorbeelden:

0SUR0BZ + 0SUA0BZ Resurfacing rechter heup, totaal, acetabulum en femur
0SUR0BZ Resurfacing rechter heup, partieel, femorale kop
0SUA0BZ Resurfacing rechter heup, partieel, acetabulum

Subcategorie Z96.6-, Presence of orthopedic joint implants, kan als nevendiagnose gecodeerd worden als een gewrichtsprothese aanwezig is en een significante invloed heeft op de zorg.

OEFENINGEN 23.3

Codeer de volgende diagnoses en procedures. Gebruik geen codes voor de uitwendige oorzaken.

1. Primaire osteoartritis van de rechter heup M16.11

Totale gecementeerde heupprothese met keramiek op keramiek draagoppervlak (Replacement)
0SR9039

2. Totale rechter knieprothese (synthetisch) (Replacement) 0SRC0JZ

3. Partiële vervanging (synthetisch) van de linker schouder (humeruskop) (Replacement)
0PRD0JZ

SPINALE FUSIE EN REFUSIE

Spinale fusie is een chirurgische procedure waarbij twee of meerdere wervels verbonden worden om bepaalde problemen te corrigeren. De fusie wordt uitgevoerd door middel van botentent, botssubstituten, en metaal. Het doel van dergelijke fusie is de pijn te verhelpen nadat conservatieve behandelingen gefaald hebben. De procedure is aangewezen voor wervelletsels zoals een uitpuiling en een degeneratie van de tussenwervelschijf, krommingafwijkingen van de wervelkolom, of verzwakte rug na verschillende injecties of bij tumoren.

Het falen van de verbening tussen de wervels na een spinale fusie noemt men een non-union of pseudartrose. Symptomen ontstaan soms pas maanden of jaren na de fusie. Patiënten blijven bij een pseudartrose nog vrij normaal functioneren tot er een scherpe pijn of gevoeligheid wordt waargenomen ter hoogte van de fusie, of verslechtering van de misvormingen of de aandoening, of beperkte beweeglijkheid ter hoogte van de fusie. De behandeling van een symptomatische pseudartrose is een refusie (heringreep). Bij deze procedure zal men het fibreus weefsel ter hoogte van de vorige fusie verwijderen en nieuwe botentent plaatsen.

FIGUUR 23.3: Structuren van de wervelkolom betrokken bij een fusie.

Der wervelzuil wordt onderverdeeld in een voorste, middelste, en achterste deel. Het voorste deel omvat het ligamentum longitudinale anterior, het voorste deel van de tussenschijf en het voorste deel van het wervellichaam. Het middelste deel van de wervelzuil omvat het ligamentum longitudinale posterior, het achterste deel van de tussenwervelschijf, en het achterste deel van het wervellichaam. Het achterste deel van de wervelkolom omvat alle spinale structuren die zich achter het achterste ligamentum longitudinale posterior bevinden.

Tijdens een voorste fusie van de wervelzuil, worden de wervellichamen van opeenvolgende wervels vastgezet. De voorste wervelkolom kan vastgezet worden door een anterieure, laterale of posterieure techniek. Bij de posterieure fusie worden de achterste structuren van opeenvolgende wervels (pedikels, lamina, facetgewrichten, processi transversi, of 'goot fusie') vastgezet. De fusie van de achterste wervelkolom kan uitgevoerd worden door een posterieure, posterolaterale of lateraal transversus techniek.

Traditioneel zijn er drie basis toegangswegen om een spinale fusie of refusie uit te voeren: anterieur, posterieur, en lateraal dwars. De klassieke voorste techniek vereist een insnede in de nek of het abdomen, en de fusie wordt uitgevoerd op het voorste stuk van het wervellichaam of de tussenwervelschijf. Bij de klassieke posterieure techniek, wordt de insnede rechtstreeks over de wervelzuil op de rug gedaan. De andere toegangsweg is de laterale dwarse, waarbij de insnede aan de flank wordt gedaan en de wervels benaderd worden langs de lamina.

De spinale fusies en refusies worden gecodeerd met de kernprocedure "Fusion" – het samenvoegen van delen van een gewricht waardoor het gewricht geïmmobiliseerd wordt. Het lichaamsdeel voor de fusie van de wervels die geïmmobiliseerd worden is afhankelijk van het niveau, meer bepaald, cervicaal, thoracaal, lumbaal, lumbosacraal, of sacrococcygeaal. Er zijn verschillende waarden voor het lichaamsdeel bij een enkelvoudige spinale fusie alsook bij multiële wervelfusies op elk niveau van de wervelzuil. Bijvoorbeeld, lichaamsdeel waarden die het volgende specificeren; "lumbar vertebral joint (lumbaal wervelgewricht)", "lumbar vertebral joint, 2 or more (lumbaal wervelgewricht, 2 of meerdere)", en "lumbosacral vertebral joint (lumbosacraal wervelgewricht)".

Indien meerdere wervels vastgezet worden, gebruikt men een afzonderlijke procedure code voor elke wervelfusie dat gebruik maakt van verschillend materiaal en/of qualifier. Bijvoorbeeld, **Open fusion of lumbar vertebral joint, posterior approach, anterior column (0SG00ZJ)**, en **Open fusion of lumbar vertebral joint, posterior approach, posterior column (0SG00Z1)**, worden afzonderlijk gecodeerd omdat die procedures verschillende delen van de wervelkolom behandelen (voorste deel en achterste deel van de wervelkolom).

Soms wordt vreemd materiaal 'interfusion devices' gebruikt om degeneratieve discussen te stabiliseren en te verbinden en zo een onmiddellijk stabiel segment te maken dat de symptomen opheft. Deze materialen worden ook 'interbody fusion cage (fusie kooitjes)', BAK kooien, door bestraling behandelde kooien, synthetische kooien, spacer, en botpluggen genoemd. Dikwijls gebruikt men een combinatie van materialen om wervels immobiel te maken. Wanneer verschillende materialen gebruikt worden op het zelfde wervelgewricht, gelden volgende regels voor de keuze van de waarde voor het materiaal:

- Indien een 'interbody fusion device' gebruikt wordt om een gewricht immobiel te maken (alleen of in combinatie met ander materiaal zoals botenten), wordt de procedure gecodeerd met de materiaal waarde "interbody fusion device".
- Indien enkel botenten gebruikt worden om een gewricht te immobiliseren, dan codeert men de procedure met als materiaal waarde "niet-autoloog weefselsubstituut" of "autoloog weefselsubstituut".
- Indien een mix van autologe en niet-autologe botenten worden gebruikt (met of zonder biologische of synthetische extenders of bindmiddelen) om een gewricht te immobiliseren, wordt de materiaalwaarde "autoloog weefselsubstituut" gebruikt.

Voorbeelden:

- Wervelfusie door middel van een kooi waarin botsplinters worden geplaatst, wordt gecodeerd met de materiaalwaarde "interbody fusion device".
- Wervelfusie door middel van een botplug komende van een kadaver samen met botsplinters en gedemineraliseerd bot, wordt gecodeerd met de materiaal waarde "interbody fusion device".
- Wervelfusie waarbij zowel autoloog bot en botenten van de botbank gebruikt wordt, wordt gecodeerd met de materiaal waarde "autologous tissue substitute".

Het tegelijkertijd afnemen van botenten wordt afzonderlijk gecodeerd (kernprocedure "Excision"). Indien men 'bone morphogenetic protein' (een genetisch bekomen eiwit) inbrengt als botsstituut, dan codeert men dit met de code **3E0V3GB, Introduction of recombinant bone morphogenetic protein into bones, percutaneous approach.**

Een 360° spinale fusie is een fusie waarbij de voorste en achterste delen van de wervelzuil worden vastgezet tijdens eenzelfde insnede (meestal een lateraal dwarse toegangsweg).

Hieronder vindt u enkele belangrijke en veel voorkomende fusietechnieken:

- ALIF: 'anterior lumbar interbody fusion' is een wervelfusie van het voorste en middelste deel van de wervelkolom door een voorwaartse insnede, transperitoneaal of retroperitoneaal. Ze kan ook laparoscopisch uitgevoerd worden.
- AxiaLIF: "axial lumbar interbody fusion" is een percutane fusie van de voorste wervelkolom op niveau L5-S1. Een AxiaLIF 360° is een combinatie van AxiaLIF procedure van de voorste wervelkolom samen met een posterieure fusie waarbij pedikelschroeven of facetschroeven worden gebruikt. De AxiaLIF 360° techniek is dus een 360° fusie.
- DLIF: "direct lateral lumbar interbody fusion" is een minimaal invasief alternatief voor de conventionele fusies. De DLIF wordt uitgevoerd door een laterale toegangsweg, waarbij een minimum aan weefselbeschadiging wordt gedaan. Deze techniek kan alleen op L4-L5 en hogere niveaus toegepast worden en vraagt de dissectie van de m. psoas.
- PLIF: "posterior lumbar interbody fusion" doet een fusie van de voorste en middelste wervelkolom via een posterieur toegangsweg.
- TLIF: "transforaminal lumbar interbody fusion", is een lateraal dwarse fusie door een posterieure toegangsweg.
- XLIF: "extreme lateral interbody fusion", is een weinig invasieve wervelingreep op de voorste kolom. Deze fusie kan zowel percutaan of via een 'circular tube retractor' langs lateraal gebeuren.

VERTEBROPLASTIE EN KYPHOPLASTIE

Percutane vertebroplastie is een techniek om vertebrale compressiefracturen te behandelen. De procedure bestaat erin om lijmachtige cement (polymethylmethacrylate) in het wervellichaam te brengen om dit te stabiliseren en te verstevigen tegen verder inzakken. ICD-10-PCS klasseert deze procedure onder de kernprocedure "Supplement", met "synthetic substitute" voor de materiaal waarde. Bijvoorbeeld, percutane lumbale vertebroplastie wordt gecodeerd met de code **0QU03JZ**, **Supplement lumbar vertebra with synthetic substitute, percutaneous approach**.

De ARCUATE XP procedure is een variant van de percutane vertebroplastie waarbij met een osteotoom kanalen worden gemaakt in het spongieus bot van het wervellichaam. In deze kanalen wordt dan het cement gespoten dat zich in het wervellichaam verspreidt. Er wordt geen bot, noch beenmerg verwijderd of samengedrukt in het wervellichaam. De ARCUATE XP techniek wordt ook gecodeerd onder de kernprocedure "Supplement".

De percutane vertebrale opkrikking is een procedure waarbij een ballon gebruikt wordt om de wervelhoogte terug te herstellen bij compressiefracturen. Nadat de ballon verwijderd wordt vult men de holte met polymethylmethacrylaat, dat uithard om verder inzakken te voorkomen. De codering van de percutane vertebroplastie vraagt twee codes, één met de kernprocedure "Reposition" en een andere met de kernprocedure "Supplement". Andere gelijkaardige procedures worden op dezelfde manier gecodeerd; arcuplastie, kyphoplastie, skyphoplastie, en spineoplastie. Bijvoorbeeld, de percutane kyphoplastie van de lumbale wervelzuil die men codeert met de code **0QS03ZZ**, **Reposition lumbar vertebra, percutaneous approach**, en **0QU03JZ**, **Supplement lumbar vertebra with synthetic substitute, percutaneous, approach**.

Deze procedures zijn gelijkaardig maar er wordt geen ballon gebruikt om de wervelhoogte te herstellen zoals bij de vertebroplastie; daarom wordt enkel de kernprocedure "Supplement" gebruikt en niet de kernprocedure "Reposition".

Indien een vertebrale biopsie uitgevoerd wordt tijdens een kyphoplastie van de lumbale wervels, codeert men: **0QS03ZZ**, **Reposition lumbar vertebra, percutaneous approach**; **0QU03JZ**, **Supplement lumbar vertebra with synthetic substitute, percutaneous approach**; en **0QB03ZX**, **Excision of lumbar vertebra, percutaneous approach, diagnostic**. De biopsie is niet inherent aan de kyphoplastie en moet dus afzonderlijk gecodeerd worden.

INTERVERTEBRALE DISCUS PROTHESE

Minimaal invasieve arthroplastie procedures worden soms uitgevoerd als een alternatief voor de spinale fusies. Deze procedures vervangen de aangetaste tussenwervelschijf waarbij de normale functie behouden of hersteld wordt door het inbrengen van een kunstmatige tussenwervelschijf

prothese. De prothese dient om ofwel de volledige tussenwervelschijf te vervangen ofwel de nucleus van de discus.

Het inbrengen van een discusprothese wordt geklasseerd onder de kernprocedure "Replacement" met het spinale segment dat behandeld wordt, bijvoorbeeld, cervicaal (0RR30JZ), thoracaal (0RR90JZ), of lumbosacraal (0SR40JZ). ICD-10-PCS maakt geen onderscheid tussen de partiële of de volledige discusprothesen.

Revision/replacement codes worden gebruikt om zowel het herstel (kernprocedure "Revision") te coderen, als het verwijderen van de oude kunstmatige discusprothesen die direct vervangen wordt door een nieuwe (men codeert twee procedurecodes, één voor het verwijderen "Removal" en één voor het vervangen "Replacement"). Deze codes specificeren de plaats van de wervelzuil die behandeld wordt, maar maken geen onderscheid tussen een volledige of een partiële prothese.

BEHOUD VAN DE WERVELZUILMOBILITEIT

Patiënten met een spinale stenose of degeneratieve tussenwervelschijven worden behandeld met conservatieve technieken, zoals fysiotherapie en pijnbestrijding. Wanneer deze conservatieve behandelingen niet helpen, is een chirurgische decompressie soms een alternatief. Chirurgische decompressie (kernprocedure "Excision") bestaat erin om bot en / of weefsel die druk uitoefenen op het ruggenmerg of de zenuwwortels, te verwijderen. De meeste gangbare decompressie technieken zijn de laminotomie, de laminectomie, de discectomie, de foraminotomie en de mediale facetectomie. Het spinale segment kan onstabiel worden door het hoeveelheid bot of weefsel dat verwijderd wordt tijdens de decompressie ingreep. Stabilisatie van het spinale segment wordt dan uitgevoerd met een spinale fusie. Anderzijds werden er nieuwe technieken ontwikkeld om de beweeglijkheid te behouden niettegenstaande stabilisatie van de wervelzuil.

Dergelijk bewegingssparende, posterieure fusietechnieken zijn o.a.:

- Toestellen tussen de processus vertebrales (o.a. X-Stop, Wallis, en Coflex systemen)
- Dynamische stabiliserende pedikel materialen (o.a. Dynesys en M-Brace)
- Facet vervangende materialen (o.a. De totale facet arthroplastie systemen, en de kunstmatige facet vervangende systemen)

Kernprocedures "Insertion", "Revision", of "Replacement" worden gebruikt voor het inbrengen, reviseren of vervangen van posterieure spinale bewegingssparende toestellen. Deze codes omvatten de dynamische stabiliserende toestellen en de synchrone facetectomie (partieel, of totaal) uitgevoerd op hetzelfde niveau. Indien een chirurgische decompressie (foraminotomie, laminectomie, laminotomie) tegelijkertijd uitgevoerd wordt, dan wordt dit met een bijkomende code gecodeerd.

Voorbeelden:

| | |
|---------|--|
| 0RH63BZ | Inbrengen van een stabiliserend toestel tussen de processus interspinozi van de thoracale gewrichten via percutane toegangsweg |
| 0RW104Z | Revisie van inwendig fixatiemateriaal tussen de cervicale wervels, via open toegangsweg |
| 0SH30CZ | Inbrengen van stabilisatietoestel tussen de pedikels van de lumbosacrale gewrichten, open toegangsweg |
| 0RW634Z | Revisie van intern fixatie materiaal tussen de thoracale wervelgewrichten, percutane toegangsweg |
| 0SR00JZ | Vervangen van facetgewrichtjes lumbaal, door kunstmatig materiaal, open toegangsweg |
| 0SW30JZ | Revisie van het synthetisch materiaal in het lumbosacrale gewricht; open toegangsweg |

PLICA SYNDROOM

Niettegenstaande het plica syndroom ook op andere plaatsen kan voorkomen, tast ze voornamelijk de knie aan. Het plica syndroom ontstaat wanneer de synoviale banden die aanwezig zijn in het vroege foetale stadium zich niet samenvoegen tot een brede synoviale band tijdens de verdere ontwikkeling. Patiënten met dergelijke aandoening hebben pijn, zwelling, zwakte, en blockage met klikkende

gewaarwording in de knie. De behandeling is het verminderen van de inflammatie van de synovia en de verdikking van de plica. De meeste behandelingen verhelpen de symptomen binnen de drie maanden; indien dit niet het geval is zal tijdens een arthroskopische of open procedure de plica verwijderd worden. Gebruik de code M67.5-, Plica syndrome, om die aandoening weer te geven en codeer "Excisie" van het kniegewricht voor de procedure.

FASCIITIS

Necrotiserende fasciitis is een fulminante infectie die begint met een ernstige of uitgebreide cellulitis die zich uitspreidt tot de oppervlakkige en diepe fascia, waarbij er trombose is van de subcutane vaten en gangreen van het onderliggende weefsel. De groep A Streptokokken zijn de meest frequente oorzaak voor deze aandoening, maar andere bacteriën kunnen ook de oorzaak zijn. De code M72.6 wordt gebruikt voor deze aandoening, met een bijkomende code voor het organisme wanneer die informatie beschikbaar is.

OEFENINGEN 23.4

Codeer de volgende diagnoses en procedures. Gebruik geen codes om de uitwendige oorzaak weer te geven.

1. Acute polymyositis M33.20
Milde thoracale scoliose M41.30
Percutane biopsie van linker flank spier 0KBG3ZX
2. Scleroserende tenosynovitis, linker duim en middenvinger M65.842
3. Acute osteomyelitis van de linker distale femur E11.618
tengevolge van type 2 diabetes met diabetische arthropathie M86.152
Sequestrectomie (percutaan) en percutane excisie van de fistel, aan de linker distale femur
0QCC3ZZ + 0QBC3ZZ
4. Adhesieve capsulitis, linker schouder M75.02
Arthroschopisch losmaken van het coracohumeraal ligament 0MN24ZZ
5. Het niet aan elkaar groeien van een fractuur ter hoogte van de femurhals, volgende contact
S72.002K
Plaatsen van botent in de breuk ter hoogte van de linker femurhals (open toegangsweg)
(Replacement) 0QR707Z
Afnemen van de botent ter hoogte van de linker bekkenkam (percutaan) (Excision) 0QB33ZZ
6. Recidiverende luxaties van de patella M22.00
7. Misvorming van de linker ringvinger, na een oud peesletsel ter hoogte van de linker ringvinger
(Laceration) M20.002 + S56.426S
Peestransfer van de flexorpees van de distale falanx naar de middelste falanx (open toegangsweg)
0LX80ZZ
8. Cervicale spondylose, C5-6, C6-7 M47.812
Anterieure cervicale fusie C5-6, C6-7, open, voorste toegangsweg, met inbrengen van tussenwervel
materiaal 0RG20A0
9. Dupuytren contractuur (rechter hand) M72.0
Insnijden en klieven van de palmaire fascia (open toegangsweg) 0J8J0ZZ
10. Multipelle compressiefracturen van de wervels en majeure botdefecten door seniele osteoporose
(eerste contact) M80.08xA + M89.78
11. Lumbale spinale stenose M48.06
Decompressieve laminectomie met Dynesys stabilisatie systeem (open toegangsweg) 0SH00CZ +
0SB00ZZ
12. Discushernia en degeneratieve spondylose C5-C6 M50.20
C7 Radiculopathie M47.22
Artrodese C5-C6, anterieur met tussenwervel materiaal met allogreffen 0RG10A0
C7 allograft met titanium plaat en vijzen 0PH304Z

HOOFDSTUK 24

COMPLICATIES VAN ZWANGERSCHAP, BEVALLING EN PUERPERIUM

OVERZICHT

- Aandoening van de zwangerschap, de bevalling en het puerperium staan in hoofdstuk 15 van de ICD-10-CM.
 - o De codes uit hoofdstuk 15 nemen de bovenhand boven de andere hoofdstukken.
 - o De codes uit hoofdstuk 15 worden nooit in de registratie van de pasgeborene gebruikt.
- Het gebruik van het laatste karakter om het trimester weer te geven kan enkel gebeuren op basis van de gegevens in het patiëntendossier waar het trimester bepaald wordt voor de huidige opname/contact.
- Z codes worden gebruikt om het resultaat van de bevalling weer te geven.
- Een normale bevalling wordt bepaald aan de hand van verschillende criteria.
- De systematische lijst moet nagekeken worden om het laatste karakter, dat het trimester weergeeft, en om de juiste codes voor multipelere zwangerschap te coderen, dit voor alle codes in hoofdstuk 15.
- Bevallingen die niet als normaal bestempeld worden krijgen een hoofddiagnose voor de huidige aandoening of de complicatie van de zwangerschap.
- Bij het gebruik van codes uit het hoofdstuk 15 is het belangrijk een onderscheid te maken tussen aandoeningen die reeds aanwezig waren vóór de zwangerschap en aandoeningen die zich tijdens de zwangerschap ontwikkelen, zodat de correcte code kan gekozen worden.
- Postpartum complicaties zijn complicaties die optreden tijdens de zes weken na de bevalling.
- Er zijn sequel codes voor aandoeningen die zich voordoen na die zes weken na de bevalling. Deze codes worden na de codes voor de aandoening gezet.
- Er bestaan codes voor bevalling geassisteerde procedures, zoals de versie van het hoofd, de forceps bevalling, de vacuüm extractie, de episiotomie, en de keizersnede.
- De begeleiding van contraceptie en fertiliteit, zowel bij opname als daghospitalisatie worden gecodeerd met Z codes. Deze codes kunnen een nevendiagnose hebben indien een onderliggend lijden aanwezig is.

LEERDOELSTELLINGEN

Na het doornemen van dit hoofdstuk bent u in staat om:

- Complicaties van de zwangerschap te coderen door het correct gebruik van het vierde en het vijfde karakter.
- Correct de Z codes te gebruiken voor het resultaat van de bevalling.
- De verdere verloskundige zorg na de bevalling te coderen.
- Het verschil te weten tussen postpartum complicaties en late gevolgen van zwangerschap, bevalling en puerperium.
- Onderscheid te maken tussen de procedures die de bevalling assisteren.
- De contacten voor contraceptie en voortplanting te coderen.

TERMEN OM TE KENNEN

Antepartum

De periode van de zwangerschap vanaf de bevruchting tot de bevalling.

Postpartum

De periode die vlak na de bevalling begint en zes weken duurt.

Puerperium

De medische term voor de postpartum periode.

TE HERINNEREN ...

In de registratie van de moeder codeert men niet de codes voor pasgeborenen. Die gegevens staan in de registratie van de neonatus.

INLEIDING

Aandoeningen van de zwangerschap, de bevalling en het puerperium worden geklasseerd in de categorieën O00 tot O9A, in het hoofdstuk 15 van ICD-10-CM. Aandoeningen uit andere hoofdstukken van de ICD-10-CM worden hernomen in hoofdstuk 15 indien zij zich voordoen tijdens de zwangerschap, de bevalling of het puerperium.

Indien de arts aangeeft dat de zwangerschap slechts een bijkomende wetenswaardigheid is voor de opname, zal de code **Z33.1, Pregnant state, incidental**, gebruikt worden i.p.v. een code uit het hoofdstuk 15. Hoofdstuk 15 codes nemen voorrang op de codes van andere hoofdstukken, maar codes uit de andere hoofdstukken kunnen gebruikt worden als nevendiagnose om meer detail aan te geven. Codes uit hoofdstuk 15 van ICD-10-CM beschrijven aandoeningen van de moeder en mogen enkel bij de registratie van de moeder gebruikt worden. Zij worden nooit in de registratie van de pasgeborene gecodeerd; er zijn hiervoor andere codes beschikbaar. (Zie hoofdstuk 27 van dit handboek).

Codes uit de categorie O00 tot O08 worden gebruikt voor zwangerschappen die uitmonden in een abortus, alsook de ectopische zwangerschappen, en de molaire zwangerschappen. (De codering hiervan wordt beschreven in hoofdstuk 25).

Codes uit de categorie O09 tot O9A worden gebruikt voor de ganse zwangerschap, die begint bij de conceptie en eindigt zes weken (42 dagen) na bevalling.

De indeling van ICD-10-CM, hoofdstuk 15 ziet er als volgt uit:

| | |
|----------|---|
| O09 | Supervision of high-risk pregnancy |
| O10-O16 | Edema, proteinuria, and hypertensive disorders in pregnancy, childbirth, and the puerperium |
| O20-O29 | Other maternal disorders predominantly related to pregnancy |
| O30-O48 | Maternal care related to the fetus and amniotic cavity and possible delivery problems |
| O60-O77 | Complications of labor and delivery |
| O80, O82 | Encounter for delivery |
| O85-O92 | Complications predominantly related to the puerperium |
| O94-O9A | Other obstetric conditions not elsewhere classified |

Het proces van de arbeid en de bevalling gebeurt in drie fasen. De eerste fase begint bij het begin van de baarmoeder contracties en eindigt bij de volledige ontsluiting van de baarmoederhals. De tweede fase begint bij de complete ontsluiting en duurt tot het kind volledig geboren is. De derde fase begint na de geboorte van het kind en duurt tot de placenta en de vliezen geboren is en de uterus volledig samengetrokken is. Het puerperium begint na deze derde fase van de arbeid en duurt zes weken.

Soms duurt de zwangerschap langer dan voorzien en wordt ze dan aanzien als een langdurige zwangerschap. Er zijn hiervoor twee codes voorzien:

- O48.0 Post-term pregnancy (40 tot 42 volledige weken zwangerschap)
- O48.1 Prolonged pregnancy (na 42 volledige weken zwangerschap)

KARAKTER VOOR HET TRIMESTER

De meerderheid van de codes uit hoofdstuk 15 van ICD-10-CM hebben een eindkarakter dat het trimester van de zwangerschap weergeeft. Noteer dat u in de systematische lijst moet kijken om dit trimester karakter te kunnen toekennen, omdat de alfabetische index niet de volledige code geeft.

FIGUUR 24.1: Primaire organen van het vrouwelijk geslachtsstelsel

De tijdsspanne voor de trimesters worden hernomen in het begin van hoofdstuk 15 en worden als volgt gedefinieerd:

- Het eerste trimester – minder dan 14 weken en 0 dagen
- Het tweede trimester – 14 weken 0 dagen tot minder dan 28 weken 0 dagen
- Het derde trimester – 28 weken 0 dagen tot de bevalling

De toekenning van dit karakter, om het trimester aan te geven, mag alleen toegekend worden op basis van de gegevens van de arts die het trimester (aantal weken) bepaalt bij de opname/het contact. Of zoals gedefinieerd in de officiële richtlijnen van de ICD-10-CM codering: “De arts of elke zorgverlener die gemachtigd is een diagnose te stellen”. Deze definitie is van toepassing voor de toekenning van de trimestercodes alsook voor de bepaling van vooraf bestaande of tijdens de zwangerschap ontstane aandoeningen. Het aantal weken, vermeld door de arts, kan gebruikt worden om het karakter te bepalen dat het trimester weergeeft. Bijvoorbeeld, in het dossier staat dat de patiënte reeds 20 weken zwanger is, dan kan de code voor het tweede trimester gebruikt worden; de arts moet niet duidelijk vermelden dat het hier gaat om “het tweede trimester”.

Niet elke code uit hoofdstuk 15 vraagt een trimester aanduiding. Indien deze indeling niet voorzien is betekent dit dat die aandoening zich altijd in een bepaald trimester voordoet of dat het begrip ‘trimester’ niet van toepassing is. Bijvoorbeeld, categorie O48, Late pregnancy, heeft geen aanduiding voor het trimester omdat per definitie deze categorie slechts mag gebruikt worden voor zwangerschappen langer dan 40 volledige weken. Bepaalde codes hebben slechts karakters voor bepaalde trimesters omdat die aandoening zich maar voordoet in die bepaalde trimesters. Bijvoorbeeld, categorie O60.0, Preterm labor, wordt gebruikt voor de beginnende arbeid vóór de 37 volledige weken zwangerschap, en daarom zijn er geen codes voor het eerste trimester dat de periode van minder dan 14 weken aangeeft.

Indien een aandoening die de zwangerschap compliceert zich reeds voordoet vóór de opname/het contact of reeds aanwezig is vóór de zwangerschap, dan zal de trimester code gebruikt worden van de opname/ het contact. Bijvoorbeeld, een zwangere patiënte met vooraf bestaande diabetes type 1, wordt opgenomen als ze 16 weken (tweede trimester) zwanger is voor een urgente transvaginale cerclage omwille van een baarmoederhalsontsluiting. Gebruik de code **O26.872, Cervical shortening, second trimester**, als de hoofd diagnose. Code **O24.012, Pre-existing diabetes mellitus, type 1, in pregnancy, second trimester**, wordt gebruikt voor de diabetes samen met de code E10 voor de diabetische manifestaties. Als procedure coderen we **O0VC7DZ, Restriction of cervix with intraluminal device, via natural or artificial opening**, voor de cerclage.

Soms verloopt een hospitalisatie over verschillende trimesters, bijvoorbeeld wanneer een patiënt gehospitaliseerd wordt voor zwangerschapscomplicaties in het eerste trimester maar waarbij ze tot in het tweede trimester in het ziekenhuis verblijft. In dergelijke situaties gebruikt men de code voor het trimester van de opname en niet het trimester van het ontslag. Bijvoorbeeld, een zwangere vrouw wordt gehospitaliseerd in het ziekenhuis op 27 weken zwangerschap met een acute appendicitis die de zwangerschap compliceert. Zij krijgt tijdens de opname een laparoscopische appendectomie die zij goed doorstaat. Zij wordt verder twee weken gehospitaliseerd voor het toedienen van intraveneus antibiotica omwille van postoperatieve koorts. Omdat de appendicitis zich tijdens het tweede trimester ontwikkelde codeert men **O99.612, Diseases of the digestive system complicating pregnancy, second trimester**, i.p.v. O99.613. Codeer eveneens de code **K35.80, Unspecified acute appendicitis**, om de specifieke aandoening weer te geven, en de code Z3A.27 om het aantal zwangerschapsweken aan te geven.

De uitzondering op deze bovenstaande regel is wanneer patiënte bevalt tijdens die opname. Bij bevalling tijdens de opname en wanneer er een keuze ‘bevalling’ is bij de obstetrische complicatie, zal men ‘bevalling’ kiezen. Bijvoorbeeld, een patiënte wordt opgenomen in het derde trimester met ondervoeding en blijft in het ziekenhuis tot ze bevalt. Code **O25.2, Malnutrition in childbirth**, wordt gebruikt, eerder dan code **O25.13, Malnutrition in pregnancy, third trimester**, voor de malnutritie. Indien de malnutritie gedocumenteerd wordt, codeert men ook een bijkomende code uit de categorie E40-E46, samen met een code uit de categorie Z3A.

Het is eveneens belangrijk om te vermelden dat niettegenstaande elke categorie in hoofdstuk 15 een code heeft om het trimester weer te geven, er ook codes zijn voor “niet gespecificeerd trimester”, deze codes met “niet gespecificeerd trimester” mogen slechts zelden gebruikt worden wanneer het dossier hierover geen informatie geeft en wanneer die informatie niet meer te achterhalen is.

Codes uit de categorie Z3A, Weeks of gestation, mogen alleen in de registratie van de moeder gebruikt worden om bijkomende informatie te geven over de zwangerschap. De opnamedatum wordt gebruikt om het aantal weken zwangerschap te berekenen voor hospitalisatie van patiënten die meer dan een week zwanger zijn. Een zwangerschap wordt als "à term" aanzien wanneer zij 37 volle weken bereikt en minder is dan 42 weken.

RESULTAAT VAN DE BEVALLING

Omdat hoofdstuk 15 codes geen indicatie geven over het resultaat van de bevalling zal een code uit de categorie Z37 gebruikt worden als nevendiagnose om die informatie mee te geven wanneer een patiënte bevult in het ziekenhuis. Vierde karakters geven aan of het gaat om een éénling of een meerling alsook of het om een levendgeborene dan wel om een doodgeborene gaat. Bevallingen boven tweelingen worden aangegeven door bijkomende karakters (oa. Drieling, vierling) en ook of alle of enkele foetussen levend geboren dan wel dood geboren zijn. Deze codes worden in de registratie van de moeder gezet, niet in de registratie van de pasgeborene, en enkel voor de verblijven waarin de bevalling heeft plaats gevonden. Er wordt geen code uit de categorie Z37 toegekend indien de bevalling buiten het ziekenhuis heeft plaats gevonden, juist voor de opname. Voorbeelden van correcte codering zijn:

O80+Z37.0 + Z3A.40 Bevalling op 40 weken, spontaan, vertex presentatie; levend geboren jongetjes

O30.003+O36.4xx0+Z3A.39+Z37.3 Spontane bevalling op 39 weken; tweeling, waarbij één baby levend geboren wordt en de andere dood is.

Om de codes voor het resultaat van de bevalling te vinden moet de codeerder onder de term '**Outcome of delivery**' zoeken in de alfabetische index. Indien in het dossier van de moeder niets staat over het resultaat van de bevalling, moet men in het dossier van de pasgeborene kijken.

OEFENINGEN 24.1

Bij de volgende oefeningen moet u geen zwangerschapscodes coderen; codeer enkel de Z codes voor het resultaat van de bevalling. Onthoud wel dat de zwangerschapscodes wel eerst gezet worden vóór de Z codes.

1. Bevalling van een tweeling, beide leven (outcome of delivery) Z37.4
2. Bevalling van een drieling, één doodgeboren (outcome of delivery) Z37.61
3. Bevalling van een levend meisje (outcome of delivery) Z37.0
4. Bevalling van een doodgeboren kind (outcome of delivery) Z37.1

FOETALE ZEVENDE KARAKTERUITBREIDINGEN

De volgende subcategorieën/codes vragen een zevende karakteruitbreiding om de foetus aan te geven die de complicaties heeft:

- O31.00-O31.8x9 Complicaties specifiek voor meerlingen
- O32.0-O32.9 Maternale zorg voor liggingafwijkingen van de foetus
- O33.3 Maternale zorg voor disproporties te wijten aan contracties van het pelviene uitdrijvingskanaal
- O33.4 Maternale zorg voor disproporties van zowel maternale als foetale oorsprong
- O33.5 Maternale zorg voor disproporties door een ongewoon grote foetus
- O33.6 Maternale zorg voor disproporties te wijten aan hydrocefale foetus
- O35.0-O35.9 Maternale zorg voor gekende of verdachte foetale afwijkingen en schade
- O36.011-O36.93 Maternale zorg voor andere foetale problemen
- O40.1-O40.9 Polyhydramnios
- O41.00-O41.93 Andere aandoeningen van het vruchtwater en de vliezen
- O60.10-O60.14 Preterme arbeid en preterme bevalling
- O60.20-O60.23 A term bevalling met preterme arbeid
- O64.0-O64.9 Belemmerde arbeid door foutieve houding of presentatie van de foetus
- O69.0-O69.9 Arbeid en bevalling gecompliceerd door navelstrengproblemen

Het zevende karakter "1" tot "9" wordt gebruikt bij meerling zwangerschappen om aan te geven over welke baby het gaat. Het zevende karakter "0", niet van toepassing of ongespecificeerd, wordt gebruikt in volgende gevallen:

- Eénling zwangerschappen
- Wanneer er geen informatie beschikbaar is over welke baby de aandoening heeft en die ook niet te achterhalen is
- Wanneer het klinisch niet uit te maken is welke foetus aangetast is

Merk op dat de systematische lijst moet nagekeken worden voor het gebruik van het correcte zevende karakter bij meerlingzwangerschappen voor de codes uit hoofdstuk 15, omdat het zevende karakter niet in de alfabetische index aangegeven wordt.

Sommige artsen geven een alfabetische letter, als volgorde, aan de baby's bij meerlingen, zoals baby A, baby B, enz. i.p.v. nummers (baby 1, baby2, enz.). In dergelijke gevallen is baby A gelijk aan baby 1, baby B gelijk aan baby 2, en zo verder. Men mag ook niet verwachten dat de nummering van de foetussen of baby's niet consistent wordt overgenomen in volgende verblijven. De nummering van de foetussen of baby's is afhankelijk van de arts.

De toepasselijke code uit de categorie O30, Multiple gestation, moet eveneens gecodeerd worden om bijkomende informatie te geven zoals het aantal foetussen (bvb, drieling zwangerschap), het aantal vruchtzakken, en het aantal placenta's. Het risico op complicaties bij meerlingzwangerschappen stijgt

KEUZE VAN EERSTE EN HOOFDDIAGNOSE

De keuze van de eerste of de hoofddiagnose bij opnames voor een normale bevalling of andere verloskundige zorg is gebaseerd op volgende regels.

Routine prenatale consultaties (geen hospitalisatie)

Voor routine prenatale raadplegingen zonder complicaties, zal een code uit de categorie Z34, Encounter for supervision of normal pregnancy, gebruikt worden als eerste diagnose. Deze code zal niet in combinatie met andere hoofdstuk 15 codes gebruik worden.

Prenatale raadplegingen voor 'high risk' zwangerschappen (geen hospitalisatie)

Voor routine prenatale raadplegingen van hoog risico zwangerschappen, zal een code uit de categorie O09, Supervision of high risk pregnancy, als eerste diagnose gezet worden. Als nevendiagnose mogen hoofdstuk 15 codes erbij gezet worden, indien ze van toepassing zijn.

ICD-10-CM voorziet codes voor de supervisie van volgende types hoge risico zwangerschappen:

- O09.00-O09.03 Zwangerschap met een historiek van infertiliteit
- O09.10-O09.13 Zwangerschap met een historiek van ectopische of molaire zwangerschap
- O09.211-O09.299 Zwangerschap met andere slechte reproductieve of obstetrische historiek
- O09.30-O09.33 Zwangerschap met slechte antenatale zorg
- O09.40-O09.43 Zwangerschap met grote multipariteit
- O09.511-O09.529 Oudere primigravida en multigravida (zwangere vrouwen van 35 jaar en ouder op de verwachte bevallingsdatum)
- O09.611-O09.629 Jonge primigravida en multigravida (zwangere vrouwen jonger dan 16 jaar op de datum van de verwachte bevalling)
- O09.70-O09.73 Hoog risico zwangerschap door sociale problematiek
- O09.811-O09.899 Supervisie van andere hoog risico zwangerschappen (ook de zwangerschappen die het resultaat zijn van geassisteerde fertiliteitstechnieken [O09.81-] en zwangerschappen met een historiek van intra-uteriene procedures tijdens de vorige zwangerschap [O09.82-])

Verblijven waarbij er geen bevalling is

Voor de verblijven zonder bevalling is de hoofddiagnose de belangrijkste zwangerschapscomplicatie die de reden is voor het verblijf. Indien er meerdere complicaties aanwezig zijn, die alle behandeld of opgevolgd worden, kan elke aandoening als hoofddiagnose gebruikt worden.

Opname voor een normale bevalling

Code **O80, Encounter for full-term uncomplicated delivery**, wordt enkel gebruikt wanneer de bevalling volledig normaal is met slechts één levend geboren kind. Er mogen geen postpartum complicaties zijn, en elke antepartum complicatie tijdens de zwangerschap moet opgelost zijn voor de bevalling. Code O80 is altijd de hoofddiagnose. Indien er een complicatie aanwezig is kan O80 niet gebruikt worden. Code O80 kan niet samen met een andere code uit hoofdstuk 15, die een complicatie van een antepartum, bevalling of perinatale complicatie beschrijft. Codes uit andere hoofdstukken kunnen als nevendiagnose gezet worden bij de code O80 enkel en alleen als de arts aangeeft dat die aandoeningen geen relatie hebben en geen invloed hebben op de zwangerschap.

Volgende criteria moeten aanwezig zijn om de code O80 te kunnen gebruiken:

- De bevalling is volledige normaal (slechts beperkte assistentie noodzakelijk, met of zonder episiotomie).
- Er is geen foetale manipulatie (bijvoorbeeld, versie rotatie) of gebruik van instrumenten (forceps).
- Er is een spontane cefale, vaginale bevalling.
- De presentatie bij bevalling kan enkel cefaal of occipitaal zijn. Termen zoals 'rechts occipito-anterior (ROA)', 'links occipito-anterior (LOA)', 'rechts occipito-posterior (ROP)', 'links occipito-posterior (LOP)', en 'vertex' beschrijven een occipitale presentatie. Voor elke andere presentatie, zoals de stuitligging, de aangezichtsligging, of de voorhoofdsligging mag de code O80 niet gebruikt worden.
- Elke antepartum complicatie die aanwezig is tijdens de zwangerschap moet opgelost zijn voor de bevalling.
- Er mogen geen afwijkingen zijn noch in de arbeid, noch in de bevalling.
- Er mogen geen postpartum complicaties zijn.
- Er mogen geen procedures uitgevoerd worden buiten de volgende: episiotomie zonder forceps, episiorrhaphie, amniotomie (kunstmatig breken van de vliezen), het manueel begeleiden van de bevalling zonder forceps, de toediening van analgetica en / of anesthetica, de foetale monitoring, de inductie van de arbeid (zonder dat er medische indicaties zijn), en de sterilisatie. Als er een andere procedure uitgevoerd wordt kan men de code O80 niet gebruiken.
- Het resultaat van de bevalling moet een enkelvoudig levend geboren kind zijn, Z37.0. Bij meerlingen of doodgeborenen mag men geen code O80 gebruiken.

Enkele voorbeelden:

- Een patiënte met een volledig normale bevalling heeft een postpartum bloeding enkele uren na de bevalling. Code **O72.1, Other immediate postpartum hemorrhage**, wordt hier gecodeerd. Niettegenstaande de bevalling volkomen normaal verliep, zijn er complicaties tijdens deze zorgepisode (opname); om die reden coderen we niet O80.
- De prenatale anamnese van een patiënte, die een volledig normale bevalling heeft van een levend kind, toont aan dat zij een urineweginfectie had in de derde maand van haar zwangerschap. Deze infectie werd behandeld met Bactrim op ambulante basis. De infectie kwam niet terug tijdens de zwangerschap, en de patiënte had geen urineweg infectie tijdens de bevalling. In dit geval codeert men **O80, Encounter for full-term uncomplicated delivery**. Codes Z37.0 en Z3A.40 worden ook gecodeerd om het resultaat van de bevalling weer te geven en het aantal zwangerschapsweken.

OEFENINGEN 24.2

Kruis volgende bevallingsomstandigheden aan waarbij de code O80, Encounter for full-term uncomplicated delivery mag gebruikt worden.

1. A term levend geboren kind in stuitligging
2. Premature levend geborene met cefale presentatie
3. A term doodgeboren met vertex presentatie
4. A term levend geboren in vertex presentatie; bevalling met episiotomie met herstel X
5. A term levend geboren, vertex presentatie; electieve lage forceps bevalling
6. A term levend geboren, vertex presentatie; postpartum borst abcessen
7. A term levend geboren, stuitligging die gekeerd wordt naar vertex presentatie voor de bevalling

Opname voor andere bevallingen

Wanneer een bevalling niet voldoet aan de criteria voor het gebruik van de code **O80, Encounter for full-term uncomplicated delivery**, zal de hoofddiagnose de hoofreden van opname of de zwangerschapcomplicatie zijn. In geval van een keizersnede, is de hoofddiagnose de aandoening die op het einde van het ontslag bepaald wordt en die verantwoordelijk is voor de opname van de patiënte. Indien de patiënte opgenomen wordt voor een aandoening die aanleiding geeft tot een keizersnede, wordt die aandoening als hoofddiagnose gezet. Indien de opnamereden niet gerelateerd is aan de aandoening die aanleiding geeft tot een keizersnede, zal die aandoening die de reden voor opnames als hoofddiagnose gezet worden. Bijvoorbeeld.

- Een patiënte die reeds vroeger een keizersnede heeft ondergaan wordt nu opgenomen voor een bevalling met keizersnede, op 39 weken. Zij heeft ook een bestaande type 1 diabetes. De keizersnede verliep zonder complicaties. Code **O34.21 Maternal care for scar from previous cesarean delivery**, wordt als hoofddiagnose geplaatst, met een nevendiagnose **O24.02 Pre-existing diabetes mellitus, type 1, in childbirth**. Codes **E10.9 Type 1 diabetes mellitus without complications; Z37.0, Single live birth; en Z3A.39, 39 weeks of gestation of pregnancy**, zet men erbij om meer detail weer te geven.
- Een 40 weken zwangere patiënte wordt gehospitaliseerd met belemmerde arbeid omwille van een stuitligging. De versie wordt met succes uitgevoerd, en de patiënte bevalt via een keizersnede enkele uren later. De hoofddiagnose is de code **O64.1xx0 Obstructed labor due to breech presentation**. Codeer eveneens de codes Z37.0 en Z3A.40. Er wordt geen code **O32.1xx0, Maternal care for breech presentation**, gebruikt omdat de exclusie type 1 bij de categorie O32 gevolgd moet worden. Code O64.1xx0 bevat de notie van stuitligging al in de code.

Opname voor andere verloskundige zorg

Indien het gaat om een opname voor verloskundige zorg, andere dan een bevalling, is de hoofddiagnose de complicatie die verantwoordelijk is voor de opname. Indien er verschillende complicaties zijn, die alle behandeld of onderzocht worden, kan elke complicatie als eerste geplaatst worden. Indien er geen verloskundige complicaties aanwezig zijn, gelden volgende regels voor de hoofddiagnose:

- Indien de opnamereden geen verband houdt met een verloskundig probleem terwijl de patiënte wel zwanger is, zal code **Z33.1, Pregnant state, incidental** als nevendiagnose erbij gezet worden. Deze code wordt nooit als hoofddiagnose gezet, en geen codes uit hoofdstuk 15 mogen erbij gebruikt worden.
- Wanneer de patiënte buiten het ziekenhuis bevalt en dan onmiddellijk wordt opgenomen voor routine postpartum zorgen zonder enige complicatie, gebruikt men de code **Z39.0, Encounter for care and examination of mother immediately after delivery**, als hoofddiagnose. Als er wel een postpartum complicatie aanwezig is, zal de code voor die aandoening als hoofddiagnose gezet worden en gebruikt men geen code Z39.0.
Bijvoorbeeld: een patiënte wordt gehospitaliseerd na een bevalling op de parking van het ziekenhuis. Bij opname ziet men dat die vrouw een eerstegraad perineale scheur heeft. Code **O70.0, First degree laceration during delivery**, wordt als hoofddiagnose gebruikt, eerder dan de code Z39.0.
- Code **Z39.1, Encounter for care and examination of lactating mother**, wordt gebruikt voor de contacten rond borstvoeding (bv. opvolging, raadpleging, enz.). Als de patiënte echter tijdens het postpartum komt met een borstvoedingsprobleem, gebruikt men liever de codecategorie O92, Other disorders of breast and disorders of lactation associated with pregnancy and the puerperium.
- Soms zal een toekomstige moeder een pediater raadplegen voor advies rond zuigelingenverzorging of om de dienst pediatrie te evalueren. Dit is geen raadpleging voor een zwangerschapsprobleem. Code **Z76.81, Expectant parent(s) prebirth pediatrician visit**, zal gecodeerd worden voor dergelijke raadplegingen.

OEFENINGEN 24.3

Codeer volgende diagnosen

1. Opname voor een antepartum observatie van een zwangere die een historiek heeft van drie voorafgaande doodgeborenen, ze is 12 weken zwanger O09.291 + Z3A.12
2. Poli raadpleging voor routine prenatale zorg, bij een primigravida zonder complicaties, in het tweede trimester Z34.02 + Z3A.00

3. Poli raadpleging van een 40 jaar oude patiënte die in de vierde maand van haar derde zwangerschap is O09.522 + Z3A.00
4. Hospitalisatie van een patiënte in goede algemene toestand na de bevalling van een levend geboren kind in de taxi op weg naar het ziekenhuis (Admission for) Z39.0
5. Hospitalisatie voor de toediening van intraveneus antibiotica van een patiënte die thuis bevallen is van een levend geboren kind drie dagen ervoor; de patiënte heeft nu een borstabces (Puerperial) O91.12

FOETALE AANDOENINGEN DIE DE ZWANGERSCHAP VAN DE MOEDER BEINVLOEDEN

Codes uit de categorie O35, Maternal care for known or suspected fetal abnormality and damage, en O36, Maternal care for other fetal problems, worden enkel gebruikt als de foetale aandoening de reden is voor wijzigingen in de huidige maternale zorg. Dit vindt men terug in het dossier omdat er bijkomende onderzoeken werden uitgevoerd voor het foetaal probleem, omdat er bijkomende observaties zijn, speciale zorg, of afbreken van de zwangerschap nodig is. Het feit dat er een foetale aandoening aanwezig is volstaat niet om die te coderen; men mag dit slechts doen wanneer die aandoeningen een invloed hebben op de maternale zorg. Codes uit de categorieën O35 en O36 worden gebruikt wanneer de foetale aandoeningen de reden voor de hospitalisatie zijn of voor de verloskundige zorg bij de moeder, of voor het afbreken van de zwangerschap.

Bijvoorbeeld, wanneer een verminderde beweeglijkheid van de foetus aanleiding geeft tot het uitvoeren van een keizersnede of een voortijdige inductie van de arbeid, gebruikt men de code **O36.81-, Decreased fetal movements**. Anderzijds, wanneer er geen wijzigingen worden uitgevoerd aan de geplande verloskundige zorg bij de moeder, zal code O36.81- niet gecodeerd worden omdat de verminderde foetale bewegingen niet significant zijn voor die opname.

Soms is het moeilijk om de al dan niet leefbaarheid van de foetus in het begin van de zwangerschap te bepalen. Patiënten die zwanger bevonden worden in het begin van hun zwangerschap kunnen later opnieuw geëvalueerd worden. Indien er geen foetale hartslag kan gehoord worden, kan het nodig zijn een echografie te doen om een levensvatbare zwangerschap te bevestigen. Codeer de code O36.80 om het contact om een levensvatbare zwangerschap te onderzoeken, weer te geven.

Meerling zwangerschappen

Categorie O30, Multiple gestation, wordt gebruikt om meerlingzwangerschappen weer te geven, zoals tweelingen (O30.001-O30.099), drielingen (O30.101-O30.199), vierlingen (O30.201-O30.299), overige gespecificeerde meerlingzwangerschappen (O30.801-O30.899), en niet gespecificeerd (O30.90-O30.93). Het risico op complicaties stijgt en de behandeling is verschillend, afhankelijk van het aantal placenta's en vruchtzakken. Het vijfde karakter onder categorie O30 geeft het aantal placenta's en vruchtzakken aan, terwijl het zesde karakter het trimester weergeeft.

In utero chirurgie

Chirurgie uitgevoerd op de foetus in de uterus (terwijl de foetus zich in de baarmoeder bevindt) wordt aanzien als een verloskundige opname. Codes uit het hoofdstuk 16, perinatale codes, worden niet bij de moeder gebruikt om de foetale aandoeningen weer te geven. Daarentegen zal, wanneer chirurgie op de foetus in utero wordt uitgevoerd, een diagnosecode uit de categorie O35, Maternal care for known or suspected fetal abnormality and damage, gebruikt worden voor deze foetale aandoening. Gebruik daarenboven ook de toepasselijke ICD-10-PCS code voor de uitgevoerde procedure.

Code **O35.7-, Maternal care for (suspected) damage to fetus by other medical procedures**, beschrijft maternale en foetale complicaties als gevolg van uitgevoerde chirurgie op de zwangere uterus tijdens de huidige zwangerschap. Indien de pasgeborene problemen of complicaties vertoont na ingrepen op de zwangere uterus, gebruikt men de code **P96.5, Complication to newborn due to (fetal) intrauterine procedure**, bij de registratie van het kind.

Code **O09.82-, Supervision of pregnancy with history of in utero procedure during previous pregnancy**, kan als nevendiagnose gebruikt worden bij de code O35.7-, wanneer de patiënte ingrepen heeft gehad op de zwangere uterus tijdens een vorige zwangerschap.

ICD-10-PCS klasseert de ingrepen op de zwangere uterus in de sectie 'Verloskunde (Obstetrics)', het lichaamstelsel 'zwangerschap (pregnancy)', de kernprocedure 'herstel (Repair)', het lichaamsdeel 'conceptieproducten (products of conception)'. Bijvoorbeeld, in utero chirurgisch herstel van een diafragmahernia, omwille van een congenitale hernia diafragmatica, wordt gecodeerd met de code **10Q00ZK, Repair respiratory system in products of conception, open approach**. Het diafragma wordt geklasseerd in het "respiratoir" lichaamstelsel in de 'Medisch en Chirurgische' sectie.

ANDERE AANDOENINGEN DIE DE ZWANGERSCHAP, DE BEVALLING OF HET PUERPERIUM COMPLICEREN

Bepaalde aandoeningen compliceren ontegensprekelijk de zwangerschap of worden door die zwangerschap verslechterd. Bepaalde categorieën in hoofdstuk 15 van ICD-10-CM maken een onderscheid tussen aandoeningen van de moeder die reeds aanwezig waren vóór de zwangerschap (pre-existing) en deze die het gevolg zijn van de zwangerschap. Het is dus belangrijk wanneer men codes uit hoofdstuk 15 gebruikt dit onderscheid, tussen aandoeningen die reeds vóór de zwangerschap aanwezig waren of die door de zwangerschap zijn ontstaan, duidelijk te maken om de juiste codering te kunnen doorvoeren. Bijvoorbeeld, hypertensie die de zwangerschap, de bevalling en het puerperium compliceren wordt onder categorie O10 geklasseerd wanneer ze reeds aanwezig was vóór de bevalling, en onder categorie O13 wanneer ze het gevolg is van de zwangerschap, en onder categorie O16 wanneer het gaat om een ongespecificeerde maternale hypertensie.

De categorieën waar dit onderscheid niet gemaakt wordt kunnen voor zowel vooraf bestaande, als zwangerschapsproblemen gebruikt worden. Het is toegestaan om specifieke postpartum complicatiecodes te gebruiken in het puerperium, om die aandoeningen weer te geven die zich tijdens die periode manifesteren.

Omschreven aandoeningen zoals oedeem, proteïnurie, en hypertensieve aandoeningen tijdens de zwangerschap, de bevalling en het puerperium worden geklasseerd onder de categorieën O10 tot O16. Andere maternale aandoeningen zoals bloedingen, hyperemesis gravidarum, veneuze complicaties, genito-urinaire infecties, diabetes mellitus, malnutritie, en leverstoornissen, worden geklasseerd onder de categorieën O20 tot O29 wanneer zij de zwangerschap beïnvloeden. Bepaalde infectieuze aandoeningen zoals HIV, virale hepatitis, tuberculose, en geslachtsziekten worden geklasseerd onder de categorie O98.

Bepaalde codes voor dergelijke complicaties zijn zeer specifiek en andere daarentegen zeer breed. Wanneer een code uit hoofdstuk 15 de aandoening voldoende omschrijft, dan wordt enkel die code gebruikt. Het is daarentegen gebruikelijk om bijkomende codes te gebruiken indien zij meer specificiteit weergeven. Bijvoorbeeld, een patiënt met een historiek van vaginale herpes wordt onder Valtrex gehouden en komt binnen voor een bevalling. Op het ogenblik van de bevalling is zij symptoomvrij, zonder opstoot. Code **O98.32, Other infections with a predominantly sexual mode of transmission complicating childbirth** wordt als hoofddiagnose gezet. De code **A60.04, Herpesviral vulvovaginitis**, en de code **Z79.899, Other long term (current) drug therapy**, worden als nevendiagnose gebruikt, samen met nog een Z code voor het resultaat van de bevalling. Herpes infectie tijdens de zwangerschap is een risico voor de foetus en wordt toepasselijk als een complicatie van de zwangerschap gecodeerd.

Anderzijds, beschrijft de code voor variceuze venen van de onderste ledematen als complicatie van de zwangerschap (O22.0-) of het puerperium (O87.4) volledig de pathologie, zodat het niet nodig is een bijkomende code te gebruiken (redundante informatie). Code **O22.3-, Deep thrombophlebitis complicating pregnancy**, vraagt wel een bijkomende code om aan te geven of de diepe thrombophlebitis acuut of chronisch is, en om de plaats aan te geven.

Andere voorbeelden zijn:

O23.12 + Z3A.15 Zwangere patiënte, 15 weken, heeft een chronische cystitis en heeft recidiverende opstoten van acute cystitis tijdens haar zwangerschap, met een acute opstoot tijdens haar verblijf in het ziekenhuis.

O26.611 + K76.2 + Z3A.10 Necrose van de lever, die een 10 weken zwangerschap compliceert.

Hypertensie

Hypertensie in de zwangerschap wordt altijd aanzien als een complicerende factor voor die zwangerschap, bevalling of puerperium. Om dit correct te kunnen coderen moet men weten of die hypertensie reeds aanwezig was vóór de zwangerschap, dan wel ontstaan is tijdens de zwangerschap. Vooraf bestaande hypertensie wordt geklasseerd onder de categorie O10, Pre-existing hypertension complicating pregnancy, childbirth and the puerperium, als volgt:

| | |
|----------------|--|
| O10.01-O10.03 | Essentiële hypertensie |
| O10.111-O10.13 | Hypertensieve hartziekten |
| O10.211-O10.23 | Hypertensieve chronische nierziekten |
| O10.311-O10.33 | Hypertensieve hart- en chronische nieraandoeningen |
| O10.411-O10.43 | Secundaire hypertensie |
| O10.911-O10.93 | Niet gespecificeerd |

Wanneer een code uit de categorie O10 gebruikt wordt voor de hypertensieve hartziekten of de hypertensieve chronische nierziekten, is het noodzakelijk een tweede code te gebruiken uit de toepasselijke hypertensie categorie om het type hypertensie te specificeren (categorie I11), het hartfalen, (categorie I50), de chronische nieraandoening (categorie I12), of de hypertensieve hart- en chronische nieraandoening (categorie I13).

Patiënten die geen hypertensie voordien hebben kunnen tijdens de zwangerschap een zwangerschapshypertensie of een door zwangerschap geïnduceerde hypertensie ontwikkelen. Dit is een aandoening met verhoogde bloeddruk die vrij snel verdwijnt na de bevalling. Men codeert dit onder de categorie O13, Gestational [pregnancy-induced] hypertension without significant proteinuria.

Hypertensie tijdens de zwangerschap leidt soms tot een pathologische aandoening die men eclampsie of pre-eclampsie noemt. Pre-eclampsie is een aandoening gekenmerkt door hoge bloeddruk samen met grote hoeveelheden eiwitten in de urine. Dames met pre-eclampsie hebben daarom gezwollen voeten, benen en handen. Eclampsie is het eindstadium en meest ernstige stadium van de pre-eclampsie en ontstaat wanneer de pre-eclampsie niet behandeld wordt. Eclampsie eindigt meestal in stuipen en coma en zelfs sterfte van de moeder en de baby, ze kan ontstaan vóór, tijdens of na de bevalling. Wanneer de eclampsie zich boven op een reeds bestaande hypertensie ontwikkelt, gebruikt men een code uit de categorie O11 met een bijkomende code uit de categorie O10 om het type hypertensie te specificeren. Wanneer een pre-eclampsie zich voordoet zonder vooraf gekende hypertensie, dan wordt die geklasseerd onder de categorie O14, Pre-eclampsia. Eclampsie, afgezien of ze te wijten is aan een voorafgaande hypertensie, een zwangerschapshypertensie, of niet gespecificeerde maternale hypertensie, wordt geklasseerd onder de categorie O15, Eclampsia.

Zwangerschapshypertensie geassocieerd met albuminurie (albumine in de urine), oedeem (abnormale vochttopstapeling in de lichaamsweefsels), of beide wordt in het algemeen aanzien als een pre-eclampsie of eclampsie. Let wel op dat de codes voor eclampsie of pre-eclampsie niet worden toegekend enkel op basis van een verhoogde bloeddruk, een abnormaal albuminegehalte, of de aanwezigheid van oedemen. De arts moet die diagnose stellen van eclampsie of pre-eclampsie vooraleer men het zo mag coderen.

Wanneer er zwangerschapsoedeem, zwangerschapsproteïnurie, of beide zwangerschapsoedeem en zwangerschapsproteïnurie aanwezig zijn zonder hypertensie, worden deze geklasseerd onder categorie O12, Gestational [pregnancy-induced] edema and proteinuria without hypertension.

Diabetes

Diabetes mellitus is een significante complicerende factor tijdens de zwangerschap. Zwangere dames die diabetes hebben krijgen eerst de code O24, Diabetes mellitus in pregnancy, childbirth, and the puerperium, gevolgd door de toepasselijke diabetes code(s)(E08-E13) uit hoofdstuk 4 van de ICD-10-CM.

Zoals voor de hypertensie, maakt categorie O24 onderscheid tussen reeds bestaande diabetes mellitus (inclusief type 1, type 2, overige, of niet gespecificeerd), zwangerschapsdiabetes, en niet gespecificeerde diabetes als volgt:

| | |
|-----------------|---|
| O24.011-O24.03 | Vooraf bestaande type 1 diabetes mellitus |
| O24.111-O24.13 | Vooraf bestaande type 2 diabetes mellitus |
| O24.311-O24.319 | Niet gespecificeerde vooraf bestaande diabetes mellitus |

| | |
|-----------------|--|
| O24.410-O24.439 | Zwangerschapsdiabetes mellitus |
| O24.811-O24.83 | Overige vooraf bestaande diabetes mellitus |
| O24.911-O24.93 | Niet gespecificeerde diabetes mellitus |

Zwangerschapsdiabetes (door de zwangerschap geïndiceerd) kan ontstaan tijdens het tweede en derde trimester bij zwangere vrouwen die voordien nooit diabetes hadden. Zwangerschapsdiabetes kan de zwangerschap compliceren, en er is een verhoogd risico dat vrouwen, met een zwangerschapsdiabetes, later een gewone diabetes mellitus, na de bevalling, ontwikkelen. Zwangerschapsdiabetes kan verwickelingen van de zwangerschap veroorzaken, zoals deze van de reeds vooraf bestaande diabetes. De codes voor de zwangerschapsdiabetes zitten in de subcategorie O24.4, Gestational diabetes mellitus. Geen andere code uit de categorie O24, Diabetes mellitus in pregnancy, childbirth, and the puerperium, zal gebruikt worden samen met de code O24.4. De codes onder subcategorie O24.4 omvatten zowel de met dieet gecontroleerde als met insuline gecontroleerde diabetes. Indien een patiënte met zwangerschapsdiabetes zowel onder dieet als insuline behandeling staat, zal men enkel de insuline behandeling coderen.

Code **Z79.4, Long-term (current) use of insulin**, zal ook gebruikt worden wanneer de reeds vooraf bestaande of de niet gespecificeerde diabetes mellitus behandeld wordt met insuline. Code Z79.4 zal daarentegen niet gebruikt worden met codes uit de subcategorie O24.4, Gestational diabetes. Indien een patiënte met zwangerschapsdiabetes met insuline behandeld wordt, zal men de toepasselijke insuline-code O24.414, O24.424 of O24.434 gebruikt worden i.p.v. Z79.4. Code Z86.32, Personal history of gestational diabetes, wordt gebruikt om aan te geven dat de patiënte een historiek heeft van zwangerschapsdiabetes tijdens een vorige zwangerschap.

Zwangere dames kunnen een verstoorde glucose tolerantietesten hebben zonder dat men van een zwangerschapsdiabetes spreekt. In dergelijke gevallen gebruikt men een code uit de subcategorie O99.81, Abnormal glucose complicating pregnancy, childbirth, and the puerperium.

Voorbeelden:

O24.113+E11.620+Z79.4+Z3A.29 Vooraf bestaande type 2 diabetes mellitus, met diabetische dermatitis, onder insuliner therapie, intra-uteriene zwangerschap van 29 weken.
O24.012+E10.11+Z3A.26 Vooraf bestaande diabetes mellitus type 1, met ketoacidose en in coma; intra-uteriene zwangerschap van 26 weken.
O24.414+Z3A.30 30 weken zwangere dame die gezien wordt met zwangerschapsdiabetes. Bloedsuikerspiegels tonen aan dat haar diabetes onder controle gehouden wordt met dieet en insuline.

HIV infectie

Een patiënte die opgenomen wordt tijdens de zwangerschap, de bevalling of het puerperium omwille van een HIV gerelateerde aandoening, krijgt als hoofddiagnose een code uit de subcategorie O98.7-, Human immunodeficiency [HIV] disease complicating pregnancy, childbirth, and the puerperium, gevolgd door de codes voor de HIV gerelateerde aandoening(en). Patiënten met asymptomatische HIV infectie (status) die opgenomen worden tijdens de zwangerschap, de bevalling of het puerperium krijgen de codes O98.7- en Z21, Asymptomatic human immunodeficiency virus [HIV] infection status. Bijvoorbeeld:

O98.711+B20+Z3A.00 Eerste trimester zwangere met AIDS
O98.713+Z21+Z3A.30 30 weken zwangere met een asymptomatische HIV status

Alcohol en tabak gebruik

De overheid dringt, bij de zwangere vrouwen, erop aan om geen alcohol te gebruiken tijdens de zwangerschap. Er zijn geen veilige hoeveelheden alcohol die een zwangere vrouw mag drinken. Het drinken van alcohol tijdens de zwangerschap kan aanleiding geven tot misvallen, doodgeborenen, en een brede waaier van levenslange aandoeningen gekend als foetale alcohol spectrum afwijkingen. Het gebruik van alcohol tijdens de zwangerschap verhoogt het risico voor alcoholgerelateerde geboortefwijkingen, zoals groeistoornissen, aangezichtsafwijkingen, afwijkingen van het zenuwstelsel, gedragsstoornissen, en verminderde intellectuele mogelijkheden. Voor elke zwangerschap waarbij de moeder alcohol gebruikt tijdens de zwangerschap of het postpartum, gebruikt men codes uit de categorie O99.31, Alcohol use complicating pregnancy, childbirth and the

puerperium. Een bijkomende codes uit de categorie F10, Alcohol related disorders, wordt gebruikt om de manifestaties van het alcoholgebruik weer te geven.

Tabak verweekt ook de zwangerschap. Dames die vóór en tijdens de zwangerschap roken hebben een risico op complicaties zoals het prematuur breken van de vliezen, het loskomen van de placenta, en een placenta previa. Baby's van vrouwen die roken tijdens de zwangerschap hebben een hoger risico op premature geboorte en een laag geboortegewicht en hebben 1,4 tot 3,0 keer kans om te sterven aan het 'sudden infant death syndrome (SIDS)'. Codes uit de subcategorie O99.33, Smoking (tobacco) complicating pregnancy, childbirth, and the puerperium, zullen gebruikt worden wanneer dames roken tijdens de zwangerschap of het postpartum. Een bijkomende code uit de categorie F17, Nicotine dependence, wordt erbij gecodeerd om het type nicotine afhankelijkheid weer te geven.

COMPLICATIES VAN ARBEID EN BEVALLING

De complicaties van de arbeid en de bevalling worden onder de categorieën O60 tot O77 geklasseerd. Dit blok van codes bevat de meest belangrijke codes voor de situaties wanneer de code **O80, Encounter for full-term uncomplicated delivery**, niet kan gebruikt worden.

Categorie O60, Preterm labor, wordt in de ICD-10-CM gedefinieerd als "het begin (spontaan) van de arbeid voor de 37ste zwangerschapsweek". Deze categorie wordt zowel gebruikt voor de gevallen die bevallen zijn, als voor de gevallen die niet bevallen. De codes uit de categorie O60 worden niet gebruikt met codes uit de subcategorie O47.0- voor de valse of dreigende arbeid.

Mislukte inducties worden geklasseerd onder de categorie O61. Vierde karakters maken het onderscheid tussen medische (bijvoorbeeld, intraveneus Oxytocine om de contracties te stimuleren), instrumentaal (bijvoorbeeld, via mechanische of chirurgische inductie, zoals met een transcervicale Foley catheter), overige, en niet gespecificeerde methoden om de arbeid in te leiden.

Weeënafwijkingen worden geklasseerd onder de categorie O62. Het vierde karakter specificeert de primaire inadequate contracties (O62.0); de secundaire uteriene inertie (O62.1); de overige uteriene inertie (O62.2); versnelde, overhaaste arbeid (O62.3); hypertone, ongecoördineerde, en verlengde uteriene contracties (O62.4); overige afwijkingen van de arbeid (O62.8); en niet gespecificeerde afwijkingen van de arbeid (O62.9).

Patiënten met langdurige arbeid, codeert men in ICD-10-CM onder categorie O63, met het vierde karakter dat de stadia weergeeft, zoals een verlengde eerste fase (O63.0); een verlengde tweede fase (O63.1); een vertraagde geboorte van de tweede baby van een tweeling, drieling, enz. (O63.2); en niet gespecificeerd (O63.9).

Belemmerde arbeid

Belemmerde arbeid ontstaat wanneer de passage van de foetus doorheen het bekken mechanisch belemmerd wordt. De meest gekende belemmering van de arbeid is de wanverhouding tussen het hoofd van de foetus en de bekkenopening van de moeder. Soms wordt de belemmering veroorzaakt door malpositie, malpresentatie, en foetale afwijkingen. ICD-10-CM beschikt over de categorieën O64, O65, en O66 voor de belemmerde arbeid tengevolge van verschillende aandoeningen, zoals:

- Categorie O64, Obstructed labor due to malposition and malpresentation of fetus, wordt gebruikt om situaties te beschrijven waarbij de arbeid belemmerd wordt door de ligging van de foetus. De foetale presentatie verwijst naar het deel van de foetus die het dichtst bij of reeds ingedaald is in het bekken tijdens de bevalling. Figuur 24.2 geeft enkele voorbeelden van liggingafwijkingen. Hoofdpresentatie omvat de vertex, het voorhoofd, het aangezicht en de kin. Stuitligging omvat de onvolkomen, de volkomen, de half onvolkomen stuitligging, en de voetligging. De schouderliggingen zijn zeldzaam en eisen een keizersnede of een kering voor vaginale bevalling. Men spreekt van samengestelde (compound) presentatie wanneer er meerdere delen het pelvis zijn ingedaald, het beste gekend is de hand naast het hoofd. Categorie O64 heeft vierde karakters om de verschillende presentaties, die de belemmering van de arbeid veroorzaken, weer te geven, zoals de onvolledige rotatie van het hoofd (O64.0), de stuitligging (O64.1), de aangezichtsligging (O64.2), de voorhoofdsligging (O64.3), de schouderligging (O64.4), de samengestelde ligging (O64.5), andere liggingafwijkingen (O64.8), en de niet gespecificeerde liggingafwijkingen (O64.9).

- Categorie O65, Obstructed labor due to maternal pelvic abnormality, wordt gebruikt om belemmerde arbeid weer te geven veroorzaakt door bekkenafwijkingen van de moeder, zoals misvormingen (O65.0), veralgemeende contracties van het bekken (O65.1), contracties van de bekkeningang (O65.2), contracties van de bekkenuitgang en het middendeel (O65.3), ongespecificeerde foeto-pelviene disproporties (O65.4), afwijkingen van de maternale bekkenorganen (O65.5), andere afwijkingen van het bekken van de moeder (O65.8), en niet gespecificeerde bekkenafwijkingen (O65.9).
- Categorie O66, Other obstructed labor, wordt gebruikt om andere redenen voor belemmerde arbeid te klasseren, zoals schouderdystocie (wanneer de schouder van de baby vastgeraakt onder het pubis van de moeder)(O66.0), vastzittende tweelingen (een vorm van liggingsafwijking waarbij één kind in stuit ligt en het andere in vertex houding en daardoor vast geraken ter hoogte van de kin tijdens de arbeid)(O66.1), ongewone grote foetus (O66.2), andere afwijkingen van de foetus (waaronder dystocie door verschillende oorzaken) (O66.3), mislukte proefarbeid (O66.4-), poging tot vacuümextractie of forceps (O66.3), multipele foetussen (O66.6), andere gespecificeerde belemmerde arbeid (O66.8 met een bijkomende code om de oorzaak van de belemmering weer te geven), en niet gespecificeerde belemmerde arbeid (O66.9).

FIGUUR 24.2: Voorbeelden van foetale ligging

ICD-10-CM heeft volgende categorieën voor arbeid- en bevallingsafwijkingen veroorzaakt door verschillende aandoeningen:

- O67.0-O67.9 Intrapartum bloedingen
- O68 Afwijkingen van het foetale zuur-base evenwicht
- O69.0-O69.9 Complicaties van de navelstreng

Foetale stress

Foetale stress is een ongewone complicatie van de arbeid waarbij de zwangere vrouw tekenen heeft die suggestief zijn voor foetale problematiek. Dit treedt typisch op wanneer de foetus onvoldoende zuurstof krijgt. Foetale stress kan voorkomen wanneer de zwangerschap over tijd gaat (postmaturiteit) of wanneer er complicaties zijn van de zwangerschap of de arbeid.

ICD-10-CM kent verschillende codes die gerelateerd zijn aan foetale problemen die de arbeid en de bevalling compliceren, zoals:

- O68, Labor and delivery complicated by abnormality of fetal acid-base balance. Deze code wordt gebruikt voor foetale acidemie, foetale acidose, foetale alkalose, of foetale metabole acidemie wanneer deze aandoeningen de arbeid en de bevalling verwickelen.
- O76, Abnormality in fetal heart rate and rhythm complicating labor and delivery. Deze code omvat de foetale complicaties zoals de bradycardie, daling van het hartritme, hartritme onregelmatigheden, tachycardie, onrustwekkend hartfrequentie of hartritme.
- Categorie O77, Other fetal stress complicating labor and delivery. Deze categorie omvat de codes voor meconium in het vruchtwater (O77.7), foetale stress door medicatie (O77.1), en andere bewezen afwijkingen voor foetale stress (zoals elektrocardiografische of ultrasone afwijkingen)(O77.8). Niet gespecificeerde foetale stress wordt geklasseerd onder de code O77.9.

Het is belangrijk om aan te geven dat deze codes enkel kunnen gebruikt worden als zij de zorg van de moeder beïnvloeden.

POSTPARTUM COMPLICATIES

De postpartum periode, klinische beschreven als het puerperium, begint onmiddellijk na de bevalling en duurt zes weken. Een postpartum complicatie wordt gedefinieerd als een complicatie die zich voor doet tijdens die periode van zes weken. Postpartum complicaties worden geklasseerd onder de categorie O85 tot O92.

Een soort postpartum complicaties zijn de puerperale infecties – een bacteriële infectie na de bevalling. Men schat dat 2 tot 4 procent van de vrouwen die vaginaal bevallen een vorm van puerperale infectie doormaakt. Bij keizersnede is dit 5 tot 10 keer hoger. De meest frequente

infectieplaats is de genitale tractus (bijvoorbeeld, endometritis: O86.12). Andere vormen van puerperale infecties zijn de infecties van de verloskundige wonden (O86.0), cervicitis (O86.11), vaginitis (O86.13), andere infecties van een genitale tractus (O86.19), urineweg infectie (O86.20), nierinfectie (O86.4), puerperale septische tromboflebitis (O86.81), en andere gespecificeerde puerperale infecties (O86.89).

Code **O85, Puerperal sepsis**, eist een tweede code om het oorzakelijk organisme weer te geven. Bijvoorbeeld, voor een bacteriële infectie, wordt een code uit de categorie B95 tot B97 gebruikt. Codes uit de categorie A40, Streptococcal sepsis, of A41, Other sepsis, zullen nooit gebruikt worden voor puerperale sepsis. Indien er ook een ernstige sepsis aanwezig is zal men de code R65.2-, Severe sepsis, gebruikt worden, samen met de toepasselijke code voor het geassocieerd orgaan falen. Voorbeelden hiervan zijn:

- Een patiënte ontwikkelt twee dagen na een keizersnede een endometritis terwijl ze nog gehospitaliseerd is. Code **O86.12, Endometritis following delivery**, wordt gecodeerd. Dit is een complicatie van de bevalling en niet van de zwangerschap. In de ICD-10-CM is er hiervoor, in de alfabetische index, een toegangsweg "endometritis, puerperal, postpartum, childbirth". Bijkomende codes worden gecodeerd om de reden voor de keizersnede weer te geven, alsook het resultaat van de bevalling en het aantal zwangerschapsweken.
- Patiënte wordt opgenomen drie weken postpartum voor een acute pyelonefritis door Escherichia coli. Code **O86.21, Infection of kidney following delivery**, wordt als hoofddiagnose gecodeerd. Code **B96.20, Escherichia coli [E. coli] as the cause of diseases classified elsewhere**, wordt als nevendiagnose gezet om meer informatie over de infectie weer te geven.
- Een patiënte bevalt via een lage cervicale keizersnede (C-sectie) zes dagen voor deze heropname met een ernstige sepsis met acuut nierfalen tengevolge van een methicilline resistente Stafylokokken aureus (MRSA) infectie van de operatiewonde. Code **O86.0, Infection of obstetrical surgical wound** wordt gebruikt voor de chirurgische complicatie. Codes **O85, Puerperal sepsis**; **B95.62, Methicillin resistant Staphylococcus aureus as the cause of disease classified elsewhere**; **R65.20, Severe sepsis without septic shock**; en **N17.9, Acute kidney failure, unspecified**, worden erbij gezet voor de MRSA puerperale sepsis en het acuut nierfalen.

Uteriene atonie is een aandoening die de bevalling kan verwickelen en bestaat erin dat de uterus niet adequaat samentrekt na de bevalling. Uteriene atonie kan voorkomen met al dan niet bloedverlies. Code **O62.2, Other uterine inertia**, wordt gebruikt voor de atonie van de uterus zonder bloeding wanneer ze optreedt onmiddellijk na de bevalling van de baby en de placenta. Gebruik de code **O72.1, Other immediate postpartum hemorrhage**, voor de postpartum uteriene atonie met bloeding wanneer ze optreedt onmiddellijk na de bevalling van de baby en de placenta. Code **O75.89, Other specified complications of labor and delivery**, wordt gebruikt voor de postpartum uteriene atonie zonder bloeding. Voorbeelden:

- Een patiënte ontwikkelt een postpartum bloeding door een uteriene atonie onmiddellijk na een spontane vaginale bevalling van een tweeling op 38 weken zwangerschap. Een B-Lynch sutuur wordt uitgevoerd om de bloeding te stoppen. De B-Lynch sutuur wordt gebruikt om de uterus te comprimeren bij postpartum bloedingen, zonder de grote bloedvaten erbij te betrekken. Code **O72.1, Other immediate postpartum hemorrhage**, wordt gebruikt voor de postpartum uteriene atonie met bloeding. Code **O30.003, Twin pregnancy, unspecified number of placenta and unspecified number of amniotic sacs, third trimester**; **Z3A.38, 38 weeks of gestation of pregnancy**; en de code **Z37.2, Twins, both liveborn**, worden gecodeerd. Code **0UQ97ZZ, Repair uterus, via natural or artificial opening** codeert de B-Lynch procedure.
- Een nullipara heeft een normale vaginale bevalling op 40 weken zwangerschap. Na het afhalen van de placenta, ziet men een uteriene atonie, en de patiënte begint te bloeden. De atonie reageert niet op bimanuele massage, intraveneus oxytocine, en intramusculair methylergonovine. De arts haalt een 50 ml klonter uit het lage uterussegment (LUS), de fundus trekt samen en de bloeding stopt. De juiste ICD-10-PCS codering voor de evacuatie van de klonter is: **0W3R7ZZ, Control of hemorrhage of general anatomic regions**. De officiële ICD-10-PCS codeerregels zeggen dat het controleren en herstellen van een postoperatieve bloeding met de kernprocedure "Control" wordt gecodeerd en het lichaamsdeel "anatomical regions". De kernprocedure "Control" wordt gedefinieerd als: "Het stoppen, of het trachten te stoppen van een postprocedurele bloeding". Indien de poging om de bloeding te stoppen faalt

en de procedure die uitgevoerd wordt om de bloeding uiteindelijk te stoppen voldoet aan de definitie van één van de volgende kernprocedures; "Bypass", "Detachment", "Excision", "Extraction", "Reposition", "Replacement", of "Resection", dan kiest men voor één van die kernprocedures i.p.v. voor "Control".

Cardiomyopathie tijdens de zwangerschap, ook peripartum cardiomyopathie genoemd omdat ze gediagnosticeerd wordt in het derde trimester, maar tot maanden na de bevalling kan blijven duren. Code **O90.3, Peripartum cardiomyopathy**, wordt enkel gebruikt wanneer de cardiomyopathie zich ontwikkelt als gevolg van een zwangerschap en waarbij er voordien geen hartproblemen waren.

- Een patiënte wordt opgenomen met een peripartum cardiomyopathie met een ejectionfracctie van 21 percent en hartfalen. De patiënte is ongeveer twee tot drie maanden in de postpartumperiode. Code **O90.3, Peripartum cardiomyopathy**, wordt gecodeerd als hoofddiagnose. De peripartum periode wordt gedefinieerd als de laatste maand van de zwangerschap tot vijf maanden postpartum.

Voor voorafgaande hartaandoeningen die de zwangerschap, de bevalling en het puerperium verwickelen, gebruikt men liever de codes van de subcategorie O99.4, Diseases of the circulatory system complicating pregnancy, childbirth and the puerperium, i.p.v. de peripartum cardiomyopathie.

OVERIGE MATERNALE AANDOENINGEN

ICD-10-CM heeft categorie O99 voor de overige maternale aandoeningen die elders geklasseerd worden, maar de zwangerschap, de bevalling en het puerperium verwickelen. Deze categorie omvat de aandoeningen die de zwangerschap compliceren, verslechteren door de zwangerschap, of een hoofdreden zijn voor verloskundige zorg. Voorbeelden hiervan zijn:

- O99.0- Anemie
- O99.1- Overige aandoeningen van het bloed en de bloedvormende organen en bepaalde aandoeningen van het immuunsysteem
- O99.2- Endocriene, nutritionele, en metabole aandoeningen
- O99.3- Mentale aandoeningen en ziekten van het zenuwstelsel
- O99.4- Aandoeningen van het bloedvatstelsel
- O99.5- Aandoeningen van het ademhalingsstelsel
- O99.6- Aandoeningen van het spijsverteringsstelsel
- O99.7- Aandoeningen van de huid en het onderhuids weefsel
- O99.8- Overige gespecificeerde ziekten en aandoeningen

Een bijkomende code wordt gecodeerd om de specifieke aandoening weer te geven.

Bijvoorbeeld:

- Een patiënte wordt opgenomen vijf weken postpartum met een acute cholecystitis en cholelithiasis. Code **O99.63, Diseases of the digestive system complicating the puerperium**, en de code **K80.00, Calculus of gallbladder with acute cholecystitis without obstruction**, worden hiervoor gebruikt.

Maligne neoplasmata die de zwangerschap, de bevalling en het puerperium verwickelen staan geklasseerd onder subcategorie O9A.1, met bijkomende codes om het neoplasma te specificeren. Deze subcategorie dient voor aandoeningen die geklasseerd staan onder C00 tot C96. Maternale zorg voor goedaardige tumoren van de baarmoeder worden gecodeerd onder O34.1-, terwijl de maternale zorg voor de goedaardige tumoren van de cervix onder O34.4- staan.

De codering van letsels, vergiftigingen, fysisch misbruik, sexueel misbruik, en psychologisch misbruik die de zwangerschap, de bevalling of het puerperium verwickelen worden in hoofdstuk 30 van dit handboek besproken.

SEQUELLEN VAN COMPLICATIES VAN ZWANGERSCHAP, BEVALLING, OF HET PUERPERIUM

Code **O94, Sequelae of complication of pregnancy, childbirth, and the puerperium**, wordt gebruikt wanneer een initiële complicatie van een verloskundige episode evolueert naar een sequel waarvoor later behandeling nodig is. De sequellen omvatten de aandoeningen die als zodanig

omschreven worden, of als late gevolgen die zich op elk moment na een postpartum periode zich kunnen voordoen. Zoals alle lateffect codes, zal code O94 voorafgegaan worden door de code die de residuele aandoening beschrijft. Voorbeelden hiervan:

- Een patiënte wordt opgenomen voor het herstel van een postpartum perineum prolaps secundair aan een traumatische bevalling twee jaar voordien. Code **N81.89, Other female genital prolapse**, wordt eerst gecodeerd, met de code **O94, Sequelae of complication of pregnancy, childbirth, and the puerperium**, als nevendiagnose.
- Een patiënte vertoont vermoeidheid en koude intolerantie. Anamnestic we houden we een ernstig bloedverlies tijdens de bevalling van een normaal levend geboren kind, zeven maanden voordien. Men diagnosticeert het Sheehan syndroom en wordt hormonaal behandeld. Code **E23.0, Hypopituitarism**, wordt gebruikt voor het Sheehan syndroom, gevolgd door de code **O94, Sequelae of complication of pregnancy, childbirth, and the puerperium**.

OEFENINGEN 24.4

Codeer de volgende diagnoses. Gebruik geen procedures. Gebruik Z codes indien van toepassing.

1. Spontane bevalling van een intra-uteriene zwangerschap, met een levend geboren kind.
O80+Z37.0+Z3A.00
2. Intra-uteriene zwangerschap van 12 weken, met milde hyperemesis gravidarum (niet bevallen).
O21.0+Z3A.12
3. Intra-uteriene zwangerschap, 39 weken, bevallen van een levend geboren kind in linker occipitoanterior ligging – met primaire uteriene weeënzwakte. O62.0+Z37.0+Z3A.39
4. Keizersnede van een doodgeboren kind op 38 weken zwangerschap tengevolge van een placenta infarct. O43.813 + Z37.1+O36.4xx0+Z3A.38
5. Intrauteriene zwangerschap in het tweede trimester met pernicioze anemie. O99.012+D51.0+Z3A.00
6. Normale zwangerschap met bevalling op 40 weken van een levend geboren kind in linker occipitoanterior ligging. O80+Z37.0+Z3A.40
7. Tweelingzwangerschap van 33 weken met prematuur breken van de vliezen en aanvangen van de arbeid 3 uur later. Spontane bevalling van premature tweeling in vertex presentatie, beide levend geboren, doch de moeder ontwikkelt een postpartum pulmonair embool; O60.14x0+O42.013+O30.003+O88.23+Z37.2+Z3A.33
8. Premature bevalling van een levend geboren meisje in stuitligging, in het derde trimester. Er is een eerste graadscheur van de vaginale wand. O60.14x0+O32.1xx0+O70.0+Z37.0+Z3A.00
9. Zwangerschap, 39 weken, met doodgeboren kind in linker occipitoanterior ligging. Er was een terminale abruptio placentae en de navelstreng was om de hals van foetus gedraaid met compressie. O45.93+O69.1xx0+O36.4xx0+Z37.1+Z3A.39
10. Intra-uteriene zwangerschap van 12 weken met een langdurige essentiële hypertensie die van dichtbij gemonitord wordt. O10.011+Z3A.12

VERLOSKUNDIGE PROCEDURES

Wanneer men verloskundige procedures codeert in de ICD-10-PCS is het belangrijk om een onderscheid te maken tussen de procedures die uitgevoerd worden op de foetus dan wel op de zwangere moeder. Procedures uitgevoerd op de foetus (producten van de conceptie) worden geklasseerd in de 'Verloskundige Sectie'. Procedures uitgevoerd op de zwangere vrouw, andere dan op de producten van de conceptie, worden gecodeerd met de codes van de kernprocedures in de 'Medische en Chirurgische Sectie'. Bijvoorbeeld, de amniocentesis wordt gecodeerd onder het lichaamsdeel "producten van de conceptie" in de 'Verloskundige Sectie'. Daarentegen codeert men het herstel van een verloskundige urethrale laceratie onder het lichaamsdeel "urethra" van de 'Medische en Chirurgische Sectie'.

De ICD-10-PCS 'Verloskundige Sectie' volgt dezelfde conventies en afspraken die gebruikt worden in de 'Medische en Chirurgische Sectie', waarbij de zeven karakters dezelfde betekenis hebben zoals in figuur 24.3 aangetoond wordt. Het lichaamsstelsel (karakter 2) in de 'Verloskundige Sectie' is altijd "pregnancy (zwangerschap)". Er zijn slechts drie waarden die gebruikt worden voor het lichaamsdeel in deze sectie: "products of conception (producten van de conceptie)" (0); "products of conception, retained (achtergebleven producten van de conceptie)" (1); en "products of conception, ectopic (ectopische producten van conceptie)" (2).

FIGUUR 24.3: Code structuur in de Verloskundige Sectie

| Karakter 1 | Karakter 2 | Karakter 3 | Karakter 4 | Karakter 5 | Karakter 6 | Karakter 7 |
|------------|-----------------|---------------|--------------|-------------|------------|------------|
| Sectie | Lichaamsstelsel | Kernprocedure | Lichaamsdeel | Toegangsweg | Materiaal | Qualifier |

Er zijn 12 kernprocedures (zoals getoond in figuur 24.4) binnen de Verloskundige Sectie, 10 daarvan vindt men ook terug in de Medische en Chirurgische Sectie. De twee unieke kernprocedures voor de Verloskundige Sectie zijn:

- Abortus: het kunstmatig beëindigen van de zwangerschap
- Bevinging: het bijstaan van de passage van de conceptproducten doorheen het genitaal kanaal. Deze kernprocedure is enkel van toepassing voor de manuele begeleiding van de vaginale bevinging.

Keizersnede staat in de Verloskundige Sectie onder de kernprocedure "Extraction (uitdrijven)", eerder dan de kernprocedure "Delivery (bevinging)". De kernprocedure "Extraction (uitdrijving)" wordt ook gebruikt voor de vaginale bevinging met forceps, vacuüm, of interne versie.

Procedures uitgevoerd na een bevinging of een abortus voor de curettage van het endometrium of de verwijdering van de achtergebleven vliezen worden gecodeerd in de Verloskundige Sectie met de kernprocedure "Extraction" en het lichaamsdeel "products of conception, retained". Diagnostische of therapeutische dilatatie en curettage uitgevoerd tijdens periodes buiten het postpartum of post abortus worden gecodeerd in de Medische en Chirurgische Sectie met de kernprocedure "Extraction" en het lichaamsdeel "endometrium".

Figuur 24.4: Kernprocedures in de Verloskundige Sectie

| Waarde | Kernprocedure | Definitie |
|--------|----------------------------------|--|
| 2 | Change (vervangen) | Uitnemen of afnemen van materiaal uit een lichaamsdeel en terug zetten van gelijkaardig materiaal in hetzelfde lichaamsdeel zonder insnijden of punctie van de huid of de mucosa. |
| 9 | Drainage | Afnemen of laten afvloeien van vloeistoffen en/of gassen uit een lichaamsdeel. |
| A | Abortion (aborteren) | Het kunstmatig beëindigen van de zwangerschap. |
| D | Extraction (uitdrijven) | Het verwijderen van een volledig of een gedeelte van een lichaamsdeel. |
| E | Delivery (bevinging) | Het begeleiden van de conceptieproducten doorheen het genitaal kanaal. |
| H | Insertion (inbrengen) | Inbrengen van niet biologisch materiaal dat een fysiologische functie meet, ondersteunt, verbetert, of bewaakt maar dat niet fysisch de plaats inneemt van het lichaamsdeel. |
| J | Inspection (nazicht) | Visueel en / of manueel onderzoek van een lichaamsdeel |
| P | Removal (verwijderen) | Uitnemen of afnemen van een toestel uit een lichaamsdeel, een streek of een opening. |
| Q | Repair (herstellen) | Het herstellen, zo ver mogelijk, van een lichaamsdeel tot zijn normale anatomische structuur of functie. |
| S | Reposition (herplaatsen) | Het brengen of terugbrengen van een volledig of een deel van een lichaamsdeel naar de normale of andere geschikte lokalisatie. |
| T | Resection (wegsnijden) | Uit- of wegsnijden, zonder vervanging, van een volledig of deel van een lichaamsdeel. |
| Y | Transplantation (transplantatie) | In- of aanbrengen van een volledig of deel van een levend lichaamsdeel van een ander individu of dier om fysiek de plaats en/of de functie over te nemen van een volledig of deel van het gelijkaardig lichaamsdeel. |

PROCEDURES ALS BEGELEIDING VAN DE BEVALLING

De bevinging kan op verschillende manieren geassisteerd worden.

Manueel geassisteerde bevinging wordt als volgt gecodeerd:

| Character 1 Section | Character 2 Body | Character 3 Root | Character 4 Body Part | Character 5 | Character 6 Device | Character 7 |
|------------------------|---------------------|---------------------|--------------------------|-------------|-----------------------|-------------|
|------------------------|---------------------|---------------------|--------------------------|-------------|-----------------------|-------------|

| | | | | | | |
|------------|-----------|-----------|------------------------|----------|------|-----------|
| | System | operation | | Approach | | Qualifier |
| 1 | 0 | E | 0 | X | Z | Z |
| Obstetrics | Pregnancy | Delivery | Products of conception | External | None | None |

De arbeid kan geïnduceerd worden door het kunstmatig breken van de membranen (Verloskundige Sectie, kernprocedure "Drainage", lichaamsdeel "amniotic fluid") of door een andere chirurgische inductie, zoals een cervicale dilatatie (0U7C7ZZ). Het kunstmatig breken van de membranen kan ook gebeuren nadat de arbeid reeds begonnen is.

Amniofusie ('Administration Section', kernprocedure "Introduction") wordt typisch uitgevoerd tijdens de arbeid via een transcervicale toegangsweg na de ruptuur van de foetale membranen. Een intra-uteriene drukkatheter wordt ingebracht om een Ringer oplossing of een zoutoplossing intra-amniotisch in te brengen. Anderzijds kan een vloeistof transabdominaal via naaldinfusie ingebracht worden. Amnio-infusie wordt als profylactische behandeling voor oligohydramnios toegepast, voor de reductie van de verschillende hartritmevertragingen omwille van navelstrengcompressie tijdens de arbeid, of als behandeling van de preterm premature ruptuur van de membranen.

Als voorbeeld, de codering van de amnio-infusie van een normale zoutoplossing:

| Character 1 Section | Character 2 Body System | Character 3 Root operation | Character 4 Body Part | Character 5 Approach | Character 6 Substance | Character 7 Qualifier |
|------------------------|--|----------------------------------|--------------------------|-----------------------------------|--|--------------------------|
| 3 | E | 0 | E | 7 | 7 | Z |
| Administration | Physiological systems and anatomical regions | Introduction | Products of conception | Via natural or artificial opening | Electrolytic and water balance substance | None |

Indien er tijdens de bevalling een kering wordt gedaan, dan codeert men dit onder de Verloskundige Sectie, de kernprocedure "Reposition", met de code **10S07ZZ, Reposition products of conception, via natural or artificial opening**. Voor de routine bevalling codeert men de code **10E0XZZ, Delivery of products of conception, external approach**.

Forceps en vacuüm extracties (bevallingen)

Forceps, en vacuüm extracties, of interne en gecombineerde versies kunnen ook toegepast worden bij een bevalling. Deze worden gecodeerd in de Verloskundige Sectie onder de kernprocedure "Extraction". Er zijn codes voorzien voor de lage forceps, de mid-forceps, of hoge forceps bevalling. Bij een lage forceps bevalling (zevende karakter waarde "3"), wordt de forceps aangelegd rond het zichtbare hoofdje nadat het de bekkenbodem is ingedaald. Mid-forceps (zevende karakter waarde "4") wordt toegepast gedurende de passage van het hoofd doorheen de bekkenbodem en de hoge forceps (zevende karakter waarde "5") wordt toegepast voor dat het hoofd de bekkeningang ingaat. Stuitliggingen vereisen soms een partiële of volledige stuitextractie, met of zonder forceps voor het achterkomende hoofd. Vacuüm extractie (zevende karakter waarde "6") gebruikt een tractieapparaat dat op het foetale hoofdje wordt geplaatst om te bevallen, i.p.v. een forceps.

Episiotomie

Een episiotomie is een insnede van het perineum juist voor de bevalling om de vaginale opening te vergroten en zo de bevalling te vergemakkelijken. Code **0W8NXZZ, Division of female perineum, external approach**, wordt gebruikt voor de routine episiotomie. Het herstel (de episiorrafie) wordt niet afzonderlijk gecodeerd omdat ze integraal deel is van de procedure. Wanneer een episiotomie wordt uitgevoerd samen met een forceps bevalling, codeert men twee codes: één voor de extractie, code 0W8NXZZ voor de episiotomie.

Perineale letsels (scheuren)

Perineale letsels worden als eerste, tweede, derde of vierde graad ingedeeld onder categorie O70, Perineal laceration during delivery:

- Eerste graad ruptuur (O70.0): alleen de vaginawand en huid zijn ingescheurd, de spieren liggen bloot doch zijn niet gescheurd;
- Tweede graad ruptuur (O70.1): ook het onderliggend bindweefsel en perianale spieren zijn gescheurd. De m. sphincter ani is nog intact;
- Derde graad ruptuur of totaalruptuur(O70.2): ook de m. sphincter ani is gescheurd, de rectale mucosa is wel intact;
- Vierde graad ruptuur (O70.3): huid, spieren, m. sphincter ani en anale mucosa zijn gescheurd.

De code O70.4 beschrijft een anale sphincterscheur als complicatie van een bevalling dat niet hoort tot de derde graad perineale scheur. Code **O70.9, Perineal laceration during delivery**, unspecified wordt gebruikt wanneer er geen bijkomende informatie beschikbaar is over de graad van de perineale scheur.

Inclusie aanwijzingen bij deze codes geven aan wat er juist aangetast is bij welke graad. Wanneer er meer dan één graad vermeld wordt, zal men enkel de code voor de hoogste graad gebruiken. De toepasselijke chirurgische herstelcode wordt gecodeerd volgens het weefsel dat hersteld worden (bijvoorbeeld, een open herstel van de vaginale wand, codeert men met 0UQG0ZZ) waarbij het lichaamsdeel de diepste laag is die hersteld wordt. Bijvoorbeeld, het herstel van een tweedegraad scheur waarbij de perianale spier, de mucosa, en de huid moet hersteld worden; daarom codeert men dit onder het lichaamsdeel "perineum, muscle".

Categorie O71, Other obstetric trauma, wordt gebruikt voor de verloskundige trauma's, inclusief de trauma's veroorzaakt door instrumenten, meer bepaald: ruptuur van de uterus (spontaan) vóór de aanvang van de arbeid (O71.0-) of tijdens de arbeid (O71.1), de postpartum uterusinversie (O71.2), de verloskundige letsels aan de cervix (O71.3), enkel de hoge vaginale verloskundige letsels (O71.4), de overige verloskundige letsels aan de bekkenorganen (O71.5), de verloskundige schade aan de bekkengewrichten en ligamenten (O71.6), de verloskundige hematomen van het bekken (O71.7), de overige verloskundige traumata (O71.8-), en de niet gespecificeerde verloskundige trauma's (O71.9).

Soms zal een episiotomie zich spontaan uitbreiden en wordt dan een perineale scheur. In dergelijke gevallen codeert men de code **0W8NXZZ, Division of female perineum, external approach**, samen met de code **0WQNXZZ, Repair female perineum, external approach**. Beide codes zijn nodig om deze situatie volledig te beschrijven. Voor de diagnose gebruikt men de toepasselijke code uit de categorie O70, Perineal laceration during delivery, om het verder scheuren weer te geven.

Foetale (pulse) oxyⁱmetrie

De monitoring van de zuurstof bij de foetus geeft de arts een direct zicht op het foetale hartritme. De foetale oxyⁱmetrie tijdens de bevalling maakt gebruik van een wegwerp sensor dat doorheen het baringskanaal wordt gebracht, wanneer één van de amnionmembranen gebroken is en de cervix meer dan 2 cm opening heeft. De zuurstofsaturatie wordt op een monitor weergegeven als een percentage. Codeer de code **10H073Z, Insertion of monitoring electrode into products of conception, via natural or artificial opening**, voor dit type monitoring.

Keizersnede

Een keizersnede is een chirurgische ingreep die uitgevoerd wordt wanneer voor om het even welke reden de spontane bevalling niet mogelijk is en niet aangewezen is. De keizersneden worden geklasseerd onder de kernprocedure "Extraction", het lichaamsdeel "products of conception", en met open toegangsweg. Een klassieke keizersnede codeert men met de code **10D00Z0, Extraction of products of conception, classical, open approach**, waarbij de foetus verwijderd wordt doorheen een insnede in het bovenste deel van de uterus via een abdominoperitoneale toegangsweg. Een lage keizersnede codeert men met **10D00Z1, Extraction of product of conception, low cervical, open approach**, waarbij in het laagste deel van de uterus wordt gesneden via een bekkenholte- of abdominoperitoneale insnede. Er is ook een extraperitoneale keizersnede (zevende karakter waarde "2")

OEFENINGEN 24.5

Codeer volgende procedures

1. Inleiden van de bevalling door cervixdilatatatie. 0U7C7ZZ
2. Geassisteerde spontane bevalling. 10E0XZZ

- | | | |
|---|---------|-----------------|
| 3. Vaginale bevalling met lage forceps (<u>Extraction</u>). | 10D07Z3 | |
| 4. Extraperitoneale keizersnede, lage dwarse insnede (<u>Delivery</u>). | | 10D00Z2 |
| 5. Een mid-forceps vaginale <u>bevalling</u> met een routine <u>episiotomie</u> . | | 10D07Z4+0W8NXZZ |

ANTICONCEPTIE BEGELEIDING

Categorie Z30, Encounter for contraceptive management, wordt gebruikt als hoofddiagnose voor raadplegingen of dagopnames rond contraceptief management. Codes in deze categorie omvatten diensten zoals het opstarten van contraceptieve maatregelen (Z30.011); raadplegingen rond natuurlijke familieplanning met de bedoeling zwangerschap te vermijden (Z30.02); inbrengen van intra-uterien anticonceptie materiaal (Z30.430); het verwijderen van dat materiaal (Z30.432); verwijderen en vervangen van intra-uterien materiaal (Z30.433); sterilisatie (Z30.2); opvolging van insluitbare contraceptiva (Z30.42). Daarenboven moeten ook de toepasselijke procedure codes gecodeerd worden.

OEFENINGEN 24.6

Codeer de volgende diagnose en procedures

- | | | |
|---|---------|---------|
| 1. <u>Raadpleging</u> voor familieplanning | Z30.09 | |
| 2. Raadpleging voor het <u>inbrengen</u> van een intra-uterien spiraaltje | | Z30.430 |
| <u>Inbrengen</u> van een spiraaltje | 0UH97HZ | |
| 3. Raadpleging voor het <u>verwijderen</u> van een intra-uterien spiraal | | Z30.432 |
| <u>Verwijderen</u> van het intra-uterien spiraal | 0UPD7HZ | |
| 4. Contact voor begeleiding borstvoeding (<u>Counseling</u>) | Z39.1 | |

STERILISATIE

Wanneer een patiënte opgenomen wordt voor contraceptieve sterilisatie zal de code **Z30.2, Encounter for sterilization** als hoofddiagnose gezet worden. Indien er onderliggende medische of psychologische aandoeningen aanwezig zijn om deze sterilisatie toe te passen, dan worden die als nevendiagnose erbij gezet. Omdat sterilisatie ook kan uitgevoerd worden zonder enig medisch of psychologisch onderliggend lijden, kan de code Z30.2 gerust als solodiagnose gecodeerd worden.

Wanneer de electieve sterilisatie uitgevoerd wordt tijdens een opname voor een bevalling zal de code Z30.2 als nevendiagnose gebruikt worden en een code uit het hoofdstuk 15 van de ICD-10-CM als hoofddiagnose.

Noteer dat de code Z30.2 zowel voor de sterilisatie van zowel mannen als vrouwen gebruikt wordt. Sterilisatieprocedures bij vrouwen staan bekend als "tuba ligatuur". Sterilisatie bij vrouwen wordt dikwijls als tubaligatuur omschreven. ICD-10-PCS klasseert de sterilisatieprocedures bij de vrouwen onder het vrouwelijk voortplantingsstelsel onder verschillende kernprocedures ("Excision", "Occlusion", of "Destruction") afhankelijk van de gebruikte techniek.

- Partiële salpingectomie, waarbij een stuk uit de eileiders wordt weggeknipt en dan worden dichtgenaaid: kernprocedure "Excision".
- Clips, uitwendige ringen, waarbij de eileiders geclipt worden (vb. Filshie clip, Wolf clip) of afgesloten worden door een uitwendige ring (vb Falope ring, Yoon ring): kernprocedure "Occlusion".
- Elektrocoagulatie, waarbij een klein deel van elke eileider dichtgebrand of gecauteriseerd wordt: kernprocedure "Destruction".

De sterilisatieprocedures bij de man worden geklasseerd onder het mannelijk voortplantingsstelsel en de kernprocedures "Destruction" of "Excision". Code Z30.2 zal nooit als hoofd- of nevendiagnose gecodeerd worden, wanneer de sterilisatie het gevolg is van een andere procedure of als de sterilisatie uitgevoerd wordt als een onderdeel van een behandeling voor een andere aandoening. In dergelijke gevallen zal de oorspronkelijke aandoening, elke complicatie of comorbiditeit, en de uitgevoerde procedures gecodeerd worden. Bijvoorbeeld, wanneer men een hysterectomie uitvoert na een bevalling omwille van beschadiging van de uterus tijdens de bevalling, zal men enkel de verloskundige diagnoses en procedures coderen, zelfs al leiden die uiteindelijk naar steriliteit. Code Z30.2 zal dus enkel gebruikt worden als de sterilisatie uitgevoerd wordt omwille van contraceptie; het gebruik ervan voor een andere reden is niet toegelaten.

Andere voorbeelden van correcte codering rond sterilisatie

Z30.2+F32.9+Z64.1+0UL74ZZ Een multipare (vijf kinderen) met een reactieve depressie, wordt opgenomen voor een electieve sterilisatie; men doet een bilaterale endoscopische tubaligatuur en doorknippen van deze eileiders (Occlusie en niet Excisie, want er wordt niets weggenomen).

O32.1xx0+Z30.2+Z37.0+Z3A.38+10D07Z6+0UL74CZ Bevalling, 38 weken, van een levend geboren kind; stuitligging; stuitbevalling met vacuümextractie; endoscopische bilateraal afsluiten van de tubae met extraluminaal materiaal, voor sterilisatie.

Sterilisatieprocedures worden verwacht permanent te zijn. Toch wensen sommige patiënten dit ongedaan te laten maken. Een opname voor tuboplastie of vasoplastie, om een voorafgaande sterilisatie ongedaan te maken, wordt gecodeerd met de code **Z31.0, Encounter for reversal of previous sterilization**.

OEFENINGEN 24.7

Codeer volgende diagnoses en procedures.

1. Essentiële hypertensie Z30.2

Opgenomen voor sterilisatie I10

Laparoscopische bilaterale partiële salpingectomie 0UB74ZZ

2. Endometriose van de uterus Z30.2

Opname voor sterilisatie N80.0

Bilaterale laparoscopische tuba destructie via elektrocauterisatie, voor sterilisatie 0U574ZZ

3. A term bevalling, 40 weken, van een meisje in stuitligging, gevolgd door een sterilisatie

O32.1xx0+ Z30.2+Z37.0+Z3A.40

Vacuüm stuitextractie 10D07Z6

Laparoscopische occlusie van de twee eileiders door plaatsing van Falope (uitwendige) ringen
0UL74CZ

4. Electieve sterilisatie, door de patiënt aangevraagd Z30.2

Bilaterale vasectomie (open) 0VBQ0ZZ

5. Opname voor een rekanalisatie van een vorige tubaligatuur Z31.0

Laparoscopische salpingoplastie 0UQ74ZZ

VRUCHTBAARHEID MANAGEMENT

Men codeert een code uit de categorie Z31, Encounter for procreative management wanneer een patiënte problemen heeft om zwanger te geraken en hiervoor geholpen wordt.

Code Z31.61 zal als hoofddiagnose gecodeerd worden voor een opname/raadpleging voor vruchtbaarheidsonderzoek en begeleiding rond natuurlijke familieplanning. Koppels die graag op een natuurlijke wijze aan familieplanning doen moeten soms bijgestaan worden door professionele mensen. Er zijn vijf manieren om aan natuurlijke familieplanning te doen:

- De methode van de basale lichaamstemperatuur
- De methode van de ovulatie en het baarmoederhalsslijm
- De sympto-thermale methode
- De kalendermethode
- De lactatieperiode amenorroe

Kankerbehandelingen of andere ernstige aandoeningen kunnen een effect hebben op de vruchtbaarheid. Chemotherapie (bijvoorbeeld alkyliserende medicatie) en radiotherapie op het bekken kunnen de ovariële en testiculaire functie verminderen. Afhankelijk van de dosis en de duur van de behandeling, kunnen gezonde spermacellen en ovariële follikels vernietigd worden samen met de kankercellen.

Code **Z31.62, Encounter for fertility preservation counseling**, wordt gebruikt voor het geven van advies over de mogelijke opties om zwanger te worden of om een zwangerschap te behouden, voor de start van de chemotherapie of het chirurgisch verwijderen van de gonaden. Hieronder vallen de vraag om zwanger te worden voor de kankerbehandeling; het invriezen van sperma, eicellen, ovariumweefsel of embryo's; en/of de wijziging van een ingreep om de uterus te sparen.

Code **Z31.84, Encounter for fertility preservation procedure**, wordt gebruikt voor de opname voor het behoud van de fertiliteit. Deze codes zijn niet beperkt voor zij die advies vragen voor een kankerbehandeling of het verwijderen van de gonaden. Codes Z31.62 en Z31.84 kunnen ook gebruikt worden voor patiënten die een behandeling (niet alleen tegen kanker) krijgen die de fertiliteit kan aantasten.

Code **Z31.83, Encounter for assisted reproductive fertility procedure cycle**, wordt gebruikt voor de patiënten die in een programma van in vitro fertilisatie zitten. Een bijkomende code zal gebruikt worden om de oorzaak van de infertiliteit weer te geven. Code Z31.83 wordt niet gebruikt voor de voorafgaandelijke testen voor de in vitro fertilisatie. Gebruik de reden voor opname wanneer patiënt komt voor de diagnostische tests.

Code **O09.81-, Supervision of pregnancy resulting from assisted reproductive technology**, wordt gebruikt voor de volgende opnames voor antenatale en/of prenatale zorg bij zwangerschappen die ontstaan zijn door in vitro fertilisatie.

Opnames voor onderzoeken zoals spermatelling of tuba doorgankelijkheid codeert men met **Z31.41, Encounter for fertility testing**. De spermaonderzoeken na een refertilisatie ingreep codeert men met **Z31.42, Aftercare following sterilization reversal**, i.p.v. met Z31.41.

ICD-10-CM heeft volgende codes die contacten beschrijven voor het onderzoek en de raadpleging naar genetische aandoeningen.

| | |
|---------|---|
| Z31.430 | Encounter of female for testing for genetic disease carrier status for procreative management |
| Z31.438 | Encounter for other genetic testing of female for procreative management |
| Z31.440 | Encounter of male for testing for genetic disease carrier status for procreative management |
| Z31.441 | Encounter for testing of male partner of patient with recurrent pregnancy loss |
| Z31.448 | Encounter for other genetic testing of male for procreative management |
| Z31.5 | Encounter for genetic counselling |

Indien het contact voor genetische screening niet geassocieerd is aan zwangerschapsplanning, gebruikt men eerder de subcategorie Z13.7, Encounter for screening for genetic and chromosomal anomalies, i.p.v. een code uit de Z31.4- reeks.

VERMOEDDE MATERNALE EN FOETALE AANDOENINGEN DIE NIET GEVONDEN WORDEN

Codes uit de subcategorie Z03.7, Encounter for suspected maternal and fetal conditions ruled out, worden gebruikt in slechts gelimiteerde omstandigheden bij de registratie van de moeder, wanneer de zwangere opgenomen wordt omwille van een vermoedde maternale of foetale aandoening (bijvoorbeeld omwille van een abnormale test) die de zwangerschap beïnvloed doch uitgesloten wordt. Deze codes zullen nooit gebruikt worden wanneer de aandoening bevestigd wordt. In dergelijke gevallen zal de bevestigde diagnose gecodeerd worden. Deze codes worden ook niet gebruikt wanneer er ziektebeelden of symptomen, gerelateerd aan de verdachte aandoening, aanwezig zijn. In die gevallen zal een toepasselijke code voor de diagnose/het teken of het symptoom gecodeerd worden.

Codes uit de subcategorie Z03.7 kunnen gebruikt worden met andere codes, maar enkel wanneer ze niet gerelateerd zijn aan de vermoedde diagnose die onderzocht wordt. Codes uit subcategorie Z03.7 mogen niet gebruikt worden voor de antenatale screening van de moeder. Voor contacten omwille van een vermoedelijke foetale aandoening die niet bevestigd kan worden, codeert men met de toepasselijke code uit categorie O35, O36, O40 of O41.

Codes uit subcategorie Z03.7 beschrijven vermoedelijke foetale/maternale problemen die niet bevestigd worden, als volgt:

| | |
|--------|---|
| Z03.71 | Encounter for suspected problem with amniotic cavity and membrane ruled out |
| Z03.72 | Encounter for suspected placental problem ruled out |
| Z03.73 | Encounter for suspected fetal anomaly ruled out |

Z03.74 Encounter for suspected problem with fetal growth ruled out
Z03.75 Encounter for suspected cervical shortening ruled out

OEFFENINGEN 24.8

Codeer de volgende diagnoses en procedures. Gebruik Z codes indien nodig.

1. Een oudere primigravida (37 jaar) bevalt spontaan a term, 40 weken, van een levend meisje (outcome of delivery) O09.513+ Z37.0+Z3A.40
Manueel geassisteerde bevalling 10E0XZZ
Episiotomie met herstel 0W8NXZZ
2. Dichorionische tweeling (twee vruchtzakken), 39 weken en bevalling met keizersnede omwille van foetale stress genoteerd eerder tijdens de arbeid (outcome of delivery)
O77.9+O30.043+Z37.2+Z3A.39
Lage cervicale keizersnede 10D00Z1
3. Bevalling van een levend kind, 38 weken zwangerschap, in rechter occipitoanterior ligging (outcome of delivery) O80+Z37.0+Z3A.38
Manueel geassisteerde bevalling 10E0XZZ
Monitoring van het foetale hartritme tijdens de arbeid 4A1H7FZ
Episiotomie en episiorrhaphie 0W8NXZZ
4. Uteriene zwangerschap, op 39 weken bevallen doch met belemmerde arbeid door dwarsslipping O64.8xx0+Z3A.39
Vooraf bestaande hypertensie met milde pre-eclampsie, één levend geboren kind (outcome of delivery). O11.3+Z37.0
Manuele begeleiding van de bevalling 10E0XZZ
5. Spontane bevalling van een bijna a term, 37 weken, intra-uteriene zwangerschap. Anemie secundair op een acuut bloedverlies tijdens de derde fase van de uitdrijving. Monochorionische tweeling, beide levend geboren, diamniotische placenta (outcome of delivery)
O30.033+O72.0+O90.81+D62+Z37.2+Z3A.37+10E0XZZ
6. Bevalling, op 38 weken, van een levende jongen in stuitligging (outcome of delivery)
O32.1xx0+Z37.0+Z3A.38
Partiële stuitbevalling met mid-foceps gebruik voor het achterkomende hoofd 10D07Z4
7. Spontane bevalling van een a term, 40 weken, levend geboren jongen (outcome of delivery)
O80+Z37.0+Z3A.40
Geassisteerde spontane bevalling 10E0XZZ
Electieve sterilisatie na de bevalling Z30.2
Bilaterale endoscopische afbinding en pletten van de eileiders 0UL78ZZ
8. Intra-uteriene zwangerschap, 26 weken, gecompliceerd door een incompetente cervix tijdens het tweede trimester (zonder bevalling) O34.32+Z3A.26
Shirodkar cervicale cerclage 0UVC7ZZ
9. Zwangerschapshypertensie, in het derde trimester, 29 weken zwanger, zonder bevalling
O13.3+Z3A.29
10. Normale bevalling, 38 weken, van een levend geboren jongen dat in rechter occipitoanterior lag. De episiotomie scheurt verder tot een tweede graad perineum scheur (outcome of delivery)
O70.1+Z37.0+Z3A.38
Amniotomie voor inductie van de arbeid 10907ZC
Lage forceps bevalling met episiotomie 10D07Z3
Herstel van de perineale scheur 0W8NXZZ+0KQM0ZZ
11. Bevalling van een doodgeboren jongen op 40 weken, met belemmerde arbeid omwille van een voorhoofdslipping (outcome of delivery) O64.3xx0+ O36.4xx0+Z37.1+Z3A.40
Extractie met interne versie 10D07Z7
Episiotomie met herstel 0W8NXZZ
12. Tweelingzwangerschap, 38 weken, met liggingafwijking van foetus 2. Eén levend geboren kind en één doodgeboren (foetus 2), twee placentae en twee vruchtzakken
O32.9xx2+O30.043+O36.4xx2+Z37.3+Z3A.38
Klassieke keizersnede 10D00Z0
13. Postpartum uteriene atonie zonder bloeding twee weken na de bevalling O75.89
14. Contact om te onderzoeken of een vrouw drager is van genetische afwijkingen (patiënte wenst zwanger te worden) Z31.430
15. Contact voor in vitro fertilisatie (IVF); infertiel door verstopping van een eileider Z31.83+N97.1
16. Contact voor bespreking natuurlijke familieplanning Z31.61

17. 32 jarige vrouw, gravida 2, para 0, wordt op 39 weken opgenomen voor een electieve primaire lage keizersnede. O82+Z37.0+Z3A.39

De dame had een volledig normaal prenataal parcours, een normale bevalling en een zorgeloos postoperatief verloop. Zij vroeg een keizersnede omdat ze bang was voor een vaginale bevalling. Ze bevalt van een normaal levend geboren kind zonder complicaties (outcome of delivery – delivery).

10D00Z1

18. Een dame bevalt van een volledig normaal kind. Vier jaar terug gebruikte deze dame heroïne en cocaïne en krijgt nu voorgeschreven methadon voor die vroegere afhankelijkheid. Het kind heeft geen complicaties. Uiteindelijk weerhouden we een a term op 40 weken, manuele bevalling en het gebruik van methadon (Delivery – Outcome of delivery).O99.324+F11.20+Z37.0+Z3A.40+10E0XZZ

HOOFDSTUK 25

ABORTUS EN ECTOPISCHE ZWANGERSCHAP

OVERZICHT

- Codes voor een zwangerschap die eindigt in een abortus vindt men terug in de categorieën O00 tot O08 van het hoofdstuk 15 van de ICD-10-CM.
- De primaire as voor het coderen van een abortus is het type abortus (spontaan, geïnduceerd, of gefaald).
- De subcategorieën worden verder opgedeeld om weer te geven of de abortus compleet, incompleet, of niet gespecificeerd is en of er al dan niet een complicatie aanwezig is.
- Indien de beëindiging van de zwangerschap resulteert in een levend geboren kind, codeert men de code Z33.2, Encounter for elective termination of pregnancy samen met een code uit de categorie Z37, Outcome of delivery.
- Molaire zwangerschappen en andere abnormaliteiten van de conceptieproducten worden ook in de categorieën O01 - O02 geklasseerd.
- Codes voor de ectopische zwangerschappen hebben een vierde karakter om de plaats weer te geven (O00.0-O00.9).
- Een opname voor een electieve abortus zonder complicaties codeert men met Z33.2.

LEERDOELSTELLINGEN

Na het doornemen van dit hoofdstuk bent u in staat om:

- De verschillende vormen van abortus te coderen.
- De juiste code te selecteren die aangeeft of een abortus compleet, incompleet of niet gespecificeerd is.
- De complicaties van abortus te coderen.
- De verschillende oorzaken van abortus te verstaan en te coderen.
- Afwijkende conceptieproducten (zoals mola en ectopische zwangerschappen) te coderen.

TERMEN OM TE KENNEN

Abortus

De uitdrijving of verwijdering van de volledige of een gedeelte van de placenta met of zonder identificeerbare foetus jonger dan 20 zwangerschapsweken.

Ectopische zwangerschap

Een zwangerschap met bevruchte eicel die zich inbedt op een andere plaats dan de uterus.

Molaire zwangerschap

Een aandoening waarbij een eicel zich in de uterus ontwikkelt in een mole of een benigne tumor.

TE HERINNEREN ...

De ICD-10-CM codeerregels kunnen afwijkend zijn van de lokale, 'overheid' gebonden codeerregels als het over abortus gaat.

INLEIDING

De uitdrijving of de verwijdering van de volledige of gedeeltelijke placenta of de vruchtvliezen op een geschatte zwangerschapsduur van minder dan 20 volledige weken, wordt aanzien als een abortus. Let op, want elk land heeft zijn regels voor de aangifte van een doodgeboren kind, maar die mogen niet verward worden met de ICD-10-CM regels voor de classificatie van de abortussen; deze regels zijn onafhankelijk van elkaar. Indien een uitgedreven foetus een zwangerschapsduur heeft van meer dan 20 weken en minder dan 37 weken, dan wordt dit aanzien als een vroeggeboorte en codeert men dit met de subcategorie O60.1, Preterm labor with preterm delivery.

Zwangerschappen die eindigen in een abortus staan geklasseerd onder de categorieën O00 tot O08. Noteer dat de term "Abortus" in de ICD-10-CM classificatie staat voor foetale dood. Het is ook belangrijk om een onderscheid te maken tussen een opname om een electieve abortus uit te voeren en een opname voor een spontane abortus of een complicatie ervan. Een opname voor het uitvoeren van een electieve abortus codeert men met **Z33.2, Encounter for elective termination of pregnancy**. Indien de zwangerschapsbeëindiging uitgevoerd wordt in het ziekenhuis, moet men die procedure ook coderen.

TYPE ABORTUS

De primaire codeeras voor abortus is het type abortus. Abortus wordt in ICD-10-CM als volgt ingedeeld:

- *Spontane abortus (categorie O03)*: gebeurt zonder instrumentale of chemische interventie
- *Complicaties na een (geïnduceerde) beëindiging van de zwangerschap (O04)*: complicaties na een abortus uitgevoerd omwille van een therapeutisch of electief beëindigen van de zwangerschap (hier worden termen gebruikt zoals "electieve abortus", geïnduceerde abortus", "kunstmatige abortus", en "zwangerschapsbeëindiging").
- *Gefaalde beëindiging van de zwangerschap (categorie O07)*: hier heeft de inductie of de zwangerschapsbeëindiging gefaald en is de vrouw nog steeds zwanger (geen expulsie van de foetus). Ze omvat ook de onvolledige electieve abortus.

COMPLETE VERSUS INCOMPLETE SPONTANE ABORTUS

Codes in de subcategorieën O03.0 tot O03.4 geven aan of een abortus incompleet is, terwijl de codes uit de subcategorieën O03.5 tot O03.9 aangeven of een abortus compleet is. Incompleet wil zeggen dat er achtergebleven conceptieproducten zijn – zowel bij de spontane als de electieve abortus. Wanneer het dossier niet aangeeft dat een spontane abortus compleet dan wel incompleet is, klasseert ICD-10-CM dit onder "complete or unspecified". Het feit dat een dilatatie en een curettage worden uitgevoerd wil niet zeggen dat de abortus incompleet was; de arts moet die diagnose stellen.

COMPLICATIES VAN ABORTUS

Codes in de categorie O03, O04 en O07 geven aan of er een complicatie is en welke complicatie er aanwezig is, zoals een genitale of pelviene infectie; laattijdige of uitbundige bloeding; embolen; of overige complicaties zoals shock, nierfalen, veneuze complicaties, hartstilstand, sepsis, of een urineweg infectie.

Tijdens de volgende opnames, wanneer er achtergebleven conceptiemateriaal aanwezig is, na zowel een spontane als een electieve abortus, gebruikt men codes uit de categorie O03, Spontaneous abortion, of codes O07.4, Failed attempted termination of pregnancy without complication, en Z33.2, Encounter for elective termination of pregnancy. Dit codeeradvies is ook van toepassing wanneer de patiënte voordien ontslagen werd met als diagnose 'complete abortus'. Een bijkomende code uit de categorie Z3A, Weeks of gestation, wordt gecodeerd, samen met de hoofdstuk 15 codes (O00-O9A), om aan te geven hoeveel weken zwanger de patiënte is.

Bij sepsis na een abortus moeten er ook bijkomende codes gecodeerd worden voor het oorzakelijk infectieus organisme, en een code uit de reeks R65.2- om aan te geven of het om een ernstige sepsis gaat. Voorbeelden:

- Een patiënte wordt opgenomen na een incomplete spontane abortus, een dilatatie en curettage wordt uitgevoerd om de achtergebleven vliezen te verwijderen. Er is een pelviene infectie aanwezig. De patiënte wordt na vier dagen zonder infectie ontslagen. De hoofddiagnose is de code **O03.0, Genital tract and pelvic infection following incomplete spontaneous abortion**. Codeer ook de juiste code uit de categorie Z3A.
- Een patiënte wordt opgenomen één week na een opname voor een zwangerschapsonderbreking omdat zijn een endometritis ontwikkelt. Code **O04.5, Genital tract and pelvic infection following (induced) termination of pregnancy** wordt als hoofddiagnose gezet met een bijkomende code voor de endometritis en de juiste code uit de categorie Z3A.
- Een patiënte wordt gehospitaliseerd met nierfalen één week na een opname voor een complete spontane abortus. Code **O03.82, Renal failure following complete or unspecified**

spontaneous abortion, zet men als hoofddiagnose en de toepasselijke code uit de categorie Z3A.

- Een patiënte, die één week voordien een electieve abortus onderging, wordt gehospitaliseerd omwille van continue bloedingen. Dilatatie en curettage toont aan dat er achtergebleven conceptieproducten aanwezig zijn. Code **O04.6, Delayed or excessive hemorrhage following (induced) termination of pregnancy** wordt hier gecodeerd samen met een code uit de categorie Z3A.
- Vijf dagen na het ontslag van een opname voor een spontane abortus, wordt de patiënte terug opgenomen met een infectie op de achtergebleven vliezen. Deze achtergebleven vliezen duiden aan dat de abortus niet compleet was en code **O03.0, Genital tract and pelvic infection following incomplete spontaneous abortion**, wordt hier gebruikt zelfs al had de abortus voordien, tijdens een ander verblijf, plaats. Codeer eveneens de toepasselijke Z3A code.

OEFENINGEN 25.1

Codeer volgende diagnoses. Beschouw de volgende gegevens als de enige beschikbare informatie in het dossier. Gebruik geen procedurecodes.

1. Gefaalde abortus gecompliceerd door bloedingen. O07.1+Z3A.00
2. Onvolledige vroege spontane abortus. O03.4+Z3A.00
3. Complete therapeutische abortus, met elektrolyten onevenwicht. O04.83+Z3A.00
4. Compleet electief geïnduceerde abortus met en vruchtwater embolus. O04.7+Z3A.00
5. Patiënte wordt heropgenomen één week na de opname voor een spontane abortus, voor een bloeding omwille van achtergebleven placenta. O03.1+Z3A.00
6. Ontslag #1: complete electief geïnduceerde abortus Z33.2
Ontslag #2 (zelfde patiënte): sepsis na de geïnduceerde abortus tijdens de vorige opname.
O04.87+Z3A.00.

MATERNALE AANDOENING ALS OORZAAK VOOR ABORTUS

Codes uit de categorie O20 tot O29 en O30 tot O77 kunnen als nevendiagnose gecodeerd worden om aan te geven dat een maternale aandoening aanwezig is die heeft doen besluiten om een abortus uit te voeren. De zwangerschap kan enkel om electieve reden onderbroken worden, het is niet altijd nodig om de reden te coderen (als die er bijvoorbeeld niet is). Voorbeelden:

- Een patiënte wordt opgenomen in 12 weken zwangerschap voor een electieve abortus omdat de arts haar dit adviseert omwille van haar ernstig hartlijden dat voor complicaties kan zorgen. In dit geval is de hoofddiagnose **Z33.2, Encounter for elective termination of pregnancy**, en **O99.411, Diseases of the circulatory system complicating pregnancy, first trimester** als nevendiagnose om dit hartlijden weer te geven. Daarenboven codeert men nog de code **Z3A.12, 12 weeks gestation of pregnancy**, om de zwangerschapsduur aan te geven.
- Een patiënte heeft een rubella infectie op zes weken zwangerschap en krijgt hiervoor een abortus omdat de foetus mogelijks aangetast is. Code **Z33.2, Encounter for elective termination of pregnancy**, wordt als hoofddiagnose gezet, met als nevendiagnose de code **O35.3XX1, Maternal care for (suspected) damage to fetus from viral disease in mother** en de code **Z3A.01, Less than 8 weeks gestation of pregnancy**.
- Een patiënte, 26 weken zwanger, ondergaat een electieve abortus omwille van foetale afwijkingen. Code **Z33.2, Encounter for elective termination of pregnancy**, is de hoofddiagnose. Code **O35.9XX0, Maternal care for (suspected) fetal abnormality and damage, unspecified**, wordt de nevendiagnose samen met **Z3A.26, 26 weeks gestation of pregnancy**.
- Een eerste trimester zwangerschap wordt opgenomen met een placenta previa. Zij moet geen abortus krijgen, maar na verschillende onderzoeken en behandelingen beslist de arts toch dat abortus hier de beste oplossing is. De patiënte stemt toe en de abortus wordt uitgevoerd. In dit geval is de hoofddiagnose de code voor de placenta previa (O44.01), gevolgd door de abortus code en de code voor het aantal zwangerschapsweken.

NIET BEDOELDE ABORTUS

Een niet bedoelde abortus ontstaat wanneer een zwangere vrouw een majeur trauma, een chirurgische ingreep of een andere aandoening ondergaat. In dergelijke gevallen zal de aandoening

(O00-O9A) die de opname verantwoordt als hoofddiagnose gezet worden en de code voor abortus als nevensdiagnose. Bijvoorbeeld:

- Een dame wordt gehospitaliseerd op 12 weken zwangerschap met een acute cholecystitis. De chirurg doet een laparoscopische cholecystectomie. Tijdens het verblijf doet de dame een onverwachte spontane abortus.
Hoofddiagnose: O99.611 Diseases of the digestive system complicating pregnancy, First trimester
Nevensdiagnosen: O03.9 Spontaneous abortion
K81.0 Acute cholecystitis
Z3A.12 12 weeks of gestation of pregnancy
Hoofdprocedure: 0FT44ZZ Resection of gallbladder, percutaneous endoscopic approach
- Een wordt een appendectomie uitgevoerd omwille van een acute appendicitis met peritonitis. Op de tweede postoperatieve dag doet patiënte een onverwachte (complete) abortus op 12 weken zwangerschap.
Hoofddiagnose: O99.611 Diseases of the digestive system complicating pregnancy, First trimester
Nevensdiagnosen: K35.2 Appendicitis with peritonitis
O03.9 Spontaneous abortion
Z3A.12 12 weeks of gestation of pregnancy
Hoofdprocedure: 0DTJ0ZZ Resection of appendix, open approach

OEFENINGEN 25.2

Codeer de volgende diagnosen en procedures.

1. Therapeutische complete abortus (10 weken zwanger), uitgevoerd omwille van een ernstige reactieve psychose Z33.2+O99.341+F23+Z3A.10
Vaginale zuigabortus 10A07Z6
 2. Niet bedoelde (complete) abortus, geïndiceerd na foetale beschadiging door radiotherapie, waarvoor een beëindiging van de zwangerschap noodzakelijk is (één foetus aanwezig)
Z33.2+O35.6xx0+Y84.2+Z3A.00
 3. Electieve complete abortus uitgevoerd omwille van chromosomale afwijkingen van de enige foetus.
Z33.2+O35.1xx0+Z3A.00
- Abortus door gebruik van laminaria 10A07ZW

ABORTUS MET LEVENDGEBORENE

Soms mondt een abortus uit in de geboorte van een levend kind. Noteer dat een foetus die een hartslag, een ademhaling, of onwillekeurige spierbewegingen heeft na de uitdrijving, beschouwd wordt als een levendgeborene, afgezien hoe kort hij maar blijft leven. In deze situatie zal de code Z33.2, Encounter for elective termination of pregnancy, en een code uit de categorie Z37, Outcome of delivery, gecodeerd worden. De procedurecode om de zwangerschap te beëindigen wordt eveneens gecodeerd. Bijvoorbeeld:

- Een patiënte bevalt van een levend geboren kind niettegenstaande uitgevoerde abortus door het inbrengen van laminaria (kelp). Code **Z33.2, Encounter for elective termination of pregnancy**, wordt gecodeerd samen met de code Z37.0 (voor het levend geboren kind) en de procedurecode voor het inbrengen van de laminaria.

VERLIES VAN EEN FOETUS MET BEHOUD VAN DE ANDERE

Soms wordt een multigravida patiënte opgenomen voor het verlies (spontane abortus) van één of meerdere foetussen terwijl één of meerdere andere foetussen levend in de uterus blijven. In dergelijke gevallen gebruikt men geen code van de categorie O00-O08, maar codeert men een code van de subcategorie O31.1-, Continuing pregnancy after spontaneous abortion of one fetus or more, en O31.2-, Continuing pregnancy after intrauterine death of one fetus or more.

MEERLINGZWANGERSCHAP NA FOETALE REDUCTIE

Subcategorie O31.3 beschrijft de blijvende zwangerschap na electieve foetale reductie tijdens de huidige zwangerschap. Dergelijke zwangerschappen worden als hoog risico zwangerschappen

aanzien en moeten ook zo teruggevonden worden, ook al wordt de zwangerschap herleidt tot een éénling zwangerschap. Deze codes maken het mogelijk om bij de bevalling van bijvoorbeeld een éénling aan te geven dat het oorspronkelijke een meerlingzwangerschap was waarbij het aantal foetussen gereduceerd werd. Noteer dat de subcategorie O03.3 refereert naar de foetale reductie, terwijl de subcategorie O31.1 en O31.2, zoals beschreven in de vorige paragraaf, bedoeld zijn voor de spontane abortus of het onwillekeurig verlies van de foetus.

De subcategorie voor de meerlingzwangerschap waarbij er foetale reductie is ziet er als volgt uit:

- O31.30 Continuing pregnancy after elective fetal reduction of one fetus or more, unspecified trimester
- O31.31 Continuing pregnancy after elective fetal reduction of one fetus or more, first trimester
- O31.32 Continuing pregnancy after elective fetal reduction of one fetus or more, second trimester
- O31.33 Continuing pregnancy after elective fetal reduction of one fetus or more, third trimester

De codes in categorie O31 moeten een zevende karakter krijgen. Zevende karakter "0" is voor de éénling zwangerschappen en de meerlingzwangerschappen waar de foetus niet gespecificeerd wordt. Het zevende karakter "1" tot "9" zijn voor de meerling zwangerschappen om de foetus aan te geven waarvoor de code van toepassing is. De juiste code uit de categorie O30, Multiple gestation, moet ook gecodeerd worden wanneer men een code gebruikt uit de categorie O31 met een zevende karakter "1" tot "9".

Bijvoorbeeld:

- Een patiënte, in haar 24^{ste} zwangerschapsweek, wordt opgenomen met een tweelingzwangerschap (monochoriotisch, monoamniotisch) die gecompliceerd is omwille van een vasculaire communicatie tussen beide foetussen. Eén van de foetussen wordt verwijderd omwille van de vasculaire complicatie en die foetus had een polyhydramnios. Code **O31.32X1, Continuing pregnancy after elective fetal reduction of one fetus or more, second trimester, fetus 1**, wordt als hoofddiagnose gezet. Code **O35.8XX1, Maternal care for other (suspected) fetal abnormality and damage, fetus 1**; code **O40.2XX1, Polyhydramnios, second trimester, fetus 1**; code **O30.012, Twin pregnancy, monoamniotic/monochorionic, second trimester**; en code Z3A.24, 24 weeks of gestation of pregnancy, worden als nevendiagnose gezet.
- Een patiënte met initieel een tweelingzwangerschap kreeg een foetale reductie van één van foetussen omwille van een chromosomale afwijking. De patiënte zit in haar 38^{ste} week en komt om te bevallen van een levend geboren kind. Code **O31.33X2, Continuing pregnancy after elective fetal reduction of one fetus or more, third trimester**, wordt als hoofddiagnose gezet. Code **Z37.0, Single live birth**; code **Z3A.38, 38 weeks of gestation of pregnancy**; en code **O30.003, Twin pregnancy, unspecified, third trimester**, worden als nevendiagnose gezet.

PROCEDURES OM EEN ZWANGERSCHAP TE BEEINDIGEN

ICD-10-PCS klasseert de procedures die uitgevoerd worden op de conceptieproducten in de 'Verloskundige Sectie'. Abortus wordt dus gecodeerd onder de 'Verloskundige Sectie' met de kernprocedure "Abortion", dat gedefinieerd wordt als "het kunstmatig beëindigen van de zwangerschap" zoals getoond in de ICD-10-PCS tabel van figuur 25.1.

Figuur 25.1: Uittreksel van de ICD-10-PCD tabel voor de abortus procedures

| | | | |
|--------------------------|--|-------------|----------------|
| Section | 1 Obstetrics | | |
| Body System | 0 Pregnancy | | |
| Operation | A Abortion: Artificially terminating a pregnancy | | |
| Body Part | Approach | Device | Qualifier |
| 0 Products of Conception | 0 Open 2 Open Endoscopic 3 Percutaneous 4 Percutaneous Endoscopic 8 Via Natural of Artificial Opening Endoscopic | Z No Device | Z No Qualifier |

| | | | |
|--------------------------|-------------------------------------|-------------|--|
| 0 Products of Conception | 7 Via Natural or Artificial Opening | Z No Device | Z Vacuum W Laminaria X Abortifacient Z No Qualifier |
|--------------------------|-------------------------------------|-------------|--|

De kernprocedure "Abortion" wordt verder ingedeeld volgens het gebruikte middel, zoals laminaria (een medicinaal product dat gebruikt wordt om de cervix te dilateren en een de in te leiden) of een abortief product (een product dat abortus veroorzaakt), of de mechanische inductie van de abortus. Wanneer laminaria, abortieve substantia of een vacuüm gebruikt wordt, is de toegangsweg een natuurlijke of kunstmatige opening. Alle andere uitgevoerde abortussen zijn mechanisch geïnduceerde abortussen (de conceptieproducten worden fysisch verwijderd met een instrumentarium), en de waarde voor het middel is daarom Z, no device.

Codeervoorbeelden:

| | |
|---------|--|
| 10A07ZZ | Abortion induced by dilatation and curettage |
| 10A07ZW | Transvaginal insertion of laminaria |
| 10A07ZX | Abortion by insertion of prostaglandin suppository |

Procedures die uitgevoerd worden na een abortus voor de curettage van het endometrium of het verwijderen van de achtergebleven conceptieproducten, worden gecodeerd in de 'Verloskundige Sectie' onder de kernprocedure "Extraction" en het lichaamsdeel "products of conception, retained". Bijvoorbeeld, dilatatie en curettage van een onvolledige spontane abortus codeert men met de code **10D17ZZ, Extraction of products of conception, retained, via natural or artificial opening.**

ECTOPISCHE EN MOLAIRE ZWANGERSCHAP

Ectopische en molaire zwangerschappen en andere afwijkingen van de vrucht staan geklasseerd in de volgende categorieën, met een bijkomende code uit categorie O08 wanneer er zich een complicatie voordoet:

| | |
|-----|--------------------------------------|
| O00 | Ectopic pregnancy |
| O01 | Hydatiform mole |
| O02 | Other abnormal product of conception |

Een molaire zwangerschap ontstaat wanneer een defectief ovum (windei) zich in de uterus verder ontwikkelt tot een mola of een goedaardige tumor. Een windei komt typisch voor in het eerste trimester wanneer de bevruchte eicel zich in de uteruswand nestelt terwijl het embryo zich niet ontwikkelt. De cellen vermenigvuldigen zich om de vruchtzak te vormen, maar niet het embryo zelf. Belangrijke chromosomale afwijkingen veroorzaken een windei. De mola hydatidiformis is een bijzondere molazwangerschap die afzonderlijk geklasseerd wordt in de ICD-10-CM (O01.-). Alle andere mola zwangerschappen zitten onder de code O02.0, Blighted ovum and nonhydatidiform mole.

Het human chorionioc gonadotropin (hCG) is een hormoon dat geproduceerd wordt tijdens de zwangerschap. Een hCG test meet de hoeveelheid hCG in het bloed. Deze test kan zowel kwalitatief als kwantitatief zijn. In het begin van de zwangerschap verdubbelt het hCG zich om de twee à drie dagen. Een daling van het hCG kan een indicatie zijn voor een miskraam of een ectopische zwangerschap. Zelfs al zijn de hCG bloedspiegels en de zwangerschapstesten positief, kan de vruchtzak niet zichtbaar zijn op de ultrasonografie. Men moet een ectopische zwangerschap uitsluiten wanneer een echografie geen uteriene zwangerschap aantoonst; indien deze dan uitgesloten wordt zal het een miskraam zijn. Codeer de code **O02.81, Inappropriate change in quantitative human chorionic gonadotropin (hCG) in early pregnancy.**

Een biochemische zwangerschap is de vroegste vorm van een miskraam. De term "biochemisch" verwijst naar de situatie waarbij het te vroeg is om een zwangerschap te bevestigen tenzij door biochemische methoden. In een biochemische zwangerschap zal de bevruchte eicel zich niet goed inplanten in de uterus, zodat er een vroeg miskraam is. De biochemische zwangerschappen zitten vervaar in de code O02.81.

Het gebruik van verschillende fertilisatietechnieken heeft gemaakt dat er meer meerlingenzwangerschappen zijn, waarbij de intra-uterine zwangerschap samen met een ectopische zwangerschap verder evolueert. Een ectopische zwangerschap (O00.-) is een zwangerschap waarbij

een bevruchte eikel zich buiten de uterus nestelt. Het vierde karakter geeft de plaats van de ectopische zwangerschap weer. De codes zien er als volgt uit:

- O00.0 Abdominal pregnancy
- O00.1 Tubal pregnancy
- O00.2 Ovarian pregnancy
- O00.8 Other ectopic pregnancy
- O00.9 Ectopic pregnancy, unspecified

Patiënten met een historiek van een ectopische of een molaire zwangerschap hebben een hoger risico om een andere tubaire zwangerschap te krijgen. Gebruik de code O09.1- voor een contact voor de supervisie van een zwangere met een historiek van een ectopische of molaire zwangerschap.

Tubaire zwangerschap

De tubaire zwangerschap is de meest voorkomende vorm van ectopische zwangerschap. De ingrepen voor het verwijderen van een tubaire zwangerschap zijn de salpingotomie en de salpingostomie; in beide procedures wordt de ectopische zwangerschap verwijderd door het insnijden van de eileider. De ectopische zwangerschap kan ook verwijderd worden door een salpingectomie (verwijderen van de eileider) samen met de ectopische zwangerschap. Het verwijderen van een ectopische zwangerschap staat geklasseerd in de 'Verloskundige Sectie', het lichaamsstelsel "pregnancy", en het lichaamsdeel "products of conception, ectopic". Indien het verwijderen van de ectopische zwangerschap door middel van een salpingotomie, is de kernprocedure "Extraction"; indien door salpingectomie, is de kenprocedure "Resection".

Codeervoorbeelden:

- O00.1 Tubal pregnancy
10T24ZZ Laparoscopy with resection of ectopic tubal pregnancy
- O00.1 Tubal pregnancy
10T20ZZ+OUB50ZZ Laparotomy, salpingectomy with removal of right tubal pregnancy
- O00.0 Abdominal pregnancy
10T20ZZ Removal of abdominal pregnancy (open approach)
- O00.8 Cornual pregnancy
10T24ZZ Laparoscopic removal of corneal pregnancy

Complicaties van molaire en ectopische zwangerschap

Anders dan de complicaties van abortus, worden de complicaties van molaire en ectopische zwangerschappen onder de categorie O08 geklasseerd, onafhankelijk of ze zich in de huidige of een latere opname voordoen. Wanneer de complicatie zich voordoet tijdens een zorgepisodet waarin de ectopische of molaire zwangerschap behandeld wordt, zal een code uit de reeks O00 –O02 eerst gezet worden gevolgd door een code uit de categorie O08. Wanneer patiënte heropgenomen wordt voor een complicatie van een behandeling voor een ectopische of molaire zwangerschap, codeert men een code uit de categorie O08 als hoofddiagnose. Bijkomende codes kunnen gebruikt worden om de complicatie beter te omschrijven. Bijvoorbeeld:

- O00.1+O08.0 Pelvic peritonitis following ectopic tubal pregnancy (this admission)
- O08.1 Hemorrhage following ruptured ectopic tubal pregnancy removed on previous admission.

GEMISTE ABORTUS (gemist miskraam)

Een 'gemiste' abortus is een afsterven van de foetus voor de 20ste zwangerschapsweek, waarbij deze nog een tijdje in de uterus blijft zitten. Die aandoening wordt opgemerkt door een groeistop, een verharding van de uterus, of het krimpen van de uterus. De afwezigheid van foetale harttonen, die voordien wel aanwezig waren, is eveneens een diagnose van een gemiste abortus. De afgestorven foetus kan spontaan afkomen, chirurgisch of medicamenteus verwijderd worden. Bijvoorbeeld:

- Een patiënte voelt in de 19^{de} zwangerschapsweek geen foetale bewegingen meer. De arts hoort geen foetale harttonen meer (een maand voordien nog hoorbaar). Bij onderzoek is de uterus hard en kleiner dan tijdens de vorige raadpleging. Codes **O02.1, Missed abortion, en Z3A.19, 19 weeks of gestation of pregnancy** worden gecodeerd.

Wanneer men over de 20^{ste} zwangerschapsweek is wordt de retentie van een dode foetus aanzien als een gemiste intra-uteriene dood (O36.4-). Een miskraam van een windei, nonhydatidiforme mola of hydatidiforme mola, wordt niet gecodeerd met de code O02.1, maar met de code **O02.0, Blighted ovum and nonhydatidiform mole**, of een code uit de categorie O01, Hydatiform mole.

OEFENINGEN 25.3

Codeer volgende diagnosen. Codeer geen procedures.

1. Volledige therapeutische abortus, met embool. O04.7+ Z3A.00
 2. Gefaalde abortuspoging. O07.4+ Z3A.00
 3. Gesprongen rechter tubaire zwangerschap met peritonitis door een groep A Streptokokken bacterie. O00.1+O08.0+B95.0+ Z3A.00
 4. Onvolledige vroege (spontane) abortus. O03.4+ Z3A.00
 5. Spontane complete abortus, met uitgebreide bloedingen. O03.6+ Z3A.00
 6. Electieve abortus met levendgeborene, 21 weken zwanger. O60.12X0+Z37.0+ Z3A.21
 7. Electieve complete abortus verwickeld door shock. O04.81+ Z3A.00
 8. Ectopische zwangerschap ter hoogte van de rechter eileider. O00.1+ Z3A.00
 9. Vleesmola (carneous mola). O02.0+ Z3A.00
 10. Hydatidiforme mola O01.9+ Z3A.00
 11. Gemiste abortus op de 19^{de} zwangerschapsweek. O02.1+ Z3A.19
 12. Electief geïnduceerde abortus (volledig). Z33.2
- Familiale problematiek door multipariteit. Z64.1

HOOFDSTUK 26

CONGENITALE AFWIJKINGEN

OVERZICHT

- Aangeboren afwijkingen staan geklasseerd in hoofdstuk 17 van de ICD-10-CM.
- Congenitale en verworven aandoeningen worden onderscheiden door ze tussen haakjes te plaatsen naast de hoofdterm, de subterm van een aandoening in de alfabetische index.
- In enkele specifieke gevallen bestaan er afzonderlijke codes voor de aangeboren en de verworven versie van een aandoening.
- Congenitale aandoeningen worden geklasseerd volgens het lichaamstelsel dat aangetast is.
- Niettegenstaande aangeboren afwijkingen reeds aanwezig zijn bij de geboorte, kunnen ze pas later ontdekt worden.
- De leeftijd van de patiënt speelt geen rol bij de toekenning van de codes uit hoofdstuk 17. Zij kunnen bij elke leeftijd gebruikt worden.
- Bij pasgeborenen worden congenitale afwijkingen, die in de toekomst bepaalde implicaties kunnen hebben, steeds gecodeerd, zelfs al worden ze niet behandeld tijdens de huidige zorgepisode.
- Aandoeningen veroorzaakt door mechanische factoren tijdens de zwangerschap worden gecodeerd met de categorieën Q65-Q79, Congenital malformations and deformations of the musculoskeletal system.
- Aandoeningen tengevolge van geboortetrauma's worden aanzien als perinataal en zijn geen onderdeel van de congenitale classificatie.

LEERDOELSTELLINGEN

Na het doornemen van dit hoofdstuk bent u in staat om:

- Het onderscheid te maken tussen congenitale en verworven aandoeningen in de alfabetische index.
- Een congenitale aandoening te coderen ook als er geen specifieke code voor bestaat.
- De relatie tussen de leeftijd van de patiënt en de codes voor congenitale aandoeningen te verklaren.
- Het verschil uit te leggen tussen congenitale en perinatale aandoeningen.

TERMEN OM TE KENNEN

Congenitale afwijking

Een aandoening aanwezig bij de geboorte, die eventueel pas later ontdekt kan worden.

TE HERINNEREN ...

Er zijn zo'n 4.000 congenitale aandoeningen. Ze hebben niet allemaal een specifieke code.

INLEIDING

Congenitale afwijkingen worden geklasseerd in de categorieën Q00 tot Q99 in hoofdstuk 17 van de ICD-10-CM. Congenitale afwijkingen zijn afwijkingen die aanwezig zijn bij de geboorte, niettegenstaande ze soms later ontdekt worden. Codes uit hoofdstuk 17 kunnen het ganse leven van de patiënt gebruikt worden. Indien een congenitale afwijking gecorrigeerd wordt, zal een persoonlijke historischecode gebruikt worden om die historie van die afwijking weer te geven. Codes uit de subcategorie Z87.7 kunnen gebruikt worden voor congenitale afwijkingen die aanwezig zijn maar die geen bijkomende zorg vereisen, en ook voor de gecorrigeerde afwijkingen die niet langer aanwezig zijn. Verschillende congenitale afwijkingen kunnen heden ten dage hersteld worden door de huidige medische technieken, en patiënten leven verder zonder restletsel.

LOKALISEREN VAN DE TERMEN IN DE ALFABETISCHE INDEX

Het verschil tussen verworven en aangeboren afwijkingen wordt dikwijls weergegeven in de alfabetische index door middel van een niet essentiële modifier naast de hoofd- of subterm. Wanneer slechts één term tussen haakjes staat bij de hoofdterm, zal de andere tussen de subtermen terug te vinden zijn.

Noteer dat bepaalde aandoeningen altijd aangeboren zijn en dus nooit verworven kunnen zijn; en omgekeerd. Voor de meeste aandoeningen maakt men echter geen onderscheid. Wanneer de diagnose niet aangeeft of het gaat om een verworven dan wel een congenitale aandoening, zal ICD-10-CM dikwijls zelf een veronderstelling doen in één of andere zin.

De volgende voorbeelden uit de alfabetische index tonen dit aan:

Deformity ...
-breast (acquired) N64.89
--congenital Q83.9
--reconstructed N65.0
-bronchus (congenital) Q32.4
--acquired NEC J98.09

In dit voorbeeld veronderstel de alfabetische index dat de afwijking van de borst zonder verduidelijking een verworven aandoening is, terwijl de afwijking van de bronchus als congenitaal wordt aanzien, tenzij anders gespecificeerd. In de systematische index wordt men verder geleid door de exclusie notificaties. Bijvoorbeeld, de instructie onder de categorie K57, Diverticular disease of intestine, leidt de codeerder naar een andere code indien het om een congenitaal diverticulum van de darm gaat, code **Q43.8, Other specified congenital malformations of intestine**. Bij de code Q43.8 zegt de inclusie dat het congenitaal diverticulum van het colon correct hieronder geklasseerd wordt.

ICD-10-CM beschikt over afzonderlijke codes voor de congenitale hydrocephalus (Q03.-), de spina bifida met hydrocephalus (Q05.-) de verworven normale druk hydrocephalus (G91.0), de obstructieve hydrocephalus (G91.1), en de verworven idiopathische normale druk hydrocephalus (G91.2).

Congenitale hydrocephalus wordt gedefinieerd als een overmaat aan cerebrospinaal vocht in de hersenen, wat reeds bij de geboorte aanwezig is. Deze overmaat aan vocht verhoogt de intra-craniële druk met mogelijks hersenbeschadiging. Een code uit de categorie Q03, Congenital hydrocephalus wordt voor deze aandoening gebruikt. ICD-10-CM voorziet een vierde karakter om verder te specificeren dat het gaat om een afwijking van de aquaductus van Sylvius (Q03.0), een atresie van de foramina van Magendie en Luschka (Q03.1), en andere congenitale hydrocephalus (Q03.8); wanneer al die informatie niet beschikbaar is codeert men **Q03.9, Congenital hydrocephalus, unspecified**. Indien in het patiëntendossier niet gespecificeerd staat of het om een verworven dan wel een congenitale hydrocephalus gaat, zal men het als 'verworven' klasseren, met code **G91.9, Hydrocephalus, unspecified**.

Spina bifida is een aangeboren afwijking waarbij de embryonale neurale buis zich niet volledig heeft gesloten en dus een ruggenmergletsel geeft. Vele van die personen hebben ook een afwijking aan het cerebellum, beter bekend als een Chiari II afwijking. Bij dergelijke individuen is het achterste deel van de hersenen van de schedel naar het bovenste deel van de nek verplaatst. Bij ongeveer 90% van die personen met myelomeningocele/spina bifida, zal een hydrocephalus ontstaan omdat het verplaatste cerebellum de stroom van het hersenvocht belemmert. Voor de spina bifida zonder hydrocephalus gebruikt men code uit de reeks Q05.5 tot Q05.8, afhankelijk van het gedeelte van de wervelzuil dat aangetast is. Indien er bij de spina bifida een hydrocephalus aanwezig is codeert men dit met codes van Q05.0 tot Q05.4, afhankelijk van de plaats op de wervelzuil.

Q05.0 Cervical spina bifida with hydrocephalus
Q05.1 Thoracic spina bifida with hydrocephalus
Q05.2 Lumbar spina bifida with hydrocephalus
Q05.3 Sacral spina bifida with hydrocephalus
Q05.4 Unspecified spina bifida with hydrocephalus

Een spina bifida zonder enige verdere specificatie codeert men met de code Q05.9, Spina bifida, unspecified. Gebruik een bijkomende code om elke paraplegie of paraparesis weer te geven (G82.2-).

Congenitale afwijkingen worden eerst ingedeeld volgens het lichaamssstelsel dat aangetast is. Verschillende congenitale afwijkingen hebben een specifieke code in de ICD-10-CM; andere staan geklasseerd onder algemene termen zoals “anomaly (afwijking)” en “deformity (misvorming)”, eerder dan onder de naam van de specifieke aandoening. Voorbeelden:

- Q45.8 Congenital malposition of gastorintestinal tract
- Q22.5 Ebstein's anomaly
- Q40.1 Congenital hiatus hernia
- Q82.5 Strawberry nevus
- Q03.9 Congenital hydrocephalus

Omdat er nu al zo'n 4.000 aangeboren afwijkingen geïdentificeerd werden is het onmogelijk om binnen een classificatie hiervoor een afzonderlijke code te maken. Wanneer het type afwijking gespecificeerd is maar waarvoor er geen gepaste code voorhanden is, gebruikt men een code voor een andere afwijking van hetzelfde type en plaats. Dikwijls kan men slechts een code voor een niet gespecificeerde afwijking of die van een algemene afwijking of plaats gebruiken. Wanneer een specifieke code niet beschikbaar is zal men bijkomende codes gebruiken om de manifestaties van de aandoening zo uitgebreid mogelijk weer te geven. Gebruik bijkomende codes uit andere hoofdstukken om aandoeningen die geassocieerd zijn aan de afwijking weer te geven. Bijvoorbeeld:

- Bij een acht dagen oude baby wordt een congenitale nefrosis van Finnish-type gediagnosticeerd. Congenitale nefrosis van het Finnish-type is gelijkaardig aan een type I nefrotische aandoening bij kinderen, die optreedt tijdens de eerste levensweek. Deze aandoening wordt veroorzaakt door genetische mutatie voor het nefrine in chromosoom 19. Proteinurie, hypogammaglobinemie, en hyperlipidemie zijn de belangrijkste afwijkingen. Codes Q63.8, **Other specified congenital malformation of kidney**, en **N04.0, Nephrotic syndrome, with minor glomerular abnormality**, zal men gebruiken bij de congenitale nefrosis van het Finnish-type.
- Een tien maanden oude baby krijgt de diagnose van het cardiofaciocutaan syndroom. Dit codeert men met de code **Q87.89, Other specified congenital malformation syndromes (CFC), not elsewhere classified**. Bijkomende codes kunnen erbij gezet worden voor elke manifestatie van de aandoening zoals de regel voor het coderen van congenitale afwijkingen voorschrijft. Het CFC syndroom is een genetische afwijking met een mutatie in vier genen: BRAF, MEK1, MEK2, en KRAS.

VERBAND TUSSEN LEEFTIJD EN CODES

Codes uit hoofdstuk 17 kunnen gebruikt worden op elke leeftijd. Vele congenitale afwijkingen, niettegenstaande ze al aanwezig zijn bij de geboorte, komen tot uiting op latere leeftijd. Anderzijds zijn er afwijkingen die niet kunnen gecorrigeerd worden en levenslang aanwezig blijven. De leeftijd van de patiënt kan dus niet gebruikt worden om een code al dan niet te gebruiken. Voorbeelden:

- Een 30 jarige patiënt met Marfan syndroom wordt opgenomen voor een klepvervangende en een herstel van het abdominaal aneurysma. In dit geval zal de code voor het **Marfan syndroom Q87.40** gecodeerd worden ongeacht de leeftijd van de patiënt omdat deze aandoening een aangeboren afwijking is van het bindweefsel dat autosomaal dominant wordt doorgegeven.
- Een 25 jarige patiënt wordt opgenomen voor een herseningreep waarbij een colloïd cyste uit het rechter ventrikel wordt verwijderd. Men codeert **Q04.6, Congenital cerebral cystes** omdat colloïd cysten in het derde ventrikel altijd congenitaal zijn en de leeftijd van de patiënt hier geen invloed op heeft.

PASGEBORENE MET CONGENITALE AFWIJINGEN

Wanneer een congenitale afwijking wordt vastgesteld tijdens het verblijf waarin de baby geboren is, gebruikt men de toepasselijke codes uit hoofdstuk 17 van de ICD-10-CM als bijkomende code, en met een toepasselijke code uit de categorie Z38, Liveborn infants, als hoofddiagnose volgens de plaats van geboorte en het type bevalling. (Zie hoofdstuk 27 van dit handboek). Bijvoorbeeld:

- Z38.00+Q36.9 Term birth, single male, vaginal delivery; incomplete cleft lip on right side.
- Z38.00+Q54.9 Term birth, single male, vaginal delivery; hypospadias.

Noteer dat dit een uitzondering is op de algemene codeerregels voor het coderen van aandoeningen. Congenitale afwijkingen kunnen problemen geven in de toekomst en wordt dus bij de pasgeborene al

gecodeerd ook al worden ze niet onderzocht of behandeld tijdens de huidige zorgepisode. Daarom is het toegestaan om elke congenitale afwijking (Q00-Q99) te coderen wanneer de arts deze diagnoseert.

CONGENITALE MISVORMINGEN VERSUS PERINATALE MISVORMINGEN

Bepaalde musculoskeletale misvormingen die het gevolg zijn van mechanische factoren tijdens de zwangerschap, zoals een intra-uteriene malpositie of druk, worden geklasseerd in de categorieën Q65-Q79, Congenital malformations and deformations of the musculoskeletal system. Aandoening als gevolg van een geboortetrauma worden geklasseerd onder de perinatale aandoeningen van categorie P10-P15, Birth trauma, in hoofdstuk 16 van ICD-10-CM met een bijkomende code om de specifieke afwijking weer te geven indien mogelijk. Voorbeelden:

- Q65.1 Bilateral congenital dislocation of hip
- Q68.2 Congenital dislocation of knee
- P13.4 Fracture of clavicle due to birth trauma

AFWIJKINGEN VAN DE ARTERIA PULMONALIS

Atresie van de a. pulmonalis (Q25.5) is de onvolledige vorming van de pulmonaalklep (tussen het rechter ventrikel en de a. pulmonalis), waardoor de bloedstroom tegengehouden wordt door deze klep. Bij de pasgeborene kan het zuurstofarm bloed doorheen de ductus arteriosus naar de a. pulmonalis vloeien om zo in de longen te geraken. Wanneer deze ductus arteriosus zich kort na de geboorte sluit zal de baby stilaan cyanotisch worden en krijgt hij ademhalingsproblemen omwille van die slechte pulmonaalklep.

Coarctatie van de a. pulmonalis (Q25.71) is een vernauwing of stenose van de a. pulmonalis. Een vernauwing van de a. pulmonalis of van zijn vertakkingen verhindert het zuurstofarm bloed vlot naar de longen te geraken om daar zuurstof op te nemen voor gans het lichaam. Het hart geraakt overwerkt omdat het harder moet pompen om het bloed naar de longen te krijgen. Een matige of ernstige stenose van de a. pulmonalis leidt tot pulmonale hypertensie bij rust of tijdens inspanningen. Stenose van de a. pulmonalis komt vaak samen voor met congenitale cardiovasculaire afwijkingen zoals stenose van de pulmonaalklep en tetralogie van Fallot.

Een pulmonaire arterioveneuze malformatie (AVM), ook een pulmonair arterioveneus aneurysma of pulmonaire arterioveneuze fistel (Q25.72) genoemd, is een abnormale verbinding tussen de a. pulmonalis en de v. pulmonalis. Deze afwijking waarbij er een directe verbinding is tussen een hoge druk arterie en een lage druk vene kan met de stethoscoop gehoord worden als een ritmisch suizend geluid veroorzaakt door de snelle bloedstroom doorheen die arteriën en venen. Niettegenstaande de AVM's van de longen meestal congenitaal zijn, kunnen ze ook verworven zijn bij aandoeningen zoals levercirrose, mitralisstenose, traumata, en gemetastaseerd thyroïdcarcinoom.

NEUROFIBROMATOSE

Neurofibromatose (subcategorie Q85.0) verwijst naar een groep van autosomaal dominante genetische afwijkingen waarbij er tumoren groeien langs de zenuwen. Schwannomas (Q85.03) kunnen ontstaan langs elke zenuw van het lichaam, zo ook het ruggenmerg, de hoofdzenuwen, en de perifere zenuwen, uitgezonderd de vestibulaire zenuw. Als die tumoren groeien drukken ze op de zenuwen en veroorzaken pijn, verdoving, tintelingen, zwakte en andere neurologische symptomen.

POLYCYSTISCHE NIEREN

Er zijn belangrijke verschillen in de karakteristieken, de pathofysiologie, en de prognose van de verschillende types congenitale polycystische nieraandoeningen. Deze kennis onderstreept het belang om zo specifiek mogelijk te zijn bij het coderen van het type. Bijvoorbeeld, de symptomen, en de problemen bij polycystische nieren van het infantiele type (Q61.1) progresseren traag wanneer er zich meer en meer cysten vormen over de jaren heen; deze ziekte is relatief frequent. Medullaire niercysten (Q61.5) is een erfelijke aandoening waarbij de cysten in het midden van elke nier zitten en

de nieren gradueel hun functie laten verliezen; in het vergevorderd stadium ontwikkelen zich symptomen van chronisch nierlijden. Wanneer de diagnose niet aangeeft of een niercyste congenitaal dan wel verworven is, neemt ICD-10-CM aan dat de cyste verworven is.

CONGENITALE MISVORMINGEN VAN DE GENITALE ORGANEN

De ontwikkeling van het vrouwelijk voortplantingsstelsel is een complex proces dat bestaat uit een serie van opeenvolgende gebeurtenissen, zoals cellulaire differentiatie, migratie, fusie, en kanalisatie. Een faling in één van de processen resulteert in een aangeboren afwijking. Mulleriaanse afwijkingen verwijzen naar alle congenitale afwijkingen van de uterus, de cervix en de vagina. ICD-10-CM voorziet unieke codes voor het ganse spectrum van congenitale uteriene, cervicale en vaginale afwijkingen in de categorieën Q50 tot Q52:

- Q50 Congenital malformations of ovaries, fallopian tubes and broad ligaments
- Q51 Congenital malformations of uterus and cervix
- Q52 Other congenital malformations of female genitalia

De congenitale afwijkingen van de mannelijke geslachtsorganen worden geklasseerd onder de categorie Q53 tot Q55. Deze categorieën bevatten de niet ingedaalde testes, de hypospadias, en de overige congenitale misvormingen van de mannelijke genitale organen.

Cryptorchidisme is het onvolledig indalen van de testes; deze aandoening kan unilateraal of bilateraal aanwezig zijn. Deze term omvat palpeerbare, niet palpeerbare en ectopische testes. De testes kan zich abdominaal, inguinaal, prescrotaal of teruggetrokken bevinden. ICD-10-CM klasseert de niet ingedaalde testes en de ectopische testes in de categorie Q53. De code Q53.0- beschrijft de ectopische testes, en de code Q53.2- de niet ingedaalde testes. Daarenboven specificeert de code Q53.0 of de niet ingedaalde testes unilateraal (Q53.1-) dan wel bilateraal (Q53.2-) zijn, met een vijfde karakter om de plaats van de niet ingedaalde testes weer te geven (abdominaal, ectopisch perineaal, of ongespecificeerd).

Hypospadias is een frequente congenitale afwijking waarbij de urethra opening zich onderaan de penis bevindt i.p.v. aan het uiteinde. ICD-10-CM klasseert de hypospadias onder de categorie Q54, Hypospadias, met een vierde karakter dat de opening specificeert of een bijkomende afwijking zoals balanic (Q54.0), penile (Q54.1), penoscrotal (Q54.2), perineal (Q54.3), congenital chordee (een ventrale kromming van de penis veroorzaakt door de aanwezigheid van een fibreuze band i.p.v. normale huid tussen de corpora spongiosa) (Q54.4), other (Q54.8), of unspecified (Q54.9). De procedures voor het herstel van een hypospadias staan onder de kernprocedure "Reposition", met lichaamsdeel "urethra".

Naast de hierboven vrouwelijke en mannelijke genitale afwijkingen beschikt ICD-10-CM ook over de categorie Q56, Indeterminate sex and pseudohermaphroditism, waar een onderscheid gemaakt wordt tussen het hermaphroditisme, niet elders geklasseerd (Q56.0); het mannelijk pseudohermaphroditisme (Q56.1); het vrouwelijk pseudohermaphroditisme (Q56.2); het pseudohermaphroditisme, niet gespecificeerd (Q56.3); en het onbepaalde geslacht, niet gespecificeerd (Q56.4).

OMPHALOCOELE EN GASTROSCHISIS

Een omphalocoele is een defect ter hoogte van de buikwand. De darmen worden slechts door een membraan bedekt, waarbij de darmen bloot komen te liggen wanneer die zak scheurt. Een omphalocoele is meestal geassocieerd aan andere structurele en chromosomale afwijkingen. Code **Q79.2, Exomphalos**, is de code voor de congenitale omphalocoele.

Gastroschisis is een afwijking waarbij er een defect is van de buikwand rechts naast de navelstreng. Deze afwijking wordt veroorzaakt door een ontwikkelingsstoornis waarbij de buikwand niet volledig sluit, zodat de darmen uit het wanddefect uitpuilen. De uitpuilende darmen zijn niet bedekt door een membraaneuze zak. Gebruik de code **Q79.3, Gastroschisis**, voor deze congenitale gastroschisis.

OEFENINGEN 26.1

Codeer de volgende diagnoses en procedures. Gebruik geen uitwendige oorzaak codes.

1. Polycystische nieren, het volwassen type. Q61.2
2. Hypospadias met congenitale chordee. Q54.4
Herstel van de hypospadias en losmaken van de chordee (open toegangsweg) 0TSD0ZZ+0VNS0ZZ
3. Congenitale pylorus stenose. Q40.0
Endoscopische dilatatie van de pylorus. 0D778ZZ
4. Congenitale bilaterale heupluxatie. Q65.1
Gesloten reductie van de bilaterale heupluxatie met immobiliserende gips. 0SS9XZZ+0SSBXZZ
5. Congestief hartfalen bij een patiënt met congenitaal atriaal septumdefect. I50.9+Q21.1
6. Congenitaal posterior subcapsulair cataract, linker oog. Q12.0
7. Surnumeraire vijfde teen aan de rechter voet. Q69.2
8. Oesofagaal web met oesofagale spasmen en reflux oesofagitis. Q39.4+K22.4+K21.0
9. Linker congenitale springduim. Q74.0
Open tenolyse van de flexor peesschede van de linker duim (release). 0LN80ZZ
10. Urachale cyste en patente urachus. Q64.4
11. Thoracoabdominale coarctatio van de aorta. Q25.1
12. Linker hallux rigidus. M20.22
13. Het syndroom van Down. Q90.9
14. Congenitale bilaterale talipes equinovarus. Q66.0
15. Unilaterale gespleten lip en gespleten verhemelte, zowel het zachte als het harde verhemelte. Q37.5
Correctie van het gespleten harde en zachte palatum insneden langs beide kanten van de spleet, met repositie van de weefsels en de spieren 0CS20ZZ+0CS30ZZ
Herstel (Repair) van de gespleten bovenlip 0CQ00ZZ
16. Congenitale cystische longen. Q33.0
17. Congenitale wijnvlek (nevus flammeus) Q82.5
18. Groot atrium septumdefect (ASD) en patent foramen ovale (PFO) Q21.1
Herstel van ASD/PFO door het inbrengen van synthetisch materiaal tegen het atrium septum, via een cardiale katheter, om dit te verstevigen (Supplement) 02U53JZ

HOOFDSTUK 27

PERINATALE AANDOENINGEN

OVERZICHT

- Perinatale aandoeningen, andere dan congenitale aandoeningen worden in hoofdstuk 16 van ICD-10-CM geklasseerd.
- Deze aandoeningen kunnen terug gevonden worden onder de hoofdterm 'Birth' of als subterm onder de hoofdterm voor de aandoening.
- Perinatale aandoeningen worden als hoofddiagnose gecodeerd, maar na de toepasselijke Z38 code voor het geboorterecord van de pasgeborene.
- Codes voor perinatale aandoeningen kunnen het ganse leven gebruikt worden. Er is geen leeftijdsbeperking.
- De aandoeningen worden gecodeerd indien ze voldoen aan de criteria voor het registreren of wanneer zij een invloed kunnen hebben op toekomstige zorg.
- Pasgeborene immaturiteit of prematuriteit wordt ingedeeld volgens geboortegewicht. Deze codes worden nooit toegekend zonder dat de arts die diagnose stelt.
- De pasgeborene postmaturiteit wordt ingedeeld volgens de duur van de zwangerschap.
- De perinatale aandoeningen in hoofdstuk 16 bevatten de foetale distress, de metabole afwijkingen, de problemen door aspiratie, en veel meer.
- Een code uit de reeks P00 tot P04 wordt gebruikt wanneer een gezond kind onderzocht wordt voor een verdachte aandoening die niet bevestigd wordt.
- Infecties in de perinatale periode worden als congenitaal aanzien.
- Infecties na de geboorte maar binnen de perinatale periode kunnen al dan niet ondergebracht worden in hoofdstuk 16.
- Z codes worden gebruikt voor routine baby vaccinaties en opvolgingen.

LEERDOELSTELLINGEN

Na het doornemen van dit hoofdstuk bent u in staat om:

- De codes voor perinatale aandoeningen terug te vinden en de algemene codeerregels hierop toe te passen.
- Z codes te gebruiken voor de pasgeborene en deze te combineren met andere codes voor perinatale aandoeningen.
- Aandoeningen zoals immaturiteit, prematuriteit en postmaturiteit te coderen.
- Opname voor observatie en onderzoek van de pasgeborenen te coderen.
- Te bepalen welk hoofdstuk men moet gebruiken voor de codering van infecties bij pasgeborenen of peuters.
- Te weten wanneer men codes voor aandoeningen van de moeder bij de pasgeborenen kan coderen.

TERMEN OM TE KENNEN

Pasgeborene immaturiteit

Impliceert een geboorte van minder dan 37 volledige zwangerschapsweken.

Pasgeborene postmaturiteit

Een zwangerschapsduur van meer dan 42 weken.

Pasgeborene met laag geboortegewicht

Impliceert een geboortegewicht tussen 1000 en 2499 gram.

Pasgeborene met extreem laag geboortegewicht

Impliceert een geboortegewicht lager dan 500 – 999 gram.

TE HERINNEREN ...

Codes uit hoofdstuk 16 worden nooit bij de moeder gecodeerd, en codes uit hoofdstuk 15 worden nooit bij de pasgeborene teruggevonden.

INLEIDING

Andere aandoeningen die geen afwijkingen zijn die aanvatten in de perinatale periode worden geklasseerd onder categorieën P00 tot P96 van hoofdstuk 16 van ICD-10-CM. De perinatale periode wordt gedefinieerd als de periode voor de geboorte tot en met de eerste 28 dagen na de geboorte.

LOKALISEREN VAN DE CODES VOOR PERINATALE AANDOENINGEN IN DE ALFABETISCHE INDEX

Codes voor de perinatale aandoeningen vindt men terug in de alfabetische index onder de hoofdterm 'Birth' of onder de term voor de aandoening en dan met de subterm "newborn", "neonatal", "fetal", "infants", en "infantile". Indien de alfabetische index geen specifieke code heeft voor een perinatale aandoening, gebruikt men de code O96.89, Other specified conditions originating in the perinatal period, gevolgd door codes uit andere hoofdstukken die de aandoening specificeren.

ALGEMENE PERINATALE CODEERREGELS

Codes uit hoofdstuk 16 worden nooit bij de moeder gecodeerd. Anderzijds zullen codes uit hoofdstuk 15, Zwangerschap, Bevalling en het Puerperium nooit gebruikt worden in de registratie van het kind.

In het algemeen worden de hoofdstuk 16 codes als hoofddiagnose geplaatst bij de registratie van pasgeborenen, met uitzondering voor het geboorterecord waar Z38 codes als hoofddiagnose staan. Codes uit andere hoofdstukken kunnen als nevendiagnose gezet worden om meer detail te geven.

De codeerregels voor de perinatale codes als nevendiagnose zijn dezelfde als de algemene codeerregels voor de nevendiaagnosen (zie hoofdstuk 4 van dit handboek). Anderzijds moet men wel de aandoeningen coderen waarvan de arts aangeeft dat ze later aanleiding kunnen geven tot problemen. Ken enkel hoofdstuk 16 codes toe voor diagnoses gesteld door de arts. Indien er geen diagnose gesteld wordt zal men enkel de tekenen en de symptomen coderen.

Soms heeft de pasgeborene een aandoening die het gevolg is van de geboorte of een aandoening opgedaan uit de omgeving (community acquired). Als het dossier dit verschil niet geeft zal men veronderstellen dat het ten gevolge is van het geboorteprocés en gebruikt men een hoofdstuk 16 code. Wanneer het daarentegen een aandoening is opgelopen uit de omgeving (community acquired), zal men geen code uit hoofdstuk 16 gebruiken.

LEEFTIJDGEBONDEN CODES

Verschillende aandoeningen die in de perinatale periode opduiken zijn van voorbijgaande aard. Andere aandoeningen die ontstaan in de perinatale periode blijven echter bestaan en komen zelfs pas later uit. Dergelijke aandoeningen worden geklasseerd in hoofdstuk 16, afhankelijk de leeftijd van de patiënt en kunnen het ganse leven van de patiënt gebruikt worden, als die aandoening nog aanwezig is. Bijvoorbeeld:

- Een 53-oude dame wordt opgenomen voor de behandeling van een vaginaal carcinoma tengevolge van de blootstelling aan DES (diethylstilbestrol) die haar moeder innam tijdens de zwangerschap. Code **C52, Malignant neoplasm of vagina**, en **code P04.8, Newborn (suspected to be) affected by other maternal noxious substances**, worden gecodeerd omdat de intra-uteriene blootstelling een belangrijke gegeven is voor deze aandoening, zelfs als dit probleem zich maar jaren later zich voordoet.
- Een 18 jarige oude man wordt opgenomen omwille van ademhalingsmoeilijkheden. Tijdens de bronchoscopie stelt men bronchopulmonale dysplasie vast, die weerhouden wordt als diagnose. Code **P27.1, Bronchopulmonary dysplasia originating in the perinatal period**, wordt hier gecodeerd omdat de bronchopulmonale dysplasie een congenitale aandoening is zelfs al komt die aandoening pas tot uiting op latere leeftijd.

CLASSIFICATIE VAN GEBOORTES

Een code uit de categorie Z38 wordt als hoofddiagnose gezet bij elke pasgeborene. De eerste codeeras is het aantal neonati, enkelvoudig, tweeling, meerling. De codes worden verder ingedeeld volgens de plaats van geboorte, in het ziekenhuis, buiten het ziekenhuis, of niet gespecificeerd waar. Indien de geboorte heeft plaatsgevonden in het ziekenhuis zijn er bijkomende karakters om het type van bevalling weer te geven (vaginaal of keizersnede). Het patiëntendossier bevat voldoende informatie om het type bevalling weer te geven.

Een code uit deze categorie wordt enkel voor de pasgeborene gebruikt en enkel voor de episode tijdens dewelke hij geboren is. Indien de pasgeborene ontslagen wordt en heropgenomen wordt of getransfereerd wordt naar een andere instelling, zal de aandoening voor het transfert of de heropname als hoofddiagnose gezet worden voor die verblijven. Bijvoorbeeld:

- Een levend geboren kind, vaginaal bevallen in het ziekenhuis heeft een subdurale bloeding door een geboortetrauma, en wordt gecodeerd met **Z38.00, Single liveborn infant, delivered vaginally**, en **P10.0, Subdural hemorrhage due to birth injury**, waarbij de Z-code eerst gezet wordt.
- Indien het kind ontslagen wordt en later heropgenomen wordt of getransfereerd wordt naar een andere instelling voor de behandeling van de bloeding, wordt de hoofddiagnose P10.0; er wordt geen code uit de categorie Z38 gecodeerd.
- Indien de opname van een pasgeborene, geboren buiten het ziekenhuis, uitgesteld wordt en dus later opgenomen wordt omwille van een complicatie, zal die complicatie als hoofddiagnose gecodeerd worden; geen code uit de categorie Z38 wordt gecodeerd.

ANDERE DIAGNOSEN VOOR DE PASGEBORENEN

Een code uit de categorie Z38 geeft aan dat er een geboorte was. Bijkomende codes worden gebruikt om alle significante afwijkingen weer te geven die men beschrijft bij het onderzoek van de neonatus. Een pasgeborene aandoening is significant wanneer ze een invloed heeft op de toekomstige gezondheidstoestand van de pasgeborene. Dit is dus een uitzondering op de algemene codeerregels.

Niet significante of voorbijgaande aandoeningen die verdwijnen zonder behandeling worden niet gecodeerd. Het patiëntendossier van de pasgeborene bevat soms een omschrijving als fijne uitslag, rimpels in de hoofdhuid en lichte geelzucht. Omdat die zaken meestal verdwijnen zonder behandeling en geen bijkomende onderzoeken vragen, worden ze niet gecodeerd. Bijvoorbeeld:

- De arts documenteert een syndactylie en een hydrocoele bij de pasgeborene. Zelfs indien er geen behandeling of verdere evaluatie wordt gedaan tijdens dit ziekenhuisverblijf, worden beide aandoeningen gecodeerd omdat ze later wel zullen behandeld worden.
- De arts noteert een lichte geelzucht in het dossier van een pasgeborene. Er worden geen verdere onderzoeken gedaan en de geelzucht verdwijnt de volgende dagen. Deze geelzucht wordt niet gecodeerd.
- De pediater noteert in het dossier van de pasgeborene dat er een goedaardig hartgeruis aanwezig is dat waarschijnlijk te wijten is aan een patente ductus arteriosus/patent foramen ovale. Hij vraagt een cardiologisch consult aan en een echocardiogram. Men codeert hier **Q21.1, Atrial septal defect** voor het open foramen ovale en de code **Q25.0, Patent ductus arteriosus**. Deze aandoeningen worden verder onderzocht (bijvoorbeeld, raadpleging cardioloog en echocardiogram); om die reden worden ze wel gecodeerd.

PREMATURITEIT, LAAG GEBOORTEGEWICHT, EN POSTMATURITEIT

Pasgeborene die geboren worden voor datum zijn ofwel immatuur ofwel prematuur afhankelijk van zowel het geboortegewicht en de zwangerschapsduur en worden geklasseerd in categorie P07:

- Extreem laag geboortegewicht (P07.0-) veronderstelt een geboortegewicht van minder dan 1.000 gram.
- Laag geboortegewicht (P07.1-) veronderstelt een geboortegewicht tussen de 1.000 en 2.499 gram.
- Extreme immaturiteit (P07.2-) veronderstelt een zwangerschapsduur van minder dan 28 volledige weken (minder dan 196 volledige zwangerschapsdagen).

- Preterm (P07.3-) veronderstelt een zwangerschapsduur van 28 volledige weken of meer, maar minder dan 37 volledige weken (196 volledige dagen, maar minder dan 259 volledige dagen) zwangerschap.

Wanneer zowel het geboortegewicht als het aantal zwangerschapsweken beschikbaar is, moeten beide gecodeerd worden, waarbij het geboortegewicht voor de zwangerschapsduur gezet wordt. Artsen gebruiken verschillende criteria om tot prematuriteit te besluiten. Een code voor prematuriteit wordt alleen toegekend wanneer ze gedocumenteerd is.

Zelfs wanneer de pasgeborene niet prematuur is, kan het nodig zijn een code uit de categorie P05, Disorders of newborn related to slow fetal growth and fetal malnutrition te gebruiken. Deze code veronderstelt geen prematuriteit maar geeft wel weer dat de pasgeborene te licht is voor de zwangerschapsduur. Soms zal de verloskundige een andere zwangerschapsduur in het dossier van de moeder noteren dan de pediater in het dossier van de pasgeborene. Bij het coderen van het dossier van de pasgeborene zal men dan ook zich baseren op de zwangerschapsduur in dat dossier (dus bepaald door de pediater). Verschillende artsen (bijvoorbeeld, verloskundigen en pediaters) kunnen verschillende criteria aanwenden om de zwangerschapsduur van de moeder of het kind te bepalen.

Om het geboortegewicht weer te geven, zijn er vijfde karakters voor het laag geboortegewicht van de pasgeborene (P07.0- tot P07.1-), voor pasgeborenen die te licht zijn volgens de zwangerschapsduur (P05.0-), en voor pasgeborene die te klein zijn volgens de zwangerschapsduur (P05.1-). Noteer dat het gewicht toch consistent moet zijn voor het gebruikte vierde karakter. Bijvoorbeeld, een pasgeborene met een diagnose van laag geboortegewicht is inconsistent met het vijfde karakter "8" omdat een geboortegewicht van 2.500 gram ver buiten de criteria van laag geboortegewicht valt zelfs al zegt de handleiding niet dat een hoger gewicht geëxcludeerd wordt. De arts moet bevestigd worden wanneer er een significante afwijking is.

Toekenning van codes uit de categorie P05, Disorders of newborn related to slow fetal growth and fetal malnutrition, en P07, Disorders of newborn related to short gestation and low birth weight, not elsewhere classified, moeten gebaseerd zijn op het genoteerde geboortegewicht en de geschatte zwangerschapsduur. Bijvoorbeeld, een kind dat geboren is in ziekenhuis A op 34 weken zwangerschap en getransfereerd wordt naar ziekenhuis B 14 dagen later voor verder onderzoek van de congenitale afwijking, kan steeds als prematuur gecodeerd worden. Het vijfde karakter bij deze codes is steeds gebaseerd op het geboortegewicht, niet het gewicht van het kind op het ogenblik van het transfert of de heropname.

Ander voorbeeld, een 12 maanden oude baby die preterm geboren werd, wordt opgenomen voor een acute bronchiolitis als gevolg van een infectie met het respiratory syncytial virus (RSV). De arts noteert in zijn diagnostiek "acute bronchiolitis tengevolge van RSV, ex 26 weken prematuur". Code **J21.0, Acute bronchiolitis due to respiratory syncytial virus**, wordt als hoofddiagnose gecodeerd. Code **P07.22, Extreme immaturity of newborn, 24-26 completed weeks**, wordt als bijkomende diagnose gecodeerd om aan te geven dat het kind op 26 weken geboren is.

Zoals eerder in dit hoofdstuk vermeld, mogen codes uit hoofdstuk 16 voor elke leeftijd gebruikt worden indien de aandoening een aanvang neemt in de perinatale periode en verder aanwezig is tijdens het verdere leven van de patiënt. Bovendien kunnen codes uit de categorie P07, Disorders of newborn related to short gestation and low birth weight, not elsewhere classified, gebruikt worden voor kinderen of volwassenen als de arts aangeeft dat de prematuriteit en de zwangerschapsduur belangrijke elementen zijn die de huidige ziekte toestand van de patiënt beïnvloeden.

Postterm wordt gedefinieerd als een zwangerschapsduur van meer dan 40 volledige weken tot 42 volledige zwangerschapsweken. Uitgelopen zwangerschap of postmaturiteit wordt gedefinieerd als een zwangerschapsduur van meer dan 42 volledige zwangerschapsweken. Categorie P08 klasseert de verlengde zwangerschapsduur en/of hoog geboortegewicht als volgt:

- P08.0 Exceptionally large newborn baby (usually implies weight of 4.500 grams or more)
- P08.1 Other heavy for gestational age newborn (heavy- or large-for-dates newborns, regardless of period of gestation)
- P08.21 Post-term newborn
- P08.22 Prolonged gestation of newborn

Codes **P08.21, Post-term newborn**, en **P08.22, Prolonged gestation of newborn** kunnen toegekend worden enkel op basis van de zwangerschapsduur van de pasgeborenen. Er moet hier geen specifieke aandoening geassocieerd zijn aan die langere zwangerschapsduur.

FOETALE DISTRESS EN ASFYXIE

Fetal distress kan gedefinieerd worden als een teken dat een uiting is van een ernstige stresstoestand. Er treden metabole afwijkingen op zoals hypoxie en acidose die de functie van de vitale organen tijdelijk of permanent kunnen aantasten, zelfs met de dood als gevolg. ICD-10-CM beschikt over verschillende codes voor foetale distress, afhankelijk van de specifieke aandoening, zoals:

- P84 Other problems with newborn
Includes the following conditions in newborns without further specification:
Acidemia, acidosis, anoxia, asphyxia, hypercapnia, hypoxemia, hypoxie, and mixed metabolic and respiratory acidosis
- P19.0 Metabolic acidemia in newborn first noted before onset of labor
- P19.1 Metabolic acidemia in newborn first noted during labor
- P19.2 Metabolic acidemia noted at birth
- P19.9 Metabolic acidemia, unspecified

Asfyxie (zuurstofnood) is een verminderde afgifte van zuurstof aan het lichaam of een orgaan met opstapeling van CO₂. Geboorte asfyxie treedt op wanneer het kind onvoldoende zuurstof krijgt voor, gedurende of juist achter de geboorte, en dit veroorzaakt een hartritmevertraging, een verminderde bloeddorstrooming, en een verlaagde bloeddruk die kan leiden tot cellulaire of orgaan schade. Wanneer de duur van de asfyxie kort is zal het kind herstellen zonder blijvende schade. Als de duur echter langer is, kan dit leiden tot herstelbare schade, en indien nog langer tot onherstelbare schade. Geboorte asfyxie wordt gecodeerd met de code P84.

Hypoxische ischemische encephalopathie (HIE) is een levensbedreigende aandoening die het gevolg is van een celbeschadiging van de hersenen en het ruggenmerg secundair op een zuurstof tekort tijdens de geboorte. HIE is het bewijs van een acuut of subacuut hersenletsel tengevolge van zuurstofnood. Het is de meest frequentste oorzaak van neurologische afwijkingen tijdens de neonatale periode en is significant verantwoordelijk voor tal van morbiditeit en mortaliteit. Kinderen met een milde vorm van HIE zijn hyperalert en overreageren op de minste stimulus. Deze fase duurt slechts 24 uur of minder. Deze kinderen kunnen herstellen met een volledig normale neurologische functie. Bij een matige HIE heeft men lethargie, stuipen, onderdrukte peesreflexen, bradycardie, en periodisch ademen. Dit stadium kan twee tot 14 dagen duren. Men neemt een gunstige neurologische prognose waar wanneer de kinderen binnen de vijf dagen herstellen. Ernstige HIE kenmerkt zich door stupor tot coma, primitieve tot geen reflexen, variabel hartritme, en apnoe. De helft van de kinderen met HIE sterven. Tachtig percent van zij die overleven hebben een mentale retardatie, epilepsie, cerebral palsy, een leerproblemen. Slechts 10% overleeft zonder neurologische sequellen. De codes voor HIE maken onderscheid tussen de verschillende vormen: mild (P91.61), matig (P91.62), ernstig (P91.63), en ongespecificeerd (P91.60).

De codes voor foetale distress of afwijkingen van de hartfrequentie en het hartritme worden enkel bij de neonatus gecodeerd wanneer de aandoening duidelijk door de arts wordt vermeld. Deze codes worden nooit op basis van andere dossierinformatie gecodeerd.

Categorie P28, Other respiratory conditions originating in the perinatal period, klasseert ademhalingsproblemen, zoals de atelectase (P28.0-P28.1-), cyanotische aanvallen (P28.2), apnoe (P28.3-P28.4), respiratoir falen (P28.5), ademhalingsstilstand (P28.81), andere (P28.89), en niet gespecificeerde ademhalingsaandoeningen (P28.9), vastgesteld na de geboorte.

ASPIRATIE BIJ DE FOETUS EN DE PASGEBORENE

Categorie P24, Neonatal aspiration, beschrijft de meconium aspiratie en andere types van foetale aspiraties volgens volgende subcategorieën:

- P24.0- Meconium aspiration

- P24.1- Neonatal aspiration of (clear) amniotic fluid and mucus
- P24.2- Neonatal aspiration of blood
- P24.3- Neonatal aspiration of milk and regurgitated food
- P24.8- Other neonatal aspiration
- P24.9 Neonatal aspiration, unspecified

Subcategorieën P24.0- tot P24.8- hebben een bijkomend vijfde cijfer om de al dan niet aanwezigheid van ademhalings symptomen weer te geven. Indien van toepassing, zal een bijkomende code I27.81 gebruikt worden om de secundaire pulmonale hypertensie weer te geven.

Meconiumaspiratie bij pasgeborenen gebeurt wanneer de foetus naar adem snakt terwijl hij nog in het geboortekanaal zit en zo meconium houdend amniotisch, vaginaal of orofaryngeaal vocht inademt. Een massief aspiratie syndroom is synoniem met een massieve foetale aspiratie van meconium houdend vocht. Ofschoon het meconium aspiratie syndroom en de massieve meconium aspiratie twee verschillende aandoeningen zijn met eenzelfde klinische presentatie en verloop, wordt voor beide dezelfde code **P24.01, Meconium aspiration with respiratory symptoms** gebruikt. Code P96.83 wordt gebruikt voor met meconium gekleurd vruchtwater.

Meconium ileus en het meconium plug syndroom (een voorbijgaande aandoening van de pasgeborene waarbij er een vertraagde passage is in het colon van meconium, met intestinale dilatatie) worden gecodeerd met de code **P76.0, Meconium plug syndrome**, uitgezonderd wanneer het gaat om een meconium ileus bij de fibrosis cystica, dat gecodeerd wordt met de code E84.11. Code P03.82 wordt gebruikt voor de meconium passage (zonder aspiratie) tijdens de geboorte.

Tachypnoe, wheezing, en apnoe komen soms voor bij meconium aspiratie; deze aandoeningen verdwijnen meestal na een korte tijd maar kunnen ook langer blijven bestaan. In de mildere vormen van deze aandoening, zal de dyspnoe zich direct na de geboorte voordoen, die twee à drie dagen duurt en gevolgd wordt door een snel herstel. Als behandeling doet men soms een bronchoscopische afzuiging van het meconium, zuurstoftoediening, vochtbalans controleren, en profylactische antibiotica.

HEMOLYTISCHE AANDOENINGEN VAN DE PASGEBORENE

Kinderen van een Rh-negatieve moeder ontwikkelen dikwijls een hemolytische ziekte omwille van de bloedgroepincompatibiliteit tussen het kind en de moeder. Deze aandoeningen staan onder categorie P55, Hemolytic disease of newborn. Noteer dat een waargenomen incompatibiliteit gezien in een bloedstaal van de navelstreng niet doorslaggevend is. Codeer nooit een code van categorie P55 enkel op deze basis; de diagnose van iso-immunisatie of hemolytische aandoening moet door de arts bevestigd worden.

NECROTISERENDE ENTEROCOLITIS

Necrotiserende enterocolitis (NEC) is een ernstige gastro-intestinale aandoening waarbij de darm beschadigd wordt, door scheuren in de darmmucosa door enterale voeding, door infectieuze pathogenen, en een immatuur immuun systeem. Het is een belangrijke oorzaak van morbiditeit en mortaliteit bij premature kinderen. NEC komt vooral voor bij premature kinderen met een geboortegewicht lager dan 1.500 gram, maar komt ook voor bij kinderen met weinig risicofactoren. De juiste oorzaak voor NEC is onbekend; men denkt echter dat de darmen van een premature baby verzwakt zijn door zuurstof- en bloedstroomgebrek. Deze kinderen hebben een verhoogd risico om NEC te ontwikkelen omwille van de problemen met de bloed- en zuurstofcirculatie, de spijsvertering en de strijd tegen infecties. Wanneer men start met de voeding die dan langs de verzwakte darm passeert kunnen de bacteriën in het voedsel de darmweefsels beschadigen. Het kan komen tot een necrose en een perforatie, en tenslotte tot een acute abdominale infectie. ICD-10-CM klasseert deze necrotiserende enterocolitis volgens de volgende stadia:

- P77.1 Stage 1 necrotizing enterocolitis in newborn
- P77.2 Stage 2 necrotizing enterocolitis in newborn
- P77.3 Stage 3 necrotizing enterocolitis in newborn
- P77.9 Necrotizing enterocolitis in newborn, unspecified

NEONATALE CEREBRALE LEUKOMALACIA

Periventriculaire leukomalacie, ook gekend als neonatale cerebrale leukomalacie (P91.2), komt met een hogere frequentie voor bij kinderen met een zeer laag geboortegewicht. Het verwijst naar necrose van de witte stof naast de laterale ventrikels met de vorming van cysten, en is een ernstige risicofactor voor cerebral palsy en andere neurologische aandoeningen. Ofschoon de oorzaak van deze aandoening nog steeds niet gekend is, wijzen recente studies erop dat ze geassocieerd is aan intra-uteriene groeiachterstand, intra-uteriene infecties, en bij zwangerschappen van monozygote tweelingen. De aandoening wordt vaak gezien bij ernstige intraventriculaire bloedingen, maar dit is niet noodzakelijk de oorzaak van het probleem. Er wordt een bijkomende code gecodeerd wanneer er een intraventriculaire bloeding (P52.0, P52.1, P52.21, P52.22, P52.3) aanwezig is bij de periventriculaire leukomalacie.

AANDOENINGEN VAN DE MAAGFUNCTIE EN VOEDINGSPROBLEMEN

ICD-10-CM klasseert het braken, het galbraken, de groeiachterstand, en de andere voedingsproblemen van de pasgeborene afzonderlijk. Het persisterend braken bij de pasgeborene kan een teken zijn van een ernstige aandoening. Deze codes worden gebruikt voor de pasgeborenen die voedingsproblemen hebben (P92.9), galbraken (P92.01), ander braken (P92.09), regurgitatie en herkauwen (P92.1), traag eten (P92.2), ondervoeding (P92.3), overvoeding (P92.4), zoogproblemen (P92.5), groeiachterstand (P92.6), en andere voedingsproblemen (P92.8) en worden enkel gebruikt tot en met de eerste 28 levensdagen. Voor baby's ouder dan 28 dagen gebruikt men codes uit de andere hoofdstukken. Code **Z00.111, Health examination for newborn 8 tot 28 days old**, wordt naast de code **P92.9, Feeding problems of newborn, unspecified** gebruikt.

OBSERVATIE EN ONDERZOEK VAN PASGEBORENEN EN BABY'S

Een code uit de categorie P00-P04, Newborn affected by maternal factors and by complications of pregnancy, labor, and delivery, wordt gebruikt wanneer een gezonde pasgeborene opgenomen wordt voor onderzoek voor een verdachte aandoening die echter niet bevestigd (die niet aanwezig is) wordt op het einde van het verblijf.

Codes uit de categorieën P00-P04 worden niet gebruikt wanneer de patiënt tekenen of symptomen heeft van de vermoedde aandoening; in dergelijke gevallen codeert men het teken of het symptoom.

Een code uit de categorieën P00-P04 kan ook gebruikt worden als hoofddiagnose voor een latere opname of contact wanneer een code uit Z38 niet meer van toepassing is. Ze worden enkel gebruikt voor gezonde pasgeborenen en baby's waarbij geen aandoening, na onderzoek, kon worden vastgesteld en worden alleen gebruikt gedurende de perinatale periode van 28 dagen. Wanneer een pasgeborene tekenen of symptomen vertoont van een vermoed probleem, of wanneer een definitieve aandoening geïdentificeerd wordt, zal een code voor het symptoom of de aandoening gecodeerd worden; een code uit de reeks P00-P04 wordt dan niet gebruikt. Bijvoorbeeld:

- De arts denkt dat een vaginaal bevallen pasgeborene mogelijks beïnvloed werd door zijn drugs afhankelijke moeder. De pasgeborene wordt gescreend op drugs en wordt tijdelijk op de intensieve zorgen van nabij geobserveerd voor eventuele ontwenningverschijnselen. De screening naar drugs is negatief. Code **Z38.00, Single liveborn infant, delivered vaginally**, en **P04.49, Newborn (suspected to be) affected by maternal use of other drugs of addiction**, worden gecodeerd.
- Een pasgeboren baby wordt twee dagen na ontslag heropgenomen omdat hij licht cyanotisch is en mogelijks een perinataal ademhalingsprobleem heeft. Een compleet onderzoek toont echter niets aan, alsook geen cyanose, en de baby wordt ontslaan zonder dat men een diagnose heeft kunnen stellen. Code **P00.3, Newborn (suspected to be) affected by other maternal circulatory and respiratory diseases** wordt gecodeerd als hoofddiagnose.
- Een pasgeborene wordt twee dagen na ontslag heropgenomen omwille van cyanose en een mogelijks perinataal ademhalingsprobleem. De baby heeft wel degelijk een respiratoir distress syndroom. Code **P22.0, Respiratory distress syndrome**, wordt hier gecodeerd. Geen code uit de categorie P00-P04 wordt gebruikt.

Doorgaans worden er geen bijkomende codes gebruikt wanneer men een code uit de categorie P00-P04 als hoofddiagnose codeert, nochtans kunnen perinatale of congenitale aandoeningen die een continue behandeling of monitoring vereisen tijdens het verblijf erbij gecodeerd worden. Codes voor congenitale aandoeningen die geen verder onderzoek of behandeling vereisen worden niet gecodeerd wanneer de pasgeborene opgenomen wordt ter observatie. Het is ook niet toepasselijk om codes uit de subcategorie Z03.7, Encounter for suspected maternal and fetal conditions ruled out, te gebruiken voor de pasgeborenen. Deze codes worden enkel gebruikt in de registratie van de moeder.

INFECTIES DIE HUN OORSPRONG NEMEN IN DE PERINATALE PERIODE

Verschillende infecties die vastgesteld worden tijdens de perinatale periode worden als congenitaal aanzien en mogen in het hoofdstuk 16 van de ICD-10-CM geklasseerd worden wanneer zij verworven zijn voor de geboorte, langs de navelstreng (zoals rubella), of tijdens de geboorte (zoals herpes simplex). De codes worden teruggevonden door te zoeken naar de hoofdterm voor de infectie en verder af te dalen naar de subtermen "neonatal", "newborn", "congenital", "perinatal", of "maternal", voor de infecties van de neonatus. Bepaalde perinatale infecties (bijvoorbeeld, congenitale syfilis), staan echter in het hoofdstuk 1 van de ICD-10-CM, Certain Infectious and Parasitic Diseases.

Infecties die zich voordoen na de geboorte en tijdens de perinatale periode van 28 dagen kunnen al dan niet in hoofdstuk 16 staan. Wanneer er geen subtermen, zoals hierboven aangegeven, beschikbaar zijn zal men de defaultcode voor de infectie nemen. Wanneer een infectie zich niet voordoet onmiddellijk na de geboorte maar pas na een week of meer, moet men het dossier goed nalezen om te zien of er geen indicaties zijn dat er blootstelling was i.p.v. een congenitale infectie. De arts moet duidelijkheid brengen wanneer het dossier onvolledig is.

Als de pasgeborene een sepsis heeft codeert men dit met P36, Bacterial sepsis of newborn. Indien de code P36 reeds het oorzakelijk organisme beschrijft, gebruikt men geen bijkomende code uit de categorie B95, Streptococcus, Staphylococcus, en Enterococcus as the cause of diseases classified elsewhere, of B96, Other bacterial agents as the cause of diseases classified elsewhere. Indien de P36 codes geen oorzakelijk organisme beschrijven, gebruikt men een bijkomende code uit de categorie B96. Indien toepasselijk, gebruikt men codes om de ernstige sepsis weer te geven (R65.2-), alsook de geassocieerde orgaanfuncties, zoals het acuut respiratoir falen (P28.5).

Zoals aangehaald in hoofdstuk 14 van dit handboek, zijn ELISA of Western blot testen bij pasgeborenen van HIV positieve moeders vaak positief. Dit resultaat geeft vooral de aanwezigheid van antilichamen van de moeder weer i.p.v. deze van de pasgeborene. Code R75, Inconclusive laboratory evidence of human immunodeficiency virus (HIV), wordt hier bij de pasgeborene gecodeerd omdat de HIV antilichamen doorheen de placenta kunnen en zeker 18 maanden aanwezig kunnen blijven, met vals positieve testresultaten bij de baby. De pasgeborene kan later die antilichamen verliezen, hetgeen betekent dat er nooit een HIV infectie aanwezig was.

MATERNALE AANDOENINGEN DIE DE FOETUS OF DE PASGEBORENE AANTASTEN

Codes uit de categorie P00 tot P04 worden enkel in de registratie van de pasgeborene gebruikt en enkel wanneer de maternale aandoening de oorzaak is van de ziekte of de dood van de pasgeborene. Tenzij er een nevenwerking is (adverse effect), zal er nooit een code uit die reeks gecodeerd worden. Het feit dat de moeder een aandoening heeft of een complicatie heeft gehad tijdens de zwangerschap, de arbeid, of de bevalling betekent niet dat men een code uit deze reeks bij de pasgeborene mag coderen. Voorbeelden:

- Een à terme, levend geboren kind van een diabetische moeder wordt met een keizersnede bevallen, dit codeert men met Z38.01. Geen codes uit de reeks P00-P04 worden gecodeerd omdat het dossier niets zegt over complicaties bij de pasgeborene.
- Een pasgeborenen van een moeder verslaafd aan cocaïne vertoont geen tekenen van afhankelijkheid, maar de onderzoeken op drugs zijn positief. In dit geval codeert men **P04.41, Newborn (suspected to be) affected by maternal use of cocaine**, als bijkomende code in het geboorterecord.

- Een pasgeborenen wordt geboren via een keizersnede en men diagnosticeert er een hypermagneseemie bij. De arts vermeldt dat de baby een hypermagneseemie ontwikkelde omdat de moeder behandeld werd juist voor de bevalling met magnesiumsulfaat voor een eclampsie. Gebruik de codes **P74.4, Other transitory electrolyte disturbances of newborn**, en **P04.1, Newborn (suspected to be) affected by other maternal medication**. Code Z38.01 wordt wel als hoofddiagnose gecodeerd.

Wanneer de baby een specifieke aandoening heeft dat het gevolg is van een aandoening van de moeder, codeert men dit met de codes voor die aandoening eerder dan met een code uit de categorie P00-P04. Bijvoorbeeld, baby's van diabetische moeders vertonen soms een voorbijgaande abnormale lage glucosespiegel (hypoglycemie), die men codeert met **P70.1, Syndrome of infant of diabetic mother**. Anderen hebben daarentegen een voorbijgaande diabetes (hyperglycemie), ook wel pseudodiabetes genoemd, wat gecodeerd wordt met **P70.2, Neonatal diabetes mellitus**. Wanneer foetale of pasgeborene aandoeningen resulteren in een hospitalisatie of andere verloskundige zorg van de moeder, zullen codes O36. en O36. gebruikt worden in de registratie van de moeder.

CHIRURGISCHE PROCEDURES OP MOEDER EN FOETUS

ICD-10-CM voorziet verschillende codes om ingrepen op de pasgeborene, zoals een amniocentese, in utero procedures, en ingrepen bij de moeder tijdens de zwangerschap, en andere maternale factoren die niet gerelateerd zijn aan de huidige zwangerschap (zoals maternale historiek van chirurgie die niet aan een zwangerschap geassocieerd is) weer te geven. Deze codes worden enkel bij de pasgeborenen geregistreerd. Indien de verloskundige zorg beïnvloed wordt omwille van complicaties van in utero chirurgie, gebruikt men codes uit de subcategorie O35.-, Maternal care for (suspected) damage to fetus by other medical procedures, die bij de moeder worden geregistreerd. Verloskundige codes uit hoofdstuk 11 van ICD-10-CM zullen nooit bij de registratie van de pasgeborene gebruikt worden.

Specifieke codes voor de pasgeborenen aangetast door aandoeningen hierboven beschreven zijn:

- P00.7 Newborn (suspected to be) affected by other medical procedures on mother, not elsewhere classified
- P00.6 Newborn (suspected to be) affected by surgical procedure on mother

ENDOCRIENE EN METABOLE AFWIJKINGEN SPECIFIEK VOOR FOETUS EN PASGEBORENE

ICD-10-CM voorziet codes voor de neonatale acidose en andere neonatale endocriene en metabole verstoringen. Oorzaken voor een respiratoire acidose zijn, niet gelimiteerde lijst, verstikking, obstructie van de luchtwegen, respiratory distress syndroom, pneumonie, longoedeem, en/of apnoe. Metabole acidose kan veroorzaakt zijn door nierfalen, septicemie, hypoxie, hypothermie, hypotensie, hartfalen, dehydratie, elektrolytenstoornissen, hyperglycemie, anemie, intraventriculaire bloeding, en/of metabole verstoringen. De onderliggende oorzaak van de acidose moet behandeld worden om het probleem te verhelpen. ICD-10-CM klasseert de voorbijgaande endocriene en metabole afwijkingen bij de pasgeborene onder de categorieën P70 tot P74. Deze reeks codes omvat ook de voorbijgaande endocriene en metabole verstoringen veroorzaakt door de reactie van de baby op de maternale endocriene en metabole afwijkingen of de aanpassing van de baby aan de extra-uteriene omgeving.

HUILBABY (baby kolieken)

Code **R10.83, Colic**, wordt gebruikt voor de baby kolieken (huilbaby's) Code **R10.84, Generalized abdominal pain**, wordt gebruikt voor de darmkrampen bij de volwassenen of kinderen ouder dan 12 maanden. Een huilbaby is een gezonde, welgevoede baby die meer dan drie uren per dag, drie dagen per week, en meer dan drie weken huilt. Het huilen start meestal op het zelfde tijdstip van de dag zonder enig aantoonbare reden en kan intens zijn, waarbij de baby gebalde vuisten en gespannen buikspieren heeft. De baby is ontroostbaar. Er is geen oorzaak voor de krampen. Dit kan voorkomen vanaf de eerste levensweken tot vier maanden na de geboorte.

SCHIJNBAAR LEVENSBEDREIGENDE GEBEURTENIS

De schijnbaar levensbedreigende gebeurtenis (apparent life-threatening [ALTE]) verwijst naar een periode die gekenmerkt wordt door volgende tekenen: apnoe, cyanose, wijzigingen in spiertonus, en/of verstikken of kokhalzen. Het werd vroeger aanzien als een 'sudden infant death syndrome' (SIDS) of afgewende wiegendood, maar deze termen mogen niet meer gebruikt worden omdat zij een associatie veronderstellen tussen ALTE en SIDS. Code **R68.13, Apparent life threatening event in infant**, wordt gebruikt voor ALTE bij de pasgeborene of baby.

Omdat ALTE zich onder verschillende vormen kan voordoen, zullen de tekenen en symptomen gecodeerd worden als nevendiagnose, als:

- Er geen oorzaak voor de ALTE gevonden wordt of
- Wanneer de tekenen en symptomen niet routinegewijs voorkomen bij de bevestigde oorzaak van de ALTE of
- Wanneer de tekenen en symptomen bijkomende informatie geven over de oorzaak van de ALTE.

ROUTINE VACCINATIE VAN PASGEBORENEN

Pasgeborenen worden kort na de geboorte gevaccineerd tegen hepatitis B en varicella (windpokken). Wanneer de vaccinatie uitgevoerd wordt tijdens het verblijf van de pasgeborene, codeert men dit met de code **Z23, Encounter for immunization**. Indien de vaccinatie niet toegediend wordt omdat de ouders dit weigeren, coderen we dit met de code **Z28.82, Immunization not carried out because of caregiver refusal**. Procedurecodes zijn nodig om het type immunisatie weer te geven. Tijdens een opname zullen ook volgende ICD-10-PCS codes gebruikt worden:

3E0134Z Introduction of serum, toxoid and vaccine into subcutaneous tissue, percutaneous approach
3E0234Z Introduction of serum, toxoid and vaccine into muscle, percutaneous approach

GEZONDHEIDSTOEZICHT VAN DE BABY OF HET KIND

Een code uit de subcategorie Z00.1, Encounter for newborn, infant and child health examinations, wordt gecodeerd voor de routine onderzoeken van baby's en kinderen wanneer er geen probleem wordt vastgesteld. Codes uit de subcategorie Z00.11, Newborn health examination, worden gebruikt voor de routine onderzoeken of de controles voor kinderen onder de 29 dagen, met een bijkomende code om de abnormale bevindingen weer te geven. Code Z00.110 wordt gebruikt voor pasgeborenen onder de 8 dagen, en code Z00.111 voor de pasgeborenen tot en met 28 dagen. Code Z00.111 omvat ook de gewichtscontroles van de baby. Codes Z00.121 (met abnormale bevindingen) en Z00.129 (zonder abnormale bevindingen) worden gebruikt voor routine onderzoeken van gezonde kinderen ouder dan 28 dagen en omvatten ook de controle van de normale ontwikkeling. Indien vaccinaties toegediend worden tijdens deze routine onderzoeken, codeert men ook de code **Z23, Encounter for immunization**. Codes uit de subcategorie Z00.1 worden niet gebruikt voor een ziekenhuisopname.

OEFENBINGEN 27.1

Codeer de volgende diagnoses en procedures zoals ze moeten geregistreerd worden in het pasgeborene verblijf. Veronderstel dat alle baby's in het ziekenhuis geboren zijn op vaginale wijze tenzij anders vermeld.

1. A terme geboren jongen met keizersnede, heeft een hemolytische aandoening door ABO isoimmunisatie (Newborn) Z38.01+P55.1
2. A terme geboorte van levend kind, vaginaal bevallen (Newborn) Z38.00
Fysiologische geelzucht van de neonatus P59.9
3. Normale, spontane vaginale bevalling van een voldragen meisje (Newborn) Z38.00
Congenitale linker heup subluxatie Q65.32
4. Premature pasgeboren jongen (33 weken zwangerschap, 1.400 gram) met hyaliene membraan ziekte Z38.00+P07.15+P07.32+P22.0
5. A terme levend geboren jongen met ophthalmitis tengevolge van maternale gonococceninfectie (Newborn) Z38.00+A54.31
6. Bijna à terme geboren levende jongen, bevallen met keizersnede en heeft neonatale hypoglycemie (Newborn) Z38.01+P70.4
7. A terme geboren levend kind met intra-uteriene groeiachterstand (Newborn) Z38.00+P05.9

8. Prematuur geboren levende jongen (27 weken zwangerschap, 1.850 gram), vertoont een ontwenningsyndroom tengevolge van de heroïneverslaving van de moeder (Newborn)
Z38.00+P07.17+P07.26+P96.1
9. A terme geboorte van tweeling met fractuur van de rechter clavicula tijdens de geboorte (Newborn)
Z38.30+P13.4
10. Vijf jaar oud kind met Erb's palsy secundair op een geboortetrauma P14.0
11. Kind getransfereerd van een andere instelling met een hemolytische aandoening tengevolge van Rh isoimmunisatie. P55.0
 Er wordt enkel huid fototherapie gegeven. 6A600ZZ
12. Patiënt geboren in algemeen ziekenhuis met erythroblastosis foetalis tengevolge van een ABO isoimmunisatie; wordt getransfereerd onmiddellijk na de geboorte naar de intensieve zorgen eenheid van een universitair ziekenhuis voor verdere zorg (Newborn)
 a. Codes voor het algemeen ziekenhuis Z38.00+P55.1
 b. codes voor het universitair ziekenhuis P55.1
13. Normale jongen, bevallen met een keizersnede omdat er foetale acidemie werd waargenomen vroeg tijdens de arbeid. Het kind heeft ook een foetale distress door een navelstrengcompressie (Newborn) Z38.01+P19.1+P02.5
14. Pasgeborene geboren onderweg naar het ziekenhuis en onmiddellijk opgenomen op de pasgeborene afdeling. Het kind heeft een anemie door acuut bloedverlies uit de navelstreng.
Z38.1+P61.3+P51.9
15. A terme geboorte met ernstige sepsis tengevolge van E. Coli infectie veroorzaakt door een amnionitis (Newborn) Z38.00+P36.4+P02.7+R65.20
16. A terme geboorte met meconium aspiratie syndroom tengevolge van langdurige, eerste fase arbeid. De navelstreng was tweemaal rond de hals van de baby gedraaid (Newborn)
Z38.00+P24.01+P03.89+P02.5
17. A terme geboren levende jongen met partiële facialis paralyse (Newborn) Z38.00+P11.3
18. Premature baby (25 weken, 1.300 gram) wordt van een algemeen ziekenhuis naar een NIC afdeling van een universitair ziekenhuis getransfereerd voor toezicht en gewichtstoename (Newborn)
P07.15+P07.24
19. Pasgeborene tweeling, #1 werd geboren op de parking van het ziekenhuis, #2 werd geboren na opname van de moeder (Newborn) #1: Z38.30 - #2: Z38.4
20. A terme bevalling van een levend kind; moeder is gekend als een chronische alcoholiekster; pasgeborene wordt op de NIC opgenomen ter observatie van alcohol gerelateerde problemen die echter niet gevonden worden (Observation)(Newborn) Z38.00+P04.3
21. Routine controle van een gezonde baby voor een algemene checkup; de baby is 14 dagen oud.
Z00.111
22. A terme pasgeborene met kenmerken van sikkelcel wordt in het ziekenhuis geboren (Newborn)
Z38.00+D57.3

HOOFDSTUK 28

AANDOENINGEN VAN HET BLOEDOMLOOPSTELSEL

OVERZICHT

- De aandoeningen van het bloedsomloopstelsel staan geklasseerd in hoofdstuk 9 van de ICD-10-CM.
- Acut gewrichtsreuma wordt ingedeeld met en zonder reumatische hartaandoeningen.
- Ischemische hartziekte is een algemene term voor aandoeningen die het myocard aantasten.
 - o Myocardinfarcten hebben een vierde karakter om de betrokken wand weer te geven. Zij worden ook ingedeeld volgens een al dan niet ST-segment elevatie.
 - o De code voor het intermediair coronair syndroom omvat een waaier van angina's.
 - o Atherosclerose is één van de aandoeningen die vervat zit in de categorie "andere vormen van hartziekten".
- Indien een patiënt opgenomen wordt met een stabiele angor (momenteel een uitzonderlijke praktijk), zal de onderliggende oorzaak de hoofddiagnose zijn.
- Er zijn twee soorten hartfalen – systolisch en diastolisch hartfalen. Verder wordt dit ingedeeld in een linker en rechter hartfalen.
- Hartstilstand wordt enkel als hoofddiagnose gecodeerd wanneer de patiënt overleden is vooraleer de onderliggende oorzaak gevonden wordt.
- De aneurysmata worden geklasseerd volgens lokalisatie.
 - o Soms zal de term het type (de vorm) aneurysma beschrijven.
 - o Een term kan ook de etiologie beschrijven.
- Niet traumatische aandoeningen van de cerebrale arteriën worden samen gecodeerd. Zij omvatten ook de beroertes (strokes).
- Hypertensie wordt geklasseerd volgens type (primair of secundair).
- Hypertensie kan samen voorkomen met een hartziekte, een chronische nierziekte, of beide.
- De procedures voor het behandelen van aandoeningen van het bloedsomloopstelsel zijn zeer gevarieerd en worden doorheen dit hoofdstuk beschreven.

LEERDOELSTELLINGEN

Na het doornemen van dit hoofdstuk bent u in staat om:

- De aandoeningen van het hart en het bloedvatstelsel te klasseren.
- Het verschil te maken tussen de verschillende ischemische hartaandoeningen.
- Hartfalen te klasseren volgens categorie en plaats.
- Verschillende procedures op het hart en het bloedvatstelsel te coderen.

TERMEN OM TE KENNEN

Diastolisch hartfalen

Treedt op wanneer het hart een probleem heeft met de relaxatie tussen twee contracties om voldoende bloed in de ventrikels binnen te laten.

Systolisch hartfalen

Treedt op wanneer het hart onvoldoende kan samentrekken.

Tromboflebitis van een ader

Een aandoening waarbij een bloedklonter ontstoken geraakt in een ader.

Trombose van een ader

Een aandoening waarbij een bloedklonter gevormd wordt in een ader.

TE HERINNEREN ...

De waaier van aandoeningen van het bloedvatstelsel is breed en complex, waardoor er toch veel aandacht moet gaan naar de instructies.

INLEIDING

Hoofdstuk 9 van de ICD-10-CM bevat de aandoeningen van het bloedsomloopstelsel met uitzonderingen voor deze die in het hoofdstuk 15 (verloskundige aandoeningen) en in het hoofdstuk 17 (aangeboren afwijkingen) geklasseerd staan. Dit hoofdstuk bedekt een brede waaier van aandoeningen, die meestal gezien worden bij patiënten die opgenomen worden in het acute ziekenhuis. Omdat dit complexe aandoeningen zijn en vele ervan met elkaar verbonden zijn, is het uiterst belangrijk dat de codeerder alert is voor alle instructies.

FIGUUR 28.1: De hoofdbloedvaten van het arterieel systeem

REUMATISCHE HARTAANDOENINGEN

Reumatische hartaandoeningen zijn het gevolg van een infectie met groep A hemolytische Streptokokken. ICD-10-CM deelt het acuut gewrichtsreuma in met en zonder reumatische hartaandoeningen. De eerste as maakt een onderscheid tussen de actieve fase (I00-I01) en de inactieve fase (afgekoelde fase) (I05-I09), en de tweede as maakt het onderscheid tussen de al dan niet aantasting van het hart.

FIGUUR 28.2: De hoofdbloedvaten van het veneuze systeem

Chronische reumatische hartaandoeningen zijn het gevolg van een vroegere actieve reumatische infectie. De hartkleppen worden het meest getroffen. ICD-10-CM veronderstelt dat bepaalde mitraalklepaandoeningen van ongekende oorsprong een reumatische oorzaak hebben. Indien de mitraalklep verschillende afwijkingen heeft, waarvan er één een reumatische oorzaak heeft, dan worden ze allemaal als reumatisch gecodeerd. Bijvoorbeeld:

- I05.0 Mitral valve stenosis
- I34.0 Mitral valve insufficiency
- I05.2 Mitral valve stenosis and insufficiency

Dit voorbeeld veronderstelt dat de mitraalstenose van reumatische oorsprong is, terwijl de mitraalinsufficiëntie dit niet is. Het derde voorbeeld, veronderstelt de combinatiecode dat beide van reumatische oorsprong zijn omdat de stenose als reumatisch verondersteld wordt.

FIGUUR 28.3: De binnenzijde van het hart

ICD-10-CM veronderstelt dat een aandoening die zowel de mitraalklep als de aortaklep aantasten, van reumatische oorsprong is. Anderzijds zal een aortaklepaandoening als reumatisch gecodeerd worden als dit zo gediagnosticeerd wordt. Voorbeelden:

- I35.1 Aortic valve insufficiency
- I08.0 Mitral valve insufficiency with aortic valve insufficiency
- I35.0 Aortic valve stenosis
- I06.0 Rheumatic aortic stenosis
- I08.0 Mitral stenosis and aortic stenosis

De diagnose van hartfalen bij een patiënt met een reumatische hartaandoening wordt gecodeerd met de code **I09.81, Rheumatic heart failure**, tenzij de arts een andere oorzaak specificeert. Een bijkomende code uit de categorie I50, Heart failure, wordt erbij gezet om het type hartfalen weer te geven. Tenzij de ICD-10-CM de codeerder leidt naar een code van 'reumatische oorsprong', is het ontoepasselijk een reumatische code voor congestief hartfalen te gebruiken. Voorbeelden:

- I09.81+I50.9+I42.0+I05.1 End-stage congestive heart failure due to rheumatic heart disease and dilated cardiomyopathy with mitral valve insufficiency
- I50.0+I34.0+I07.1+Z95.2 Congestive heart failure, severe mitral valve regurgitation, tricuspid valve regurgitation, and a history of aortic valve stenosis status post valve replacement

OEFENINGEN 28.1

Codeer de volgende diagnoses

1. Mitralisinsufficiëntie I34.0
2. Mitraalklepstenose met congestief hartfalen I05.0+I50.9
3. Ernstige mitraalklepstenose en milde aortaklepinsufficiëntie I08.0

4. Aorta- en mitralisklepinsufficiëntie I08.0
Voorkamerfibrillatie I48.0
5. Congenitale mitraalklepinsufficiëntie Q23.3
6. Mitraal- en aortaklepinsufficiëntie I08.0
7. Chronische reumatische aorta- en mitraalklepinsufficiëntie, met acuut congestief hartfalen
tengevolge van het reumatisch hartlijden I08.0+I09.81+I50.9

ISCHEMISCHE HARTAANDOENINGEN

Ischemische hartaandoening is een algemene term voor een aantal aandoeningen van het myocardium die veroorzaakt worden door een verminderde bloedvoorziening van het hart tengevolge van coronaire insufficiëntie. Deze insufficiëntie wordt doorgaans veroorzaakt door atheromateuze afzettingen in het epicardiale deel van de coronaire arteriën, die progressief toeslibben zodat hun diameter gedeeltelijk verkleint of volledig verdwijnt. Andere gebruikelijke termen voor de ischemische hartaandoeningen zijn de arteriosclerotische hartaandoeningen, de coronaire ischemie, de coronaire vaataandoeningen, en de coronaire arteriosclerose (atherosclerose).

Ischemische hartaandoeningen worden geklasseerd met de categorieën I20 tot I25 als volgt:

| | |
|-----|---|
| I20 | Angina pectoris |
| I21 | Acute myocardial infarction |
| I22 | Subsequent myocardial infarction |
| I23 | Current complications following myocardial infarction |
| I24 | Other acute ischemic heart disease |
| I25 | Chronic ischemic heart disease |

Een bijkomende code wordt gebruikt om de aanwezige hypertensie te coderen (I10-I15).

Myocardinfarct

Een acuut myocardinfarct is een acute ischemische toestand die doorgaans het gevolg is van een langdurige myocardischemie. Meestal is ze het gevolg van een occlusieve coronaire trombose op de plaats waar al een arteriosclerotische vernauwing was. Niettegenstaande de ischemische hartaandoeningen progressieve aandoeningen zijn, die vaak zonder klinische manifestaties aanwezig zijn, duiken ze plots op in een acute vorm zonder dat er voorafgaande symptomen werden waargenomen.

Een myocardinfarct (MI) dat als acuut wordt omschreven of met een looptijd van vier weken of minder, wordt geklasseerd onder categorie I21, ST verhoging (STEMI) en niet ST verhoging (NSTEMI) myocardinfarct, met een vierde karakter om de plaats weer te geven (zoals anterolaterale wand of onderwand). Codes van I21.0- tot I21.2- hebben een vijfde karakter om aan te geven welke coronair aangetast is (bijvoorbeeld, linker hoofdcoronaire arterie). Codes I21.0- tot I21.3- beschrijven de transmuraal infarcten; code I21.4- de subendocardiale infarcten die niet de volledige wanddikte innemen. De diagnostiek, in de besluiten, herneemt niet altijd de plaats die aangetast is, maar die informatie kan teruggevonden worden in het protocol van het elektrocardiogram. Code **I21.3, ST elevation (STEMI) myocardial infarction of unspecified site**, zal enkel gecodeerd worden wanneer er in het dossier niets terug te vinden is over de plaats. Indien er enkel staat dat er een STEMI of een transmuraal MI aanwezig is zonder plaatsaanduiding, moet de arts bevestigd worden, ofwel codeert men I21.3.

Myocardinfarcten kunnen ook ingedeeld worden volgens de aanwezigheid van een ST verhoging (codes I21.0- tot I21.3-) of het niet aanwezig zijn van een ST elevatie (code I21.4). Indien er geen informatie beschikbaar is over de al dan niet ST elevatie, of er is geen informatie over de lokalisatie van het myocardinfarct, dan codeert men I21.3. Indien het myocardinfarct beschreven staat als een niet-transmuraal of subendocardiaal infarct, en de plaats wordt weergegeven, dan zal men dit enkel coderen als een subendocardiaal MI.

Indien een niet ST verhoging myocardinfarct (NSTEMI) evolueert naar een ST verhoging infarct (STEMI) dan codeert men dit als een STEMI infarct. Indien een STEMI infarct overgaat naar een NSTEMI infarct door de trombolytische therapie, dan codeert men dit als een STEMI infarct. Noteer

dat deze codes dienen om acute myocardinfarcten te coderen en niet om abnormale bevindingen van een EKG weer te geven, zoals ST elevaties daarop waargenomen.

Wanneer de patiënt voortgezette zorg nodig heeft voor het myocardinfarct, mogen codes uit de categorie I21 gebruikt worden gedurende vier weken (28 dagen) of minder vanaf het begin, onafhankelijk de instelling. Dus ook voor patiënten die van een acute instelling getransfereerd worden naar een post-acute instelling, binnen deze vier weken periode. Voor opnames of contacten na die vier weken, waarbij de patiënt voortgezette zorgen behoeft voor het myocardinfarct, zal met de toepasselijke nazorg codes gebruiken i.p.v. een code uit de categorie I21. Anderzijds bestaat de code I25.2, Old myocard infarction, om een oud en genezen myocardinfarct weer te geven waarvoor geen verdere zorg noodzakelijk is.

Wanneer de patiënt een nieuw acuut myocard doet binnen de vier weken tijdens een ander myocardinfarct, dan codeert men dit met de categorie I22, Subsequent ST elevation (STEMI) and non-ST elevation (NSTEMI) myocardial infarction, die samen met een code uit de categorie I21 wordt gecodeerd. De volgorde van de codes is afhankelijk van de opnamereden, zoals in de voorbeelden wordt aangetoond:

- Een patiënt wordt gehospitaliseerd met een acuut MI en tijdens zijn verblijf, binnen de vier weken, doet hij een nieuw MI. Code I21.- wordt als eerste gecodeerd omdat dit de reden voor de opname is, en code I22.- wordt als nevendiagnose gezet.
- Een patiënt doet een acuut myocardinfarct na zijn ontslag voor een vorig acuut myocardinfarct. De code I22.- zal eerst gezet worden, gevolgd door een I21.- code. Deze I21.- code moet erbij gecodeerd worden om de plaats van het eerste MI weer te geven en ook aan te geven dat de patiënt zich nog in de vier weken periode zit van het eerste AMI.
- De codeerregels voor de categorie I22 zijn dezelfde als deze voor het eerste AMI.

Soms vertonen patiënten met een acuut myocardinfarct een postinfarct hypotensie. In dergelijke situaties codeert men eerst het infarct, met als nevendiagnose de code **I95.89, Other hypotension**.

Voor zowel de AMI als de volgende MI, kunnen additionele codes gebruikt worden om de risicofactoren weer te geven, zoals:

Z77.22 Exposure to environmental tobacco smoke
Z87.891 History of tobacco use
Z57.31 Occupational exposure to environmental tobacco smoke
F17.- Tobacco dependence
Z72.0 Tobacco use

Evoluerend infarct

Een evoluerend myocardinfarct veroorzaakt soms een falen van het rechter ventrikel dat verder evolueert naar een congestief hartfalen. De patiënt kan opgenomen zijn omwille van een voorafgaandelijke aandoening, die evolueert naar een acuut myocardinfarct. De hoofddiagnose is in dit geval, na onderzoek, het infarct met een bijkomende code voor het hartfalen. Er kunnen bijkomende codes gecodeerd worden om de cardiogene shock, de ventriculaire aritmie, en de fibrillatie weer te geven. Bijvoorbeeld:

I21.09+I50.9+I49.01 Congestive heart failure with acute myocardial infarction of anterolateral wall with ventricular fibrillation.

OEFENINGEN 28.2

Codeer de volgende diagnosen; codeer geen procedures.

1. Een patiënt voelt zich niet goed rond 22u 's avonds. Hij krijgt pijn op de borst die stilaan verslechtert. Hij wordt met de ambulance naar de spoedopname gebracht. De patiënt heeft geen historiek van voorafgaandelijke cardiovasculaire ziekte, en het EKG toont een acuut posterolateraal myocardinfarct aan. De patiënt wordt onmiddellijk gehospitaliseerd voor verdere zorg. I21.29
2. Een patiënt met gecompenseerd congestief hartfalen onder behandeling van Lasix, ondervindt plots sterke ademhalingsmoeilijkheden en wordt naar de spoedopname gebracht waar men een congestief hartfalen diagnosticeert. Omdat men vermoedt dat er een mogelijks infarct zal volgen, wordt een transluminale percutane coronaire angioplastie (PTCA) uitgevoerd, maar de patiënt krijgt toch zijn acuut inferolateraal infarct. I21.19+I50.9
3. Een patiënt wordt opgenomen met een acuut myocardinfarct in het gebied van de linker hoofdcoronaire arterie. Er is geen historiek van een voorafgaand infarct of voorafgaande zorg voor

deze episode. Een week later, tijdens de hospitalisatie doet de patiënt een acuut anterolateraal infarct.
I21.01+I22.0

4. Een patiënt wordt opgenomen in een lokaal ziekenhuis met ernstige thoracale pijn, dat gediagnosticeerd wordt als een acuut anterolateraal infarct (geen historiek van voorafgaande zorg). De patiënt wordt twee dagen later naar een universitair ziekenhuis getransfereerd voor het uitvoeren van een angioplastie en wordt na drie dagen terug naar het lokale ziekenhuis getransfereerd voor verder herstel.

Code voor de eerste opname in het lokale ziekenhuis I21.09

Code na transfert in het universitaire ziekenhuis I21.09

Code na terugtransfert in het lokale ziekenhuis I21.09

5. De patiënt van het vorige voorbeeld (nummer 4 hierboven) wordt heropgenomen in het lokale ziekenhuis, één week later omdat hij ernstige pijn op de borst kreeg dat men als een nieuw MI diagnosticeerde. I22.1+I21.09

Indien het infarct als oud of genezen wordt beschreven, zal de codeerder het patiëntendossier nalezen om uit te maken of het infarct wel degelijk een oud/genezen infarct is dan wel een recent infarct dat nog onder behandeling staat. De diagnose van een oud infarct wordt doorgaans gesteld op basis van een EKG of bepaalde andere bevindingen bij een patiënt die geen symptomen heeft. Code **I25.2, Old myocardial infarction**, is een historiekcode, zelfs al staat ze niet in het hoofdstuk van de Z codes van de ICD-10-CM. Ze zal nooit gebruikt worden wanneer er een huidige ischemische hartaandoening aanwezig is en zal enkel als nevendiagnose gebruikt worden indien ze enige relevantie heeft voor de huidige zorgperiode.

Onmiddellijke complicaties na een myocardinfarct

ICD-10-CM voorziet binnen de categorie I23 codes om de onmiddellijke complicaties na een acuut myocardinfarct weer te geven wanneer ze binnen de 28 dagen periode vallen. Zie bijvoorbeeld:

- I23.0 Hemopericardium
- I23.1 Atrial septal defect
- I23.2 Ventricular septal defect
- I23.3 Rupture of cardiac wall without hemopericardium
- I23.4 Rupture of chordate tendineae
- I23.5 Rupture of papillary muscle
- I23.6 Thrombose of atrium, auricular appendage, and ventricle
- I23.7 Postinfarction angina
- I23.8 Other complications.

Een code van de categorie I23 moet gebruikt worden samen met een code uit de categorie I21 of de categorie I22. De volgorde van de codes voor categorie I23 is afhankelijk van de opnamereden, bijvoorbeeld:

- Indien de complicatie van het AMI de reden voor de opname is, zal de I23 code als eerste gecodeerd worden.
- Indien de complicatie van het AMI zich voordoet tijdens het verblijf van het AMI, zal de I23 code na de I21 of I22 code gecodeerd worden.

Overige acute en subacute ischemische hartziekten

Code **I20.0, Unstable angina**, omvat ook de aandoeningen die beschreven worden als versnelde angina, crescendo angina, 'de novo' inspanningsangina, intermediair coronair syndroom, pre-infarct angina, verslechterde inspanningsangina. Deze aandoening treedt op bij lagere inspanningen dan bij een angor pectoris; de pijn is heviger en wordt minder goed opgeheven door nitroglycerine derivaten. Zonder behandeling, zal de onstabiele angor vaak overgaan naar een acuut myocardinfarct.

Code I20.0 wordt als hoofddiagnose gezet, enkel als het onderliggende lijden niet wordt gevonden en er geen chirurgische interventie gebeurt. Patiënten met ernstige coronaire arteriosclerose en onstabiele angor kunnen opgenomen worden voor een cardiale bypass operatie of een percutane transluminale coronaire angioplastie om het infarct in te dijken. In dergelijke gevallen zal de combinatiecode voor een coronaire arteriosclerose met onstabiele angor (I25.110) als hoofddiagnose gebruikt worden. Voorbeelden van correcte codering zijn:

- Een patiënt wordt opgenomen met een onstabiele angor en ondergaat een rechter en linker hartkatheterisatie die een coronaire arteriosclerose aantonen. Een coronaire bypass wordt

voorgesteld, doch de patiënt wenst wat bedenktijd en wil dit met de familie eerst bespreken. Voor deze opname codeert men als hoofddiagnose de coronaire arteriosclerose met de onstabiele angor (I25.110).

- Een patiënt wordt opgenomen met onstabiele angor en een historiek van een myocardinfarct vijf jaar geleden. Zij wordt behandeld met IV nitroglycerine, en de angor verdwijnt op het einde van de eerste hospitalisatiedag. Er worden geen andere complicaties genoteerd, en geen bijkomende diagnostische onderzoeken worden uitgevoerd. In dit geval zal de onstabiele angor (I20.0) als hoofddiagnose gecodeerd worden. Codeer eveneens de code I25.2 om het oude AMI weer te geven.

Een diagnose van een acute ischemische hartaandoening of een acute myocardiale ischemie betekent niet steeds dat er een infarct is. Men kan steeds een infarct verhinderen met chirurgie en/of het gebruik van trombolitica als de patiënt tijdig behandeld wordt. Indien er een occlusie of een trombose is van een arterie zonder infarct dan codeert men dit met de code **I24.0, Acute coronary thrombosis not resulting in myocardial infarction**. Code **I24.8, Other forms of acute ischemic heart disease**, omvat de coronaire insufficiëntie en de subendocardiale ischemie.

Postmyocardiaal infarct syndroom

Patiënten met een acuut myocardinfarct vertonen soms een postmyocardiaal infarct syndroom (I24.1) of een angor dat als postinfarct angor (I23.7) beschreven wordt. Het postmyocardiaal infarct syndroom, ook wel Dressler syndroom genoemd, is een pericarditis gekenmerkt door koorts, leukocytose, pleuritis, pleura vochtuitstorting, pijnlijke gewrichten, en uitzonderlijk een pneumonie. Codes uit de categorie I20, Angina pectoris, kunnen niet samen met de code I23.7, Postinfarction angina gebruikt worden. Codes uit de categorie I23 moeten samen met een code uit de categorie I21 of categorie I22 gebruikt worden om het acute of daaropvolgende myocardinfarct weer te geven. De volgorde van de codes is afhankelijk van de opnamereden. Er kunnen geen codes uit de categorie I20, Angina pectoris, noch uit de categorie I30, Acute pericarditis, gebruikt worden samen met een code uit de categorie I24.

OEFENINGEN 28.3

Codeer de volgende diagnoses

1. Acuut myocardinfarct ter hoogte van de inferolaterale wand I21.19
Derde graad atrioventriculaire block I44.2
2. Acuut myocardinfarct van de inferoposterior wand I21.11
Congestief hartfalen I50.9
Hypertensie I10
3. Dreigend myocardinfarct (crescendo angor) resulterend in een occlusie van de coronaire arterie I24.0
4. Acute coronaire insufficiëntie I24.8
5. Hemopericardium als een complicatie van een acuut myocardinfarct van de onderwand, die optrad twee weken geleden. Patiënt werd een week geleden uit het ziekenhuis ontslagen. I23.0+I21.19

Chronische ischemische hartziekten

Categorie I25, Chronic ischemic heart disease, omvat aandoeningen als coronaire atherosclerosis, oud myocardinfarct, coronaire arteriële dissectie, chronische coronaire insufficiëntie, myocardiale ischemie, en hartaneurysma. Diagnosen als coronaire bloedvatenziekte of coronaire hartziekte zonder verder specificatie zijn te vaag om correct gecodeerd te kunnen worden; de arts moet gevraagd worden om een meer specifiek diagnose te stellen. Code **I25.9, Chronic ischemic heart disease, unspecified**, zal zelden gebruikt worden voor een opname in een acuut ziekenhuis.

Code **I25.1-, Atherosclerotic heart disease of native coronary artery**, omvat aandoeningen die omschreven worden als atherosclerotische cardiovasculaire aandoeningen, coronaire (bloedvaten) atheroma, coronaire arteriële aandoeningen, en coronaire arteriële sclerose. Een vijfde karakter subclassificatie geeft aan of er al dan niet angor pectoris aanwezig is, met een zesde karakter subclassificatie om het type angor (onstabiele, met gedocumenteerd spasme, overig, of niet gespecificeerd) aan te geven.

ICD-10-CM heeft combinatiecodes voor de atherosclerotische hartaandoeningen met een angor pectoris, geklasseerd in de subcategorieën I25.11 en I25.7. Het is dus niet noodzakelijk om een

bijkomende code voor de angor pectoris te coderen wanneer deze combinatiecodes gebruikt worden. Men mag een oorzakelijk verband veronderstellen tussen de atherosclerose en de angor pectoris, tenzij het dossier duidelijk aangeeft dat de angor te wijten is aan een andere aandoening dan de atherosclerose. Wanneer een patiënt met een coronaire arterieziekte opgenomen wordt omwille van een acuut myocardinfarct, zal dit AMI eerst gecodeerd worden vóór de coronaire arterie ziekte.

Subcategorie I25.7, Atherosclerosis of coronary artery bypass graft(s) and coronary artery of transplanted heart with angina pectoris, heeft een vijfde karakter subclassificatie om het type bypass weer te geven (niet gespecificeerd, autologe vene, autologe arterie, niet autologe biologische coronaire arterie bypass, oorspronkelijke arterie van het getransplanteerde hart, bypass van de coronaire arterie van het getransplanteerde hart). Een zesde karakter subclassificatie specificeert het type angina pectoris (onstabiel, met gedocumenteerd spasme, overig, of niet gespecificeerd). Voor atherosclerosis van de coronaire bloedvaten zonder angor pectoris, worden codes van I25.81-, Atherosclerosis of other coronary vessels without angina pectoris, gebruikt. Het zesde karakter geeft het type coronair bloedvat weer (bypass, oorspronkelijke arterie van het getransplanteerde hart, of bypass van het getransplanteerde hart. Bijvoorbeeld:

- I25.10 Native coronary artery without angina pectoris
- I25.710 Autologous vein bypass graft with unstable angina
- I25.810 Nonautologous biological bypass graft without angina
- I25.810 Artery bypass graft, including internal mammary artery
- I25.750 Native coronary of transplanted heart with unstable angina
- I25.812 Bypass graft (artery)(vein) of transplanted heart
- I25.810 Unspecified type of bypass graft
- I25.10 Unspecified type of vessel, native or graft

Artsen geven zelden informatie over het type greffe in de diagnostiek, maar die is steeds aanwezig in het patiëntendossier. Indien in het dossier duidelijk staat dat er geen voorafgaandelijke bypassoperatie is geweest, codeert men de code **I25.1-, Atherosclerotic heart disease of native coronary artery**. Indien er een historiek is van een voorgaande bypass, codeert men codes I25.70-, I25.73-, I25.79-, of I25.810 als er informatie beschikbaar is over het materiaal dat gebruikt werd voor de bypass. Noteer dat de arteriosclerose van een bypass bloedvat niet geklasseerd wordt als een postoperatieve complicatie.

Wanneer er een atherosclerose van een oorspronkelijk bloedvat van het getransplanteerde hart wordt gediagnosticeerd codeert men I25.75- of I25.811. Code I25.76- of **I25.812, Atherosclerosis of bypass of coronary of transplanted heart**, wordt gebruikt om de atherosclerosis van een bypass ent van het getransplanteerde hart weer te geven.

Chronische volledige occlusie

Een chronische volledige occlusie van een coronaire arterie (I25.82) wil zeggen dat de coronaire arterie volledig dicht zit gedurende een langdurige periode (bijvoorbeeld, maanden of jaren). De chronische volledige occlusie doet zich voor wanneer er plaques zich opstapelen in de arterie, waarbij de bloedstroom significant belemmerd wordt en er zich een collaterale bloedsomloop ontwikkelt. Niettegenstaande goed gevormde collateralen niet volledig de belemmerde bevoeiing compenseren, helpen ze wel de vitaliteit van het myocard te vrijwaren en de rustischemie te verminderen. Patiënten met een chronische volledige occlusie, die een wijziging vertonen in hun angor klachten gerelateerd aan fysische inspanningen, hebben een verhoogd risico voor myocardinfarct en dood. Chronische totale occlusie van de coronaire arteriën kan behandeld worden met een angioplastie (kernprocedure "Dilatation") of stentplaatsing, meestal medicatie vrijgevende (drug-eluting) stenten. Deze types van obstructie zijn moeilijker met de katheter te passeren en moeilijker te behandelen dan andere types van coronaire stenosen. Doorgedreven behandelingmethoden werden ontwikkeld om deze chronische totale occlusies van de coronaire te behandelen.

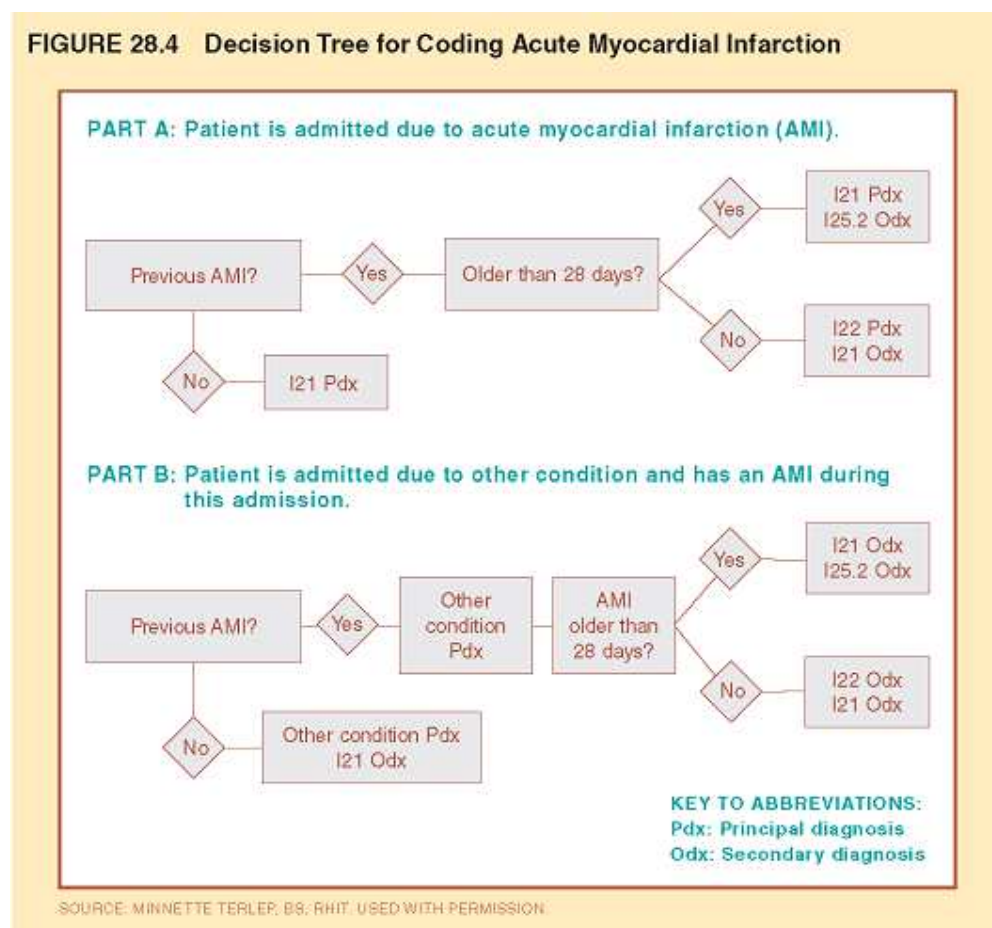
Code I25.82 zal gebruikt worden als een bijkomende code indien de coronaire atherosclerose (codereeks I25.1, I25.7-,I25.81-) aanwezig is samen met een chronische volledige occlusie van de coronaire arterie. Code I25.82 zal niet gebruikt worden wanneer men een acute coronaire occlusie diagnosticeert al dan niet met een myocardinfarct.

Code **I25.83, Coronary atherosclerosis due to lipid rich plaque**, beschrijft de coronaire atherosclerose met de juiste samenstelling van de atherosclerotische plaque. De aanwezigheid van

een vetrijke atherosclerotische plaque kan aanleiding geven tot een acute coronaire aandoening. De identificatie of een plaque al dan niet vetrijk is, is klinisch significant omdat die informatie de interventionele cardioloog kan helpen om de juiste therapie toe te dienen (o.a. medicatie vrijgevende stent of niet medicatie vrijgevende stent). Bijna infrarood spectroscopie (8E023DZ) is een nieuw intravasculair diagnostisch hulpmiddel om het onderscheid te maken tussen de al dan niet vetrijke atherosclerotische plaques. Wanneer de arts een vetrijke plaque diagnosticeert, zal de correcte code voor de coronaire atherosclerose (I25.1-, I25.7-, I25.71-) eerst gecodeerd worden, gevolgd door de code I25.83 als bijkomende code.

Code **I25.84, Coronary atherosclerosis due to calcified coronary lesion**, wordt gebruikt om onderscheid te maken tussen de verkalkte letsels en de andere ischemische coronaire aandoeningen. Calciumafzettingen in deze aandoeningen vormen een ernstige hinder bij de behandeling met een verhoogd risico op complicaties, zoals onvoldoende stentexpansie, acute stenttrombose, en restenose wanneer men een angioplastie doet met stentplaatsing. Wanneer men een verkalkte coronaire aandoening codeert, zet met eerst de code voor de coronaire atherosclerose (I25.1-, I25.7-, I25.8-), gevolgd door de code I25.84.

Figuur 28.4: beslissingsboom voor het coderen van acute myocardinfarcten



ANGINA PECTORIS

Angina pectoris (categorie I20) is een vroege manifestatie van een ischemische hartaandoening, soms komt ze voor bij zeldzame congenitale afwijkingen van de coronaire arteriën of aandoeningen zoals aortastenose, klepinsufficiëntie, syfilis van de aorta, en Raynaud fenomenen. Ze wordt gekenmerkt door pijn op de borst, meestal door de patiënt waargenomen als een gevoel van beklemming, knijpen, drukken, verstikken, branden; of maagzuur of -gas; of als een slecht gedefinieerd ongemak. Dit type angor kan veroorzaakt worden door om het even welke activiteit of situatie waarbij de zuurstofbehoefte van het myocard vergroot is, zoals bij inspanningen, wandelen tegen de wind in,

koude weersomstandigheden, het eten van copieuze maaltijden, emotionele stress, en de verhoging van de bloeddruk. Dit type van pijn is vergelijkbaar aan deze van de onstabiele angor, maar is minder ernstig; gemakkelijk te controleren; en meestal voorspelbaar te verhelpen door rust of de toediening van nitroglycerine preparaten.

Soms treedt de angor pectoris op wanneer de patiënt in rust is, schijnbaar zonder enige stimulatie, zoals tijdens de nacht. Deze aandoening wordt een nocturale of decubitus angina genoemd en staat geklasseerd onder I20.8. Een variant die ook aanwezig is bij rust is de Prinzmetal anina. Angina omschreven als angiospastisch, Prinzmetal, door spasmen geïnduceerd, of een variëte daarvan wordt gecodeerd met **I20.1, Angina pectoris with documented spasm**. Code **I20.8, Other forms of angina pectoris**, omvat de op angor gelijkende aandoeningen zoals de angor d'effort, en de stenocardia. Bijkomende code(s) voor de symptomen geassocieerd aan deze angorvormen worden erbij gezet.

In de huidige gezondheidszorg is het onwaarschijnlijk dat een patiënt opgenomen wordt in het ziekenhuis voor de behandeling van een stabiele angor tenzij het de bedoeling is om bijkomende onderzoeken te doen naar de oorzaak van het onderliggend lijden. In dit geval is het onderliggende lijden de hoofddiagnose en niet de stabiele angor.

OEFENINGEN 28.4

Codeer de volgende diagnoses en procedures

1. Snel opkomende (crescendo) angor tengevolge van coronaire arteriosclerose. I25.110
Rechter en linker percutane hartkatheterisatie. 4A023N8
2. Angor pectoris met essentiële hypertensie. I20.9+ I10

HARTFALEN

Hartfalen treedt op wanneer de functie van het hart zo verstoord is dat het niet meer bij machte is om het bloed rond te sturen volgens de lichaamsbehoeften of dat de mogelijkheid om dit te doen alleen maar kan gebeuren door abnormale vullingdrukken. De verminderde bloedvoorziening in de lichaamsweefsels resulteert in de onvervulde behoeften aan zuurstof of het falen van andere metabole behoeften. Op zijn beurt resulteert dit in pulmonaire en/of algemene circulatoire congestie en verminderde cardiac output. Oorzaken voor hartfalen zijn hartaritmieën, longembolen, infecties, anemie, thyrotoxicosis, myocarditis, endocarditis, hypertensie, en myocardinfarct. Alle codes voor hartfalen omvatten het longoedeem; om die reden wordt hiervoor geen extra code gecodeerd. Een diagnose van acuut longoedeem, in afwezigheid van een onderliggend hartlijden wordt geklasseerd onder de aandoeningen die het ademhalingsstelsel aantasten. (Zie hoofdstuk 19 van dit handboek voor meer informatie over het ademhalingsstelsel).

Er zijn twee hoofdvormen van hartfalen: systolisch en diastolisch. Systolisch hartfalen (I50.2-) treedt op wanneer de mogelijkheid tot samentrekking van het hart vermindert. Diastolisch hartfalen (I50.3-) treedt op wanneer het hart problemen heeft om te relaxeren (diastole) tussen de contracties in zodat er voldoende bloed in de ventrikels vloeit. Het vijfde karakter geeft aan of het hartfalen niet gespecificeerd, acuut, chronisch, of acuut op chronisch is.

Wanneer in de diagnose vermeld staat dat er congestief hartfalen is en ook vermeld staat dat er ofwel systolisch ofwel diastolisch hartfalen is, zal men enkel de code voor het type hartfalen coderen: diastolisch en/of systolisch. Het congestief hartfalen zit vervat in de codes voor het systolisch en diastolisch hartfalen. Indien er enkel congestief hartfalen gediagnosticeerd wordt zonder verder specificatie, dat codeert men dit met de code **I50.9, Heart failure, unspecified**.

Dysfuncties van het hart zonder vermelding van hartfalen staan onder **I51.89, Other ill-defined heart diseases**. Het is de codeerder niet toegelaten te veronderstellen dat de patiënt een hartfalen heeft wanneer er enkel "diastolische dysfunctie" of "systolische dysfunctie" genoteerd wordt.

Hartfalen wordt door de arts ook ingedeeld volgens het rechter of het linker ventrikel dat primair aangetast is. Linker hartfalen (linker ventrikel falen) is het gevolg van een overmatige vochtophoping achter het linker ventrikel. Code **I50.1, Left ventricular failure**, omvat aandoeningen zoals kortademigheid, orthopnoe, bronchospasmen, cardiaal astma, longoedeem bij hartaandoeningen, longoedeem bij hartfalen, linker hartfalen, longoedeem bij hartziekten en hartfalen; daarvoor worden

er geen bijkomende codes gecodeerd. Het niet gespecificeerd hartfalen codeert men met de code I50.9. Dit is een vage code en men moet toch een inspanning doen om uit maken of er geen betere code uit de reeks I50.1 – I50.4- kan gebruikt worden.

Rechter hartfalen volgt doorgaans op linker hartfalen en wordt gecodeerd in de ICD-10-CM met de code **I50.9, Heart failure, unspecified**. Deze code omvat elk linker hartfalen dat ook aanwezig is; om die reden worden de codes I50.1 en I50.9 niet samen gecodeerd tijdens dezelfde opname episode en zal de code I50.9 de bovenhand nemen.

De term “congestief hartfalen” wordt soms foutief als “hartfalen” gebruikt. Congestie – de pulmonaire of algemene vochttopstapeling – is een van de kenmerken van hartfalen, maar is niet bij alle patiënten aanwezig.

Hypertensieve hartaandoeningen

Hypertensieve hartaandoeningen (al dan niet met hartfalen) worden geklasseerd in categorie I11, met een code uit categorie I50 om het type hartfalen (indien aanwezig) weer te geven als bijkomende diagnose. Indien chronisch nierlijden (N18.-) of niet gespecificeerde schrompelnieren (N26.-) tengevolge van hypertensie of arteriosclerose van de nieren, arteriosclerotische nefritis, hypertensieve nefropathie, of nefrosclerose aanwezig is, wordt een code uit categorie I12 gecodeerd. De toepasselijke code uit N18.1-N18.4, N18.5, N18.6, of N18.9 wordt gebruikt als een bijkomende code om het stadium van het chronisch nierlijden weer te geven. Indien hypertensief hartlijden en hypertensief chronisch nierlijden aanwezig zijn, zal een code uit de categorie I13 gebruikt worden, met een code uit I50.- om het type hartfalen (indien aanwezig), en een code uit N18.1-N18.4, N18.6, of N18.9 om het stadium van het chronisch nierlijden weer te geven. Categorie I13 voorziet verschillende codes om aan te geven of er al dan niet hartfalen is of om het stadium van het chronisch nierlijden weer te geven. Verdere richtlijnen rond hypertensie en aanverwante aandoeningen worden verder in dit hoofdstuk beschreven.

Gecompenseerd, gedecompenseerd en exacerbatie van hartfalen

Wanneer hartfalen optreedt, zal de hartspier doorgaans compensatoire mechanismen ontwikkelen zoals een hypertrofie van de hartspier, een verhoogde arteriële bloeddruk, een dilatatie van het ventrikel, of een verhoogde contractiekracht. Wanneer die compensaties niet meer voldoende zijn om de verhoogde werkdruk aan te kunnen, treedt decompensatie op; dit beschrijft men als een gedecompenseerd hartfalen. Het gebruik van de codes wordt niet beïnvloed door het gebruik van deze verschillende termen; men codeert het type hartfalen. Een exacerbatie wordt aanzien als een verslechtering van de ernst van de ziekte of van de symptomen ervan. Termen zoals “verslechtering” en “decompensatie” geven aan dat er een opflakking is (acute fase) van een chronische aandoening. Bijvoorbeeld:

- Een patiënt met gekende historiek van congestief hartfalen wordt opgenomen met een verslechtering van het diastolisch congestief hartfalen. Code **I50.33, Acute on chronic diastolic (congestive) heart failure**, wordt hier gebruikt. Een acute exacerbatie van een chronische aandoening (hartfalen) wordt gecodeerd als acuut op chronisch.

HARTTAMPONADE

Harttamponade, ook gekend als pericardiale tamponade of tamponade (I31.4), is de compressie van het hart veroorzaakt door de ophoping van vocht in het pericard (hartzakje). Harttamponade wordt vaak geassocieerd aan een virale of bacteriële pericarditis. Deze aandoening ontstaat typisch als het gevolg van een thoraxtrauma, een hartruptuur, een dissectie van een aorta aneurysma, kanker, hartchirurgie, nierfalen, en/of acuut myocardinfarct. De onderliggende oorzaak van de tamponade wordt eerst gecodeerd, gevolgd door de code I31.4.

Harttamponade is een levensbedreigende aandoening indien ze niet behandeld wordt. Het doel van de therapie is de hartfunctie te verbeteren, de symptomen op te heffen, en de tamponade te verwijderen. Dit kan gebeuren door een pericardiocentesis (kernprocedure “Drainage”, lichaamsdeel “pericardholte”) of het maken van een pericardiaal venster (kernprocedure “Drainage”, lichaamsdeel “pericard”).

Bijvoorbeeld, een patiënt ontwikkelt een pericarduitstorting en ondergaat een pericardiocentesis (percutane toegangsweg) omwille van een snelle pericardiale tamponade. Codeer de code **I31.4, Cardiac tamponade**. Voor de ingreep codeert men de code **0W9D30Z, Drainage of pericardial cavity with drainage device, percutaneous approach**.

CARDIOMYOPATHY

Cardiomyopathie (I42.-) heeft een klinisch beeld van een uitgezet hart, slappe hartspier, en normale coronaire arteriën. Hypertrofische cardiomyopathie (HCM) is doorgaans een aangeboren aandoening, waarbij de hartspier zonder duidelijke reden verdikt. Het is een gekende oorzaak van plotse hartstilstand bij jonge atleten, en jonge mensen gaan doorgaans een ernstigere vorm van hypertrofische cardiomyopathie ontwikkelen dan oudere volwassenen. HCM kan ofwel obstructief (I42.1) ofwel niet obstructief (I42.2) zijn en is dikwijls asymptomatisch tot de plotse hartstilstand.

Andere gekende types van cardiomyopathie zijn:

- I42.0 Gedilateerde cardiomyopathie, waaronder de congestieve cardiomyopathie
- I42.1 Obstructieve hypertrofische cardiomyopathie, inclusief de hypertrofische subaortische stenose
- I42.2 Overige hypertrofische cardiomyopathie, inclusief de niet obstructieve hypertrofische cardiomyopathie
- I42.3 Endomyocardiale (eosinofiele) aandoening, inclusief de endomyocardiale (tropicale) fibrose en Löffler endocarditis
- I42.4 Endocardiale fibroelastose, inclusief de congenitale cardiomyopathie en elastomyofibrose
- I42.5 Overige restrictieve cardiomyopathie, inclusief de constrictieve cardiomyopathie niet anders gespecificeerd.
- I42.6 De alcoholische cardiomyopathie door alcohol gebruik; een code voor het alcoholisme (F10.-) wordt ook gecodeerd indien aanwezig
- I42.7 Cardiomyopathie door medicatie en uitwendige oorzaken; de code voor de oorzaak (T36-T65) wordt eerst gecodeerd.
- I42.8 Overige cardiomyopathiën
- I42.9 Ongespecificeerd

De symptomen van een congestieve cardiomyopathie (I42.0) zijn essentieel dezelfde als deze van het congestief hartfalen, en de aandoening wordt vaak met congestief hartfalen geassocieerd. De behandeling spitst zich vooral toe op de behandeling van het congestief hartfalen, en daarom zal het hartfalen (I50.-) als hoofddiagnose gezet worden, gevolgd door de code voor cardiomyopathie.

Twee codes zijn aangewezen wanneer de cardiomyopathie het gevolg is van een onderliggende aandoening; bijvoorbeeld, cardiomyopathie door amyloïdose wordt gecodeerd met de code **E85.9, Amyloïdose, unspecified**, en **I43, Cardiomyopathy in diseases classified elsewhere**. Het onderliggend lijden, de amyloïdose, wordt eerst gecodeerd. Hypertensieve cardiomyopathie wordt gecodeerd met de categorie I11, Hypertensive heart disease, met een bijkomende code I43. Codeer eerst de code **G71.11, Myotonic muscular dystrophy**, met I43 als bijkomende code voor de cardiomyopathie tengevolge van atrofische myotonie.

De term “ischemische cardiomyopathie” wordt soms gebruikt voor een aandoening waarbij hartischemie diffuse fibrose of multipale infarcten veroorzaakt, hetgeen aanleiding geeft tot linker hartfalen met linker ventrikel dilatatie. Dit is geen echte cardiomyopathie en wordt gecodeerd met **I25.5, Ischemic cardiomyopathy**, wanneer er niet meer uitleg wordt gegeven door de behandelende arts. Een diagnose van ischemische alcoholische cardiomyopathie wordt met beide codes gecodeerd, **I25.5 en I42.6, Alcoholic cardiomyopathy**, omdat die aandoeningen geen verband met elkaar hebben.

TAKOTSUBO SYNDROOM

Het Takotsubo syndroom (I51.81) is een nieuw erkende reversiebele vorm van linker ventrikel dysfunctie, die gezien wordt bij patiënten zonder coronaire ziekte. Dit syndroom wordt vooral waargenomen bij emotionele of fysiologische stress met plots opkomende symptomen ter hoogte van de borstkas, electrocardiografische veranderingen karakteristiek voor myocardiale ischemie,

voorbijgaande linker ventrikeldysfunctie, lichte troponine stijgingen, en significante coronaire stenose bij ventriculografie. Patiënten met het takotsubo syndroom worden vooral gevolgd en behandeld voor linker hartfalen, intraventriculaire obstructie, en/of cardiale aritmieën indien deze zich voordoen. Andere aandoeningen onder de code I51.81 zijn de reversiebele linker ventrikel dysfunctie volgend op plotse emotionele stress, stress geïnduceerde cardiomyopathie, Takotsubo cardiomyopathie, en voorbijgaand linker apicaal ballon syndroom.

HARTSTILSTAND

Code **I46.9, Cardiac arrest, cause unspecified**, kan als hoofddiagnose of eerste diagnose gecodeerd worden wanneer de onderliggende aandoening niet gekend is. Het doet er niet toe of de patiënt al dan niet gereanimeerd werd (terug tot leven gebracht). Het gebruik en de volgorde van de code I46.9 is afhankelijk van de hospitalisatiereden. Indien de patiënt opgenomen wordt met een hartstilstand en de onderliggende oorzaak kan niet achterhaald worden voordat de patiënt ontslagen wordt of overlijdt, dan is de code I46.9 de juiste hoofddiagnose. Zij kan als nevendiagnose gecodeerd worden indien de hartstilstand zich voordoet tijdens het verblijf. Indien de arts aangeeft dat er een cardiale oorzaak is voor de hartstilstand dan zal die cardiale aandoening als hoofddiagnose gezet worden met de code I46.2, **Cardiac arrest due to underlying cardiac condition**, als nevendiagnose. Indien de arts aangeeft dat een niet cardiale oorzaak de oorzaak is van de hartstilstand, dan codeert men de code I46.8, **Cardiac arrest due to other underlying condition**, als nevendiagnose.

Sommige artsen spreken van een polsloze elektrische activiteit (PEA) i.p.v. een hartstilstand. PEA verwijst naar aanwezige activiteit op de monitor zonder detecteerbare pols. Het is een van de oorzaken voor polsloze hartstilstand. PEA heeft meestal een onderliggende oorzaak die behandeld kan worden; een gebruikelijke oorzaak in urgentiegeneeskunde is de hypovolemie. PEA kan veroorzaakt worden door respiratoir falen met hypoxie, zoals in het geval waarbij de hartspeer niet in staat is voldoende samen te trekken niettegenstaande er toch elektrische activiteit aanwezig is. De echte PEA is de afwezigheid van myocardiale contracties spijs aanwezige elektrische activiteit. Code **I46.9, Cardiac arrest, cause unspecified** kan als hoofddiagnose gebruikt worden als de oorzaak van de PEA niet gekend is. Noteer dat geen bijkomende codes gebruikt worden voor de symptomen die integraal deel uitmaken van de aandoening, zoals bradycardie en hypotensie. Hartstilstand als gevolg van een chirurgie wordt gecodeerd als **I97.710, Intraoperative cardiac arrest during cardiac surgery**, of **I97.711, Intraoperative cardiac arrest during other surgery**, afhankelijk van het type chirurgie. Code **O75.4, Other complications of obstetric surgery and procedures**, wordt gebruikt voor de hartstilstand als complicatie bij verloskundige chirurgie of procedures. Geen enkel van die codes zal gebruikt worden om aan te geven dat de patiënt overlijdt; met andere woorden, gebruik de code voor hartstilstand niet om aan te geven dat de patiënt overleden is.

ANEURYSMATA

Een aneurysma is een gelokaliseerde abnormale uitzetting van een bloedvat. Een gedissecteed aneurysma is er één waarbij het bloed in de wand van de arterie geraakt en de lagen van de bloedvatwand slijt. Wanneer het aneurysma groter wordt zal de druk in het aneurysma verhogen en kan het aneurysma springen hetgeen meestal leidt tot de dood.

Aneurysmata worden ingedeeld volgens hun lokalisatie, als volgt:

- I25.41 Aneurysma van de coronaire arteriën
- I71.02 Dissecterend aneurysma van de abdominale aorta
- I71.3 Aneurysma van de abdominale aorta met ruptuur
- I71.2 Aneurysma van de thoracale arteriën
- I71.1 Gesprongen aneurysma van de thoracale arteriën
- I71.3 Thoracoabdominaal aneurysma

Soms zijn er termen die de vorm van het aneurysma omschrijven, zoals een “besvormig aneurysma (Berry aneurysm)” (I67.1), of zal de term de etiologie weergeven, zoals “syfilis aneurysma van de aorta” (A52.01) of “traumatisch aneurysma” (S25.00-, S25.20-).

ECTASIE (uitzetting) VAN DE AORTA

Een aorta ectasie is een milde uitzetting van de aorta – doorgaans minder dan 3 centimeter diameter – dat niet aanzien wordt als een aneurysma. In ICD-10-CM, wordt de aorta ectasie als volgt geklasseerd:

- I77.810 Thoracic aortic ectasia
- I77.811 Abdominale aortic ectasia
- I77.812 Thoracoabdominal aortic ectasia
- I77.819 Aortic ectasia, unspecified site

CEREBROVASCULAIRE AANDOENINGEN

Acute organische (niet traumatische) aandoeningen die de hersenarteriën aantasten zijn, bloedingen, verstoppingen, en trombosen en worden gecodeerd in de reeks I60-I68. Categorie I63, Cerebral infarction, wordt gebruikt om de verstoppingen en de vernauwingen van de cerebrale en precerebrale arteriën te beschrijven die resulteren in een herseninfarct. Figuur 28.5 beschrijft de soorten infarcten. Categorie I63 wordt ingedeeld volgens de oorzaak van het infarct, door een trombose, een embolus, een occlusie, of een stenose en of het gaat om een precerebrale of een cerebrale arterie, waarbij het zesde karakter aangeeft over welke arterie het gaat (bijvoorbeeld, rechter a. carotis, rechter a. cerebri media). Deze codes zullen enkel gebruikt worden wanneer de arts duidelijk het herseninfarct in het dossier documenteert en de relatie tussen de cerebrale arteriële trombose, het embolus, de verstopping, of de vernauwing en het infarct bevestigt. De codeerder zal nooit zelf een infarct veronderstellen. Deze codes dienen enkel voor de huidige acute zorgperiode; zij worden niet gebruikt om weer te geven dat de patiënt in het verleden een infarct heeft doorgemaakt.

FIGUUR 28.5: Types van herseninfarcten

Wanneer er een verstopping en een vernauwing is van de precerebrale of cerebrale arteriën zonder vermelding van een herseninfarct, dan gebruikt men de codes uit categorie I65, Occlusion and stenosis of precerebral arteries, not resulting in cerebral infarction, of categorie I66, Occlusion and stenosis of cerebral arteries, not resulting in cerebral infarction. Andere termen die in deze categorieën ondergebracht worden zijn “embolus”, “vernauwingen”, “verstoppingen” (compleet)(gedeeltelijk), en “trombose”. Een vijfde karakter wordt voorzien voor de subcategorieën I65.0, I65.2, I66.0, en I66.2 om aan te geven of de aandoening rechts, links, bilateraal, of op niet gespecificeerde arteriën aanwezig is.

De gestelde diagnostiek is meestal niet duidelijk over de plaats of het type cerebrovasculaire aandoening. Wanneer men enkel van een cerebrovasculair accident (CVA) of beroerte zonder verdere specificatie spreekt, is het belangrijk dat de codeerder het patiëntendossier doorneemt om meer informatie te vinden of de arts bevraagt. Wanneer er geen bijkomende informatie beschikbaar is, codeert men **I63.9, Cerebral infarction, unspecified**, voor de diagnose CVA of beroerte om toch statistische uniforme en relevante informatie te hebben.

Code I63.9 wordt ook gebruikt voor een gestopt CVA wanneer er geen informatie is over het type CVA. Patiënten met de symptomen van een acuut cerebrovasculair infarct en die behandeld worden met weefsel plasminogeenactivator (of Tissue plasminogen activator (tPA)), hebben een cerebraal infarct gehad. Niettegenstaande de hersenbeschadiging niet op CT (computer tomografie) kan aangetoond worden, is de hersenenbeschadiging microscopisch zichtbaar. De toediening van tPA wordt gecodeerd met de code 3E03317, **Introduction of other thrombolytic into peripheral vein, percutaneous approach**. Dit is effectief in de behandeling van ischemische beroerte veroorzaakt door klonters die de bloedvoorziening van de hersenen blokkeren. Het is ook een effectieve behandeling voor myocardinfarcten.

Code Z92.82 wordt als bijkomende code gebruikt bij de categorie I63, Cerebral infarction, of I21, ST elevation (STEMI) en non-ST elevation (NSTEMI) myocardial infarction, of I22, Subsequent ST elevation (STEMI) en non-ST elevation (NSTEMI) myocardial infarction, om weer te geven dat de patiënt tPA toegediend kreeg binnen de 24 uur voor de huidige opname.

Elke component van een cerebrovasculair accident moet gecodeerd worden, tenzij de alfabetische index of de systematische index dit anders bepaalt. Bijvoorbeeld:

| | |
|---------------------|--|
| <u>160.7</u> +I67.2 | Cerebrovasculaire arteriosclerose met subarachnoïdale bloeding tengevolge van een 'bes' aneurysma. |
| <u>161.9</u> +G93.6 | Intracerebrale bloeding met vasogeen oedeem |
| <u>E85.4</u> +I68.0 | Cerebrale amyloïde angiopathie |

ICD-10-CM heeft codes om een postoperatieve beroerte te coderen. Noteer wel dat het patiëntendossier het oorzaak-gevolg tussen de medische interventie en het cerebrovasculair accident moet bevestigen vooraleer een code voor een intra-operatieve of postproceduraal cerebrovasculair accident kan gecodeerd worden. Correcte codering hangt dus af van het feit of gaat om een infarct dan wel om een bloeding en of het al dan niet intra-operatief of postoperatief ontstaat. Indien het gaat om een cerebrale bloeding, zal de codering afhangen van het type uitgevoerde procedure.

Bijvoorbeeld:

G97.31 Intraoperative hemorrhage and hematoma of a nervous system organ of structure complicating a nervous system procedure

G97.32 Intraoperative hemorrhage and hematoma of a nervous system organ or structure complication other procedure

I97.810 Intraoperative cerebrovascular infarction during cardiac surgery

I97.811 Intraoperative cerebrovascular infarction during other surgery

I97.820 Postprocedural cerebrovascular infarction during cardiac surgery

I97.821 Postprocedural cerebrovascular infarction during other surgery

Bij de codes uit de subcategorie I97.8, zal men een bijkomende code coderen om het type beroerte/cerebrovasculair accident weer te geven. De algemene codeerregel voor postoperatieve complicaties is dat wanneer de complicatiecode niet alle informatie weergeeft over de aandoening, dat men bijkomende codes gebruikt om die volledig weer te geven.

Aandoeningen geklasseerd onder de categorieën I00 tot I99 worden hernomen in de subcategorie O99.4, Diseases of the circulatory system complicating pregnancy, childbirth and the puerperium, wanneer ze zich voordoen tijdens de zwangerschap, de bevalling of het puerperium. Omdat de code O99.4- niet het type van de aandoening van het bloedvatenstelsel weergeeft, is het toepasselijk een bijkomende code erbij te zetten uit hoofdstuk 9 van de ICD-10-CM om beter te specificeren.

Sequellen van cerebrovasculaire aandoeningen

Codes uit de categorie I69, Sequelae of cerebrovascular disease, laten toe om beter de residuele effecten van cerebrovasculaire aandoeningen weer te geven. Deze "late gevolgen" omvatten de neurologische tekortkomingen die overblijven na het ontstaan van een cerebrovasculaire aandoening en die geklasseerd worden onder de categorieën I60 tot I67. Het vierde karakter geeft de oorzaak weer (bijvoorbeeld, niet traumatische subarachnoïdale bloeding, herseninfarct), zoals:

I69.0- Sequelae of nontraumatic subarachnoid hemorrhage

I69.1- Sequelae of nontraumatic intracerebral hemorrhage

I69.2- Sequelae of other nontraumatic intracranial hemorrhage

I69.3- Sequelae of cerebral infarction

I69.8- Sequelae of other cerebrovascular diseases

I69.9- Sequelae of unspecified cerebrovascular diseases

Het vijfde karakter geeft informatie over de neurologische afwijkingen (waarbij er sommige zelfs een zesde karakter hebben om bijkomende informatie weer te geven). Het vijfde karakter en de corresponderende neurologisch afwijkingen zijn de volgende:

0 Unspecified sequelae

1 Cognitive deficits

2 Speech and language deficits

3 Monoplegia of upper limb

4 Monoplegia of lower limb

5 Hemiplegia/hemiparesis

6 Other paralytic syndrome

9 Other sequelae (includes apraxia, dysphagia, facial weakness, ataxias, and other sequelae)

De codes voor de overige paralytische syndromen na een cerebrovasculaire aandoening (I69.06, I69.16-, I69.26-, I69.36-, I69.86-, en I69.96-) geven bijkomende instructies om extra codes te gebruiken om het type paralytisch syndroom weer te geven, zoals een inklemming 'locked in state'

(G83.5) of een quadriplegie (G82.5-). Er moet ook een bijkomende code gezet worden bij de codes I69.091, I69.161, I69.291, I69.391, I69.891, en I69.991 om weer te geven welk type dysfagie er aanwezig is, indien gekend natuurlijk. Bij de "overige sequellen van cerebrovasculaire aandoeningen" (codes I69.098, I69.198, I69.298, I69.398, I69.898, en I69.998), gebruikt men bijkomende codes om het type sequel te specificeren.

Codes uit de categorie I69 worden gebruikt voor de overige deficieten wanneer de patiënt nadien opgenomen worden. Zoals andere laat effect codes, wordt de categorie I69 slechts gebruikt wanneer ze relevant is voor de huidige zorgepisod. Code **Z86.73, Personal history of transient ischemic attack (TIA), and cerebral infarction without residual deficits**, zal eerder gebruikt worden dan een code uit de categorie I69 wanneer de patiënt een historiek heeft van een cerebrovasculair infarct of CVA zonder residuele afwijkingen, een historiek van een TIA, een historiek van een verlengde reversiebele ischemische neurologisch deficiet (PRIND), of een historie van een reversiebel ischemisch neurologisch deficiet (RIND). Codes uit de categorie I69 verschillen van de andere laat effect codes op twee manieren:

- Deze codes kunnen als hoofddiagnose gebruikt worden wanneer het gaat over een opname voor dit laat gevolg.
- Deze codes kunnen als nevendiagnose gebruikt worden wanneer er een nieuw CVA is en de sequellen van een vorige cerebrovasculaire aandoening nog aanwezig zijn. Hierdoor kan men een duidelijk onderscheid maken tussen de deficieten van het actuele CVA en deze van vroegere CVA's.

Anders dan bij andere late effecten, zijn de neurologische afwijkingen zoals een hemiplegie en een afasie tengevolge van een cerebrovasculair accident, meestal aanwezig vanaf het begin van de aandoening, en niet zozeer na een initiële periode waarbij de oorspronkelijke aandoening genezen is. Codeer elk neurologisch deficiet veroorzaakt door een CVA, zelfs al is ze verdwenen voor het ontslag uit het ziekenhuis. Bijvoorbeeld, een patiënt wordt opgenomen voor een subarachnoidale bloeding met afasie en hemiplegie die verdwenen zijn bij ontslag. Zelfs al zijn deze aandoeningen verdwenen bij ontslag, zal men toch het volgende coderen:

I60.9 Nontraumatic subarachnoid hemorrhage, unspecified
R47.01 Aphasia
G81.90 Hemiplegia

Noteer dat codes uit de categorie I69 niet gebruikt worden voor de sequellen van traumatische intracraniale letsels. Men zal hier codes uit de categorie S06, Intracranial injury, gebruiken met een zevende karakter "S" om aan te geven dat het om sequellen gaat.

OEFENINGEN 28.5

Codeer de volgende diagnoses

1. Verstopping van de rechter a. carotis interna met herseninfarct met matige hemiplegie die verdwenen is bij ontslag. I63.231+G81.90
2. Hemiplegie aan de rechter (dominante) zijde door een oude cerebrale trombose. I69.351
3. Opname voor de behandeling van een nieuw cerebraal embolus met herseninfarct met afasie die blijft bij ontslag (patiënt had hersenembolen één jaar voordien met residuele apraxie en dysfagie). (Sequelae) I63.40+R47.01+I69.390+I69.391
4. Herseninfarct door een trombose, met rechter hemiparese (dominant) en afasie. I63.30+G81.91+R47.01
5. Hersenembolus ter hoogte van de a. cerebri anterior. I66.11
6. Insufficiëntie van de vertebrobasilaire arteriën. G45.0
7. Opname voor revalidatie omwille van een monoplegie van de rechter arm en het linker been, telkens de dominante zijde (patiënt had één maand voordien een niet traumatisch extradurale bloeding) (Sequelae) I69.931+I69.241
8. Quadriplegie door het springen van een 'bes' aneurysma vijf jaar geleden. I69.265+G82.50

HYPERTENSIE

ICD-10-CM klasseert de hypertensie volgens het type, de essentiële of primaire hypertensie (code I10) en de secundaire hypertensie (categorie I15). Categorieën I10 tot I13 klasseren de primaire hypertensie volgens hiërarchie, van vasculaire oorzaak (I10) tot de betrokkenheid van het eindorgaan zoals het hart (I11), het chronisch nierlijden (I12) of gecombineerd met hart en nieraandoeningen

(I13). Essentiële hypertensie wordt ook beschreven als hoge bloeddruk, primaire hypertensie, hypertensieve vaataandoeningen, of systeem (algemene) hypertensie.

Primaire, voorbijgaande en secundaire hypertensie

Maligne hypertensie is een plots en snel opkomende extreem hoge bloeddruk. De onderdruk (diastolisch) die normaal rond de 80mmHg ligt, is meestal boven de 130mmHg. Zonder behandeling zal maligne hypertensie tot congestief hartfalen, hypertensieve encefalopathie, intracerebrale bloeding, uremie en zelfs tot de dood leiden.

De term 'goedaardige hypertensie' verwijst naar een milde hypertensie over langere duur ontstaan en chronisch. Maligne hypertensie wordt meestal correct omschreven in de diagnostiek, terwijl niemand spreekt van goedaardige (benigne) hypertensie. Vanuit ICD-10-CM codeerperspectief zal een hypertensie die beschreven staat als snel opkomend, goedaardig, essentieel, idiopathisch, maligne, of algemeen (systemisch) gecodeerd worden met de code **I10, Essential (primary) hypertension**.

Soms beschrijft men de hypertensie als onder controle of niet onder controle. Oncontroleerbare hypertensie kan betekenen dat er een status van hypertensie is die onder behandeling staat. Anderzijds kan oncontroleerbare hypertensie ook betekenen dat het gaat om een niet behandelde hypertensie of een hypertensie die niet reageert op de huidige hypertensiebehandeling. Of de hypertensie nu gecontroleerd of ongecontroleerd is heeft geen enkel effect op de keuze van de code. Gebruik de toepasselijke code uit de categorie I10 tot I15, Hypertensive disease.

Wanneer het gaat om een voorbijgaande hypertensie, gebruikt men de code **R03.0, Elevated blood pressure reading without diagnosis of hypertension**, tenzij de patiënt de diagnose hypertensie krijgt. Voorbijgaande hypertensie tijdens de zwangerschap codeert men met de code **O13.-, Gestational [pregnancy-induced] hypertension without significant proteinuria** of **O14.-, Pre-eclampsie**.

Secundaire hypertensie (categorie I15) is het gevolg van een andere aandoening of onderliggende oorzaak. Wanneer de oorzaak van de hypertensie behandeld kan worden of redelijk onder controle gebracht kan worden, zal de secundaire hypertensie stabiliseren of zelfs verdwijnen. Er zijn twee codes nodig om secundaire hypertensie te coderen: één voor het onderliggende lijden en één uit de categorie I15 om de secundaire hypertensie weer te geven. De volgorde van deze codes is afhankelijk van de reden tot opname. Bijvoorbeeld:

M32.10+I15.8 Hypertensie tengevolge van een systeem lupus erythematosus
I15.2+E22.0 Opname voor de behandeling van de hypertensie die het gevolg is van een acromegalie.

Beschrijvingen als hypertensie 'onder controle' of als 'historiek van' betekenen meestal dat men hypertensie heeft die weliswaar onder controle staat door continue therapie. De codeerder zal in het dossier nagaan of de patiënt nog onder hypertensie behandeling staat; indien ja, gebruikt men de toepasselijke code uit de categorie I10 tot I15.

Sommige artsen diagnosticeren slechts een 'hypertensieve urgentie', zonder verdere specificatie. Wanneer er enkel 'hypertensieve urgentie' staat moet men de arts vragen over welk type hypertensie het dan wel gaat. Als die hypertensie dan nog niet verder gespecificeerd wordt (bijvoorbeeld niet als essentieel of secundair) codeert men **I10, Essential hypertension**. De codeerder wordt verwezen naar "See hypertension" wanneer men zoekt op "urgency, hypertensive" in de alfabetische index.

HYPERTENSIEVE HARTAANDOENINGEN

Bepaalde hartaandoeningen worden ondergebracht onder de categorie I11, Hypertensive heart disease, wanneer zij zeker of vermoedelijk veroorzaakt worden door hypertensie. Hypertensieve hartaandoeningen zijn bijvoorbeeld het hartfalen, de myocarditis, de cardiomegalie, de cardiovasculaire aandoeningen, en de degeneratie van het myocardium. Categorie I11 vraagt een vijfde karakter om aan te geven of er al dan niet hartfalen aanwezig is. Er moet bovendien een bijkomende code uit de categorie I50 gebruikt worden om het type hartfalen te specificeren, indien gekend.

Een oorzaak-gevolg tussen de hypertensie en de hartaandoening mag niet verondersteld worden, vandaar dat de diagnostiek correct moet nagelezen worden. Wanneer binnen de diagnoses beide aandoeningen genoteerd staan zonder enige indicatie over oorzaak-gevolg, dan zullen beide aandoeningen afzonderlijk gecodeerd worden, met een volgorde die bepaald wordt door de reden voor het verblijf/contact in/met het ziekenhuis. Voorbeelden:

| | |
|-------------|---|
| I11.0+I50.9 | Congestief hartfalen door hypertensie |
| I11.0+I50.9 | Hypertensieve hartaandoening met congestief hartfalen |
| I50.9+I10 | Congestief hartfalen met hypertensie |

Er wordt een causaal verband verondersteld voor een hartaandoening wanneer zij het gevolg is van een andere aandoening die op zich gediagnosticeerd wordt als een hypertensieve hartaandoening. Bijvoorbeeld:

| | |
|-------------|---|
| I11.0/I50.9 | Hypertensieve myocarditis met congestief hartfalen |
| I11.0+I50.9 | Hypertensieve cardiovasculaire aandoening met congestief hartfalen. |

De codeerder zal het patiëntendossier grondig nalezen om aandoeningen zoals coronaire arteriosclerose of chronische coronaire insufficiëntie die aanwezig zijn, met een nevendiagnose te coderen.

HYPERTENSIE EN CHRONISCH NIERLIJDEN

Wanneer er zowel een hypertensie als een chronisch nierlijden gediagnosticeerd wordt of een renale sclerose, zal ICD-10-CM veronderstellen dat er een oorzaak-gevolg relatie is en codeert men dit met de categorie I12, Hypertensive chronic kidney disease (in tegenstelling met de hypertensie en de hartaandoeningen). De oorzaak-gevolg relatie moet niet expliciet in het dossier vermeld worden. Een vierde karakter wordt gebruikt in de categorie I12 om het stadium van het chronisch nierlijden weer te geven. De toepasselijke code uit categorie N18 wordt nevendiagnose om dit stadium weer te geven.

Noteer dat binnen de categorie I12 het niet gaat over acuut nierfalen, dat en totaal verschillende aandoening is dan het chronisch nierlijden en dat niet veroorzaakt wordt door hypertensie. Nieraandoeningen die niet als hypertensieve chronische nieraandoeningen beschreven worden kunnen al dan niet hypertensief zijn; als de arts de relatie beschrijft zal men enkel de gecombineerde code gebruiken voor het hypertensief chronisch nierlijden. Voorbeelden van hypertensief chronisch nierlijden zijn:

| | |
|-------------------|---|
| I12.9 | Hypertensive nephropathy, benign |
| I12.9 | Hypertensive nephrosclerosis |
| I12.9+N18.3 | Accelerated hypertension with chronic kidney disease stage 3 |
| <u>N17.2</u> +I10 | Acute kidney failure with renal papillary necrosis and hypertension |

HYPERTENSIEVE HART EN CHRONISCHE NIERAANDOENINGEN

De codes uit categorie I13, Hypertensive heart and chronic kidney disease, zijn combinatiecodes die zowel de hypertensie, de hartaandoeningen en het chronisch nierlijden omvatten. De inclusie nota bij de categorie I13 zegt dat de aandoeningen uit categorie I11 en I12 ook vervat zitten in I13. Om die reden zal men voor een patiënt die hypertensie, hartaandoeningen, en chronisch nierlijden heeft enkel de code I13 gebruiken en niet individuele codes voor de hypertensie, de hartaandoeningen en het chronisch nierlijden of de codes I11 of I12.

Vierde en vijfde karakters geven aan of er al dan niet hartfalen aanwezig is of geven het stadium van het chronisch nierfalen weer. We veronderstellen opnieuw een relatie tussen de hypertensie en het chronisch nierlijden, ook al wordt die niet expliciet beschreven. Indien er hartfalen aanwezig is codeert men ook een code uit de categorie I50 om het type hartfalen weer te geven. De toepasselijke code uit de categorie N18, Chronic kidney disease, wordt als nevendiagnose gezet, met een code uit de categorie I13 om het stadium van het nierlijden weer te geven. Patiënten die zowel acuut als chronisch nierfalen hebben zullen een bijkomende code krijgen voor het acuut nierfalen.

Indien de diagnostiek zegt dat zowel de hypertensie als de diabetes verantwoordelijk zijn voor het chronisch nierlijden, zal men de toepasselijke code uit de categorie I12 coderen samen met een code uit de categorie E08 tot E13, met een vijfde karakter '2', om weer te geven dat het gaat om een diabetes met niercomplicaties. De volgorde van de codes kan zelf gekozen worden. Er moet wel een

bijkomende code gecodeerd worden om het stadium van het chronisch nierlijden (N18.-) weer te geven, indien gekend.

HYPERTENSIE MET ANDERE AANDOENINGEN

Niettegenstaande hypertensie vaak samen gaat met andere aandoeningen of andere aandoeningen verslechtert, voorziet ICD-10-CM hiervoor geen combinatiecodes. Die aandoeningen moeten dus afzonderlijk gecodeerd worden om een zo volledig mogelijk beeld te krijgen over de pathologie.

Bijvoorbeeld:

| | |
|--------------------|---|
| <u>I70.0</u> +I10 | Atherosclerose van de aorta met essentiële hypertensie |
| <u>I25.10</u> +I10 | Coronaire atherosclerose en algemene hypertensie |
| <u>I25.10</u> | Arteriosclerotische hartaandoening |
| <u>I25.10</u> +I10 | Arteriosclerotische hartaandoening met essentiële hypertensie |

Hypertensieve cerebrovasculaire aandoeningen

Voor een hypertensieve cerebrovasculaire aandoening, codeert men eerst de toepasselijke code uit de categorieën I60 tot I69, gevolgd door de toepasselijke hypertensie code (I10-I15).

Hypertensieve retinopathie

Subcategorie H35.0, Background retinopathy and retinal vascular changes, samen met een code uit de categorie I10-I15, Hypertensieve aandoeningen, om de algemene hypertensie weer te geven. De volgorde is afhankelijk van de reden voor het contact.

OEFENINGEN 28.6

Codeer de volgende diagnoses

1. Linker hartfalen met hypertensie I50.9+I10
2. Hypertensieve cardiomegalie I11.9
3. Congestief hartfalen I50.9
Cardiomegalie I51.7
Hypertensie I10
4. Acut congestief diastolisch hartfalen tengevolge van hypertensie I11.0+I50.31
5. Hypertensief hartlijden, myocard degeneratie I11.9
6. Acute cerebrovasculaire insufficiëntie I67.81
7. Cerebrale trombose I66.9
Matige arteriële hypertensie I10
8. Arteriosclerotische cerebrovasculaire aandoening I67.2
Primaire hypertensie I10
9. Chronische coronaire insufficiëntie I25.89
Essentiële hypertensie I10
10. Acute coronaire insufficiëntie I24.8
Hypertensieve hartaandoeningen I11.9

HYPERTENSIE TIJDENS ZWANGERSCHAP, BEVALLING, EN PUERPERIUM

Hypertensie tijdens de zwangerschap, de bevalling of het puerperium wordt aanzien als een complicatie tenzij de arts het specifiek anders bevestigt. De aandoening omvat zowel de reeds vooraf bestaande hypertensie als de voorbijgaande hypertensie tijdens zwangerschap of de hypertensie die ontstaat gedurende de zwangerschap. Hypertensie die de zwangerschap, de bevalling en het puerperium compliceert wordt herhaald in de categorieën O10 tot O11 en O13 tot O16 (Zie hoofdstuk 24 van dit handboek).

VERHOOGDE BLOEDDRUK VERSUS HYPERTENSIE

De bloeddruk varieert in de tijd en heeft de neiging te stijgen met de leeftijd. Daarom moet de diagnose hypertensie gesteld worden op een reeks metingen, eerder dan één enkele. De diagnose van verhoogde bloeddruk, zonder diagnose van hypertensie, wordt gecodeerd met de code R03.0.

Die code wordt nooit toegekend op basis van genoteerde bloeddrukken in het patiëntendossier; de arts moet expliciet vermelden dat het hier gaat om een verhoogde bloeddruk.

De echte postoperatieve hypertensie wordt geklasseerd als een complicatie van chirurgie met de code **I97.3, Postprocedural hypertension**. Dikwijls bedoelt men met een postoperatieve hypertensie de verhoogde bloeddruk die patiënt heeft omwille van de agitatie of de inadequate pijnbestrijding en dan wordt dit gecodeerd met de code R03.0.

Wanneer de patiënt gekend was voor hypertensie, zal enkel een code uit de categorieën I10 tot I13 gebruikt worden; noch de reeds aanwezige hypertensie als de voorbijgaande verhoogde bloeddruk worden gecodeerd als een postoperatieve complicatie. Elke andere diagnose van voorbijgaande hypertensie, met uitzondering deze tijdens de zwangerschap, of een diagnose van postoperatieve hypertensie die niet duidelijk in het patiëntendossier beschreven wordt, moet bevestigd worden aan de arts om uit te maken of het nu gaat om een verhoogde bloeddruk dan wel om een echte hypertensie.

ATHEROSCLEROSE VAN DE EXTREMITETEN

Atherosclerose van de oorspronkelijke arteriën van de extremiteiten worden geklasseerd in de subcategorie I70.2. Het vijfde karakter dat gebruikt wordt in de subcategorie I70.2, Atherosclerosis of native arteries of the extremities, geven de progressie van de ziekte weer:

- code I70.21- beschrijft de atherosclerose van de extremiteiten met intermitterende claudicatio
- code I70.22- beschrijft de aanwezigheid van rustpijn; zij omvat ook elke intermitterende claudicatio
- codes I70.23-, I70.24-, en I70.25- beschrijven de aandoeningen die reeds tot ulceratie geëvolueerd zijn; zij omvatten elke rustpijn en/of intermitterende claudicatio. Code L97._ wordt gebruikt samen met I70.23- en I70.24-, en code L98.49- wordt gebruikt samen met I70.25-, om de ernst van het ulcus weer te geven.
- code I70.26- beschrijft de aanwezigheid van gangreen; zij omvat alle voorgaande aandoeningen. Code L98.49- wordt als bijkomende code gecodeerd om de ernst van het ulcus weer te geven, indien van toepassing.

Atherosclerose van de extremiteiten waarbij enten gebruikt werden wordt gecodeerd met codes I70.3- tot I70.7), als volgt:

- I70.3- Unspecified graft
- I70.4- Autologous vein bypass graft
- I70.5- Nonautologous biological bypass graft
- I70.6- Nonbiological bypass graft
- I70.7- Other type of bypass graft

Codes van I70.3- tot I70.7- bevatten bijkomende karakters om dezelfde voortschrijding van de ziekte weer te geven zoals bij subcategorie I70.2, Atherosclerosis of native arteries of the extremities, namelijk de intermitterende claudicatio, de rustpijn, de ulceratie, en het gangreen.

Een chronische totale occlusie van een arterie van de extremiteiten (I70.92) ontstaat wanneer een harde verkalkte plaque zich ophooft in een arterie over een langere tijd, waarbij de bloedstroom significant vermindert. Ongeveer 40% van de patiënten met perifere vasculaire aandoeningen starten met gedeeltelijke verstoppingen, die stilaan progresseren naar een chronische volledige verstopping. De behandeling met een angioplastie en stenting is veel moeilijker omdat het doorduwen van de katheter doorheen een volledig gesloten bloedvat uiterst moeilijk is.

Code I70.92 zal als bijkomende code bij de subcategorie I70.2 tot I70.7 gebruikt worden, wanneer een chronische totale occlusie aanwezig is bij arteriosclerose van de extremiteiten. Een acute totale occlusie van een perifere slagader codeert men met de codereeks I74.2-, I74.3-, en I74.4-.

LONGEMBOOL

Een embolus is een bloedklonter dat meestal ontstaat in de venen van de benen (diepe veneuze trombose, of DVT). Emboli kunnen loskomen en zich verplaatsen doorheen het lichaam naar andere organen. Een longembolus is dus een bloedklonter die zich vastzet in de longen, de longarteriën geraken verstopt en de bloedstroom wordt gereduceerd in zowel de longen als het hart. Longemboli

kunnen zowel acuut als chronisch zijn (langdurig over een periode van weken, maanden of jaren). In de meeste gevallen zullen acute pulmonaire embolen geen chronische aandoening veroorzaken omdat het lichaam mechanismen heeft om die bloedklonters af te breken.

Een acuut embolus wordt doorgaans behandeld met anticoagulantia (bijvoorbeeld, intraveneus heparine en warfarine of orale Coumadine) die de klonters oplossen en andere verhinderen om zich te vormen. Bij acute longembolen geeft men de anticoagulantia-therapie gedurende drie tot zes maanden. De behandeling wordt gestopt wanneer het embolus opgelost is. Een andere behandeling is een zeef in de vena cava. Deze zeef filtert het bloed vooraleer het terug naar het hart en de longen komt tot het longembolus opgelost is.

Een Tulip® Vena Cava Filter wordt gebruikt bij gevallen van recente longembolen en proximale DVT met een contra-indicatie voor anticoagulantia-therapie, en als profylaxe na een trauma. Wanneer een vena cava filter slechts tijdelijk gebruikt wordt vermijdt men de complicaties van de permanente filters (bijvoorbeeld, trombose, migratie, vena cava inferior verstopping of perforatie, filterbreuk of fragmentatie, en verhoogd risico op DVT). De Tulip® Vena Cava Filter bestaat uit een vierpotige conus. Aan de basis van elke poot is er een haakje waarmee de zeef vast gezet wordt. Het filtergaas is zo geweven dat het lijkt op bloemblaadjes van de tulp, vandaar de naam. Een haak aan de top wordt gebruikt om het te verwijderen, maar kan ook gebruikt worden om permanent vast te zetten bij trombo-embolische aandoeningen. Bijvoorbeeld:

- Een patiënt met een longembolus (I26.99) wordt opgenomen voor het plaatsen van bilaterale femorale 'tulip' filters. Code **06H03DZ, Insertion of intraluminal device into inferior vena cava, percutaneous approach**, wordt gebruikt voor de plaatsing van de femorale 'tulip' filters.

Acute pulmonaire embolen staan geklasseerd onder de categorie I26, Pulmonary embolism, met een vierde karakter om aan te geven of er een acuut cor pulmonale aanwezig is, en een vijfde karakter om te zeggen of het om een septisch longembolus gaat. Code **I26.99, Other pulmonary embolism without acute cor pulmonale**, wordt gebruikt voor het acuut longembolus zonder verdere specificaties. Code **I27.82, Chronic pulmonary embolism**, wordt gebruikt voor de chronische en terugkerende longembolen. Bij de code I27.82 codeert men de code **Z79.01, Long-term (current) use of anticoagulants**, om aan te geven dat er langdurig anticoagulantia wordt gegeven. Wanneer het longembolus volledig opgelost is en de arts spreekt van een historiek van longembolen, codeert men **Z86.711, Personal history of pulmonary embolism**.

ZADELEMBOLUS

Zadelembolen zijn een van meest ernstigste en levensbedreigende embolen die er bestaan. De overleving van de patiënt hangt af van de snelle diagnostiek en behandeling. De aorta is de meest frequente plaats voor een zadelembolus, maar zij kunnen ook voorkomen op andere plaatsen, zoals de a. pulmonalis ter hoogte van de splitsing van de truncus pulmonalis en zich verder uitbreiden in de rechter en linker pulmonale arteriën. De behandeling bestaat uit verschillen methoden, zoals intraveneus heparine, intraveneus weefsel plasminogeen activator (TPA), en/of trombectomie. Volgende codes worden gebruikt: zadelembolus van de arteria pulmonalis met acuut cor pulmonale (I26.02), zadelembolus van de arteria pulmonalis zonder acuut cor pulmonale (I26.92), zadelembolus van de abdominale aorta (I74.01), en andere arteriële embolen en trombosen van de abdominale aorta (I74.09)

THROMBOSE EN THROMBOFLEBITIS

VAN DE ADERS VAN DE EXTREMITATEN

Diepe veneuze trombose en tromboflebitis zijn twee verschillende processen die samen aanwezig kunnen zijn. Een patiënt kan een trombus krijgen met en zonder ontsteking (inflammatie). De diagnose van een trombose van de aders betekent dat een klonters gevormd werd; de diagnose van tromboflebitis betekent dat de klonters ontstoken is. Wanneer zowel een trombose als een tromboflebitis wordt gediagnosticeerd ter hoogte van de onderste extremiteiten, codeert men enkel de codes uit de subcategorieën I82.4-, Acute embolism and thrombosis of deep veins of lower extremity; I82.5-, Chronic embolism and thrombosis of deep veins of lower extremity; en I82.81-, Embolism and thrombosis of superficial veins of lower extremities.

Tromboflebitis van de extremiteiten staan ingedeeld volgens de venen die aangetast zijn, als volgt:

- 180.0- Superficial vessels of lower extremities
- 180.1- Femoral vein
- 180.20- Unspecified deep vessels of lower extremities
- 180.21- Iliac vein
- 180.22- Popliteal vein
- 180.23- Tibial vein
- 180.29- Other deep vessels of lower extremities
- 180.3- Lower extremities, unspecified
- 180.8 Other
- 180.9 Unspecified site

Diepe veneuze trombose, ook wel veneus trombo-embolisme genoemd, is een bloedklonter in een grote vene. DVT komt vooral voor in de venen van de onderste ledematen, maar kan ook voorkomen in de venen van de bovenste extremiteiten. Door het gebruik van allerlei veneuze katheters als toegangspoorten, is er een verhoogd risico voor het ontwikkelen van DVT in de bovenste ledematen, zoals de v. axillaria, de v. subclavia, of de v. brachiocefalica. DVT treedt ook op na orthopedische heilkunde, pelviene/abdominale heilkunde, of langdurige inactiviteit (bijvoorbeeld, lange afstandsvluchten, bedlegerigheid door een letsel of ziekte, paralyse). Sommige individuen hebben een voorbeschiktheid voor het vormen van bloedklonters door afwijkingen in de bloedstolling (bijvoorbeeld, factor V mutatie, proteïne C of S deficiëntie, lupus).

De behandeling bestaat uit anticoagulantia om verdere klontervorming te voorkomen of klonteroplossende medicatie. In het ziekenhuis zal doorgaans heparine intraveneus toegediend worden. In sommige gevallen wordt een filter geplaatst in de vena cava zodat embolen of klonters verhinderd worden om naar het hart en de longen te migreren. Na het ontslag, zal de anticoagulantia therapie zeker nog drie tot zes maanden thuis worden doorgegeven (of langer zelfs). Hoog risico patiënten kunnen zelfs levenslang op anticoagulantia therapie gezet worden.

Veneuze embolen en trombose kunnen zich voordoen in de diepe als de oppervlakkige vaten, ze kunnen acuut of chronisch, met terugkomende periodes zijn. Terugkerende diepe veneuze trombose kan voorkomen worden door het profylactisch toedienen van anticoagulantia, het dragen van elastische kousen tegen veneuze stase, en het intermitterend pneumatisch comprimeren van de benen. Wanneer een DVT volledig opgelost is en arts spreekt van een historie van DVT, codeert men de code **Z86.718, Personal history of other venous thrombosis and embolism**.

ICD-10-CM klasseert het veneus embol en de trombose onder de categorie I82, Other venous embolism and thrombosis, volgens de vene die aangetast is, met verdere indeling volgens het acute of chronische karakter, als volgt:

- I82.0 Budd-Chiari syndrome
- I82.1 Thrombophlebitis migrans
- I82.2- Vena cava and other thoracic veins
- I82.3 Renal vein
- I82.4- Deep veins of lower extremity (acute)
- I82.5- Deep veins of lower extremity (chronic)
- I82.6- Veins of upper extremity (acute)
- I82.7- Veins of upper extremity (chronic)
- I82.a- Axillary vein (acute and chronic)
- I82.b- Subclavian vein (acute and chronic)
- I82.c- Internal jugular vein (acute and chronic)
- I82.81- Superficial veins of lower extremities
- I82.89- Other specified veins (acute and chronic)
- I82.9- Unspecified veins

Code **Z79.01, Long-term (current) use of anticoagulants**, wordt samen met de codes uit de subcategorieën I82.5 en I82.7 gebruikt om het langdurig gebruik van anticoagulantia weer te geven.

Athero-embolisme is verschillend van atherosclerose, trombose, of embolisme. Bij trombose en embolisme gaat het over echte bloedklonters, terwijl het bij athero-embolisme het gaat over

cholesterolkristallen uit atheromatueze plaques in vaten zoals de aorta of de nierslagader. Athero-embolie komt het frequentst voor in de extremiteiten. Categorie I75 wordt gebruikt om dit athero-embolie te coderen.

ANDERE VASCULAIRE AANDOENINGEN

Over het algemeen gelden de algemene codeerregels die van toepassing zijn doorheen de ICD-10-CM ook voor de andere secties van het hoofdstuk cardiovasculaire aandoeningen, die verder niet besproken worden in dit handboek.

OEFENINGEN 28.7

Codeer de volgende diagnoses en procedures.

1. Bloedende derdegraad hemorroïden waarvoor een hemorroïdectomie. Stase ulcus ter hoogte van de linker onderste extremiteit. K64.2+I83.029+O6BY0ZC
2. Chronische veneus embolie en trombose van de vena subclavia onder langdurige Coumadine therapie. Chronische orthostatische hypotensie. I82.B23+Z79.01+I95.1
3. Arteriosclerose van de benen met intermitterende claudicatio. I70.213
4. Septisch embool ter hoogte van de a. pulmonalis door een Stafylococcus aureus spesis. Flebitis van de v. saphena ter hoogte van het rechter been. A41.0+I26.90+I80.01
5. Pulmonale hypertensie. I27.0
6. Het syndroom van Raynaud met gangreen. I73.01
7. Oesofagale varices die bloeden. I85.01
8. Bloedende oesofagale varices door portale hypertensie. Endoscopisch afbinden van de oesofagale varices. K76.6+I85.11+O6L34ZZ
9. Arteriosclerotisch ulcus met gangreen aan het linker onderbeen. I70.262+L97.929
10. Patiënt wordt opgenomen met acute hoofdpijn en visus problemen; de toestand verslechtert zeer snel, en de patiënt overlijdt enkele uren na opname. De uiteindelijke diagnose is een gesprongen 'bes' aneurysma. I60.7
11. Een aneurysma dissecans ter hoogte van de aorta thoracica. Dit wordt uitgesneden en de uiteinden worden geanastomoseerd (open toegangsweg). I71.01+O2BW0ZZ

STATUS Z CODES

ICD-10-CM beschikt over verschillende Z codes om aan te geven dat een patiënt een historiek heeft van bepaalde aandoeningen van het bloedsomloopstelsel. Zoals:

- Z94.1 Status van een hart transplant
- Z95.0 De aanwezigheid van een pacemaker
- Z95.1 De aanwezigheid van een aortocoronaire bypass
- Z95.2 De aanwezigheid van een hartklepprothese
- Z95.3 De aanwezigheid van een xenogene hartklep (dierlijke oorsprong)
- Z95.4 De aanwezigheid van andere kunstmatige hartkleppen
- Z95.5 De aanwezigheid van coronaire angioplastie implantaten en enten
- Z95.8 De aanwezigheid van andere hart en vasculaire implantaten en enten
- Z95.810 De aanwezigheid van een automatische (geïmplanteerde) hartdefibrillator
- Z95.811 De aanwezigheid van een hart ondersteunend toestel
- Z95.812 De aanwezigheid van een volledig geïmplanteerd kunstmatig hart
- Z95.818 De aanwezigheid van andere cardiale implantaten en enten
- Z95.82 De aanwezigheid van andere vasculaire implantaten en enten
- Z95.820 Status na perifere vasculaire angioplastie met implantaten en enten
- Z95.828 De aanwezigheid van andere vasculaire implantaten en enten

Deze codes worden enkel als nevendiagnose gebruikt en worden enkel gecodeerd wanneer ze de patiëntenzorg beïnvloed tijdens de huidige opname episode.

PROCEDURE OP HET BLOEDSOMPLOOPSTELSEL

Er bestaan verschillende complexe testen om het bloedsomloopstelsel te evalueren, en verschillende intensieve procedures om aandoeningen van het bloedsomloopstelsel te behandelen. De coronaire

bypassen, die toegepast worden bij patiënten met een ernstige verstopping van de coronaire arteriën, werden uitgebreid met minder invasieve procedures, zoals de angioplastie. Bepaalde van die onderzoeken en procedures worden hieronder beschreven.

Intravasculaire beeldvorming

Dit is een nieuwe beeldvormingstechniek voor de diagnosestelling van intravasculaire letsels. Bij deze procedure gebruikt men een katheter waarbij door ultrasone geluiden een beeld kan gevormd worden van de binnenkant van de bloedvaten. De codes voor de intravasculaire beeldvormingstechnieken vindt men terug in de 'Beeldvorming Sectie'; lichaamsstelsel "bovenste arteriën", "onderste arteriën", of "venen"; kernprocedure "ultrasonografie" en qualifier "intravasculair", zoals aangetoond in het voorbeeld hieronder:

| Karakter 1 Sectie | Karakter 2 Lichaamsstelsel | Karakter 3 Kernprocedure | Karakter 4 Lichaamsdeel | Karakter 5 Contrast | Karakter 6 Qualifier | Karakter 5 Qualifier |
|---------------------------|--|-----------------------------|----------------------------|------------------------|-------------------------|-------------------------|
| B | 4 | 4 | 0 | Z | Z | 3 |
| Beeldvorming (Imaging) | Onderste arteriën (lower arteries) | Ultrasonografie | Aorta abdominalis | Geen | Been | Intravasculair |

Andere voorbeelden van codes voor intravasculaire beeldvormingstechnieken zijn:

| | |
|---------|---|
| B343ZZ3 | Ultrasonografie van de rechte a. carotis communis, intravasculair |
| B344ZZ3 | Ultrasonografie van de linker a. carotis communis, intravasculair |
| B345ZZ3 | Ultrasonografie van de bilaterale a. carotis communis, intravasculair |
| B340ZZ3 | Ultrasonografie van de aorta thoracica, intravasculair |
| B341ZZ3 | Ultrasonografie van de rechter a. brachiocefalica – subclavia, intravasculair |
| B34JZZ3 | Ultrasonografie van de arteriae van de linker bovenste extremiteiten, intravasculair |
| B240ZZ3 | Ultrasonografie van één enkele coronaire arterie, intravasculair |

Diagnostische hartkatheterisatie

Hartkatheterisatie is een invasieve diagnostische procedure om een cardiovasculaire aandoening te diagnosticeren en er de ernst van te bepalen. De procedure bestaat uit intracardiale en intravasculaire drukmetingen, de optekening van electrocardiografische pulsen, het afnemen van bloedmonsters om de bloedgaswaarden te meten, en de meting van de 'cardiac output'. Er zijn verschillende onderzoeken waarbij men ook hartkatheters gebruikt, maar die worden niet als diagnostische hartkatheterisatie bestempeld tenzij er een duidelijk rapport is dat alle hierboven beschreven metingen aanwezig zijn.

ICD-10-PCS klasseert de hartkatheterisaties onder de 'Metingen en Monitoring Sectie (Measurement and Monitoring Section)'; het lichaamsstelsel "physiological systems"; de functie/ het materiaal (6^{de} karakter) "sampling and pressure"; en de qualifier die aangeeft of het gaat om een het linker hart, het rechter hart, of bilateraal, zoals hieronder aangegeven.

| Karakter 1 Sectie | Karakter 2 Lichaamsstelsel | Karakter 3 Kernprocedure | Karakter 4 Lichaamsdeel | Karakter 5 Contrast | Karakter 6 Qualifier | Karakter 5 Qualifier |
|---|---|-----------------------------|----------------------------|------------------------|---|-------------------------|
| 4 | A | 0 | 2 | 3 | N | 7 |
| Meten en monitoren (Measurement and monitoring) | Fysiologische systemen (Physiological systems) | Meten (measurement) | Hart (cardiac) | Percutaan | Sampling and pressure (monsterafname en drukmetingen) | Linker hart |

Andere voorbeelden van hartkatheterisatie codes zijn:

| | |
|---------|--|
| 4A023N8 | Measurement of cardiac sampling and pressure, bilateral, percutaneous approach |
| 4A023N6 | Measurement of cardiac sampling and pressure, right heart, percutaneous approach |
| 4A020N7 | Measurement of cardiac sampling and pressure, left heart, open approach |

Angiocardiografie

Cardiale angiografie is een diagnostisch onderzoek gewoonlijk uitgevoerd met een diagnostische hartkatheterisatie. 'Ergovine' provocatietesten worden dikwijls uitgevoerd samen met een coronaire arteriografie om zo coronaire spasmen op te sporen en dit zit in de code van het coronair arteriogram. Angiografiën en arteriografiën worden geklasseerd in de ICD-10-PCS in de 'Beeldvorming Sectie (Imaging Section)'; de kernprocedure "conventionele radiografie (Plain radiography)" of "Fluoroscopie", afhankelijk welke beeldvorming er uitgevoerd wordt; met een karakter voor het lichaamsdeel, het bloedvat dat onderzocht wordt en welk soort contrast er gebruikt wordt (hoog osmolair, laag osmolair, of ander contrast). Voor cardiale angiografieën maakt ICD-10-PCS een onderscheid binnen het lichaamsdeelkarakter tussen één of meerdere coronairen en of de procedure uitgevoerd wordt op een coronaire bypass. Bijvoorbeeld:

| | |
|---------|--|
| B2120ZZ | Fluoroscopy of single coronary artery bypass graft using high osmolar contrast |
| B211YZZ | Fluoroscopy of multiple coronary arteries using other contrast |
| B2061ZZ | Plain radiography of right and left heart using low osmolar contrast |

Intraoperatieve fluorescentie vasculaire angiografie

Intraoperatieve fluorescentie vasculaire angiografie is een nieuwe beeldvormingstechniek die toelaat real-time evaluatie te krijgen van de coronaire bloedvaten en de hartkamers gedurende een coronaire bypass (CABG) procedure. Dit wordt gebruikt om de kwaliteit van de anastomose en de doorgankelijkheid van de ent te beoordelen met resultaten die gelijkwaardig zijn aan een selectieve coronaire arteriografie en hartkatheterisatie. Deze nieuwe beeldvormingstechniek kan snel uitgevoerd worden met het gebruik van vrij onschuldig contrastmateriaal. Deze procedure staat in de ICD-10-PCS geklasseerd onder de conventionele angiografiën met fluoroscopie maar verschillen door het gebruik van de qualifier "laser" in het zesde karakter en de qualifier "intraoperatief" in het zevende karakter. Bijvoorbeeld, vergelijk deze codes met de twee fluoroscopievoorbeelden hierboven onder de angiocardiografie:

| | |
|---------|--|
| B212010 | Fluoroscopy of single coronary artery bypass graft using high osmolar contrast, laser intraoperative |
| B211Y10 | Fluoroscopy of multiple coronary arteries using other contrast, laser intraoperative |

Intraoperatieve fluorescentie vasculaire angiografie (IFVA) wordt ook gebruikt voor niet coronaire toepassingen, zoals ingrepen voor borsttumoren, pediatrie micro- en reconstructieve chirurgie, en andere types van weefselherstel. Daarnaast, zal IFVA niet alleen de coronaire vaten visualiseren maar ook de bloedperfusie van de hartspier visualiseren tijdens een ingreep, zodat de chirurgen met succes een transmyocardiale revascularisatie (TMR) kunnen uitvoeren.

Elektrofysiologische stimulaties en onderzoeken

Elektrofysiologische stimulaties en onderzoeken, ook wel EFO onderzoeken genoemd, zijn een onderdeel van de diagnostiek en de behandeling van patiënten met ventriculaire tachycardie of ventriculaire fibrillatie, beide zijn een vorm van hartaritmie die een verhoogd risico op overlijden hebben. Soms wordt de bundel van HIS elektrocardiografisch onderzocht als een onderdeel van de EFO onderzoeken. Het elektrocardiografisch onderzoek van de bundel van HIS is een onderzoek dat de elektronische activiteit meet in dat deel van het hart dat het hartritme (de contracties) regelt.

EFO onderzoeken worden uitgevoerd bij patiënten die een onverklaarbare syncope en hartkloppingen of supraventriculaire tachycardie hebben. De procedure bestaat uit het inbrengen van een katheter – een dunne buigzame buis – die gekoppeld is aan elektroden, in de bloedbaan, vaak vanuit de lies of de hals, en die doorgeschoven wordt naar het hart. Eens de katheter zich in het hart bevindt, zowel percutaan als via een insnede, worden er speciale elektrofysiologische katheters erin opgeschoven onder fluoroscopie. Wanneer die katheters het hart bereiken zullen die kathetertoppen elektrische pulsgegevens verzamelen. Op deze wijze kan men het defect meten en lokaliseren. Tijdens deze 'elektrische mapping' zal de aritmie specialist, een elektrofysioloog, het hart prikkelen (door middel van kleine elektrische impulsen) om de aritmieën uit te lokken.

De codering van invasieve EFO onderzoeken vraagt twee codes: **4A023FZ, Measurement of cardiac rhythm, percutaneous approach**, en de code **3E063KZ, Introduction of other diagnostic substance into central artery, percutaneous approach**.

De niet invasieve geprogrammeerde elektronische stimulatie, codeert men met de code **4A02X4Z, Measurement of cardiac electrical activity, external approach.**

Implantatie van automatische defibrillator / cardioverter

De automatische implanteerbare cardioversie defibrillator (AICD) is een elektronisch toestel dat ontwikkeld werd om levensbedreigende tachyarritmieën te detecteren en te behandelen door middel van tegenschokken. De patiënten die een dergelijk toestel geïmplanteerd krijgen hebben meestal een levensbedreigende episode gehad van aritmieën die niet onder controle kunnen gehouden worden door andere therapieën.

Het implanteren van een totale cardioversiedefibrillator gebeurt meestal in één operatietijd. De volledige procedure omvat zowel de vorming van een subcutane 'pocket' of een abdominale fascia pocket, de implantatie of de vervanging van de defibrillator met de epicardiale patches en de transveneuze elektroden, alsook de intraoperatieve procedures om de werking van de elektroden te meten, de defibrillator drempelwaardemetingen, en het testen van het toestel door aritmieën op te wekken. Tijdens de ingreep worden ook testen gedaan door inductie van een ventriculaire fibrillatie (VF). Er worden impulsen gegeven en het normale sinusritme wordt nadien hersteld. De diagnose van ventriculaire fibrillatie wordt niet gecodeerd omdat ze geïnduceerd wordt door een defibrillator (pulsgenerator) om te zien of de AICD de VF herkent en hierop reageert.

De implantatie wordt soms in twee tijden uitgevoerd, waarbij eerst de elektroden ingebracht worden en de generator op een andere dag tijdens hetzelfde ziekenhuisverblijf.

De codering van de implantatie van een AICD vereist verschillende codes, zoals:

1. Een code voor het inbrengen van de defibrillator generator in een subcutane ruimte op de thorax of het abdomen, waarbij een open of een percutane toegangsweg wordt gebruikt. Voorbeelden van codes zijn:
0JH608Z Insertion of defibrillator generator into chest subcutaneous tissue and fascia, open approach.
0JH838Z Insertion of defibrillator generator into abdomen subcutaneous tissue and fascia, percutaneous approach
2. Een code voor het inbrengen van de defibrillator elektroden. Er zijn verschillende mogelijke coderingen afhankelijk waar de elektrode geplaatst wordt, in het rechter atrium, het linker atrium, het rechter ventrikel, of het linker ventrikel. Er zijn ook verschillende codes volgens de gebruikte toegangsweg, elektrodes die langs een open dan wel een percutane toegangsweg geplaatst worden. Voorbeelden van codes zijn:
02H60KZ Insertion of defibrillator lead into right atrium, open approach

02H73KZ Insertion of defibrillator lead into left atrium, percutaneous approach

02HK4KZ Insertion of defibrillator lead into right ventricle, percutaneous endoscopic approach
3. Elke extracorporele circulatie (continue cardiac output) (5A1221Z) of elke andere gelijktijdig uitgevoerde chirurgische procedure moet ook gecodeerd worden.

Er zijn twee codes voor de revisie of de herplaatsing van de pocket voor het harttoestel, afhankelijk of het nu langs een open dan wel een percutane toegangsweg gebeurt:

0JWT0PZ Revision of cardiac rhythm related device in trunk subcutaneous tissue and fascia, open approach, or
0JWT3PZ Revision of cardiac rhythm related device in trunk subcutaneous tissue and fascia, percutaneous approach

Deze codes kunnen gebruikt worden voor het aanmaken van een pocket voor elk type recorder (loop recorder of geïmplanteerde, patiënt geactiveerde hart 'event' recorder). Het inbrengen en het herplaatsen van die toestellen zit vervat in deze codes.

Wanneer een patiënt opgenomen wordt voor het vervangen of afstellen van een automatische cardioversie / defibrillator zal de code **Z45.02, Encounter for adjustment and management of automatic implantable cardiac defibrillator**, als hoofddiagnose tenzij de procedure uitgevoerd wordt voor een mechanische complicatie, waar dan een code uit de subcategorie T82.1, Mechanical complication of cardiac electronic device, zal gebruikt worden. Wanneer enkel de elektroden vervangen worden, codeert men het verwijderen van de oude elektrode en de plaatsing van de nieuwe elektrode. Wanneer enkel de pulsgenerator vervangen wordt, codeert men het verwijderen van de oude generator en de plaatsing van de nieuwe generator. Bijvoorbeeld, indien een pulsgenerator wordt verwijderd uit de thoraxwand en vervangen wordt door een nieuwe, codeert men beide procedures uitgevoerd langs open toegangsweg:

0JPT0PZ Removal of cardiac rhythm related device in trunk subcutaneous tissue and fascia, open approach
0JH608Z Insertion of defibrillator generator into chest subcutaneous tissue and fascia, open approach

Automatische cardioversie / defibrillatoren moeten soms nazicht krijgen om te zien of hun drempelwaarden en reactievermogen nog goed is. Deze procedure codeert men met **4B02XTZ, Measurement of cardiac defibrillator, external approach**. Zo zal het checken van een AICD aan bed gecodeerd worden met 4B02XTZ.

Hartpacemaker therapie

Een hartpacemaker (figuur 28.6) controleert elektronisch het hartritme. ICD-10-CM maakt een onderscheid tussen de implantatie van een tijdelijke of een permanente pacemaker. Bij een tijdelijke pacemaker worden de elektroden langs een katheter ingebracht en worden ze gekoppeld aan een uitwendige pulsgenerator. Dit type wordt hoofdzakelijk gebruikt voor huidige zieke patiënten in afwachting dat er een permanente pacemaker kan geplaatst worden. Een ander type tijdelijke pacemaker is de intro-operatieve of onmiddellijk postoperatieve pacemaker waarbij de elektroden doorheen de open thorax rechtstreek op in het myocardium worden geplaatst. Deze procedures staan geklasseerd onder **5A1213Z, Performance of cardiac pacing, intermittent**, of **5A1223Z, Performance of cardiac pacing, continuous**, plus de toepasselijke code voor de elektrode implantatie.

Een tijdelijke transmyocardiale pacemaker, waarbij een naald doorheen de thoraxwand in het myocardium wordt gebracht waardoorheen de elektroden rechtstreeks in de hartspier worden gebracht en aan een uitwendige pacemaker worden gekoppeld, wordt soms gebruikt bij een poging tot cardiopulmonale reanimatie. Deze procedure wordt aanzien als integraal deel uitmakend van een cardiopulmonale reanimatie (5A2204Z), en er wordt daar dus geen bijkomende code aan toegevoegd.

De eerste plaatsing van de pacemaker vraagt daarentegen op zijn minst twee codes. De eerste code geeft het type toestel weer, doorgaans de pulsgenerator genoemd, die gecodeerd wordt in de 'Medische en Chirurgische Sectie'; het lichaamstelsel "subcutaneous tissue and fascia"; de kernprocedure "Insertion"; het toestel "cardiac rhythm related device", met een zevende karakter, een kwalificer, die informatie geeft over het type pacemaker (één kamerprikkeling, één kamerprikkeling met ritmeaanpassing, de twee kamerprikkeling). Afzonderlijke codes worden gebruikt om de implantatie van de elektroden weer te geven.

Pacemaker elektroden kunnen zowel transveneus in de binnenkant van het hart aangebracht worden of epicardiaal aan de buitenkant van het hart. Om een transveneuze elektrode in het ventrikel te brengen wordt een insnede in de huid gemaakt en wordt de elektrode doorheen de v. subclavia, de v. cava superior, doorheen het rechter atrium, en zo in het rechter ventrikel ingebracht. Wanneer transveneuze elektroden gebruikt worden zal de pacemaker zelf in de subcutaan zakje geplaatst worden in het bovenste deel van de thoraxwand. Code 0JWT0PZ of 0JWT3PZ worden gebruikt voor de revisie of de herplaatsing van de pocket van de pacemaker, defibrillator, of ander geïmplantieerd harttoestel.

Er is geen insnede in de thoraxholte nodig voor het inbrengen van epicardiale elektroden. De meeste frequente plaats voor het plaatsen van een pacemaker bij epicardiale elektroden is een pocket in de buikwand.

Er zijn drie typen pacemakers op de markt – één kamerprikkeling, één kamerprikkeling met ritmeaanpassing, de twee kamerprikkeling – die elk een unieke ICD-10-CM zevende karakter hebben voor de implantatie. Bijvoorbeeld, de codering voor het inbrengen van een enkele kamer pacemaker in een thoraxwand pocket door middel van een open ingreep is **0JH604Z, Insertion of single chamber pacemaker into chest subcutaneous tissue and fascia, open approach.**

FIGUUR 28.6: Pacemaker implantatie

De één kamer pacemakers hebben slechts één elektrode; de twee kamer pacemaker hebben twee elektroden, één in het atrium en één in het ventrikel. Let goed op of de codering van de elektroden wel compatibel is met de codering van de pacemaker zelf. Een ritme aanpassende pacemaker is er één waarbij het ritme van de pacemaker zich aanpast aan de fysiologische behoeften. Dit type pacemaker laat de patiënt toe een meer normaal leven te leiden en is sterk aangewezen voor potentiële actieve patiënten. Artsen gebruiken verschillende termen voor deze ritmeaanpassende pacemaker en veelal noteren ze slechts het toestelnummer in het dossier. De codeerder moet duidelijke afspraken maken met de arts om te weten te komen welk toestel geïmplanteed werd en hoe dit duidelijk kan doorgegeven worden.

Bijvoorbeeld, het plaatsen van een twee kamer permanente pacemaker met elektroden in de rechter voorkamer en het rechter ventrikel codeert men met:

| | |
|---------|---|
| 0JH606Z | Insertion of pacemaker, dual chambre into chest subcutaneous tissue and fascia, open approach |
| 02H63JZ | Insertion of pacemaker lead into right atrium, percutaneous approach |
| 02HK3JZ | Insertion of pacemaker lead into right ventricle, percutaneous approach |

Soms moet men de pulsgenerator van de pacemaker vervangen worden, of moet er een aanpassing zijn van een één kamer, naar een twee kamer pacemaker. ICD-10-PCS heeft hiervoor afzonderlijke codes voor elk onderdeel van de procedure. Bijvoorbeeld, het vervangen van een pacemaker toestel alleen, vereist codes voor het verwijderen van de oude pacemaker en het inbrengen van de nieuwe pacemaker. Gelijkaardig, wanneer men elektroden vervangt, zullen er codes zijn voor het verwijderen van de elektroden en voor het plaatsen van de nieuwe elektroden.

Bijvoorbeeld, indien een één kamer pacemaker verwijderd wordt uit de thoraxwand en vervangen wordt door een nieuwe, codeert men beide procedures door middel van een open toegangsweg:

| | |
|---------|---|
| 0JPT0PZ | Removal of cardiac rhythm related device from trunk subcutaneous tissue and fascia, open approach, en |
| 0JH604Z | Insertion of pacemaker, single chamber into chest subcutaneous tissue and fascia, open approach |

Wanneer een bestaande pacemaker vervangen wordt door een nieuw toestel, zal het toesteltype niet de code voor het verwijderen bepalen. ICD-10-PCS heeft slechts één code (0JPT0PZ) voor het verwijderen van een hartregelend toestel uit de borstwand of buikwand – dus zowel voor de pacemaker als de defibrillator. De codes voor het plaatsen daarentegen hebben wel informatie over het type hartregelend toestel.

Wanneer een patiënt opgenomen wordt voor een routine verwijdering, vervanging of reprogrammering van een hartpacemaker, zal code **Z45.010, Encounter for checking and testing of cardiac pacemaker pulse generator [battery]**, of code **Z45.018, Encounter for adjustment and management of other part of cardiac pacemaker**, als hoofddiagnose gezet worden. Het reprogrammeren is een eenvoudige niet heelkundige ingreep waarvoor dan ook geen procedure code moet gecodeerd worden. Artsen schrijven soms dat de patiënt opgenomen wordt voor batterijvervanging. Dit is zoiets als een foutieve omschrijving want pacemakers hebben batterijen meer en het ganze toestel wordt steeds vervangen. Wanneer een pacemaker wordt vervangen omdat het aan zijn einde levensduur geraakt, zal code Z45.010 of Z45.018 als hoofddiagnose gebruikt worden. Wanneer de pacemaker vervangen wordt omwille van een mechanische complicatie van het toestel, dan zal een code uit de subcategorie T82.1, Mechanical complication of cardiac electronic device, gebruikt worden.

Cardiale resynchronisatie therapie

Cardiale resynchronisatie therapie (CRT) is een nieuwere techniek, vergelijkbaar met de conventionele pacemakers en implanteerbare cardioversie defibrillatoren. CRT is verschillend omdat men een speciale elektrode in een coronaire vene aan de buitenwand van het linker ventrikel bevestigt. CRT behandelt hartfalen door strategische elektrische prikkels te produceren die de rechter atrium, de rechter ventrikel en de linker ventrikel contracties recoördineren zodat de output van het hart verbetert. CRT wordt ook wel eens biventriculaire stimulator genoemd.

ICD-10-PCS codes maken een onderscheid tussen het plaatsen van een cardiale resynchronisatie pacemaker zonder interne cardiale defibrillator (CRT-P) en de plaatsing van een cardiale resynchronisatie defibrillator (CRT-D). De codes verschillen in de waarden van het zevende karakter, waar men het onderscheid tussen een "cardiale resynchronisatie pacemaker puls generator" en een "cardiale resynchronisatie defibrillator pulse generator" kan maken, zoals aangetoond in de voorbeelden hieronder, wanneer de puls generatoren percutaan geplaatst worden:

0JH637Z Insertion of cardiac resynchronization pacemaker pulse generator into chest subcutaneous tissue and fascia, percutaneous approach
0JH639Z Insertion of cardiac resynchronisation defibrillator pulse generator into chest subcutaneous tissue and fascia, percutaneous approach

Er worden geen bijkomende codes gecodeerd om het onderhuids zakje te maken waarin het toestel zal geplaatst worden, of de intro-operatieve procedures om de geleiding van de elektroden te controleren. Er worden wel extra codes gecodeerd voor de plaatsing van de transveneuze elektroden.

Bij de CRT-P toestellen moeten er codes zijn voor de plaatsing van de elektroden in het rechter of linker ventrikel (bijvoorbeeld **02HK3JZ, Insertion of pacemaker lead into right ventricle, percutaneous approach**). Bij de CRT-D moet men bijkomende codes zetten voor de plaatsing van de defibrillator elektrodes (bijvoorbeeld, **02HK3KZ, Insertion of defibrillator lead into right ventricle, percutaneous approach; 02HL3KZ, Insertion of defibrillator lead into left ventricle, percutaneous approach; 02H43KZ, Insertion of defibrillator lead into coronary vein, percutaneous approach**).

Na een tijdje kan het nodig zijn om de elektrode in het linker coronair veneus systeem te vervangen, het pacemakertoestel zelf te vervangen door een CRT-P toestel, of de defibrillator te vervangen door een CRT-D toestel. In al deze situaties, codeert men het verwijderen en het plaatsen of het herplaatsen afzonderlijk. Wanneer de elektrodes gerepositioneerd worden (niet vervangen worden), zal een code uit de kernprocedure "Revision" gebruikt worden. Bijvoorbeeld, code **02WA3MZ, Revision of cardiac lead in heart, percutaneous approach**, wordt gecodeerd voor het herpositioneren van een CRT-D of CRT-P elektrode alleen via een percutane toegangsweg.

Antimicrobiële enveloppe

De antimicrobiële enveloppe is een grofmazige mesh (net) dat rond de pacemaker, cardiaal resynchronisatietoestel, of geïmplanteerde cardioverter defibrillator (ICD) wordt geplaatst. Dit net bevat antibacteriële stoffen om te beletten dat het toestel besmet wordt tijdens of onmiddellijk na het plaatsen. Codeer **3E0102A, Introduction of anti-infective enveloppe into subcutaneous tissue, open approach**, of de code **3E0132A, Introduction of anti-infective enveloppe into subcutaneous tissue, percutaneous approach**, samen met de geïmplanteerde cardiale toestellen zodat extra informatie gegeven wordt over de procedure.

Cardiale contractiliteit modulatie

Het systeem om de cardiale contractiliteit te moduleren (CCM) is een nieuwe behandelingsmethode voor patiënten met een matig tot ernstige hartfalen tengevolge van zowel ischemische als niet ischemische cardiomyopathie. Bij cardiale contractiliteit modulatie wordt een niet prikkelende stimulus gegeven tijdens de periode dat de hartspiercellen niet prikkelbaar zijn zodat de hartfunctie en de contractie verbeterd wordt. Het CCM systeem is niet gelijkaardig aan een pacemaker omdat het signaal geen nieuwe hartcontractie geeft; maar vooral de sterkte van een bestaande contractie ondersteunt.

De signalen komen ook van een pulsgenerator en worden via elektroden naar het hart gebracht. Drie elektroden worden in het hart ingepland: twee elektroden worden er in het rechter ventrikel septum

ingepland en een derde elektrode in het rechter atrium. Deze elektroden worden aan de pulsgenerator gekoppeld die onderhuids in een pocket wordt ingepland. Uitwendig kan het medisch personeel het systeem aanpassen volgens de noden van de patiënt. Er is ook een lader om de batterij van de pulsgenerator gewoonweg thuis op te laden.

Het implanteren van een CCM systeem kan alleen gebeuren, in aanwezigheid van een AICD, of in combinatie met de implantatie van beide samen, een CCM systeem en een AICD. De codering voor het plaatsen van een CCM systeem is gelijkaardig aan de codering voor het plaatsen van pacemakers en cardiale resynchronisatie toestellen. Er moet een code zijn voor de implantatie van het toestel, zoals de pacemaker, de CRT-D, en CRT-P, maar met een verschillend zevende karakter met waarde "contractility modulation device" en afzonderlijke codes voor de implantatie van de elektroden.

Bijvoorbeeld:

0JH63AZ Insertion of contractility modulation device into chest subcutaneous tissue and fascia, percutaneous approach

02HK3MZ Insertion of cardiac lead into right ventricle, percutaneous approach; dit wordt slechts éénmaal gecodeerd niettegenstaande er twee elektroden in het ventrikel worden ingebracht, omdat het niet voldoet aan de regels van ICD-10-PCS voor multi-pele codering van procedures

02H63MZ Insertion of cardiac lead into right atrium, percutaneous approach

Percutaan mitralisklep herstel

Het inbrengen van de MitraClip® is een minimaal invasieve, gesloten (thorax), katheter gebaseerde toegangsweg voor het intracardiaal herstellen van een lekkende mitralisklep veroorzaakt door kleppathologie en/of linker kamerdysfunctie. Deze procedure op het kloppende hart is een alternatief voor de open hartchirurgie. Interventionele cardiologen kunnen die procedure uitvoeren in de cathlabzaal of een operatiekwartier onder algemene anesthesie. Deze procedure vraagt geen cardiopulmonale bypass. Het implanteren van de MitraClip® wordt gecodeerd met de code **02UG3JZ, Supplement mitral valve with synthetic substitute, percutaneous approach.**

Percutane aorta- en pulmonaalklep herstel

Endovasculaire en transapicale vervanging van de aorta- en pulmonaalklep is een met katheter uitgevoerde procedure waarbij een kunstklep wordt ingeplant binnen de oorspronkelijke zieke klep zonder invasieve chirurgie of cardiopulmonale bypass. Er zijn twee toegangswegen voor deze trans katheter aorta- en pulmonaalklep vervanging: endovasculair en transapicaal. Een bioprothese wordt via een katheter die via de a. femoralis of v. femoralis (endovasculaire toegangsweg) in de oorspronkelijke klep achtergelaten wordt, ofwel doorheen de apex van het hart door middel van een thoracotomie insnede (transapicaal). Bij beide toegangswegen wordt een ballon valvuloplastiekatheter doorheen de aorta opgeschoven naar de zieke aorta- of pulmonaalklep gebracht. Er wordt dan een ballon valvuloplastie uitgevoerd. Tenslotte wordt de nieuwe bioprothese ter plaatse gebracht in de oorspronkelijke klep. Zowel de endovasculaire als de transapicale vervanging van de aorta- of pulmonaalklep wordt gecodeerd met de kernprocedure "Replacement". Bijvoorbeeld:

02RF3JZ Replacement of aortic valve with synthetic substitute, percutaneous approach

02RH3JH Replacement of pulmonary valve with synthetic substitute, transapical, percutaneous approach

Percutane ballon valvuloplastie

Percutane ballon valvuloplastie (027H3ZZ) is een niet invasieve behandeling voor een stenose van de pulmonaalklep. Hierbij wordt een katheter met opblaasbaar ballonnetje via de vena femoralis opgeschoven tot in het hart doorheen de gestenoseerde klep. Het ballonnetje wordt met de hand opgeblazen. Er is hiervoor geen algemene anesthesie nodig, het ziekenhuisverblijf is kort, en er zijn geen littekens door de procedure.

Percutane transluminale coronaire angioplastie.

Percutane transluminale coronaire angioplastie (PTCA) staat geklasseerd in de Medische en Chirurgische Sectie onder de kernprocedure "Dilatation", percutane toegangsweg. De code wordt bepaald door het aantal plaatsen op de coronaire arteriën die behandeld worden, met het vierde karakter, het lichaamsdeel waarmee men weergeeft dat het gaat over één plaats, twee plaatsen, drie plaatsen of vier of meer plaatsen. Coronaire arteriën worden ingedeeld volgens het aantal

verschillende plaatsen die behandeld worden eerder dan het aantal coronairen of de anatomische naam van de coronaire arterie (bijvoorbeeld linker anterior descendens).

Wanneer trombolytische middelen ook toegediend worden, codeert men een afzonderlijke code, bijvoorbeeld, de code **3E03317, Introduction of other thrombolytic into peripheral vein, percutaneous approach**.

Omdat het opnieuw toeklappen vaak voorkomt na een angioplastie, wordt er vaak een stent geplaatst om dit toeklappen te voorkomen. Zie de figuur 28.7 die een angioplastie met stent plaatsing illustreert. Bij deze procedure wordt een klein roestvrij stalen kokertje ingebracht tijdens de angioplastie om de verstopte coronaire arterie open te houden. Nadat de ballon ter hoogte van de verstopping opgeblazen wordt zodat de plaque springt wordt nadien een tweede ballonkatheter ingebracht met de stent. Het opblazen van de ballon drukt de stent tegen de vaatwand die daar dan permanent kan blijven.

ICD-10-PCS heeft verschillende waarden voor het zesde karakter om weer te geven over welke soort stent het wel gaat; een medicatievrijgevende stent, een gewone intraluminale stent, een radioactieve intraluminale stent ofwel dat er geen stent werd gebruikt. Noteer dat er een afzonderlijke code gebruikt wordt voor elke arterie die gedilateerd wordt wanneer de waarde voor de stent verschilt per arterie. Bijvoorbeeld, men doet een PTCA op twee coronaire stenoseplaatsen, één met een medicatievrijgevende stent en de andere met een gewone intraluminale stent, dan zal men coderen **027034Z, Dilatation of coronary artery, one site with drug-eluting intraluminal device, percutaneous approach**, en **02703DZ, Dilatation of coronary artery, one site with intraluminal device, percutaneous approach**.

De kernprocedure voor de coronaire dilatatie heeft in ICD-10-PCS een zevende karakter om weer te geven of de procedure uitgevoerd wordt ter hoogte van een vaatvork (bifurcatie of afsplitsing). Het gebruik van deze qualifier maakt het verschil tussen de procedures die uitgevoerd worden op rechte stukken bloedvat of op een bloedvatenvork (bifurcatie of afsplitsing). Aandoeningen ter hoogte van zo'n bifurcatie verstoppen niet alleen het hoofdbloedvat, maar ook het nevenbloedvat, zodat dit letsels geeft die complexer zijn.

Kleine scheurtjes in de intima (binnenste lagen van een bloedvat) ontstaan vaak bij een angioplastie of de nieuwere technieken zoals een rotator atherectomie procedure; deze worden aanzien als onvermijdelijk bij deze procedure en worden dus niet als een complicatie gecodeerd.

Transluminale coronaire atherectomie is een minimaal invasieve procedure uitgevoerd via een katheter om plaques uit arteriën te verwijderen. Deze procedure is effectief om gecalcificeerde plaques te verwijderen en aldus blokkades in coronaire arteriën op te heffen, zodat de bloedstroom terug ongehinderd doorheen het myocard kan stromen. Transluminale extractie atherectomie gebruikt toestellen die de plaque uit de vaatwand wegsnijden en die gebruikt worden om overbruggingen te zuiveren. De types mechanische atherectomie zijn roterende, directionele, en transluminale extracties. Wanneer een atherectomie uitgevoerd wordt tijdens een PTCA met infusie van trombolytische agentia, codeert men afzonderlijke de PTCA, de atherectomie, en de trombolytische infusies. Atherectomie procedures staan geklasseerd in de "Medische en Chirurgische Sectie" onder de kernprocedure "Extirpation", percutane toegangsweg. De codeselectie is gebaseerd op het aantal plaatsen op de coronairen die behandeld worden. Het vierde karakter, het lichaamsdeel, geeft deze plaats aan; één, twee, drie, of vier of meer plaatsen op de coronair. Bijvoorbeeld, wanneer twee plaatsen behandeld worden, codeert men 02C13ZZ, Extirpation of matter from coronary artery, two sites, percutaneous approach.

FIGUUR 28.7: Angioplastie met stent plaatsing

Angioplastie van niet coronaire bloedvaten

ICD-10-PCS voorziet een grote hoeveelheid unieke codes om de angioplastie op niet coronaire bloedvaten te rapporteren. Om het beschikbare detail niet te verliezen wordt het bloedsomloopstelsel ingedeeld in verschillende lichaamsstelsel, zoals "het hart en de grote vaten", "de bovenste arteriën", "de onderste arteriën", "de bovenste aders", en "de onderste aders". Het middenrif is de scheidingslijn voor de indeling van de codes. Bijvoorbeeld, de v. subclavia ligt boven het diafragma en wordt dus

teruggelaten in het lichaamssysteem "upper veins", terwijl de v. femoralis onder het diafragma ligt en dus terug gevonden wordt in het lichaamssysteem "lower veins". De angioplastie procedures worden geklasseerd onder de kernprocedure "Dilatation" en bevatten verschillende waarden voor het zesde karakter om het onderscheid te maken tussen "medicatie vrijgevend materialen", "intraluminale materialen (niet medicatie vrijgevend)", of zonder materiaal.

Voorbeelden van codes voor niet coronaire angioplastie procedures zijn:

| | |
|---------|---|
| 027V3ZZ | Dilatation of superior vena cava, percutaneous approach |
| 047H3DZ | Dilatation of right external iliac artery with intraluminal device, percutaneous approach |
| 047P34Z | Dilatation of right anterior tibial artery with drug-eluting intraluminal device, percutaneous approach |
| 037J34Z | Dilatation of left common carotid artery with drug-eluting intraluminal device, percutaneous approach |
| 037G3ZZ | Dilatation of intracranial artery, percutaneous approach |

Een atherectomie is een minimaal invasieve procedure die met een katheter uitgevoerd wordt op niet coronaire vaten om plaques te verwijderen. Om de blokkade op te heffen wordt een geleidingsdraad doorheen de stenose / occlusie gestoken en voert men een atherectomiekatheter in het zieke segment. Aan de top van dergelijke katheter zit ofwel een snel draaiende boor of een scherp mesje. De boor breekt de plaque in kleine deeltjes terwijl het mesje de plaque wegschaaft. De plaque wordt aldus weggemalen of weggesneden. ICD-10-PCS heeft procedurecodes voor de atherectomie van niet coronaire vaten, zoals bijvoorbeeld de gemeenschappelijke carotiden, de inwendige en uitwendige carotiden, de vertebrale arteriën, en de andere extracraniale arteriën. Atherectomie staat onder de kernprocedure "Extirpation". Extirpation wordt gedefinieerd als het wegnemen of wegsnijden van vaste materie (weefsel) uit een lichaamsdeel. Voorbeelden van codes die de atherectomie van niet coronaire vaten beschrijven zijn:

| | |
|---------|---|
| 03CG3ZZ | Extirpation of matter from intracranial artery, percutaneous approach |
| 03CH3ZZ | Extirpation of matter from right common carotid artery, percutaneous approach |

Indien een trombolytisch agens gebruikt wordt dan wordt dit met een bijkomende code gecodeerd, meer bepaald met een code uit de 'Administration' sectie, en kernprocedure 'Introduction'.

Bijvoorbeeld:

| | |
|---------|---|
| 3E03317 | Introduction of other thrombolytic into peripheral vein, percutaneous approach |
| 3E04317 | Introduction of thrombolytic into central vein, percutaneous approach |
| 3E05317 | Introduction of other thrombolytic into peripheral artery, percutaneous approach. |

Coronaire arteriële bypass

CABG wordt toegepast om het myocardium te revasculariseren wanneer er een verstopping is van de coronaire arteriën die de bloedvoorziening van het hart verzorgen. Enten zullen de verstoppingen overbruggen in de coronaire arteriën (zie figuur 28.8).

De coronaire circulatie bestaat uit twee hoofdarteriën, de rechter en de linker a. coronaria, met elk verschillende verdere vertakkingen.

- De rechter a. coronaria (RCA)
 - o A. marginalis dextra
 - o Rechter posterior descendens (PDA)
- Linker hoofd a. coronaria (LMCA)
 - o Linker anterior descendens tak (LAD)
 - o Diagonalis
 - o Sptalis
 - o Circumflexis (LCX)
 - o Obtuse marginal (OM)
 - o Posterior descendens
 - o Posterolateraal

De aorto-coronaire bypass is de meeste gebruikte techniek. Hierdoor wordt er bloed van de aorta over de verstopping naar de coronair gebracht, door middel van een stukje van patiënt zijn eigen vena saphena, niet autoloog biologisch materiaal, of occasioneel een segment van de a. mammaria interna.

Coronaire procedures worden geklasseerd volgens het aantal verschillende plaatsen die overbrugd worden i.p.v. het aantal coronairen of de anatomische naam van de coronair (bijvoorbeeld linker anterior descendens) die behandeld wordt. Een bypass van de coronaire arteriën wordt anders gecodeerd dan de andere bypassprocedures. In plaats van het lichaamsdeel te beschrijven dat overbrugd wordt, zal het karakter voor het lichaamsdeel het aantal plaatsen, op de coronairen die overbrugd worden, weergeven, en de qualifier wordt bepaald door het bloedvat van waaruit de overbrugging begint. Bijvoorbeeld, aorto-coronaire arteriële bypass van één plaats op de linker arteria coronaria descendens anterior en één plaats op de obtuse marginal a. coronaria wordt gecodeerd met de waarde voor twee plaatsen op de coronaire arteriën voor het karakter voor het lichaamsdeel, en als qualifier kiest men de aorta als lichaamsdeel van waaruit de bypass komt.

ICD-10-PCS specificeert ook het type weefsel dat gebruikt wordt in karakter 6 als “autoloog veneus weefsel”, “autoloog arterieel weefsel”, “synthetische substituten”, of “niet autologe weefsel substituten”.

Enkel voorbeelden van codes voor aorto-coronaire bypass procedures:

| | |
|---------|--|
| 021009W | Bypass coronary artery, one site to aorta with autologous venous tissue, open approach |
| 02100JW | Bypass coronary artery, one site to aorta with synthetic substitute, open approach |
| 02110KW | Bypass coronary artery, two sites to aorta with nonautologous tissue substitute, open approach |

FIGUUR 28.8: Coronaire arteriële bypass

Niet alle coronaire bypassprocedures vertrekken vanuit de aorta. De bypass van a. mammaria interna naar de coronairen gebeurt door het losmaken van de a. mammaria interna van zijn normale plaats en hem te gebruiken als geleiding voor het bloed tussen de a. subclavia en de verstopte a. coronaria. Wanneer we de a. mammaria interna bypassen coderen, zal het lichaamsdeel het aantal plaatsen die overbrugd worden beschrijven en de qualifier zal het bloedvat dat gebruikt wordt voor de bypass specificeren – namelijk, de a. mammaria interna. ICD-10-PCS codeert het type weefsel dat gebruikt wordt in het zesde karakter als “autoloog veneus weefsel”, “autoloog arterieel weefsel”, “synthetische substituten”, of “niet autoloog weefsel substituten”.

Voorbeelden van codes voor a. mammaria interna coronaire bypassprocedures:

| | |
|---------|---|
| 02100Z8 | Bypass coronary artery, one site to right internal mammary, open approach |
| 02110J9 | Bypass coronary artery, two sites to left internal mammary with synthetic substitute, open approach |

De arteria mammaria interna (IMA) wordt dikwijls gebruikt als vaatsteel in de coronaire bypasschirurgie. Dit wordt weergegeven in de ICD-10-PCS met het zevende karakter. Toch kan het zijn dat de rechter a. mammaria niet lang genoeg is om de eindplaats te bereiken. In dergelijke gevallen zal men meestal de rechter IMA afsnijden en als vrije ent gebruiken of als extensie gebruiken bij een andere ent. Indien de rechter IMA afgesneden wordt en als vrije vaatent gebruikt wordt voor een overbrugging codeert u een extra procedurecode voor het uitsnijden van de rechter IMA als volgt:

| | |
|---------|--|
| 03B00ZZ | Excision of right internal mammary artery, open approach |
|---------|--|

Zelden zal men slechts één coronair overbruggen, en het is doorgaans geen uitzondering om zowel aorto-coronaire overbruggingen samen met a. mammaria overbruggingen uit te voeren tijdens eenzelfde ingreep. De ontslagbrief van de chirurg zal niet steeds duidelijk het onderscheid tussen beide overbruggingen vermelden, zodat het nodig is dat de codeerder het operatieverslag raadpleegt om het duidelijk te weten.

Wanneer verschillende plaatsen worden overbrugd, zal een afzonderlijke code gecodeerd worden voor elke plaats waarvoor er een verschillend materiaal en/of qualifier gebruikt wordt. Bijvoorbeeld, een aorto-coronaire bypass en een a. mammaria interna coronaire bypass worden afzonderlijk gecodeerd.

Andere arteriën worden soms ook gebruikt om een verstopte a. coronaria te overbruggen. ICD-10-PCS maakt het onderscheid door de verschillende waarden in het zevende karakter, de kwalificer die zegt dat het gaat over de a. thoracalis of a. abdominalis. Bijvoorbeeld:

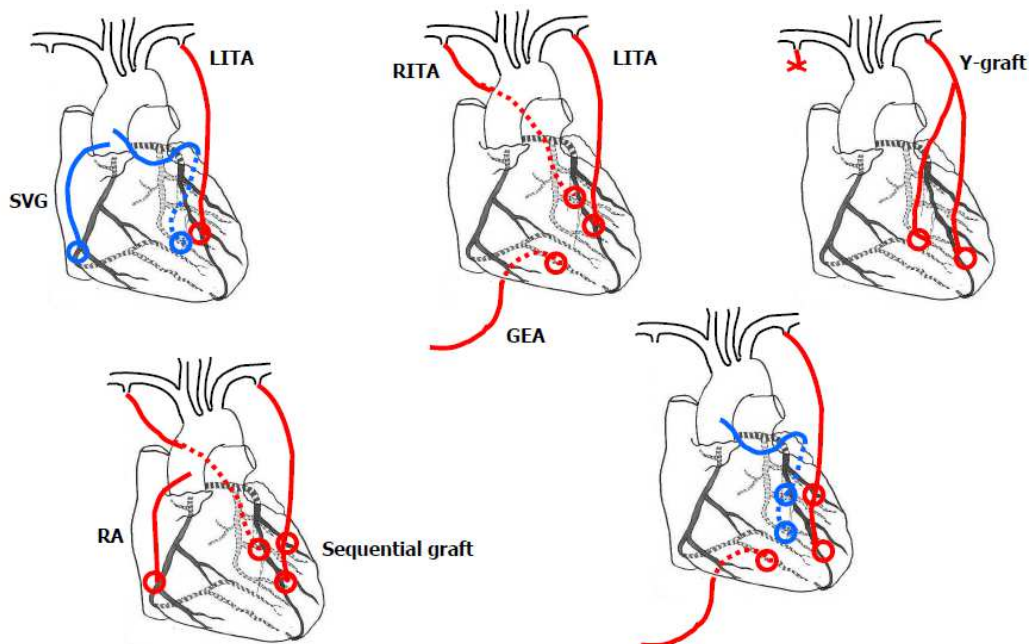
02130ZC Bypass coronary artery, four or more sites to thoracic artery, open approach
 02130ZF Bypass coronary artery, four or more sites to abdominal artery, open approach

Indien een ent wordt afgenomen van een ander lichaamsdeel om de procedure volledig uit te voeren, zal dit afzonderlijk gecodeerd worden. Bijvoorbeeld, bij een coronaire bypass door middel van een vena saphena ent, zal men het uitsnijden (excision) van de vena saphena afzonderlijk gecodeerd worden.

Er zal ook een afzonderlijke code gecodeerd worden voor elke extracorporele circulatie (continue cardiale output) (5A1221Z). Anderzijds zullen procedures als hypothermie, cardioplegie, intraoperatieve prikkeling (pacing), en het inbrengen van intrathoracale katheters (tubes) worden aanzien als integraal deel uitmakend van de bypass ingreep: geen afzonderlijke codes worden er hiervoor gecodeerd.

Bij het coderen van coronaire bypass procedures is het belangrijk volgende punten in het achterhoofd te houden:

- Wanneer een stuk van de a. mammaria interna gebruikt wordt voor een aorto-coronaire bypass, i.p.v. de vena saphena, betekent dit niet dat dit een a. mammaria interna coronaire bypass is. De a. mammaria interna coronaire bypass betekent dat enkel het uiteinde van deze arterie de overbrugging doet en de rest blijft aan de oorspang vast, de aorta wordt hier dus niet gebruikt.
- Soms zal met één bypass meer dan één coronaire arterie overbrugd worden, men spreekt dan van een sequentiële bypass (een side-to-side en een end-to-side). Dergelijke bypassen beïnvloeden de keuze van de code niet.



Some example of CABG
Various combinations are possible
Arterial graft must be favored

LITA: left internal thoracic artery
RITA: right internal thoracic artery
GEA: gastroepiploic artery
SVG: saphenous vein graft
RA: Radial artery

De volgende voorbeelden kunnen bijkomende hulp bieden bij het coderen van de coronaire bypassen:

1. Een coronaire arteriële vascularisatie (via thoracotomie) wordt uitgevoerd met vier overbruggingen: van de aorta naar de diagonale tak op de linker a. coronaria en verder

- doorlopend naar de obtuse marginale tak van de a. circumflexum, anderzijds een overbrugging naar de rechter a. coronaria, en één naar de linker anterior descendens. Deze procedure omvat enkel de aorta en de coronairen. Omdat er vier plaatsten worden overbrugd, codeert men de code **02130AW, Bypass coronary artery, four or more sites to aorta with autologous arterial tissue, open approach**.
2. Tijdens een open procedure, worden er enten vanuit de aorta naar de coronair gelegd waarbij de bifurcatie van de linker anterior descendens overbrugd wordt met een 1.5 mm diameter linker a. mamaria interna ent. De eerste a. diagonalis wordt dan overbrugd via een side-to-side verbinding met een 4 mm diameter ent van de v. saphena. De obtuse marginal wordt overbrugd met een 4 mm diameter ent van de v. saphena. De a. coronaria posterior descendens is diffuus verstopt en wordt overbrugd met een 4 mm diameter ent van de rechter v. saphena. De vier enten brengen bloed van de aorta naar de coronairen. Hiervoor worden stukken van de zowel v. saphena als de a. mamaria interna gebruikt. Omdat vier arteriën (LAD, diagonalis, obtuse marginalis, en de posterior descendens) overbrugd worden codeert men dit met de code **021309W, Bypass coronary artery, four or more sites to aorta with autologous venous tissue, open approach**, code **03B10ZZ, Excision of left internal mammary artery, open approach** en de code **06BP0ZZ, Excision of right greater saphena vein, open approach**.
 3. Een open coronaire bypass (via thoracotomie) wordt uitgevoerd door de linker a. mammaria interna naar de linker a. coronaria anterior descendens te brengen; de rechter vena saphena wordt als ent gebruikt om het bloed vanuit de aorta naar de obtuse marginalis tak van de a. coronaria circumflexum, de a. diagonalis en de proximale PDA te brengen. In dit geval wordt één a. mammaria interna coronaire bypass uitgevoerd en drie aorto-coronaire bypassen (OM, diagonalis, PDA). De codes zijn **02100Z9, Bypass coronary artery, one site to left internal mammary, open approach**; **06BP0ZZ, Excision of right greater saphenous vein, open approach**; en **021209W, Bypass coronary artery, three sites to aorta with autologous venous tissue, open approach**. De volgorde van de codes is willekeurig.
 4. De linker a. mammaria interna wordt losgemaakt en gebruikt om de linker a. coronaria anterior descendens te overbruggen; enten van de rechter v. saphena worden gebruikt voor de overbrugging van de a. posterior descendens en de obtuse marginalis tak op de a. circumflexum. In dit geval zijn er drie plaatsen die overbrugd worden, één door de a. mammaria interna en twee door middel van een aorto-coronaire bypass. De codering is **02100Z9, Bypass coronary artery, one site to left internal mammary, open approach**; **06BP0ZZ, Excision of right greater saphenous vein, open approach**; en **021109W, Bypass coronary artery, two sites to aorta with autologous venous tissue, open approach**.

Er bestaan ook nog andere technieken voor de revascularisatie van het hart. Transmyocardiale revascularisatie is een procedure waarbij er met lasers gaten gemaakt worden in het myocard zodat de perfusie hersteld wordt op plaatsen die aangetast zijn door ziekte of verstopte arteriën. TMR wordt gecodeerd met de kernprocedure "Repair" (herstel, zo uitgebreid mogelijk, van een lichaamsdeel tot zijn normale anatomische structuur en functie). Niettegenstaande een TMR de anatomische structuur van het hart niet herstelt voert men de procedure uit om de functie van het hart te herstellen. De techniek kan open (02QA0ZZ, 02QB0ZZ, of 02QC0ZZ), percutaan endoscopisch (02QA4ZZ, 02QB4ZZ, of 02QC4ZZ), en percutaan of endovasculair (02QAB3ZZ, 02QB3ZZ, of 02QC3ZZ) uitgevoerd worden.

OEFENINGEN 28.8

Codeer de volgende diagnosen en procedures

1. Een patiënt wordt opgenomen via de spoedopname met pijn op de borst die uitstraalt naar de linker arm en de laatste drie uren heviger wordt. Er wordt een dreigend myocard infarct vermoed en de patiënt wordt onmiddellijk naar het operatiekwartier gebracht waar een percutane transluminale angioplastie met stenting wordt uitgevoerd. Het infarct werd voorkomen, en de diagnose van acute coronaire insufficiëntie wordt weerhouden. I24.8+02703DZ
2. Atherosclerose van een voorafgaandelijke coronaire arteriële bypass met onstabiele angor. De rechter grote vena saphena wordt gebruikt om opnieuw bloed te brengen van de aorta naar de rechter a. coronaria, de linker a. coronaria, en de linker a. anterior descendens. Tijdens de ingreep wordt zowel een intra-operatieve pacemaker geplaatst als extracorporele circulatie toegepast. (Bypass). I25.700+021209W+06BP0ZZ+5A1221Z+5A1223Z+02H70JZ+02HL0JZ
3. Occlusie van de rechter coronair. Rechter en linker hartkatheterisatie. I24.0+4A023N8

4. Een patiënt met gekende atherosclerose van de oorspronkelijke coronairen en onstabiele angor krijgt een ballon angioplastie op drie coronaire arteriën ter hoogte van de bifurcatie. Er worden twee stenten ingebracht. Anderzijds is er ook nog een extracorporele circulatie (continue cardiale output). (Performance). I25.110+02723D6+5A1221Z
5. Een patiënt met een 'sick sinus syndrome' wordt opgenomen voor een eerste plaatsing van een twee kamerpacemaker percutaan in de thoraxwand met elektroden naar het rechter ventrikel en het rechter atrium. I49.5+0JH636Z+02H63JZ+02HK3JZ
6. Patiënt wordt opgenomen voor de vervanging van een één kamer pacemaker omdat de batterij binnenkort zal op zijn; het toestel wordt vervangen met een één kamerpacemaker met ritmeaanpassing. Er worden geen elektroden vervangen. Z45.010+0JH635Z+0JPT3PZ
7. Patiënt wordt opgenomen voor de vervanging van een verplaatste en uitpuilende pacemaker (één kamer met ritmeaanpassing). (Complication, mechanical) T82.121A+0JWTOPZ
8. Een patiënt met ventriculaire tachycardie ondergaat een invasief EFO onderzoek via katheter langs arteria femoralis. I47.2+4A023FZ+3E053KZ

Verwijderen van het linker harttoortje (Auricula atri sinistra)

Het verwijderen van het linker harttoortje (LAA) is dikwijls een onderdeel van de ingrepen voor de behandeling van voorkamerfibrillatie (VKF) en vermindert de trombo-embolen bij patiënten met VKF die mitralisklep chirurgie ondergaan. Het aneurysma van het linker harttoortje is een zeldzame aandoening dat zich meestal voordoet met een aritmie of een cerebraal embool. Het coderen van deze procedure is afhankelijk van de gebruikte techniek, zoals "Excision (wegsnijden)", "Destruction (vernietiging)", of "Repair (hertsel)". Bijvoorbeeld:

02Q74ZZ Left-sided throscopic stapling of the left atrial appendage.

Voorkamerfibrillatie en -flutter

Voorkamerfibrillatie is een frequent voorkomende aritmie gekenmerkt door een snel, onregelmatig hartritme, met een grote waaier aan symptomen en ernstgraden. Voorkamerfibrillatie staat geklasseerd als paroxysmaal (I48.0), persistent (I48.1), permanent / chronisch (I48.2), of niet gespecificeerd (I48.91). De behandeling van de verschillende vormen is afhankelijk van de aritmieduur die kort, medium, lang, of ongekend kan zijn; is afhankelijk van de symptomen van de patiënt; is afhankelijk van de ernst van de symptomen; en is afhankelijk van de mogelijkheid om een sinusaal ritme terug te krijgen. Omwille van een verhoogd risico op trombo-embolien en beroerte, is de preventie van klontervorming een hoofddoel.

Voorkamerflutter is de tweede meest voorkomende voorkameraritmie en komt vaak samen voor met de voorkamerfibrillatie. Voorkamerflutter wordt veroorzaakt door een terugkerend ritme zowel in het rechter als het linker atrium. De voorkamerflutter wordt in gang gestoken door een elektrische prikkel uit de voorkamer en verspreidt zich dan door het verschil in refractaire periodes van het voorkamerweefsel. Er zijn twee soorten voorkamerflutters: type I, of typische (I48.3), en type II, of atypische (I48.8). Ongespecificeerde voorkamerflutter wordt geklasseerd onder de code I48.92.

Thoracoscopische en thoracoscopisch geassisteerde ablatie (vernietiging) van hartweefsel (Maze procedure)

De maze procedure is een heelkundige behandeling die gebruikt wordt bij voorkamerfibrillatie door het maken van inkervingen die littekens worden en de geleiding verhinderen. De klassieke maze procedure is een onderdeel van een openhartoperatie waarbij in beide boezems van het hart littekens worden gecreëerd door middel van een elektrisch mes (branden) of bevroering. Hierdoor worden kleine gedeeltes van de boezems geïsoleerd. Binnen enkele maanden ontstaat littekenweefsel. Dit littekenweefsel zorgt ervoor dat er een soort doolhof ontstaat waardoor de prikkel wordt geblokkeerd. Er zijn verschillende versies, maze 1, maze 2, en maze 3, waarbij er verschillende inkervingpatronen worden gebruikt. Over de jaren heen werden verschillende toegangswegen gebruikt voor die maze procedures.

De open toegangsweg (02560ZZ, 02570ZZ) is de traditionele methode en wordt uitgevoerd via een mediane sternotomie of thoracotomie. "Knippen en naaien" was de originele open techniek, waarbij er inkervingen worden gemaakt in het atriaal weefsel en vervolgens het atrium hersteld wordt. Omwille van de moeilijkheden en de risico's die verbonden zijn aan deze multipole atriale inkervingen, worden er nu een serie lineaire ablaties uitgevoerd. Verschillende energiebronnen worden gebruikt voor deze

ablatie (zoals radiofrequentie golven, cryothermie, microgolven, laser, ultrasone golven). De energie wordt op een sonde of een haakje overgebracht dat dan op de strategische plaatsen in het hart kan uitgevoerd worden. Het maken van de inkervingen/ablatie is dan ook direct zichtbaar met de open toegangsweg.

De endovasculaire (percutane) toegangsweg (02563ZZ, 02573ZZ) door middel van perifeer ingebrachte hartkatheters werd ook ontwikkeld. Endovasculaire ablaties zijn zeer effectief bij de behandeling van aritmieën, waaronder de voorkamerfibrillatie en voorkamerflutter, afkomstig van een enkelvoudige bron (bv. een ectopische focus) of elektrische stimulatie van de rechter kant van het hart.

De thoracoscopische toegangsweg (02564ZZ, 02574ZZ) is de nieuwste techniek. Let op, wat doorgaans als thoracoscopische toegangsweg wordt beschreven is meestal een thoracoscopische geassisteerde ingreep. De thoracoscoop wordt gebruikt voor de belichting en de visualisatie, terwijl de chirurgische instrumenten ingebracht worden langs een (mini) thoracotomie of een insnede onder de processus xiphoïdeus van het borstbeen en niet langs de scoop zelf. Er bestaat nog niet zolang een echte thoracoscopische ingreep. Zowel bij de open toegangsweg als bij de thoracoscopisch geassisteerde en de volledig thoracoscopische techniek moet het pericard geopend worden. Er moeten toch wel belangrijke delen van het epicard en andere vitale organen geopend worden om de delen van het hart te bereiken. Zoals bij de open techniek kunnen er thoracoscopisch bijkomende insnedes gemaakt worden in het atrium maar meestal beperkt men zich bij de lineaire ablaties. Bijvoorbeeld:

- Een patiënt met chronisch persisterende voorkamerfibrillatie ondergaat een minimaal invasieve epicardiale radiofrequente maze procedure via pericardioscopische assistentie (convergerende procedure). Tijdens de ingreep gaat men in de thorax en voert men een full-tickness ablatie van het rechter voorkamerweefsel uit. **Code 02564ZZ, Destruction of right atrium, percutaneous endoscopic approach**, wordt gebruikt voor deze procedure.

Hart ondersteunende toestellen

Soms kunnen tijdelijk hartondersteunende systemen aangelegd worden om het linker, het rechter of beide hartsdelen te ondersteunen bij patiënten met hartfalen die wel het potentieel hebben te herstellen. Deze toestellen kunnen ook ingezet worden in afwachting van een harttransplantatie. Het is een elektromechanische pomp zo groot als een menselijk hart dat in de abdomenwand wordt ingepland. Dit systeem neemt het grootste deel van de linker hartventrikel functie over. Het bloed komt het toestel binnen langs een ingangspoort verbonden met het linker ventrikel en de outflow is verbonden met het arterieel stelsel.

Het systeem wordt gemonitord door een elektronische controller en krijgt zijn stroom van een primaire en een reserve batterij die met een band rond de taille of in er zak over de schouder worden gedragen. Er bestaat ook een staand model dat naast het bed kan geïnstalleerd worden. De controller is verbonden met de geïmplanteerde pomp met percutane elektroden (een dunne buis waarin de stroomdraden en de meetdraden zitten), doorheen de huid van de patiënt.

Voor het implanteren van een totaal intern biventriculair hartvervangend systeem (02RK0JZ en 02RL0JZ) moet men substantieel een deel van of gans het hart verwijderen. Beide ventrikels worden weggesneden en het oorspronkelijke hart is niet langer meer intact. De ventriculectomie zit in de procedure vervat en moet dus niet afzonderlijk gecodeerd worden. Daarentegen zal elke geassocieerde procedure die uitgevoerd wordt bij de plaatsing van een totaal intern biventriculair systeem, zoals de gecombineerde hart-long transplantatie of de harttransplantatie, erbij gecodeerd moeten worden.

ICD-10-PCS beschikt over volgende codes voor de implantatie, het herstel, en het verwijderen van implanteerbare en niet implanteerbare enkelvoudige of biventriculaire externe hart ondersteunende systemen:

Synthetisch substituut voor hart/ventrikel

02RK0JZ Replacement of Right Ventricle with Synthetic Substitute, Open Approach

02RL0JZ Replacement of Left Ventricle with Synthetic Substitute, Open Approach

02WA0JZ Revision of Synthetic Substitute in Heart, Open Approach

Geïmplanteerd hartondersteuning systeem

02HA0QZ Insertion of Implantable Heart Assist System into Heart, Open Approach
02HA3QZ Insertion of Implantable Heart Assist System into Heart, Percutaneous Approach
02HA4QZ Insertion of Implantable Heart Assist System into Heart, Percutaneous Endoscopic Approach
02WA0QZ Revision of Implantable Heart Assist System in Heart, Open Approach
02WA3QZ Revision of Implantable Heart Assist System in Heart, Percutaneous Approach
02WA4QZ Revision of Implantable Heart Assist System in Heart, Percutaneous Endoscopic Approach
02PA0QZ Removal of Implantable Heart Assist System from Heart, Open Approach
02PA3QZ Removal of Implantable Heart Assist System from Heart, Percutaneous Approach
02PA4QZ Removal of Implantable Heart Assist System from Heart, Percutaneous Endoscopic Approach

Uitwendig hartondersteuning systeem

02HA0RS Insertion of Biventricular External Heart Assist System into Heart, Open Approach
02HA3RS Insertion of Biventricular External Heart Assist System into Heart, Percutaneous Approach
02HA4RS Insertion of Biventricular External Heart Assist System into Heart, Percutaneous Endoscopic Approach
02WA0RZ Revision of External Heart Assist System in Heart, Open Approach
02WA3RZ Revision of External Heart Assist System in Heart, Percutaneous Approach
02WA4RZ Revision of External Heart Assist System in Heart, Percutaneous Endoscopic Approach
02PA0RZ Removal of External Heart Assist System from Heart, Open Approach
02PA3RZ Removal of External Heart Assist System from Heart, Percutaneous Approach
02PA4RZ Removal of External Heart Assist System from Heart, Percutaneous Endoscopic Approach

Geïmplanteerde infusiepomp en vasculaire toegangsweg toestellen (poortkatheter)

Geïmplanteerde vasculaire toegangsweg toestellen (VAD) en geïmplanteerde infusiepompen zijn twee verschillende kathetersystemen, die elk op zich kunnen gebruikt worden om medicatie toe te dienen. Het voornaamste verschil tussen beide is dat de geïmplanteerde infusiepomp een reservoir heeft en volledig in het lichaam geïmplanteerd zit, terwijl het VAD geen pomp is maar een toegangspoort om het bloedvatstelsel gemakkelijk te bereiken. Deze procedures worden in de ICD-10-PCS geklasseerd onder de 'Medische en Chirurgische Sectie', het lichaamsstelsel "subcutaneous tissue and fascia (subcutaan weefsel en fascia)", de kernprocedure "Insertion (inbrengen)", en het toepasselijk lichaamsdeel waar het toestel ingebracht wordt. Het verschil in codering zit hem in de selectie van het toestel (het 6^{de} karakter) waar men kiest voor een "infusion pump (infusiepomp)" (V) of een "vascular acces device (een vasculaire toegangspoort)" (X). Bijvoorbeeld:

0JHG0VZ Insertion of Infusion Pump into Right Lower Arm Subcutaneous Tissue and Fascia, Open Approach
0JHG0XZ Insertion of Vascular Access Device into Right Lower Arm Subcutaneous Tissue and Fascia, Open Approach

De geïmplanteerde infusiepomp wordt chirurgisch in het lichaam gebracht onder doorgaans algemene anesthesie. In sommige gevallen wordt een katheter aan de pomp gekoppeld en in een arterie ingebracht voor directe infusie van medicatie; in dergelijke gevallen zal de code voor het inbrengen van infusiemateriaal in de arterie erbij gecodeerd worden (bijvoorbeeld, code **03HY03Z, Insertion of Infusion Device into Upper Artery, Open Approach**). De pomp wordt gebruikt voor het vrijgeven van intra-arteriële medicatie zoals chemotherapeutische stoffen bij patiënten met primair hepatoom of coloncarcinoom met levermetastasen, alsook om pijnmedicatie toe te dienen bij terminale kankerpatiënten. De pomp zorgt dat de patiënt een grotere flexibiliteit en vrijheid behoudt in zijn bewegingen terwijl hij behandeling krijgt en op die manier ook een ambulante behandeling mogelijk maakt eens de pomp ingebracht werd.

Het gebruik van een infusiepomp dat buiten het lichaam blijft en medicatie inbrengt doorheen een subcutane of veneuze naald wordt niet gecodeerd. Enkel de plaatsing van de veneuze naald of de katheter wordt gecodeerd.

Een geïmplanteerd vasculair access device is een steriel kathetersysteem dat onderhuids ingebracht wordt onder lokale anesthesie en voor verschillende zaken gebruikt wordt, zoals de toediening van TPN en bolusinjecties van medicatie. Het toestel wordt in een centrale vene ingebracht, zoals de v. subclavia, eerder dan in een perifere vene. VAD zijn zo ontworpen dat ze verschillende keren kunnen aangeprikt worden zonder schade en complicaties door de multipole venepuncties. Het apparaat kan voor weken of maanden ter plaatse gehouden worden, in tegenstelling tot enkele dagen, en worden meestal gebruikt bij patiënten die langdurige therapie zoals chemotherapie, voeding, of bloedafnames nodig hebben.

Eenvoudige veneuze katheters zijn steriele katheters die het mogelijk maken om veelvuldig toegang te hebben tot het bloedsomloopstelsel voor bloedafnames en medicatie- of vochttoediening. De katheter wordt in een perifere vene ingebracht, zoals de v. cephalica, doorheen de huid en dan de katheter aan de huid te fixeren. Deze katheters blijven minder lang ter plaatsen dan de VAD. Voorbeelden van eenvoudige veneuze katheters (ook 'heparine locks' genoemd) zijn de Angiocaths, de Abbott katheters, en de Jelco katheters. Bijvoorbeeld, **05HB03Z, Insertion of Infusion Device into Right Basilic Vein, Open Approach**, wordt gebruikt voor het inbrengen van een eenvoudig kathetersysteem in de v. basilica van de rechter arm. Code **0JPVX3Z, Removal of Infusion Device from Upper Extremity Subcutaneous Tissue and Fascia, External Approach**, wordt gebruikt voor de verwijdering van infusiemateriaal uit de bovenste extremiteit, terwijl code **0JPVXXZ, Removal of Vascular Access Device from Upper Extremity Subcutaneous Tissue and Fascia, External Approach** gebruikt wordt voor de verwijdering van VAD uit de bovenste extremiteit. Figuur 28.9 geeft een centraal veneuze katheter (CVC) weer en figuur 28.10 een perifeer ingebrachte centraal veneuze katheter (PICC).

Implanteerbare hemodynamische monitor

De geïmplanteerde hemodynamische hartmonitor laat de arts toe voortijdige signalen van volume overload te detecteren voor dat er tekenen en symptomen zijn van hartfalen. Artsen kunnen dan de behandeling aanpassen om een acuut hartfalen te vermijden en dus ook een hospitalisatie te vermijden. Het toestel bestaat uit twee componenten. Een elektrode met een drukmeter wordt in het rechter ventrikel en de rechter ventrikel outflow tract geplaatst. Het andere deel van het toestel is het monitorgedeelte dat de drukmetingen bewaart, verwerkt en vergelijkt. Bijvoorbeeld

02HK00Z Insertion of Pressure Sensor Monitoring Device into Right Ventricle, Open Approach
 0JH600Z Insertion of Hemodynamic Monitoring Device into Chest Subcutaneous Tissue and Fascia, Open Approach
 0JH800Z Insertion of Hemodynamic Monitoring Device into Abdomen Subcutaneous Tissue and Fascia, Open Approach

Intravasculaire en intra aneurysmale drukmetingen

De meting van de druk in een aneurysmale zak tijdens het endovasculair herstel van een abdominaal of thoracaal aorta aneurysma kan helpen om endolekken tijdens de endoluminale enting te ontdekken en te behandelen. Deze procedure wordt in de ICD-10-PCS geklasseerd in de 'Medische en Chirurgische Sectie', de kernprocedure "Insertion (inbrengen)", lichaamsdeel ofwel "abdominal aorta" ofwel "thoracic aorta", en het materiaal ofwel "pressure sensor (druksensor)" ofwel "monitoring device (monitortoestel)". Een codevoorbeeld is 02HW30Z, Insertion of Pressure Sensor Monitoring Device into Thoracic Aorta, Percutaneous Approach:

| Karakter 1 Sectie | Karakter 2 Lichaamsstelsel | Karakter 3 Kernprocedure | Karakter 4 Lichaamsdeel | Karakter 5 Toegangsweg | Karakter 6 Materiaal | Karakter 7 Qualifier |
|------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|----------------------------|---------------------------|----------------------------------|-------------------------|
| 0 | 2 | H | W | 3 | 0 | Z |
| Medisch en chirurgisch | Hart en grote bloedvaten | Inbrengen | Aorta thoracalis | Percutaan | Monitor toestel, drukmeter | Geen |

Intravasculaire drukmeting van coronaire arteriën geeft een fysiologische boordeling van intravasculaire letsels. De gespecialiseerde katheters meten drukken en bloedstroom en kunnen gebruikt worden tijdens hartkatheterisatie om de ernst van een verstopping in de coronairen te meten. Deze drukmetingen bevestigen ook het therapeutisch resultaat van een coronaire stenting,

identificeren zieke vaten, helpen bij het uitstippelen van een therapeutische strategie en leveren stap-voor-stap informatie bij complexe interventionele procedures. Deze procedure staat geklasseerd onder de ‘Meten en Monitoring Sectie’, het lichaamsstelsel “physiological systems (fysiologische systemen)”, kernprocedure “Measurement (meten)”, en de qualifier “coronary” waar de meting wordt uitgevoerd. Een codevoorbeeld is **4A033BC, Measurement of Arterial Pressure, Coronary, Percutaneous Approach**:

| Karakter 1 Sectie | Karakter 2 Lichaamsstelsel | Karakter 3 Kernprocedure | Karakter 4 Lichaamsdeel | Karakter 5 Toegangsweg | Karakter 6 Materiaal | Karakter 7 Qualifier |
|----------------------|-------------------------------|-----------------------------|----------------------------|---------------------------|-------------------------|-------------------------|
| 4 | A | 0 | 3 | 3 | B | C |
| Meten en monitoren | Fysiologische systemen | Meten | Arterieel | Percutaan | Druk | Coronairen |

Elke andere diagnostische of therapeutische procedure uitgevoerd samen met intravasculaire drukmetingen in de coronairen wordt afzonderlijk gecodeerd.

Intravasculaire drukmetingen kunnen ook uitgevoerd worden op andere bloedvaten, zoals de intrathoracale arteriën (bijvoorbeeld, onderzoek van de aorta, de aortaboog, en de carotiden), de longarteriën, en de perifere arteriën, inclusief het onderzoek van de bloedvaten van de armen en de benen. Codeer bijkomende codes voor elke diagnostische of therapeutische procedure die uitgevoerd wordt.

Implantatie van carotis sinus stimulatiesysteem

Het baroreflexsysteem helpt de functie van het hart, de nieren en de perifere bloedvaten te regelen om de gepaste bloeddruk aan te houden. Het carotis sinus baroreflex activatie toestel is vandaag het enige medische toestel dat gebruikt wordt om onbehandelbare hypertensie aan te pakken. Het bestaat uit een implanteerbare pulsgenerator, bilaterale sinus caroticus elektroden, en een computer systeem. De pulsgenerator wordt in een subcutane huidplooi geplaatst in borststreek onder het sleutelbeen. Elektroden worden bilateraal op de carotiden geplaatst, twee bloeddruk controlepunten worden onderhuids met elektroden aan de pulsgenerator verbonden. De plaats van de elektroden wordt bepaald met intraoperatieve bloeddrukmetingen na testactivaties. De computer meet de bloeddruk en regelt de pulsgenerator activiteit, en het geheel kan aangepast worden aan de behoeften van de patiënt.

Wanneer het toestel geactiveerd is, zal het systeem prikkels geven aan de carotis sinussen. De baroreceptoren van die carotiden zenden signalen via neurale zenuwbanen naar de hersenen dat er een bloeddrukstijging is die gecorrigeerd moet worden. De hersenen zenden signalen naar andere delen van het lichaam die zullen reageren op de bloeddrukstijging door het zenuwstelsel en de hormonen te prikkelen die de bloedvaten laten uitzetten waardoor de bloedstroom dus minder gehinderd wordt, het hartritme laten verminderen, en de vochthuishouding laten regelen in de nieren. Het resultaat is een lagere bloeddruk en hartbelasting, verbeterde circulatie en een meer optimale neurohormonaal evenwicht.

De codering voor het complete systeem bestaat uit afzonderlijke codes voor elk van de volgende componenten:

0JH60MZ Insertion of Stimulator Generator into Chest Subcutaneous Tissue and Fascia, Open Approach

03HK3MZ Insertion of Stimulator Lead into Right Internal Carotid Artery, Percutaneous Approach

03HL3MZ Insertion of Stimulator Lead into Left Internal Carotid Artery, Percutaneous Approach

Wanneer het nodig is om de elektroden of de pulsgenerator te reviseren, heeft ICD-10-PCS daar afzonderlijke codes voor.

Bijvoorbeeld:

- Een patiënt die drager is van een geïmplanteerde sinus carotis baroreflexactivator omwille van onbehandelbare hypertensie wordt opgenomen om de elektrode bij te stellen en te herplaatsen (langs percutane weg) ter hoogte van de linker sinus caroticus om een beter signaal door te geven. Codeer de code **Z45.09, Encounter for adjustment and management of other cardiac device**, als hoofddiagnose. Codeer de code **I10, Essential (primary) hypertension**, als nevendiagnose. Codeer de code **03WY3MZ, Revision of**

Stimulator Lead in Upper Artery, Percutaneous Approach, als procedurecode voor de herplaatsing van de elektrode.

Implantatie van een cardiomyostimulatiesysteem

Dynamische cardiomyoplastie is een tamelijk complexe nieuwe open chirurgische techniek die in twee stappen wordt uitgevoerd, waarbij de m. latissimus dorsi vrijgemaakt wordt en dan rond het hart wordt gewikkeld. Een stimulator gelijkend op een pacemaker wordt ingepland en wordt verbonden met zowel het hart als de omwikkelende spier. Er zijn enkele onderdelen van de ingreep die afzonderlijk gecodeerd worden:

- Transfert van de spier; ofwel de linker kant (0KXG0ZZ) of de rechter kant (0KXF0ZZ)
- Resectie van de ribben; ofwel de linker kant (0PT20ZZ) of de rechter kant (0PT10ZZ)
- Inbrengen van de elektroden in het pericardium, langs open toegangsweg (02HN0MZ)

Harttransplantatie

Harttransplantatie wordt uitgevoerd wanneer het hart faalt en niet meer reageert op therapie. De voornaamste oorzaken voor een harttransplantatie zijn cardiomyopathie, ernstige coronaire aandoeningen, en congenitale hartafwijkingen. Code **02YA0Z0, Transplantation of Heart, Allogeneic, Open Approach**, of **02YA0Z1, Transplantation of Heart, Syngeneic, Open Approach**, worden gebruikt voor de transplantaties van een donor. "Allogenic" verwijst naar een transplant van een genetisch identiek, maar niet gelijke donor; "syngeneic" verwijst naar een transplant van een genetisch identieke of dicht verwante donor. Er zijn onvoldoende organen beschikbaar om aan de vraag voor transplantatie te voldoen. Een patiënt kan maanden wachten op zijn transplant, en vele patiënten leven niet lang genoeg vooraleer ze een orgaan krijgen.

Procedures op aneurysma

Een aneurysma van een bloedvat is een abnormale uitzetting, waardoor het bloedvat verbreed en verzwakt is, hetgeen tot een ruptuur kan leiden. In de ICD-10-PCS is de keuze van de kernprocedure afhankelijk van de actie die men onderneemt om het aneurysma te behandelen.

De open techniek is de gouden standaard voor het herstel van abdominale aorta aneurysmata. Tijdens een dergelijke ingreep wordt de aneurysmale zak geopend en hersteld met een buisvormige ent (bv. Dacron of polytetrafluoroethyleen). De ent wordt aan de aorta gehecht waarbij hij beide uiteinden van de aorta verbindt. Indien het zieke stuk aorta verwijderd wordt en de ent ertussen wordt geplaatst kiest men voor de kernprocedure "Replacement (vervangen)". ICD-10-PCS heeft dan verschillende waarden voor de verschillende enttypes zoals autologe en niet autologe weefselsubstituten, synthetische substituten, en dierlijk weefsel. De volgende codes zijn voorbeelden van een open herstel van abdominale aorta aneurysmata:

04R007Z Replacement of Abdominal Aorta with Autologous Tissue Substitute, Open Approach
04R00JZ Replacement of Abdominal Aorta with Synthetic Substitute, Open Approach
04R00KZ Replacement of Abdominal Aorta with Nonautologous Tissue Substitute, Open Approach
02RW08Z Replacement of Thoracic Aorta with Zooplastic Tissue, Open Approach

Endovasculair herstel van een aneurysma is een minimaal invasieve procedure om aneurysmata te behandelen. Bij dit type herstel wordt een stent doorheen de a. femoralis ter hoogte van het aneurysma ontplooit onder radiologische begeleiding. De stent vernauwt het aneurysma zodat er minder bloedstroom doorheen gaat en dus ook minder uitzetting met minder kans op ruptuur. Wanneer een aneurysma hersteld wordt door het inbrengen van een stent of ander materiaal intraluminaal in de arterie, is de kernprocedure "Restriction (vernauwen)" en het materiaal "intraluminaal". Indien het aneurysma hersteld wordt door eromheen materiaal aan te brengen (bv. clips, moffen, enz), dan is de kernprocedure "Restriction" en het materiaal "extraluminaal". De volgende codes zijn voorbeelden van endovasculaire procedures voor het herstel van aneurysmata:

04V93CZ Restriction of Right Renal Artery with Extraluminal Device, Percutaneous Approach
04V53DZ Restriction of Superior Mesenteric Artery with Intraluminal Device, Percutaneous Approach

Soms wordt er tijdens de ingreep een drukmeting uitgevoerd in de aneurysmale zak samen met het endovasculair herstel, hetgeen men dan afzonderlijk codeert. Bijvoorbeeld:

02VW3DZ Restriction of Thoracic Aorta with Intraluminal Device, Percutaneous Approach
02HW30Z Insertion of Pressure Sensor Monitoring Device into Thoracic Aorta, Percutaneous Approach

Endovasculaire embolisatie gebruikt specifieke agentia, zoals gelfoam, polyvinyl alcohol en sferische embolica, coils, scleroserende vloeistoffen (zoals alcohol en weefseladhesiva), en andere types van emboliserende materialen. Het is belangrijk om een onderscheid te maken tussen de kernprocedures "Restriction" en "Occlusion" wanneer er een embolisatie wordt uitgevoerd.

Embolisatieprocedures worden altijd uitgevoerd om een bloedvat af te sluiten. Het doel van de procedure is te verhinderen dat er nog bloedstroom is in het bloedvat. De keuze van de juiste kernprocedure is dus afhankelijk van wat de doelstelling is van de procedure. Is het doel van de embolisatieprocedure het volledig afsluiten van een bloedvat, dan wordt de kernprocedure "Occlusion" gebruikt. Indien het doel van de embolisatieprocedure een vernauwing is van het lumen van een bloedvat, dan wordt de kernprocedure "Restriction" gebruikt.

Bijvoorbeeld:

- Een patiënte ondergaat een percutane coiling (embolisatie) van de rechter a. uterina; dit codeert men met de code 04LE3DT, Occlusion of Right Uterine Artery with Intraluminal Device, Percutaneous Approach.

Het endovasculair inbrengen van vertakte of gefenestreerde enten in de aorta is een nieuwe techniek die ontwikkeld werd als een endovasculaire hersteltechniek voor patiënten die anatomisch niet geschikt zijn voor de standaard endovasculaire hersteltechnieken voor de aorta abdominalis aneurysmata (AAA). De vertakte of gefenestreerde endovasculaire enten zijn buisvormige enten met metalen verstevigingen en op maat gemaakte gaten (vensters) zodat de bloedstroom doorheen de aorta naar de nieren of andere organen verder kan stromen. Elke ent wordt op maat gemaakt voor elk aneurysma. Gebruik de code **04V03DZ, Restriction of Abdominal Aorta with Intraluminal Device, Percutaneous Approach** voor dit herstel van een AAA.

OEFENINGEN 28.9

Codeer de volgende diagnosen en procedures

1. Tweedegraad geprolabeerde hemorroïden waarvoor een hemorroïdectomie wordt uitgevoerd door middel van cryochirurgie. K64.1+065Y0ZC
2. Pijnlijke varices, rechter onderbeen. I83.811
Afbinden van de rechter v. saphena en strippen van de varices (open). 06DP0ZZ
3. Mitraalstenose en aorta insufficiëntie I08.0
Voorkamerfibrillatie I48.91
Hypertensie I10
4. Aneurysma van aorta abdominalis I71.4
Essentiële hypertensieve cardiovasculaire aandoening I11.9
Resectie van het abdominaal aorta aneurysma met plaatsen van synthetische ent, langs percutane endoscopische toegangsweg 04R04JZ
5. Acuut myocardinfarct, voorwand. I21.09
6. Renovasculaire secundaire hypertensie tengevolge van fibromusculaire hyperplasie, rechter nierarterie. I77.3+I15.0
Nierscan met Tc-99m CT131ZZ
7. Congestief hartfalen tengevolge van hypertensieve hartaandoening I11.0+I50.9
8. Acuut systolisch hartfalen I50.21
Eindstadium van een gedilateerde cardiomyopathie I42.0
Drager van een permanente cardiale pacemaker (status) T82.598A+Z95.0
Percutane revisie van een uitwendig hartondersteunend toestel omwille van een blootliggende draad en slecht functioneren van het toestel 02WA3RZ
9. Cerebrale occlusie door trombose met cerebraal infarct I63.30
Hypertensieve cardiovasculaire aandoeningen I11.9
10. Hypertensie I12.9
Chronisch nierlijden N18.9
11. Postoperatief a. pulmonalis infarct, eerste contact T81.718A+I26.99
12. Hypertensieve encefalopathie door een snel opkomende hypertensie I67.4+I10
13. Inbrengen van pacemaker elektroden (rechter ventrikel en rechter atrium), inbrengen van een twee kamerpacemaker (open toegangsweg) 02H63JZ+02H6HK3JZ+0JH606Z
14. Arteriosclerose van de autologe veneuze bypass ent (vier vaten bypass met v. safena twee jaar geleden). I25.810+Z95.1
15. Acuut longoedeem met linker ventrikel falen I50.1

16. Acut herseninfarct door trombose. I63.30

Residuele hemiplegie, rechts, dominante zijde, en afasie (bij ontslag) G81.91+R47.01

Essentiële hypertensie I10

17. Ernstige stenose van de linker hoofdcoronaire arterie bij een patiënt zonder historiek van bypass chirurgie. I25.10

Aorto-coronaire bypass, linker diagonalis en linker a. circumflexum met een v. saphena ent, open toegangsweg. Met cardiopulmonale bypass (extracorporele circulatie). (Performance)

021109W+06BP0ZZ+5A1221Z

HOOFDSTUK 29

NIEUWVORMINGEN

OVERZICHT

- Nieuwvormingen (neoplasma) staan geklasseerd in het hoofdstuk 2 van de ICD-10-CM.
- Neoplasma worden ingedeeld volgens twee assen.
 - o De eerste as bij het coderen is het gedrag (kwaadaardig, goedaardig, carcinoom in situ, onzeker gedrag, en niet gespecificeerd gedrag).
 - o De tweede as bij het coderen is de anatomische plaats.
- De morfologie van de tumorcellen wordt onderzocht voor het klasseren van de nieuwvorming volgens weefseltype.
- Neoplasma staan in de alfabetische index volgens hun morfologie en ook met algemene termen.
- De tabel voor nieuwvormingen lijst deze op volgens anatomische plaats in alfabetische volgorde. Het gedrag wordt gebruikt om de juiste code weer te geven.
- Er zijn twee types kwaadaardige neoplasma.
 - o Vaste (solide) neoplasma op een gelokaliseerde plaats, waar zij ontstaan, en dan aanzien worden als een primair neoplasma op die plaats. Zij zullen dikwijls uitzaaien naar andere plaatsen.
 - De uitdrukking "gemetastaseerd naar" geeft de plaats aan naar waar de tumor uitzaait, terwijl "gemetastaseerd van" de oorspronkelijke plaats weergeeft.
 - Voor het coderen kijken we naar de morfologie van de tumor in de alfabetische index
 - o Lymfatische en hematopoïetische neoplasma verplaatsen zich in de bloedbaan en het lymfestelsel.
 - Deze tumoren verspreiden zich niet naar secundaire plaatsen. Alle plaatsen waar zij zich verspreiden doorheen de circulatie worden als primair aanzien.
 - Er is een specifieke codering voorzien voor de ziekte van Hodgkin en de niet Hodgkin lymfomen.
- Soms kan de behandeling de selectie van de hoofddiagnose helpen bepalen.
 - o Wanneer de behandeling gericht is op de primaire plaats, dan zal de maligniteit dikwijls de hoofddiagnose zijn.
 - o Wanneer de behandeling gericht is op de metastase, dan zal de primaire tumor als nevendiagnose gezet worden.
 - o Opnames, enkel voor chemotherapie vereisen een Z code als hoofddiagnose.

LEERDOELSTELLINGEN

Na het doornemen van dit hoofdstuk bent u in staat om:

- De verschillende indelingen van de nieuwvormingen te kennen.
- De codes voor de neoplasma te lokaliseren.
- De maligne neoplasma te coderen (zowel de solide als de hematopoïetische en lymfatische).
- De behandelingen voor nieuwvormingen te coderen.

TERMEN OM TE KENNEN

Directe uitbreiding

De ingroei in de omliggende weefsels door een maligne neoplasma.

Invasief

De uitbreiding van de tumorcellen naar andere omliggende plaatsen

Metastase

De verspreiding op afstand van een invasieve tumor.

Neoplasma

Een nieuwe of abnormale groei.

TE HERINNEREN ...

Morfologie codes zijn optioneel maar worden gebruikt bij de kanker- en anatomopathologische registratie.

INLEIDING

Een neoplasma is een nieuwvorming of een abnormale groei. In de ICD-10-CM classificatie staan de nieuwvormingen geklasseerd in de categorieën C00 tot D49. Bepaalde neoplasma, zoals de prostaatafstanden, kunnen terug gevonden worden in de hoofdstukken van de specifieke lichaamsstelsels.

GEDRAG CLASSIFICATIE

De eerste as bij het coderen is het gedrag; de tweede as is de anatomische plaats. ICD-10-CM klasseert de neoplasma in vijf gedragsgroepen en een zesde voor onzeker gedrag.

| | |
|------------------|----------------------------|
| C00-C75, C76-C96 | Kwaadaardig |
| C7A-C7B, D3A | Neuroendocriene tumoren |
| D00-D09 | Carcinoma in situ |
| D10-D36 | Goedaardige |
| D37-D48 | Onzeker gedrag |
| D49 | Niet gespecificeerd gedrag |

Kwaadaardige neoplasma

Maligne neoplasma zijn tumorcellen die zich uitbreiden buiten de primaire plaats, omliggende weefsels ingroeien en zich op afstand verspreiden. Zij karakteriseren zich door hun meedogenloze groei en zijn moeilijk te behandelen. De term "invasief" wordt dikwijls gebruikt om de uitbreiding in de omliggende weefsels aan te geven. De uitzaaiing wordt "metastase" genoemd.

Bepaalde type maligne neoplasma zijn gekend voor hun invasieve eigenschappen (bijvoorbeeld, maligne neoplasma van de huid) en vereisen dikwijls het uitsnijden ver voorbij hun oorspronkelijke grenzen omwille van de potentiële micro-invasie. In dergelijke gevallen kan het zijn dat een biopsie afgenomen in dagklinik kwaadaardige cellen aantoonde in het afgenomen staal, waardoor er een opname noodzakelijk is om een uitgebreide verwijdering te doen. Wanneer een dergelijke uitgebreide chirurgie uitgevoerd wordt kan het anatomopathologisch onderzoek (APO) al dan niet verdere uitbreiding bevestigen. Wanneer geen verdere uitbreiding van de maligne tumor gevonden wordt zal de arts de diagnose van maligne tumor wel noteren omdat de initiële biopsie dit aantoonde, en omdat dit de reden was voor de opname en het neoplasma in feite verdere behandeling behoefde. In dergelijke situaties zal de diagnose van de arts gecodeerd worden zelfs al bevestigt het anatomopathologisch onderzoek dit niet. Men moet dus het originele APO onderzoek bij dit verblijf gebruiken en toevoegen.

Neuroendocriene tumoren

Neuroendocriene tumoren (categorieën C7A-C7B, D3A) ontstaan uit endocriene of neuroendocriene cellen verspreid over gans het lichaam. De meest voorkomende plaatsen zijn de bronchi, de maag, de dunne darm, de appendix, en het rectum. Deze tumoren worden hoofdzakelijk geklasseerd volgens hun veronderstelde embryogene oorsprong, zoals de beginndarm (bronchi en maag), de middendarm (dunne darm en appendix) en de einddarm (colon en rectum).

Een carcinoïde tumor ontwikkelt zich vanuit de enterochromaffine cellen. Deze cellen produceren hormonen die normaal in de dunne darm, de appendix, het colon, het rectum, de bronchi, de pancreas, de ovaria, de testes, de galwegen, de lever, en andere organen te vinden zijn. De carcinoïde tumoren zijn in staat dezelfde hormonen te produceren, dikwijls in grote hoeveelheden, en kunnen het carcinoïd syndroom (E34.0) veroorzaken. Carcinoïde tumoren kunnen overal in het lichaam gevonden worden, maar de meeste vindt men in het spijsverteringsstelsel. Ongeveer 25 percent van de carcinoïde tumoren worden in de luchtwegen en de longen gevonden. In bepaalde

gevallen is het niet mogelijk de oorsprong van de carcinoïde tumor te achterhalen, niettegenstaande symptomen van het carcinoïd syndroom aanwezig zijn. Carcinoïde tumoren kunnen zich voordoen als primaire maligne neoplasma (C7A), als een secundaire of metastatische tumor (categorie C7B), of als een goedaardige tumor (categorie D3A). Codes Z85.020, Z85.030, Z85.040, Z85.060, Z85.110, Z85.230, en Z85.520 worden gebruikt om de historiek van deze maligne neuroendocriene tumoren weer te geven als ze voordien verwijderd of volledig behandeld werden en dus nu geen therapie meer nodig hebben.

Wanneer het multipel endocrien neoplasma (MEN) syndroom geassocieerd is aan een maligne of benigne neuroendocriene tumor, codeert men ook het MEN syndroom (E31.2-). We coderen dit syndroom niet wanneer dit niet vermeld wordt in het patiëntendossier. Indien er een geassocieerd endocrien syndroom aanwezig is, gebruikt men de toepasselijke code als nevendiagnose, zoals bijvoorbeeld het carcinoïd syndroom (E34.0).

Voorbeelden:

C7A.092+E31.21+E34.0 Maligne carcinoïde tumor van de maag, met het Werner syndroom, en carcinoïd syndroom

Merkel Cel carcinoom

Het Merkel cel carcinoom, ook het neuroendocrien carcinoom van de huid genoemd, ontstaat uit de ongecontroleerde groei van Merkel cellen in de huid. Het is een zeldzame huidkanker die levensbedreigend kan zijn; agressieve therapie is soms noodzakelijk. Het Merkel cel carcinoom is vrij onopvallend en ontstaat doorgaans op aan zon blootgestelde huid (bijvoorbeeld het hoofd, de hals, de armen) als een pijnloze, harde, vleeskleurige tot rode of blauwe knobbel. De diagnose stelt men op een huidbiopsie. Volgende subcategorieën en codes staan ter beschikking voor het Merkel cel carcinoom:

- C4A.0 Merkel cel carcinoom van de lip
- C4A.1- Merkel cel carcinoom van de oogleden, alsook de canthus
- C4A.2- Merkel cel carcinoom van het oor en de uitwendige gehoorgang
- C4A.3- Merkel cel carcinoom van andere en niet gespecificeerde delen van het aangezicht
- C4A.4- Merkel cel carcinoom van de schedelhuid en de hals en nek
- C4A.5- Merkel cel carcinoom van de romp
- C4A.6- Merkel cel carcinoom van het bovenste lidmaat, inclusief de schouder
- C4A.7- Merkel cel carcinoom van het onderste lidmaat, inclusief de heup
- C4A.8 Merkel cel carcinoom van overlappende plaatsen
- C4A.9 Merkel cel carcinoom, niet gespecificeerd

Maligne neoplasma van ectopisch weefsel

Maligne neoplasma van ectopisch weefsel worden gecodeerd volgens de plaats van oorsprong zoals gedocumenteerd in het dossier. Bijvoorbeeld, maligne neoplasma van ectopisch pancreasweefsel dat zich in de maag bevindt wordt gecodeerd met de code C25.9, Pancreas, unspecified.

Goedaardige neoplasma

Goedaardige tumoren zijn niet invasief en verspreiden zich niet in de omliggende weefsels of op afstand. Zij kunnen daarentegen wel lokale effecten hebben zoals het wegdrukken, druk op de omliggende weefsels, de inklemming van een zenuw of de compressie van een bloedvat waardoor er chirurgie noodzakelijk is. Uteriene myomen bijvoorbeeld kunnen druk op de blaas uitoefenen waardoor er urinaire klachten zijn. De meeste goedaardige tumoren kunnen behandeld worden door volledige verwijdering.

Carcinoma in situ

Tumorcellen omschreven als carcinoma in situ hebben kwaadaardige veranderingen maar zijn nog steeds enkel gelokaliseerd op de plaats van hun ontstaan zonder ingroei in het omliggende, normale weefsel. Andere termen die het carcinoom in situ beschrijven zijn "intraepitheliaal", "niet infiltrerend", "niet invasief", en "pre-invasief" carcinoma. Ernstige baarmoederhals- en vulvaire dysplasiën

beschreven als CIN III of VIN III worden als carcinoom in situ geklasseerd. (Zie hoofdstuk 21 van dit handboek voor meer informatie hierover).

Neoplasma van onzeker gedrag

Het uiteindelijke gedrag van sommige neoplasma kan niet bepaald worden op het ogenblik dat ze ontdekt worden, en een duidelijk onderscheid tussen benigne en maligne tumorcellen kan niet gemaakt worden. Bepaalde goedaardige tumoren, bijvoorbeeld, kunnen een kwaadaardige omvorming ondergaan; daarom is verder onderzoek nodig om tot een eindiagnose te komen.

Neurofibromatose verwijst naar een groep autosomaal dominante genetische aandoeningen die tumoren veroorzaken langs de zenuwen. Code **Q85.00, Neurofibromatosis, unspecified**, wordt gebruikt voor deze neurofibromatosis.

Schwannomas kunnen ontstaan langs elke zenuw van het lichaam, inclusief de spinale zenuwen, de craniale zenuwen, en de perifere zenuwen, met uitzondering van de evenwichtszenuw (vestibulaire zenuw). Als de tumor groeit drukken ze op de zenuw en veroorzaken pijn, voosheid, tintelingen, zwakte en andere neurologische symptomen. Code **Q85.03, Schwannomatosis**, wordt gebruikt voor die aandoening.

Neoplasma met niet gespecificeerd gedrag

Categorie D49 wordt voorzien voor die situaties waarbij noch het gedrag, noch de morfologie van de nieuwvorming gespecificeerd wordt in de diagnosestelling of om het even waar in het patiëntendossier. Dit gebeurt dikwijls wanneer de patiënt overgebracht wordt naar een ander ziekenhuis voor verdere diagnostiek en eventuele behandeling, vooraleer alle onderzoeken werden uitgevoerd, of wanneer de patiënt een tijdelijke werkdiagnose wordt toegekend in ambulante setting in afwachting van verder onderzoek. Categorie D49 omvat termen zoals “groei”, “neoplasma”, “nieuwvorming” en “tumor” wanneer het neoplasma niet anders omschreven wordt. Een code uit de categorie D49 wordt bijna nooit gebruikt voor een neoplasma dat in een acuut ziekenhuis behandeld wordt, omdat meer precieze diagnostiek voorhanden moet zijn.

Het is belangrijk om neoplasma met niet gespecificeerd gedrag niet te verwarren met deze van onzeker gedrag. De uitzondering op het coderen van neoplasma van niet gespecificeerd gedrag is de codering van donkere zones of punten op de retina, die aanzien worden als verdachte melanomen. Deze zwarte punten kunnen moeilijk gebiopteerd worden en moeten dus continu geëvalueerd worden. Code **D49.81, Neoplasm of unspecified behavior, retina and choroid**, wordt gebruikt voor deze aandoening. Omdat een biopsie van de retina een risico inhoudt voor het oog en daarom slechts uitgevoerd wordt wanneer het letsel zich uitbreidt, is er doorgaans geen biopsieweefsel ter beschikking om de diagnose te bevestigen. Om die reden is de code D49.81 de correcte code voor deze aandoening.

Niet gespecificeerde massa of letsel

Het is niet correct om een code uit de categorie D49, Neoplasma of unspecified behavior, te gebruiken wanneer er enkel de termen “massa” of “letsel” staan. Wanneer men een diagnose moet coderen die omschreven wordt als een massa of letsel op een bepaalde plaats, en wanneer die plaats niet vermeld wordt onder de hoofdtermen ‘**Mass**’ of ‘**Lesion**’, zal de codeerder de verwijzingen volgen onder de hoofdterm die de diagnose omschrijft. Indien de uiteindelijke diagnose omschreven wordt als een “knobbel (lump)”, en indien er geen vermelding onder deze hoofdterm staat in de alfabetische index voor het aangetaste orgaan of de aangetaste plaats, zoekt men onder de hoofdterm “**Mass**” zoals aangegeven door de verwijzing “see” onder de hoofdterm “Lump”. Indien er onder de hoofdterm “**Mass**” ook geen vermelding staat voor de specifieke plaats, zoekt men onder de hoofdterm “Disease”. De alfabetische index vraagt de codeerder om naar ‘**Disease**’ te kijken voor het specifieke orgaan of de specifieke plaats indien men “Mass, ‘specified organ NEC” zou moeten kiezen.

Indien de uiteindelijke diagnose omschreven staat als “letsel (**lesion**)”, en er is onder de hoofdterm “**Lesion**” geen vermelding naar het specifieke orgaan of de specifieke plaats, kijkt men ook naar de term “**Disease**”. De alfabetische index leidt u eveneens naar daar bij “Lesion, organ site NEC”.

Door in de systematische index de volgende subcategorieën op te zoeken tracht u een koppeling te vinden tussen de codes in de linker kolom en de omschrijvingen in de rechter kolom.

- | | | | |
|------------|-------------------|---|-------------------------------|
| 1. C18.4 | Colon transversum | c | a. Goedaardig |
| 2. D44.10 | Bijnier | d | b. Carcinoma in situ |
| 3. C43.0 | Lip | c | c. Kwaadaardig |
| 4. D02.1 | Trachea | b | d. Onzeker gedrag |
| 5. D49.4 | Blaas | e | e. niet gespecificeerd gedrag |
| 6. D10.6 | Nasofarynx | a | |
| 7. C7A.025 | Colon sigmoïdeum | | |

MORFOLOGISCH CLASSIFICATIE

De morfologie van een neoplasma verwijst naar de vorm en de structuur van de tumorcellen en wordt onderzocht om het neoplasma in te delen volgens het weefsel van oorsprong. Het oorspronkelijk weefsel en het type cel waaruit een maligne neoplasma bestaat bepaalt dikwijls de groeisnelheid, de ernst van de aandoening, en het type behandeling dat moet gegeven worden. Uitgezaaide neoplasma worden herkend door hun morfologie, die verschillend is van het normale weefsel op die plaats, maar die wel gelijk is aan die van de primaire plaats.

Een kankerregistratie is een registratie van alle kankerpatiënten voor hun follow-up. Deze kankerregistratie bevat alle belangrijke aspecten van de tumorhistoriek van de patiënt en zijn behandelingen. De kankerregistratie databank bevat demografische gegevens, de medische voorgeschiedenis, diagnostische bevindingen, de primaire plaats, de metastasen, de histologie, het stadium (stagiering), de behandelingen, de terugval, de daaropvolgende behandelingen, en het eindresultaat. De codeerder mag deze gegevens gebruiken om te coderen op voorwaarde dat deze bevestigd of ondertekend zijn door de behandelende arts.

OEFENINGEN 29.2

Merk volgende uitdrukkingen als waar of niet waar.

1. De morfologie van neoplasma verwijst naar het onderzoek van de vorm en de structuur van de weefsels en de cellen waaruit neoplasma ontstaan. **W**
2. Metastasen kunnen geïdentificeerd worden door hun morfologie die identiek is aan de morfologie van het omgevende normale weefsel en cellen op de metastatische plaats. **N**
3. De codeerders mogen de MOC verslagen gebruiken om te coderen op voorwaarde ze door de behandelende arts onderschreven zijn. **W**

OPZOEKEN VAN DE CODES VOOR NIEUWVORMINGEN

De eerste stap voor het opzoeken van de codes voor een nieuwvorming is te kijken onder de morfologie in de alfabetische index van de aandoeningen en letsels. Voor bepaalde types is er een specifieke diagnosecode voorhanden. Bijvoorbeeld, de diagnose van niercelcarcinoom vindt men terug in de alfabetische index onder de hoofdterm "Carcinoma" en de subterm "renal cell" als volgt:

Carcinoma ...
-renal cell C64.-

Wanneer de plaats niet opgelijst staat als subterm of wanneer er geen specifieke code vermeld staat in de alfabetische index, verwijst men naar de tabel voor neoplasma in volume 2 of de alfabetische index. Kruisverwijzingen moeten nauwgezet gevolgd worden; de volgende verwijzingen helpen de codeerder naar de juiste plaats wanneer het type neoplasma in de alfabetische index vermeld staat:

Sarcoma ...
-cerebellar C71.6
-embryonal – see Neoplasm, connective tissue, malignant
-Ewing's – see Neoplasm, bone, malignant

De tabel voor neoplasma (waarvan u een extractie ziet in tabel 29.1) lijst de anatomische plaats alfabetisch op aan de linker zijde. (De insprongen hebben dezelfde betekenis als deze elders in de alfabetische index.) De kolommen rechts geven de codes voor de verschillende gedragingen voor die bepaalde plaats.

Om die tabel te kunnen gebruiken moet de codeerder eerst de anatomische plaats lokaliseren in de lijst, dan kijkt men in de gepaste kolom volgens het gedrag van de tumor en zo heeft men de correcte code. Voor elke plaats heeft men zes mogelijke codes afhankelijk of het neoplasma maligne, benigne, carcinoom in situ, onzeker of niet gespecificeerd is van natuur. De omschrijving van de nieuwvorming geeft dikwijls aan welke van de zes kolommen moet gekozen worden (bijvoorbeeld maligne melanoma van de huid, benigne fibroadenoma van de borst, carcinoma in situ van de baarmoederhals). Wanneer dergelijke omschrijvingen niet aanwezig zijn, herinneren we u eraan dat in de alfabetische index, onder de morfologie er een richting wordt gegeven naar de juiste kolom in de tabel; zoals bijvoorbeeld Mesonephroma – see Neoplasm, malignant; Embryoma – see also Neoplasm, uncertain behavior; Bowen's disease – see Neoplasm, skin, in situ. Let wel op, want deze indicatie kan overschreven worden indien één van de hierboven omschrijvingen vermeld worden; bijvoorbeeld, maligne adenoma van het colon codeert men met de code C18.9 en niet met D12.6, omdat het adjectief "maligne" de term "Adenoma – see Neoplasm, benign" in de alfabetische index overtreft. Codes met een koppelteken (-) achter de code vragen een vijfde karakter voor de lateraliteit. De codes uit de tabel voor neoplasma moeten geverifieerd worden in de systematische index.

TABEL 29.1 Selectie uit de tabel voor neoplasma in de alfabetische index voor aandoeningen en letsels

| | Malignant Primary | Malignant Secondary | Ca in situ | Benign | Uncertain Behavior | Unspecified Behavior |
|-------------------------------------|--------------------------|----------------------------|-------------------|---------------|---------------------------|-----------------------------|
| Neoplasm, neoplastic - continued | | | | | | |
| -nostril | C30.0 | C78.39 | D02.3 | D14.0 | D38.5 | D49.1 |
| -nucleus pulposus | C41.2 | C79.51 | - | D16.6 | D48.0 | D49.2 |
| -occipital | | | | | | |
| --bone | C41.0 | C79.51 | - | D16.4 | D48.0 | D49.2 |
| --lobe or pole, brain | C71.4 | C79.31 | - | D33.0 | D43.0 | D49.6 |
| -odontogenic-see Neoplasm, jaw bone | | | | | | |
| -olfactory nerve or bulb | C72.2 | C79.49 | - | D33.3 | D43.3 | D49.7 |
| -olive (brain) | C71.7 | C79.31 | - | D33.1 | D43.1 | D49.6 |
| -omentum | C48.1 | C78.6 | - | D20.1 | D48.4 | D49.0 |

OEFENINGEN 29.3

Codeer de volgende diagnoses.

1. Bronchus adenoom D38.1
2. Burkitt lynfoom van de intra-pelviene lymfeknopen C83.76
3. Lipoma ter hoogte van het hoofd D17.0
4. Hairy cell leukemie (HCL), in het Nederlands 'pluizebolleukemie', in remissie. C91.41
5. Endometriaal sarcoma C54.1
6. Hodgkin sarcoom C81.9

BASISTYPEN VAN MALIGNNE NEOPLASMA

Er zijn twee basistypen van maligne neoplasma:

- C00-C75, C76-C80 Vaste (solide) tumoren
- C81-C96 Hematopoïetische en lymfatische tumoren

Solide tumoren hebben een enkel, gelokaliseerd ontstaanspunt en worden aanzien als primaire neoplasma op die plaats. Vaste tumoren hebben de neiging door te dringen in de omgeving en zich op afstand te verspreiden, waarbij die plaatsen als secundaire tumoren of metastasen worden geklasseerd. Bijvoorbeeld, de diagnose van carcinoom van de long met metastasen in de hersenen, geeft aan dat de primaire plaats de long is en de secundaire plaats de hersenen.

Lymfatische en hematopoïetische neoplasmata ontstaan in het reticuloendotheliaal en lymfatisch weefsel en de bloedvormende organen. Deze nieuwvormingen verschillen van de solide maligne neoplasma op verschillende manieren, zoals:

- Zij kunnen zich voordoen op één enkele plaats of in verschillende plaatsen tegelijkertijd.

- De tumorcellen circuleren dikwijls in grote hoeveelheden doorheen de bloedstroom en het lymfestelsel eerder dan op één enkele plaats te blijven.
- De verspreiding over andere plaatsen in het hematopoïetisch en lymfatisch stelsel worden niet aanzien als een metastase en worden als een primair neoplasma geklasseerd.

Omwille van dit verschil tussen solide en hematopoïetisch-lymfatische aandoeningen, worden in dit handboek deze twee type maligne neoplasma afzonderlijk beschreven. De solide tumoren worden eerst beschreven, en dan verschuift de discussie naar de tumoren die ontstaan in het hematopoïetisch en lymfatisch weefsel.

CODERING VAN SOLIDE MALIGNE NEOPLASMA

Een solide maligne tumor kan zich verspreiden door uitbreiding in de omgeving of een metastase op afstand. De directe uitbreiding is de invasie in het omliggende weefsel; "metastase" verwijst naar de uitzaaing op afstand waar een nieuwe tumor ontstaat. ICD-10-CM maakt geen verschil tussen deze twee types uitbreiding. De termen "metastase" en "secundair" worden ook door elkaar gebruikt.

Overlappende streken

Wanneer een primair maligne neoplasma twee of meer aangrenzende plaatsen (naast elkaar liggend) inneemt, wordt het geklasseerd onder de subcategorie/code ".8", wat betekent "overlappende plaatsen", tenzij de combinatie elders gespecificeerd wordt. Bijvoorbeeld, ICD-10-CM voorziet volgende codes voor bepaalde maligne neoplasma die twee of meer aan elkaar grenzende plaatsen overlappen:

C00.8 Neoplasm of overlapping sites of the lip whose point of origin cannot be assigned to any other code within category C00

C16.8 Neoplasm of stomach whose point of origin cannot be assigned to any other code within category C16

C34.80 Neoplasm of overlapping sites of lung, bronchus, and trachea whose point of origin cannot be assigned to any code within category C34

Wanneer er verschillende tumoren zijn op een zelfde plaats die niet overlappend zijn, zoals tumoren in de verschillende borstkwadranten, dan codeert men die elk afzonderlijk.

OEFENINGEN 29.4

Codeer de volgende diagnoses

1. Carcinoom van het bovenste en middelste derde van de oesofagus C15.8
2. Carcinoom van de mondholte en de farynx C14.8
3. Adenocarcinoma van rectum en anus C21.8

Maligniteiten in twee of meer niet aan elkaar liggende plaatsen

Een patiënt kan meer dan één maligne tumor hebben in hetzelfde orgaan. Deze tumoren kunnen verschillende primaire kankers zijn of metastasen, afhankelijk van de plaats. Wanneer de documentatie niet duidelijk is, zal men de arts bevragen wat elke tumor nu is, teneinde de correcte codering te kunnen doen.

Wanneer meer dan één primaire kanker wordt waargenomen in hetzelfde orgaan, worden deze synchrone primaire tumoren genoemd. Deze aandoening kan zich voordoen in de longen waarbij het weefsel, in dit geval het respiratoir epitheel, aangetast/gewijzigd wordt door een prikkelende stof (zoals, tabaksrook). De arts moet wel duidelijk zijn of één van de tumoren een metastase is dan wel een tweede primaire tumor. Bijvoorbeeld:

- Een patiënt met stadium IV non-small cell (niet kleincellig) longcarcinoom van de linker onderkwab wordt opgenomen met uitgebreide peritoneale- en levermetastasen. Een CT scan van de longen toont een grote tumor in de basis van de linker long met diffuse uitbreiding in de rechter long. Bij navraag zegt de arts dat de tumor ontstaan is in de linker long en metastaseerde naar de rechter long. Omdat de arts duidelijk documenteert dat de primaire longtumor zich van de linker long naar de rechter long uitbreidde, coderen we **C34.32, Malignant neoplasm of lower lobe, left bronchus or lung**, als hoofddiagnose en **C78.01, Secondary malignant neoplasm of right lung**, als nevendiagnose. Daarbij coderen we

C78.6, Secondary malignant neoplasm of retroperitoneum and peritoneum en C78.7, Secondary malignant neoplasm of liver and intrahepatic bile duct, als bijkomende nevendiaagnosen.

Neoplasma beschreven als metastasen

De termen “gemetastaseerd” en “metastase” worden dikwijls dubbelzinnig gebruikt bij de beschrijving van neoplasma, soms bedoelt men de hierbij genoemde plaats als primaire tumor, soms als secundaire tumor. Indien de diagnose niet duidelijk is zal de codeerder het patiëntendossier raadplegen voor bijkomende informatie. Wanneer er niets voorhanden is, zal men volgende regels hanteren.

“Gemetastaseerd naar”

De uitdrukking “gemetastaseerd naar” geeft de plaats aan van de secundaire tumor. Bijvoorbeeld, een diagnose van een gemetastaseerd carcinoma naar de long wordt gecodeerd als een secundair maligne neoplasma van de long (C78.0-). Men codeert tevens een code voor de primaire lokalisatie wanneer die primaire tumor nog aanwezig is; of een historiek uit de categorie Z85, Personal history of malignant neoplasm, indien het primair neoplasma verwijderd werd of uitbehandeld is. Het vierde karakter bij de categorie Z85 geeft het lichaamstelsel weer waar de primaire tumor zich bevond, en het vijfde en zesde karakter het orgaan dat hierbij betrokken was.

Doorgaans wordt er geen historiekcode toegewezen wanneer de patiënt voordien een benigne of een in situ neoplasma of een tumor van onzeker gedrag had. Er zijn uitzonderingen hierop die men terugvindt in de subcategorie Z86.0:

| | |
|---------|--|
| Z86.000 | Personal history of in-situ neoplasm of breast |
| Z86.001 | Personal history of in-situ neoplasm of cervix uteri |
| Z86.008 | Personal history of in-situ neoplasm of other site |
| Z86.010 | Personal history of colonic polyps |
| Z86.011 | Personal history of benign neoplasm of the brain |
| Z86.012 | Personal history of benign carcinoid tumor |
| Z86.018 | Personal history of other benign neoplasm |
| Z86.03 | Personal history of neoplasm of uncertain behaviour |

“Metastase van”

De uitdrukking “metastase van” geeft de plaats van de primaire tumor aan. Bijvoorbeeld, een diagnose van een carcinoom dat een metastase is van de borst geeft aan dat de borst de primaire plaats is (C50.9-). Daarnaast codeert men ook de code voor de plaats van de metastase.

Multipele metastatische uitzaaiingen

Wanneer twee of meerdere plaatsen aangegeven worden als “gemetastaseerd naar” zal men elke plaats coderen als secundair of metastase. Er zal ook een code voor de primaire plaats gecodeerd worden indien die informatie aanwezig is; indien dit niet het geval is codeert men C80.1.

Enkel een plaats van metastase

Wanneer enkel één plaats en de uitdrukking ‘gemetastaseerd’ beschreven wordt zonder verdere specificatie en er ook geen verdere informatie in het patiëntendossier te vinden is, volgt men volgende stappen:

1. Men kijkt naar de morfologie in de alfabetische index, dan kent men en codeert men de oorsprong als primaire plaats. Bijvoorbeeld, een diagnose van een gemetastaseerd longcarcinoom van het type niercel, geeft aan dat de oorsprong de nieren moet zijn en de secundaire plaats de longen. De correcte codering is **C64.9, Malignant neoplasm of kidney, except renal pelvis, unspecified side**, en **C78.00, Secondary malignant neoplasm of lung, unspecified side**. Wanneer de specifieke lokalisatie voor een morfologie niet aangegeven of niet opgelijst wordt, gebruikt u de code voor de niet gespecificeerde plaats binnen de anatomische streek. Bijvoorbeeld, een oat cel carcinoom codeert men met **C34.90, Malignant neoplasm of bronchus or lung, unspecified, unspecified side**, wanneer men niets meer weet over de juiste plaats.
2. Wanneer de morfologie niet aangegeven wordt of men komt alleen tot de code C80.0 of C80.1, codeert men de tumor als primair maligne neoplasma tenzij de plaats één van de volgende is:
- Bot

- Hersenen
- Diafragma
- Hart
- Lever
- Lymfeklieren
- Mediastinum
- Meningen
- Peritoneum
- Pleura
- Retroperitoneum
- Ruggenmerg
- Plaatsen geklasseerd onder C76

Maligne neoplasma in deze streken worden als secundair geklasseerd wanneer niet anders gespecificeerd, met uitzondering van de lever. ICD-10-CM voorziet de code **C22.9, Malignant neoplasm of liver, not specified as primary or secondary**, voor dergelijke onduidelijke gevallen. Voorbeelden van deze twee-stap-codering:

C34.90+C80.1 Gemetastaseerd longcarcinoom, gecodeerd volgens stap 2 waarbij de primaire plaats de long is: het carcinoom van de long; de secundaire plaats is niet gespecificeerd.

C79.51+C80.1 Gemetastaseerd botcarcinoom, gecodeerd volgens stap 2 waarbij de primaire plaats niet gekend is en het bot als secundaire plaats: carcinoom, niet gekende lokalisatie; secundaire plaats het bot.

Geen lokalisatie aangegeven

Code **C80.0, Disseminated malignant neoplasm, unspecified**, wordt gebruikt voor die gevallen waarbij de patiënt uitgebreide metastasen vertoont en er geen primaire noch secundaire plaatsen worden gespecificeerd. Deze code wordt gebruikt in plaats van alle primaire plaatsen en alle gekende secundaire plaatsen te coderen. Code **C80.1, Malignant (primary) neoplasm, unspecified**, is gelijk aan 'Kanker, niet gespecificeerd'. Deze code zal alleen gebruikt worden wanneer er geen onderscheid kan gemaakt worden waar de primaire oorsprong van de nieuwvorming ligt. Deze code zal dus zelden gebruikt worden voor hospitalisaties. Code **C79.9, Secondary malignant neoplasm of unspecified site**, wordt gebruikt wanneer de uitzaaingsplaats niet wordt aangegeven.

Wanneer geen lokalisatie wordt aangegeven in de diagnostiek maar de morfologie toont aan dat het gemetastaseerd is, gebruikt men de code die de morfologie aangeeft als hoofddiagnose met een nevendiagnose voor de uitzaaing naar een niet gespecificeerde plaats. Bijvoorbeeld, een diagnose van gemetastaseerd apocrien adenocarcinoom waarbij geen lokalisatie gespecificeerd wordt, codeert men als een primair maligne neoplasma van de huid, niet gespecificeerde plaats (C44.9). Als nevendiagnose codeert men de code C80.1 voor de uitzaaing. Code C44.9 wordt bekomen door de hoofdterm en de subtermen in de alfabetische index te volgen:

Adenocarcinoma ...

-apocrine ...

--unspecified site C44.9

OEFENINGEN 29.5

Codeer de volgende diagnoses.

1. Gemetastaseerd carcinoom van de rechter long C34.91+C79.9
2. Gemetastaseerd carcinoom in de hersenen C79.31+C80.1
3. Gemetastaseerd carcinoom van de prostaat naar de bekkenbeenderen. Voordien een prostatectomie doorstaan (History) C79.51+Z85.46
4. Gemetastaseerd carcinoom in de hersenen vanuit de longen. Voordien een longresectie gehad zonder recidief op de primaire plaats (History) C79.31+Z85.118
5. Gemetastaseerd carcinoom van de prostaat in de bekkenbeenderen C61+C79.51
6. Gemetastaseerd carcinoom van de hersenen en de longen C79.31+C78.00+C80.1
7. Gemetastaseerd carcinoom van de pancreas en het omentum C78.89+C78.6+C80.1
8. Gemetastaseerd adenocarcinoom van colon transversum C18.4+C80.1
9. Gemetastaseerd carcinoom van de bronchus C34.90+C80.1
10. Gemetastaseerd carcinoom van het ruggenmerg C79.49+C80.1
11. Gemetastaseerd carcinoom van de femur C79.51+C80.1
12. Gemetastaseerd carcinoom van de hersenen C79.31+C80.1

13. Gemetastaseerd sereus papillair adenocarcinoma van het bot C56.9+C79.51
14. Gemetastaseerd infiltrerend ductaal cel carcinoom van de vrouwelijk borst C50.919+C79.9
15. Gemetastaseerd odontogeen fibrosarcoma C41.1+C79.9
16. Chronoblastisch osteosarcoom van een lidmaat met metastasen C40.9+C79.9

DE CODERING VAN MALIGNITEITEN VAN HET HEMATOPOIETISCH EN LYMFATISCH STELSEL

Anders dan bij de solide tumoren, spreiden de neoplasma die ontstaan in de lymfatische en hematopoïetische weefsels zich niet uit naar secundaire plaatsen. De maligne cellen circuleren daarentegen het lichaam rond en kunnen op andere plaatsen verder woekeren. Deze plaatsen worden als primaire neoplasma aanzien eerder dan secundaire. Figuur 29.1 toont de plaatsen van de lymfeknopen in het menselijk lichaam.

Neoplasma van lymfeknopen of klieren

Primaire maligne neoplasma van de lymfeknopen of de klieren worden geklasseerd in de categorie C81 tot C88, met een vierde karakter om meer specificiteit te geven over het type neoplasma en een vijfde karakter om de lymfeknopen aan te duiden die aangetast zijn (uitgezonderd voor de categorieën C86 en C88, die geen plaats aangeven). Indien het neoplasma lymfeknopen of klieren aantast op bijkomende plaatsen, is het vijfde karakter een "8", om aan te geven dat de maligniteit verschillende (multipale) plaatsen aantast. Bijvoorbeeld, code **C83.38, Diffuse large B-cell lymphoma, lymph nodes of multiple sites**, wordt gebruikt voor de diagnose van diffuus groot B-cel lymfoma van de intra-abdominale en intra-thoracale lymfeklieren; de individuele codes worden niet gecodeerd.

Wanneer een solide tumor zich in de lymfklieren uitzaait, dan codeert men dit met een code uit de categorie C77. Bijvoorbeeld, adenocarcinoma van de rechter vrouwelijke borst met uitzaaiingen in de okselklieren codeert men met de code **C50.911, Malignant neoplasm of unspecified site of right female breast**, en **C77.3, Secondary and unspecified malignant neoplasms of axilla and upper limb lymph nodes**. Geen codes uit de categorie C81 tot C88 worden gebruikt.

Lymfomen kunnen maligne of benigne zijn. Benigne lymfomen staan geklasseerd onder de code **D36.0, Benign neoplasms of lymph nodes**. Maligne lymfomen staan opgelijst als subterm onder de hoofdterm '**Lymphoma**'. Wanneer de gestelde diagnose van lymfoom niet teruggevonden wordt als subterm onder '**Lymphoma**' in de alfabetische index, kan de codeerder het gedrag van de tumor terugvinden in het anatomopathologisch verslag. De arts moet echter wel bevestigd worden ter confirmatie vooraleer men dat zo codeert.

Hodgkin lymfoom

Het Hodgkin lymfoom (categorie C81) is een soort kanker dat ontstaat uit de lymfocyten. Het Hodgkin lymfoom wordt gekarakteriseerd door de geordende verspreiding van de ziekte van een lymfeklier groep naar een andere en de ontwikkeling van algemene symptomen bij de voortschrijding van de aandoening. Hodgkin lymfomen kunnen behandeld worden met radiotherapie, chemotherapie, of hematopoïetische stamceltransplantaties. De behandelingskeuze is afhankelijk van de leeftijd, het geslacht van de patiënt en het stadium, het volume (de uitgebreidheid) en het histologische subtype van de ziekte.

Categorie C81 voorziet een vierde karakteronderverdeling om het pathologische subtype van het Hodgkin lymfoom weer te geven en vijfde karakter om de lymfeklieren die aangetast zijn aan te geven (bijvoorbeeld, niet gespecificeerde plaats; hoofd, aangezicht, en hals; intra-thoracaal; intra-abdominaal; oksel en bovenste lidmaat; liezen en onderste lidmaat; intra-pelvisch; milt; multipale plaatsen; extranodaal en solide organen). Het pathologische subtype wordt als volgt ingedeeld:

- C81.0 Nodular lymphocyte predominant Hodgkin's lymphoma (een zelden voorkomend subtype)
- C81.1 Nodular sclerosis classical Hodgkin's lymphoma (het meest voorkomende subtype)
- C81.2 Mixed cellularity classical Hodgkin's lymphoma (een veel voorkomend subtype, meestal geassocieerd met Epstein-Barr virus infectie)
- C81.3 Lymphocytic depletion classical Hodgkin's lymphoma (een zelden voorkomend subtype)

- C81.7 Other classical Hodgkin lymphoma
- C81.9 Hodgkin's lymphoma, unspecified

FIGUUR 29.1: het lymfestelsel

Non-Hodgkin lymfomen

Non-Hodgkin lymfomen zijn een heterogene groep van maligne lymfomen die een klinisch beeld vertonen dat sterk lijkt op de ziekte van Hodgkin maar dan zonder de aanwezigheid van Reed-Sternberg reuzencellen, die zo karakteristiek zijn voor het Hodgkin lymfoom. Lymfomen ontwikkelen zich vanuit de lymfoïde componenten van het immuunsysteem. De belangrijkste cel die in het lymfoïde weefsel gevonden wordt is de lymfocyt, een tegen infectie vechtende witte bloedcel en waar er twee types van zijn: B lymfocyten (B-cellen) en T lymfocyten (T-cellen). Non-Hodgkin lymfomen kunnen optreden op elke leeftijd en worden dikwijls opgemerkt door de opgezette lymfeklieren (die groter zijn dan normaal), de koorts en het gewichtsverlies. Er zijn verschillende typen non-Hodgkin lymfomen. Men kan ze indelen in de agressieve vorm (de snel groeiende) en de onverschillige vorm (traag groeiende), en ze kunnen zowel uit B-cellen als uit T-cellen ontstaan.

De laatste 40 jaar is de classificatie van de lymfomen sterk gewijzigd, gebaseerd op nieuwe inzichten door de technologische vooruitgang, maar ook door de evolutie in het doorgronden van het klinisch gedrag van de lymfomen. ICD-10-CM beschikt over volgende categorieën voor de non-Hodgkin lymfomen.

- C82 Folliculair lymfoma
- C83 Non-Folliculair lymfoma
- C84 Matuur T/NK-cel lymfoma
- C85 Overige en niet gespecificeerde types van non-Hodgkin lymfoma
- C86 Overige gespecificeerde types van T/NK-cel lymfoma
- C88 Maligne immunoproliferatieve ziekten en bepaalde andere B-cel lymfoma

Folliculair lymfoma (categorie C82) is de meest frequente vorm van de traag groeiende non-Hodgkin lymfomen, en de tweede meest frequente vorm van alle non-Hodgkin lymfomen. Het is een lymfoom van de B-cellen uit het centrum van de follikels (centrocyten en centroblasten), die op zijn minste een gedeeltelijk folliculair patroon vertonen. Categorie C82 heeft een classificatie volgens twee assen zodat de classificatie de terminologieverschillen die men dikwijls in de patiëntendossiers terugvindt tegemoet komt. Categorie C82 laat de classificatie van het folliculair lymfoom toe volgens de morfologische gradering (bijvoorbeeld, graad I) of de beschrijving van de follikel (bvb., diffuus follikel centrum), bijvoorbeeld:

- C82.0- Follicular lymphoma grade I
- C82.1- Follicular lymphoma grade II
- C82.2- Follicular lymphoma grade III, unspecified
- C82.3- Follicular lymphoma grade IIIa
- C82.4- Follicular lymphoma grade IIIb
- C82.5- Diffuse follicle center lymphoma
- C82.6- Cutaneous follicle center lymphoma
- C82.8- Other types of follicular lymphoma
- C82.9- Follicular lymphoma, unspecified

ICD-10-CM klasseert de niet-folliculaire lymfomen onder categorie C83, als volgt:

- C83.0 Small cell B-cell lymphoma
- C83.1 Mantle cell lymphoma
- C83.3 Diffuse large B-cell lymphoma
- C83.5 Lymphoblastic (diffuse) lymphoma
- C83.7 Burkitt lymphoma
- C83.8 Other non-follicular lymphoma
- C83.9 Non-follicular lymphoma, unspecified

Zoals bij de categorie C81, Hodgkin's lymphoma, hebben de categorieën C82 tot C85 een vijfde karakter om de aangetaste lymfeklieren weer te geven (bijvoorbeeld, niet gespecificeerde plaats;

hoofd, aangezicht, en hals; intra-thoracaal; intra-abdominaal; oksel en bovenste lidmaat, liesstreek en onderste lidmaat; intra-pelvisch; milt; multipele plaatsen; extranodaal en vaste organen).

Multipel myelomen, andere immunoproliferatieve neoplasma, en leukemieën

Multipel myelomen en maligne plasmacel neoplasma worden geklasseerd onder categorie C90 met een vierde karakter dat het specifiek type van het neoplasma weergeeft. Leukemieën staan geklasseerd in de categorieën C91 tot C95, met een vierde karakter dat het stadium van de ziekte (acuut of chronisch) aangeeft of het type leukemie (bijvoorbeeld, volwassen T-cel, polymorphocytische leukemie of T-cel type). Voor alle codes in de categorieën C90 tot C95, geeft het vijfde karakter de status van de patiënt aan als volgt:

| | |
|---|---|
| 0 | Remissie niet bereikt (gefaalde remissie) |
| 1 | In remissie |
| 2 | In terugval |

Het vijfde karakter "0" wordt gebruikt wanneer het patiëntendossier niet aangeeft dat de patiënt een remissie heeft bereikt. Wanneer de arts aangeeft dat de maligniteit in remissie is, gebruikt men het vijfde karakter "1". Deze aanduiding wordt alleen gebruikt wanneer de arts duidelijk aangeeft dat de aandoening in remissie is. Wanneer de patiënt een recidief ervaart en de arts beschrijft dit als een "relapse (herval)" dan gebruikt men het vijfde karakter "2". Een recidief van de aandoening kan zich voordoen om het even wanneer tijdens de behandeling of na het einde van een behandeling, zelfs maanden of jaren na een remissie.

Het is belangrijk om "remissie" niet te verwarren met een persoonlijke historiek. De categorieën voor leukemie, en categorie C90, Multipel myeloom, hebben codes voor "in remissie". Relevante persoonlijke historiek codes zijn **Z85.6, Personal history of leukemia**, en **Z85.79, Personal history of other malignant neoplasms of lymphoid, hematopoietic and related tissues**. De persoonlijke historiek codes geven de vroegere medische toestand van de patiënt weer, die niet langer meer bestaat en niet meer behandeld wordt maar potentieel kan terugkomen, en daarom een blijvende waakzaamheid vergt. Indien het patiëntendossier onduidelijk is of de patiënt in remissie is, zal men dit navragen bij de arts.

OEFENINGEN 29.6

Codeer de volgende diagnoses.

1. Aleukemische myeloïede leukemie in remissie. C92.Z1
2. Reticulum cel sarcoom van de milt. C83.37
3. Reticulum cel sarcoma intra-thoracaal. C83.32
4. Intrapelvien Hodgkin granuloom. C81.96
5. Chronische myeloïde leukemie. C92.10
6. Plasmacel leukemie. C90.10
7. Carcinoom van de long met gemetastaseerd carcinoom van de intra-thoracale lymfeklieren. C34.90+C77.1
8. Mycosis fungoïdes van de intra-thoracale en intra-abdominale lymfeklieren. C84.08
9. Chlamydia lymfogranuloma. A55
10. Adenolymfoma van de linker borst (vrouw). D24.2
11. Diffuus groot B-cel lymfoom intra-abdominaal. C83.33
12. Perifeer T-cel lymfoom van de hals. C84.41

VOLGORDE VAN DE CODES VOOR NEOPLASTISCHE AANDOENINGEN

De basisregels voor het bepalen van de hoofddiagnose is dezelfde voor de neoplasma als voor de andere aandoeningen: dat wil zeggen dat de hoofddiagnose die aandoening is die na onderzoek de hoofdrede is voor het contact (de opname). Er is geen regel die zegt dat een code voor een nieuwvorming voorrang heeft op een andere code. Omdat de hoofddiagnose soms moeilijk te bepalen is bij een patiënt met een neoplasma, kan de behandeling soms aangewend worden om de hoofddiagnose te bepalen.

Sommige neoplasma zijn soms functioneel actief op een manier dat zij de werking van endocriene klieren beïnvloeden. Alle neoplasma staan geklasseerd in hoofdstuk 2 van de ICD-10-CM, of ze nu functioneel actief of niet zijn. De code voor deze primaire tumoren worden eerst gezet, gevolgd door een code uit hoofdstuk 4 om de endocriene dysfunctie geassocieerd aan het neoplasma weer te geven. Bijvoorbeeld:

C56.0+E28.0 Hyperoestrogenisme tengevolge van een carcinoom van het rechter ovarium.
C56.0+L68.0 Carcinoom van het rechter ovarium met hirsutisme.

Behandeling gericht op de primaire locatie

Wanneer de behandeling gericht is op de primaire locatie, zal de maligniteit op die plaats als hoofddiagnose gezet worden, gevolgd door alle metastasen. De enige uitzondering op deze regel is wanneer de patiënt opgenomen wordt/contact heeft enkel voor de toediening van chemotherapie, immunotherapie, of radiotherapie, dan zal een Z51.- code als eerste diagnosecode gecodeerd worden, en de diagnose of het probleem waarvoor de behandeling wordt uitgevoerd als nevendiagnose. Bijvoorbeeld:

C18.7+C78.7 Carcinoma van het sigmoïd met kleine metastatische knobbels in de lever; er wordt een sigmoïdrectomie van het colon uitgevoerd
Z51.11+C18.7 Carcinoma van het colon sigmoïdeum dat voordien reeds werd weggesneden; wordt opgenomen voor chemotherapie

Soms zijn er twee primaire plaatsten aanwezig; in dit geval worden beide als primair neoplasma gecodeerd. Wanneer de behandeling vooral gericht is op één lokalisatie, zal die plaats als hoofddiagnose gecodeerd worden. Wanneer de behandeling tegelijkertijd gericht is op beide tumoren, mag men kiezen welke men als hoofddiagnose zet.

Af en toe wordt een patiënt opgenomen om een niet neoplasma aandoening te behandelen en vindt men in het anatomopathologisch verslag dat er ook een microscopische aard van maligniteit aanwezig is. In dit geval zal de aandoening die de opname verantwoorde als hoofddiagnose gecodeerd worden en een nevendiagnose voor de maligniteit. Bijvoorbeeld:

- Een patiënt met ernstige urineretentie tengevolge van prostaathypertrofie wordt opgenomen voor een prostatectomie. Een transurethrale resectie van de prostaat wordt uitgevoerd, en de patiënt wordt ontslagen met de diagnose van benigne prostaathypertrofie. Het anatomopathologisch onderzoek bevestigt dit later, maar beschrijft tevens de aanwezigheid van een microscopische focus van een adenocarcinoom. Code **N40.1, Enlarged prostate with lower urinary tract symptoms**, wordt als hoofddiagnose gecodeerd, met de code **C61, Malignant neoplasm of prostate**, en **R33.8, Other retention of urine**, als nevendiaagnosen.
- Een patiënt wordt opgenomen voor de behandeling van endometriose van de uterus, en een totale abdominale hysterectomie wordt uitgevoerd. Het anatomopathologisch verslag bevestigt de endometriose maar beschrijft ook de aanwezigheid van een carcinoma in situ van de cervix. In dit geval is de endometriose de hoofddiagnose voor het verblijf. Als nevendiagnose codeert men ook de beginnende nieuwvorming in de cervix.

Behandeling gericht op de secundaire plaats (metastase)

Wanneer een patiënt opgenomen wordt met een primair neoplasma met metastasen en de behandeling is uitsluitend gericht op de secundaire lokalisatie, zal die secundaire plaats als hoofddiagnose gecodeerd worden, zelfs al is de primaire lokalisatie nog aanwezig. De code voor het primair neoplasma wordt dan als nevendiagnose gezet.

Wanneer een patiënt opgenomen wordt met een primair neoplasma en een metastase en de behandeling is gericht op zowel de primaire als secundaire plaats, zal men de primaire plaats als hoofddiagnose coderen, met een nevendiagnose voor de secundaire lokalisatie.

Opnames voor complicaties geassocieerd met maligne neoplasma

Patiënten met een maligne neoplasma ontwikkelen dikwijls complicaties door ofwel de maligniteit zelf of de behandeling die ze krijgen. Wanneer het gaat om een opname waar vooral de complicatie wordt behandeld, zal die complicaties als eerste gecodeerd worden, gevolgd door de toepasselijke code(s) voor het neoplasma. De uitzondering op deze regel is de anemie. Wanneer de opname/het contact de behandeling is van de anemie, geassocieerd aan de maligniteit (anemie door het neoplasma), en er enkel behandeling is voor de anemie, zal men de maligniteit als hoofddiagnose zetten, gevolgd door

de code **D63.0, Anemia in neoplastic disease**. Wanneer het gaat over een opname/een contact voor de behandeling van een anemie die het gevolg is van een bijwerking van de chemotherapie of de immunotherapie, en de enige behandeling is deze voor de anemie, zal de anemiecodel als hoofddiagnose gezet worden, gevolgd door de codes voor het neoplasma en de bijwerking (T45.1x5-).
Bijvoorbeeld:

- Een patiënt met gemetastaseerd, niet-kleincellige longkanker van de rechter bovenkwab ontwikkelt een anemie na chemotherapie. De patiënt wordt op de dienst oncologie behandeld voor de anemie na chemotherapie. Men codeert de codes **D64.81, Anemia due to antineoplastic chemotherapy; C34.11, Malignant neoplasm of upper lobe, right bronchus or lung; C79.9, Secondary malignant neoplasm of unspecified site;** en **T45.1x5-, Adverse effect of antineoplastic and immunosuppressive drugs**.

Wanneer het gaat om een opname/contact voor het behandelen van een anemie als gevolg van een bijwerking van de radiotherapie, zal de anemie als eerste gecodeerd worden, gevolgd door de toepasselijke nieuwvorming code en de code **Y84.2, Radiological procedure and radiotherapy as the cause of abnormal reaction of the patient, or of later complication, without mention of misadventure at the time of the procedure**. Bijvoorbeeld:

- Een patiënte met kanker aan de rechter borst wordt gezien voor de behandeling van een anemie tengevolge van de bestraling. Code **D64.9, Anemia, unspecified**, wordt eerst gecodeerd, gevolgd door de codes **C50.911, Malignant neoplasm of unspecified site of right female breast**, en **Y84.2, Radiological procedure and radiotherapy as the cause of abnormal reaction of the patient, or of later complication, without mention of misadventure at the time of the procedure**.

Wanneer het gaat om een opname/een contact voor de behandeling van een anemie beschreven als een "pancytopenie tgv de chemotherapie", codeert men de code D61.810 voor de pancytopenie veroorzaakt door de chemotherapie. Bij kankerpatiënten is de pancytopenie doorgaans het gevolg van de beenmergsuppressie door de chemotherapie. Beenmergdepressie (beenmerg dat niet goed meer in staat is volwassen bloedcellen te produceren) is een frequentie bijwerking van chemotherapie.
Bijvoorbeeld:

- Een vrouw met kanker thv van het bovenste buitenste kwadrant van de linker borst ontwikkelt een pancytopenie door de chemotherapie. Zij gaat naar de oncoloog voor follow-up van de pancytopenie. De oncoloog spreekt van een chemotherapie geïnduceerde pancytopenie. Codeer de code **D61.810, Antineoplastic chemotherapy induced pancytopenia**, als hoofddiagnose. Codeer de code **C50.412, Malignant neoplasm of upper-outer quadrant of left female breast**, als nevendiagnose.

Wanneer het gaat om een opname/een contact voor de behandeling van een dehydratatie tengevolge van een kanker of de therapie ervoor of een combinatie van beide, en enkel de dehydratatie wordt behandeld (intraveneuze rehydratatie), wordt de dehydratatie als eerste gecodeerd, gevolgd door de code(s) van de maligniteit.

Omdat de hoofddiagnose dikwijls moeilijk te bepalen is, kan de focus van de behandeling als leidraad genomen worden. Bijvoorbeeld:

- Een patiënt onder behandeling voor prostaatkanker wordt opgenomen met een ernstige hematurie. De patiënt krijgt 15 eenheden bloed, en de blaas wordt gespoeld tot de urine klaar is. Code **R31.0, Gross hematurie**, wordt als hoofddiagnose gezet. Als nevendiagnose codeert men de code C61, Malignant neoplasm of prostate. In dit geval wordt de patiënt opgenomen en behandeld voor de ernstige hematurie. Er wordt geen behandeling direct op de tumor toegepast.

Wanneer het gaat om een opname/contact voor de behandeling van een complicatie die het gevolg is van een heelkundige procedure, codeert u de complicatie als hoofddiagnose of eerste diagnose, wanneer de behandeling direct gericht is op het oplossen van de complicatie. Bijvoorbeeld:

- Een man met gekend adenocarcinoom van de prostaat kreeg een orchidectomie op de dagkliniek. De arts laat patiënt echter nadien hospitaliseren omwille van een postoperatieve complicatie, namelijk een postprocedurele urethra strictuur. Codeer de code **N99.114, Postprocedural urethral stricture, male, unspecified**, als hoofddiagnose. Codeer de code **C61, Malignant neoplasm of prostate**, als nevendiagnose.

Opname of contact voor de toediening van radiotherapie, immunotherapie, of chemotherapie

Wanneer tijdens een verblijf een neoplasma chirurgisch verwijderd wordt op de primaire of secundaire plaats, en dit gevolgd wordt door bijkomende chemotherapie of bestraling tijdens dezelfde opname episode, zal de code voor het neoplasma als eerste of hoofddiagnose gecodeerd worden.

Wanneer het daarentegen gaat om een opname enkel en alleen voor de toediening van chemotherapie, immunotherapie, of radiotherapie, codeert men de code **Z51.0, Encounter for antineoplastic radiation therapy**, of **Z51.11, Encounter for antineoplastic chemotherapy**, of **Z51.22, Encounter for antineoplastic immunotherapy** als eerste of hoofddiagnose. Wanneer de patiënt meerdere van die behandelingen krijgt tijdens eenzelfde opname, kan men ze dus allemaal coderen en zelf de sequentie ervan bepalen. Omdat de patiënt nog steeds onder behandeling staat van zijn neoplasma, zelfs al heeft men het volledig chirurgisch verwijderd, zal een bijkomende code voor de maligniteit erbij gezet worden, eerder dan een code uit de reeks Z85.

Wanneer een patiënt opgenomen wordt voor een radiotherapie, een immunotherapie, of een chemotherapie en complicaties ontwikkelt zoals een niet te controleren nausea en braken of een dehydratatie, zal de hoofddiagnose of eerste diagnose de code **Z51.0, Encounter for antineoplastic radiation therapy**, of **Z51.11, Encounter for antineoplastic chemotherapy**, of **Z51.12, Encounter for antineoplastic immunotherapy**, zijn gevolgd door de codes voor de complicaties.

Het tumor lysis syndroom (TLS) is een groep van ernstige, potentieel levensbedreigende metabolische verstoringen die kunnen optreden na een antineoplastische behandeling zoals bij bestraling of corticosteroïdbehandeling. Het wordt vaak gezien bij leukemieën en lymfomen maar ook bij andere hematologische maligniteiten en solide tumoren. Code **E88.3, Tumor lysis syndrome**, wordt eerst gecodeerd gevolgd door de code T45.1- die de oorzaak van het TLS aangeeft wanneer die door medicatie geïnduceerd wordt. Bijvoorbeeld:

- Een kind met een acute myeloblasten leukemie wordt opgenomen voor chemotherapie. Chemotherapie wordt intraveneus toegediend langs een perifere vene en de arts stelt een tumor lysis syndroom vast secundair op de chemotherapie. Code **Z51.11, Encounter for antineoplastic chemotherapy**, wordt als hoofddiagnose gecodeerd. Codes **C92.00, Acute myeloblastic leukemia, not having achieved remission**; **E88.3, Tumor lysis syndrome**; en **T45.1x5A, Adverse effect of antineoplastic and immunosuppressive drugs, initial encounter**, worden erbij gecodeerd. Code **3E03305, Introduction of other antineoplastic into peripheral vein, percutaneous approach**, wordt gecodeerd voor de toediening van de chemotherapie.

Wanneer de patiënt opgenomen wordt voor de plaatsing van een toegangspoort voor de latere toediening van chemotherapie, maar geen chemotherapie wordt toegediend tijdens hetzelfde verblijf, codeert men het neoplasma als hoofddiagnose en de code **Z51.11, Encounter for antineoplastic chemotherapy** wordt hier niet gecodeerd. Indien de plaatsing van de toegangspoort onmiddellijk gevolgd wordt met het toedienen van chemotherapie tijdens dezelfde opname, wordt de code Z51.11 de hoofddiagnose. Indien een intraperitoneale katheter ingebracht wordt voor de chemotherapie en de chemotherapie wordt ook tijdens diezelfde opname toegediend, codeert men de code **3E0M305, Introduction of other antineoplastic into peritoneal cavity, percutaneous approach**.

Een opname voor het inbrengen van een radiumimplant of voor de behandeling met radioactief jood (I-131) wordt niet aanzien als een opname enkel voor een bestralingssessie. De code voor het maligne neoplasma wordt hier als hoofddiagnose gecodeerd; code Z51.0 wordt dus niet gebruikt.

Opname om de uitgebreidheid van een tumor te bepalen

Wanneer het gaat om een opname/contact om de uitgebreidheid van een tumor te bepalen of een procedure zoals een paracentese of een thoracocentese, wordt de primaire maligniteit of de toepasselijke metastase als hoofddiagnose of eerste diagnose gecodeerd, zelfs wanneer er ook chemotherapie of radiotherapie wordt toegediend.

Huidige maligniteit versus persoonlijke historie van maligniteit

Wanneer een primaire maligniteit uitgesneden werd maar verder behandeld wordt door middel van bijkomende heelkundige ingrepen voor de maligniteit, bestralingstherapie, of chemotherapie gericht op die primaire tumor, dan wordt die primaire maligniteit verder gecodeerd tenzij de behandeling volledig afgelopen is.

Codes uit de categorie Z85, Personal history of malignant neoplasm, worden enkel gebruikt wanneer het primaire neoplasma vooraf volledig verwijderd werd of volledige vernietigd werd en niet langer om het even welke behandeling krijgt, en er geen evidentie meer is dat de primaire tumor nog zou aanwezig zijn. Deze regel is van toepassing op zowel de solide als de hematopoïetische of lymfatische, waaronder de leukemieën, neoplasma. Noteer echter dat patiënten met leukemie vaak opgenomen worden voor allerlei onderzoeken of andere behandelingen naast hun chemotherapie. Indien men niet goed weet of het alleen gaat om een opname voor chemotherapie, immunotherapie of radiotherapie, moet men de arts hierover bevragen.

Maligne neoplasma geassocieerd aan getransplanteerde organen

Een maligne neoplasma van een getransplanteerd orgaan moet gecodeerd worden als een complicatie van het getransplanteerd orgaan. Een code uit de categorie T86.-, Complications of transplanted organs and tissue, wordt als hoofddiagnose gecodeerd gevolgd door de code **C80.2, Malignant neoplasm associated with transplanted organ**. Een bijkomende code wordt erbij gezet om de maligniteit te specificeren.

Maligne neoplasma bij zwangere patiënten

Codes uit het hoofdstuk 15 van de ICD-10-CM, Zwangerschap, bevalling en puerperium, worden steeds als hoofddiagnose gecodeerd. Een code uit de subcategorie O9A.1-, Malignant neoplasm complicating pregnancy, childbirth, and the puerperium, wordt eerste gecodeerd, gevolgd door de toepasselijke code uit hoofdstuk 2 om het type neoplasma weer te geven.

Pathologische fracturen te wijten aan neoplasma

De volgorde van de codes voor pathologische fracturen te wijten aan neoplasma is afhankelijk van de focus van de behandeling, zoals:

- Indien de focus gericht is op de fractuur, zal een code uit de subcategorie M84.5, Pathological fracture in neoplastic disease, eerste gecodeerd worden, gevolgd door een code voor het neoplasma.
- Indien de focus van de behandeling gericht is op het neoplasma, dan codeert men het neoplasma als hoofddiagnose, gevolgd door een code uit de categorie M84.5 voor de pathologische fractuur. De "codeer eveneens" instructie bij M84.5 geeft dit ook zo aan.

Maligne ascites

Maligne ascites (R18.0) is de abnormale vochtstapeling in het abdomen veroorzaakt door maligniteiten. Diagnostische testen om de onderliggende oorzaak te vinden zijn bijvoorbeeld bloedonderzoeken, ultrasonografie van het abdomen, en paracentese. De behandeling kan gebeuren door de toediening van diuretica, een therapeutische paracentese (naaldaspiratie van de peritoneale ruimte), of andere behandelingen gericht op de onderliggende oorzaak. Bijvoorbeeld:

- Een patiënt wordt opgenomen met een pancreastumor en uitgebreide maligne ascites. De uiteindelijke diagnose is een pancreaskanker met maligne ascites en retroperitoneale uitzaaiingen. Een therapeutische paracentese wordt uitgevoerd. Codeer de code **C25.9, Malignant neoplasm of pancreas, unspecified**, als de hoofddiagnose. Code **R18.0, Malignant ascites**, en C78.6, **Secondary malignant neoplasm of retroperitoneum and peritoneum**, worden als nevendiagnose gezet. Codeer de code **0W9G3ZZ, Drainage of peritoneal cavity, percutaneous approach** voor de paracentese.

Maligne pleurale vochtuitstorting

Maligne pleurale effusie (J91.0) kan ontstaan door een verstoorde pleurale lymfe drainage omwille van een mediastinale tumor (in het bijzonder bij lymfomen) en niet omwille van directe tumorinvasie in de pleura. Het lymfoom verstopt het drainagestelsel, meestal door verstoring van de normale Starling

krachten die de reeabsorptie van het vocht in de pleurale holte regelen. De code voor de maligniteit wordt eerst gecodeerd, en de code voor de maligne pleurale vochtuitstorting als nevendiagnose.

Opname voor de profylactische orgaanverwijdering

Voor opnames specifiek voor de profylactische verwijdering van borsten, ovaria, of andere organen die genetische vatbaar zijn voor kanker of een familiale historiek voor kanker, is de hoofddiagnose of de eerste diagnose een code uit de categorie Z40, Encounter for prophylactic surgery. De toepasselijke codes die het geassocieerde risico weergeven (zoals de genetische voorbeschiktheid of de familiale historiek) worden als nevendiagnose gezet.

Indien de patiënt een maligniteit heeft aan één zijde en de andere zijde profylactisch verwijderd wordt als preventie om daar geen primaire kanker of een metastase in te krijgen, wordt eerst de code van de maligniteit gecodeerd gevolgd door de code uit de subcategorie Z40.0, Encounter for prophylactic surgery, voor het risico gerelateerd aan het neoplasma. Een Z40.0- code wordt niet gebruikt wanneer de patiënt een orgaanverwijdering ondergaat als behandeling voor het neoplasma zoals bijvoorbeeld de verwijdering van de testes voor de behandeling van prostaatkanker.

Codering van opnames of contacten voor follow-up onderzoeken

Eenmaal de tumor verwijderd of vernietigd werd, worden er regelmatige follow-up onderzoeken uitgevoerd om te onderzoeken of er terugkeer is van de maligniteit of uitzaaiing naar een andere plaats. Indien er geen evidentie van recidief of uitzaaiing is codeert men de code **Z08, Encounter for follow-up examination after completed treatment for malignant neoplasm**, als hoofddiagnose. Codeer een bijkomende code om de persoonlijke historiek van een neoplasma (Z85.-) weer te geven. Codeer een bijkomende code om de afwezigheid van organen (Z90.-) weer te geven. Tenslotte codeert u ook de codes voor de diagnostische procedures (zoals de endoscopie en de biopsie) die uitgevoerd worden.

Wanneer er evidentie voor terugkeer (recidief) van het neoplasma op de primaire plaats is codeert men die maligniteit als hoofddiagnose. Bijvoorbeeld, een primair carcinoom op de voorwand van de blaas werd voordien weggesneden maar wordt nu teruggevonden op de laterale wand en codeert men dus als **C67.2, Malignant neoplasm of lateral wall of bladder**.

Wanneer er geen terugkeer is op de primaire plaats maar wel een metastase op een secundaire plaats, codeert men dit als een metastase op die plaats, gevolgd door een code uit de categorie Z85. Code Z08 wordt hier niet gebruikt.

OEFENINGEN 29.7

Markeer volgende uitdrukkingen als waar (W) of niet waar (N).

1. Het terugkeren van een primaire tumor dat voordien verwijderd was klasseert men onder de categorie Z85, Personal history of malignant neoplasm. N
2. Indien een primaire tumor verwijderd werd en niet terugkeert op de primaire plaats, codeert men dit met de code voor de oorspronkelijke tumor door gebruik te maken van de codes uit de categorieën C00 to D49. N
3. Wanneer metastasen aanwezig zijn, kan de Z-code die de persoonlijke historiek van een maligne neoplasma weergeeft niet als hoofddiagnose gecodeerd worden volgens de algemene codeerregels.

W

BEHANDELING VAN NEOPLASMA

De behandeling van neoplasma bestaat uit chirurgie, chemotherapie, radiotherapie en andere tumorbehandelingen. Chirurgie omvat voornamelijk het verwijderen van de tumor. ICD-10-PCS klasseert die procedures onder de 'Medische en Chirurgische Sectie', met de meest gebruikte kernprocedures "Excision", "Resection", "Destruction", en "Extirpation".

Thermische ablatie (vernietiging)

De vooruitgang in de radiofrequente thermische ablatie heeft de behandeling van bepaalde tumoren uitgebreid. Thermische ablatie procedures gebruiken warmte om long-, lever-, of niertumoren te vernietigen. Minimaal invasieve, videogeleide thermale ablatie is een effectieve behandeling voor

gelokaliseerde neoplasma en kan ook aangewend worden naast de klassieke chirurgie, chemotherapie, en/of radiotherapie. Onder medische beeldvorming, wordt een naaldelektrode op de plaats van de tumor ingebracht; radiofrequente energie wordt dan toegepast om de tumor te vernietigen. Thermale ablatie kan op drie verschillende manieren uitgevoerd worden: open, laparoscopisch, en percutaan. ICD-10-PCS klasseert de thermale ablatieve procedures onder de 'Medische en Chirurgische Sectie' onder de kernprocedure "Destruction". Bijvoorbeeld, de code **0B5M4ZZ, Destruction of bilateral lungs, percutaneous endoscopic approach**, wordt gebruikt voor de thoroscopische thermale ablatie van beide longen.

Chemotherapie en immunotherapie

Chemotherapie en immunotherapie worden gecodeerd met de codes uit de 'Toediening Sectie', de kernprocedure "Introduction" en het toepasselijk lichaamsstelsel/-streek waar de chemotherapie of de immunotherapie wordt toegediend (bijvoorbeeld, "centrale ader", "perifere ader", "peritoneale holte"), terwijl karakter 6, de substantie, aangeeft of er een antineoplastische dan wel een immunotherapeutische substantie wordt toegediend. Karakter 7, de qualifier, geeft bijkomende informatie of er bijvoorbeeld hoge dosissen interleukin-2 (IL-2), lage dosissen IL-2, Clofarabine, of monoclonale antilichamen worden toegediend. Bijvoorbeeld, de structuur van de code **3E03305, Infusion of antineoplastic chemotherapy into periferal vein**, wordt hieronder getoond:

| Karakter 1 Sectie | Karakter 2 Lichaam stelsel | Karakter 3 Kernprocedure | Karakter 4 Lichaamsdeel /streek | Karakter 5 Toegangsweg | Karakter 6 Substantie | Karakter 7 Qualifier |
|----------------------|---|-----------------------------|---------------------------------------|---------------------------|--------------------------|-------------------------|
| 3 | E | 0 | 3 | 3 | 0 | 5 |
| Adminstration | Physiological systems and anatomical regions | Introduction | Peripheral vein | Percutaneous | Antineoplastic | Other antineoplastic |

Bacillus Calmette-Guerin is een niet specifiek immunotherapeutisch agens dat gebruikt wordt bij de behandeling van melanomen, longkankers, weke delen sarcomen, coloncarinomen, en borstcarinomen. Interferon is een ander niet specifiek immunotherapeutisch agens dat gebruikt wordt voor de behandeling van maligniteiten. Een ander type immunotherapie is IL-2, dat gebruikt wordt voor de behandeling van vergevorderde niercelcarinomen en gevorderde melanomen. Er is een hoge dosis IL-2 en een lage dosis IL-2 therapie. Hoge dosis IL-2 therapie wordt in hospitalisatie toegediend, meer bepaald in gespecialiseerde verpleegeenheden zoals de intensieve zorgen of de beenmergtransplantatie eenheid. De hoge Dosis IL-2 behandeling vereist hoog gespecialiseerde oncologische professionals omwille van de ernst van de toxiciteit, waardoor intensieve monitoring noodzakelijk is.

Chemotherapie die doorheen de bloed-hersenbarrière (blood brain barrier disruption – BBB) geraken is een unieke oplossing voor de behandeling van hersentumoren en hersenmetastasen. De bloed hersenbarrière (BBB) is een belemmering voor de chemotherapie om bij de tumoren van het centraal zenuwstelsel (CNS) te geraken. De BBB vindt men in de kleine bloedvaten in de hersenen en verhindert toxische substanties of medicatie om de hersenen binnen te dringen. Patiënten die chemotherapie krijgen voor hersentumoren ontvangen daardoor onvoldoende dosissen omdat de antineoplastische middelen de BBB met de klassieke medicatie niet doorheen kunnen. Een verbeterde methode om medicatie in het CNS te brengen is de toediening van de chemotherapie direct in de hersenbloedvaten door het onderbreken van de BBB. BBBD therapie brengt belangrijke medicatie en andere substanties in de hersenen (bijvoorbeeld, rituximab, trastuzumab, antilichamen, of genen), waarbij de langdurige cognitieve ongemakken van de radiotherapie vermeden worden. Deze techniek maakt het mogelijk om tot 10 keer hogere concentraties van een medicament in de hersenen te krijgen zonder risico voor toxiciteit. Gebruik de code **Z51.11, Encounter for antineoplastic chemotherapy**, als hoofddiagnose wanneer chemotherapie wordt toegediend samen met middelen die de bloed-hersenbarrière onderbreken. Deze laatste procedure wordt geklasseerd binnen de ICD-10-PCS onder de 'Toediening Sectie', de kernprocedure "Introduction" en de onderbreking van de bloed-hersenbarrière specificeert men met het zevende karakter, de qualifier. De structuur van de code **3E043GN, Introduction of blood brain barrier disruption substance into central vein, percutaneous approach**, zoals aangegeven hieronder:

| Karakter 1 | Karakter 2 | Karakter 3 | Karakter 4 | Karakter 5 | Karakter 6 | Karakter 7 |
|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| | | | | | | |

| | | | | | | |
|----------------|--|---------------|----------------------|--------------|-----------------------------|--------------------------------|
| Sectie | Lichaamstelsel | Kernprocedure | Lichaamsdeel /streek | Toegangsweg | Substantie | 7 Qualifier |
| 3 | E | 0 | 4 | 3 | G | N |
| Administration | Physiological systems and anatomical regions | Introduction | Central vein | Percutaneous | Other therapeutic substance | Blood brain barrier disruption |

Het Viadur (leuprolide acetaat) implantaat wordt gebruikt als palliatieve behandeling voor uitgebreide prostaat kanker. Het materiaal wordt onderhuids in de arm gebracht en geeft leuprolide acetaat continu af over een periode van 12 maanden. Leuprolide acetaat verlaagt het testosteron, een hormoon dat de prostaat (kanker)cellen nodig hebben. Gebruik de code **3E013VJ, Introduction of other hormone into subcutaneous tissue, percutaneous approach**, voor het inbrengen van het Viadur implantaat. De code voor de prostaat maligniteit is de hoofd diagnose.

Bestralingsoncologie

Bestralingsoncologie refereert naar de radiotherapeutische behandelingen voor nieuwvormingen. ICD-10-PCS klasseert deze procedures in een speciale sectie voorbehouden aan de radiotherapie. In deze sectie hebben de karakters de volgende betekenis:

- 1 Sectie
- 2 Lichaamstelsel (body system)
- 3 De modaliteit of de wijze van behandeling. Vier verschillende behandelingsmethoden worden voorzien in deze sectie: "bundelbestraling (beam radiation)", "brachytherapie", "stereotactische radiochirurgie", en "andere bestralingen".
- 4 Behandelingsplaats
- 5 Modaliteit qualifier waarbij de behandelingsmethode verder gespecificeerd wordt. Bijvoorbeeld, voor de "brachytherapie" zijn er bijkomende qualifiers voor de hoge dosis en de lage dosis brachytherapie.
- 6 Isotopen, waarbij het isotoop gespecificeerd wordt, indien van toepassing. Bijvoorbeeld, isotopen gebruikt bij "brachytherapie" zijn cesium-137, iridium-192, iood-125, palladium-103, en californium-252.
- 7 Qualifier

De structuur van de code **DM1198Z, High dose rate (hdr) brachytherapy of right breast using iridium-192 (Ir-192)**, wordt hieronder weergegeven:

| Karakter 1 Sectie | Karakter 2 Lichaamstelsel | Karakter 3 Modaliteit | Karakter 4 Behandelingsplaats | Karakter 5 Modaliteits qualifier | Karakter 6 Isotoop | Karakter 7 Qualifier |
|----------------------|------------------------------|--------------------------|----------------------------------|--|-----------------------|-------------------------|
| D | M | 1 | 1 | 9 | 8 | Z |
| Bestraling oncologie | Borst | Brachytherapie | Rechter borst | Hoge dosis | Iridium 192 | Geen |

Laser interstitiële thermale therapie

Warmtetherapie kan gebruikt worden om nieuwvormingen te vernietigen zoals ter hoogte van de hersenen, de borsten, de lever, de prostaat en andere organen. De energie komt van verschillende bronnen, zoals de laser, microgolven, en radiofrequente golven. De warmtebron kan extracorporeel (buiten het lichaam), extrastitueel (buiten de tumor) of interstitieel (binnen de tumor) aanwezig zijn.

Laser interstitiële thermale therapie (LITT) is een heelkundige procedure waarbij week weefsel vernietigd wordt, door het gebruik van hoge temperaturen die opgewekt worden door laserenergie, onder MNR geleiding. Met dergelijke behandeling wordt de energie direct toegepast op de tumor zelf eerder dan doorheen de omliggende weefsels. Deze therapie beperkt zich tot het doelweefsel en breidt zich niet uit in de omgevende, kritische structuren. LITT kan ook gebruikt worden om andere tumorale processen te vernietigen, zoals aan hoofd en hals, lever, borst, prostaat, en longen. ICD-10-PCS klasseert LITT onder de 'Bestraling Oncologie Sectie', kernprocedure "Other radiation (overige bestraling)", met het vijfde karakter, de modaliteit qualifier, "laser interstitial thermal therapy". De

structuur van de code **D0Y1KZZ, Laser interstitial thermal therapy of brain stem**, ziet er als volgt uit:

| Karakter 1 Sectie | Karakter 2 Lichaam stelsel | Karakter 3 Kernprocedure | Karakter 4 Behandelingsplaats | Karakter 5 Modaliteit qualifier | Karakter 6 Isotoop | Karakter 7 Qualifier |
|-------------------------|---|-----------------------------|----------------------------------|--|--------------------------|----------------------------|
| D | 0 | Y | 1 | K | Z | Z |
| Bestraling oncologie | Centraal en perifeer zenuwstelsel | Overige bestraling | Hersenstam | Laser interstitiële thermale therapie | Geen | Geen |

Intra-operatieve elektronen bestralingstherapie

Intra-operatieve elektronen bestralingstherapie is een gespecialiseerde, intensieve bestralingsbehandeling tijdens de chirurgie, direct op de tumor of het tumorbed toegediend. Het normale weefsel wordt beschermd waardoor de effectiviteit van de behandeling substantieel verhoogd wordt. De code voor het maligne neoplasma wordt als hoofddiagnose gecodeerd; code Z51.11 wordt niet gebruikt. De behandeling wordt gecodeerd in de sectie van bestralingsoncologie, met kernprocedure "Beam radiation", modaliteit "electrons", en het zevende karakter "intraoperative". De structuur van de code **DW013Z0, Beam radiation of head and neck using electrons, intraoperative**, staat hieronder:

| Karakter 1 Sectie | Karakter 2 Lichaam stelsel | Karakter 3 Kernprocedure | Karakter 4 Behandelingsplaats | Karakter 5 Modaliteit qualifier | Karakter 6 Isotoop | Karakter 7 Qualifier |
|-------------------------|----------------------------------|-----------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| D | W | 0 | 1 | 3 | Z | 0 |
| Bestraling oncologie | Anatomische streken | Bundel bestraling | Hoofd en hals | Elektronen | Geen | Intra- operatief |

OEFENINGEN 29.8

De volgende oefeningen zijn herhalingsoefeningen over de neoplasma. Voor deze oefening codeert u ook de procedurecodes.

- Infiltrerend papillair, overgangscel carcinoom van de urineblaas (blaashals). C67.5
Percutane excisie van de tumor van de blaashals. 0TBC3ZZ
- Carcinoom van het middelste deel van de oesofagus met uitzaaiingen in de coeliacale lymfeknopen. C15.4+C77.2
Aanleggen van een permanente gastrostomie, percutane toegangsweg met synthetisch materiaal. 0D163J4
Bestraling van de oesofagus door middel van fotonen 1-10MeV DD001ZZ
- Maligne carcinoïde tumor van de dunne darm. C7A.019
- Scirrhous carcinoom van de vrouwelijke borst, buitenste deel. C50.812
Een open biopsie met vriescoupe wordt onmiddellijk gevolgd door een linker radicale mastectomie (resectie van de linker borst, de linker okselklieren en de borstspier). 0HTU0ZZ+07T60ZZ+0KTJ0ZZ+0HBU0ZX
- Intramuraal leiomyoma van de uterus. D25.1
- Multipel myeloom. C90.00
- Galblaascarcinoom met metastasen in de abdominale lymfeklieren, lever en peritoneum. C23+C77.2+C78.7+C78.6
Exploratieve laparotomie met cholecystectomie, naaldbiopsie van de peritoneale uitzaaiingen, en intra-operatieve elektronen bestraling van de lymfeklieren. 0FT40ZZ+0DW3ZX+D7063Z0
- Plaveiselcel carcinoma in situ, mondbodem. D00.06
Resectie van het letsel thv de mondbodem (mucosa). 0CB4XZZ
- Gemetastaseerd maligne melanoom van de linker laterale thoraxwand naar de okselklieren (Neoplasm). C43.59+C77.3
Excisie van het maligne melanoom van de thoraxwand (open toegangsweg) met radicale linker okseluitruiming (open toegangsweg). 0WB80ZZ+07T60ZZ
- Voordien al een prostatectomie gehad voor een adenocarcinoom van de prostaat dat nu gemetastaseerd is in het sacrum. (History) C79.51+Z85.46

11. Een 33 jarige vrouw wordt opgenomen voor het proylactisch verwijderen van beide borsten. Zij is genetisch voorbeschikt tot borstkanker omwille van een uitgebreide familiale historiek voor borstcarcinoom. Z40.01+Z15.01+Z80.3
Bilaterale mastectomie. 0HTV0ZZ
12. Seminoma van de linker testes. C62.92
Bilaterale radicale orchidectomie (open toegangsweg). 0VTC0ZZ
13. Lipoom van de rechter nier. D17.5
14. Chronische lymfocyten leukemie (B-cel), in remissie. C91.11
15. Opname voor chemotherapie (langs perifere vene) na oöphorectomie voor een linker ovarium carcinoom. Z51.11+C56.1+3E03305
16. Patiënt met hersenmetastasen opgenomen voor chemotherapie en infusie van middelen die de bloed-hersenen barrière doorgankelijk maken (percutaan langs perifere vene).
Z51.11+C79.31+3E033GN+3E03305
17. Ovarium carcinoom met maligne ascites en metastasen in de peritoneale ruimte. Percutane paracentese van de peritoneale holte. C56.9+R18.0+C78.6+0W9G3ZZ
18. Een patiënt met een glioblastoma multiforma (GBM) wordt opgenomen voor interstitiële thermale lasertherapie (LITT) onder MRI geleiding. De patiënt wordt naar het OK gebracht waar de neurochirurg een MRI compatibele lasersonde doorheen een kleine opening in de schedel inbrengt. De sonde wordt dan in de tumor gebracht en gepositioneerd onder MRI controle.
C71.9+D0YOKZZ
19. Een patiënte heeft een maligne glioblastoma van de frontaalkwab van de hersenen. Zij ondergaat een open resectie van de tumor met het inbrengen van een GliaSite® katheter op de plaats waar de tumor werd weggesneden. De patiënte wordt ontslagen en komt drie weken later voor het inbrengen van een hoge dosis brachytherapie (I-125) in de craniële katheter. Na de behandeling wordt de katheter verwijderd en wordt patiënte ontslagen.
C71.11+00B00ZZ+00H003Z+D01099Z+00P003Z

HOOFDSTUK 30

LETSELS

OVERZICHT

- Letsels, vergiftigingen, en bepaalde andere gevolgen van uitwendige oorzaken worden teruggevonden in hoofdstuk 19 van de ICD-10-CM.
- De eerste as om die letsels te klasseren is de anatomische plaats.
- De tweede as is het letsel type.
- De meest ernstige oorzaak van het letsel wordt als hoofddiagnose gezet.
- De uitwendige oorzaak code van een aandoening beschrijft hoe het letsel ontstaan is, de intentie (accidenteel of moedwillig), de plaats waar het letsel opgelopen werd, en de activiteit die de oorzaak of de aanleiding was van het letsel.
- Een uitwendige oorzaak code is nooit een hoofddiagnose.
- Er kunnen verschillende uitwendige oorzaak codes gebruikt worden. De eerste correspondeert met de meest ernstige diagnose.
- Codeer de kinder- en volwassen mishandeling vóór de geassocieerde letsels of aandoeningen die het gevolg zijn van het misbruik.
- De fracturen maken uitgebreid gebruik van zevende karakters die meer gedetailleerd zijn dan bij andere letsels.
- Elke fractuur, niet gespecificeerd als open of gesloten wordt gecodeerd als een gesloten fractuur in ICD-10-CM.
- De reductie is de meest courante behandeling voor fracturen.
- Indien er een luxatie aanwezig is bij een fractuur, dan zit die vervat in de fractuurcode.
- Inwendige letsels, letsels aan bloedvaten en zenuwen, open wonden, en amputaties zitten ook in dit hoofdstuk.
- Een amputatie die niet beschreven wordt als een partiële of complete amputatie, wordt gecodeerd als een complete amputatie.

LEERDOELSTELLINGEN

Na het doornemen van dit hoofdstuk bent u in staat om:

- Uitwendige oorzaak codes te gebruiken om de letsels te helpen klasseren.
- Het correcte zevende karakter te selecteren.
- De procedures voor fracturen te coderen.
- Open wonden en andere letsels te coderen.

TERMEN OM TE KENNEN

Uitwendige oorzaak codes

Geven de uitwendige oorzaak van een aandoening weer; worden gebruikt bij letsel en vergiftiging codes.

Pathologische fractuur

Een fractuur van een bot dat verzwakt is door een aandoening zoals bijvoorbeeld osteoporose of een nieuwvorming.

TE HERINNEREN ...

Dit hoofdstuk van de ICD-10-CM maakt veelvuldig gebruik van inclusie en exclusie notities, waardoor er soms lange en ingewikkelde codes zijn.

INLEIDING

Hoofdstuk 19 van ICD-10-CM klasseert de letsels, de vergiftigingen, bepaalde complicaties van trauma's, complicaties van chirurgische en medische zorg, en bepaalde gevolgen van uitwendige oorzaken. Omdat dit hoofdstuk zo'n brede waaier van aandoeningen beschrijft, worden de

codeerregels voor de brandwonden, de vergiftigingen, de bijwerkingen, en de complicaties van medische en chirurgische zorg in de volgende hoofdstukken van dit handboek besproken.

De letsels staan geklasseerd in volgende secties:

| | |
|---------|--|
| S00-S09 | Letnels van het hoofd |
| S10-S19 | Letnels van de hals (nek) |
| S20-S29 | Letnels van de thorax |
| S30-S39 | Letnels van het abdomen, de lage rug, de lumbale wervelzuil, het bekken, en de uitwendige geslachtsorganen |
| S40-S49 | Letnels van schouder en bovenarm |
| S50-S59 | Letnels van de elleboog en de voorarm |
| S60-S69 | Letnels van de pols, de hand, en de vingers |
| S70-S79 | Letnels van de heup en de dijen |
| S80-S89 | Letnels van de knie en het onderbeen |
| S90-S99 | Letnels van de enkel en de voet |
| T07 | Ongespecificeerde multipale letsels |
| T14 | Letnels ter hoogte van een niet gespecificeerde lichaamsstreek |
| T15-T19 | Effecten van een vreemd voorwerp dat langs een natuurlijke opening binnenkomt |
| T20-T32 | Brandwonden en corrosies |
| T33-T34 | Vriesletsels |
| T36-T50 | Vergiftigingen door, bijwerkingen en onderdosering van medicatie en biologische substanties |
| T51-T65 | Toxische effecten door hoofdzakelijk niet medicinale substanties |
| T66-T78 | Overige en niet gespecificeerde effecten van uitwendige oorzaken |
| T79 | Bepaalde complicaties van trauma's |
| T80-T88 | Complicaties van chirurgische en medische zorg, niet elders geklasseerd |

De eerste as om letsels in te delen is de anatomische plaats zoals de lijst hierboven aangeeft; de tweede as wordt bepaald door het letsel type. Hoofdstuk 19 van de ICD-10-CM gebruikt de S sectie voor het coderen van de verschillende types letsels die gerelateerd zijn aan één lichaamsstreek, en gebruikt de T sectie voor de letsels in ongespecificeerde lichaamsstreken maar ook voor de vergiftigingen en bepaalde gevolgen van uitwendige oorzaken. Inclusie en exclusie notities zijn zeer uitgebreid in dit hoofdstuk, sommigen zijn uitvoerig en complex, en het is belangrijk om die de volle aandacht te geven zodat een correcte codering kan gedaan worden.

Codes van S00 tot T14.9 dienen voor traumatische letsels en zullen nooit gebruikt worden voor normale, helende chirurgische wonden of om complicaties van chirurgische wonden te coderen.

ZEVENDE KARAKTERS

De meeste categorieën binnen hoofdstuk 19 hebben een zevende karakteruitbreiding voor elke onderliggende code. Het zevende karakter moet dan ook altijd het zevende karakter (plaats) zijn bij die codes. Voor codes die een zevende karakter moeten hebben maar geen zes karakters lang zijn, zal de plaasthouder "x" gebruikt worden om de lege plaatsten op te vullen. De meeste categorieën in dit hoofdstuk hebben drie uitbreidingen (met uitzondering van de fracturen, die later besproken worden): "A", eerste contact; "D", volgende contacten; en "S", sequel.

Uitbreiding "A"

Het zevende karakter "A", eerste contact, zal gebruikt worden wanneer de patiënten een actieve behandeling krijgt voor het letsel. Voorbeelden van actieve behandelingen zijn heelkundige behandelingen, spoedopnames, en onderzoek en behandeling door een nieuwe/andere arts.

Uitbreiding "D"

Het zevende karakter "D", volgende contacten, zal gebruikt worden voor de contacten nadat de patiënt zijn actieve behandeling voor het letsel heeft gekregen en nu routine zorg krijgt voor het letsel tijdens

de genezing- en herstelfase. Voor nazorg van een letsel, gebruikt u de code voor het acute letsel met het zevende karakter “D” (volgend contact). Voorbeelden van volgende zorg zijn het wisselen of verwijderen van gipsen, verwijderen van extern fixatiemateriaal, aanpassen van de medicatie, overige nazorg, en follow-up onderzoeken na de behandeling van het letsel.

Uitbreiding “S”

Het zevende karakter “S”, sequel, zal gebruikt worden voor de complicaties of aandoeningen die zich voordoen als direct gevolg van een letsel, zoals littekenvorming na een brandwonde; littekens zijn sequellen van brandwonden. Wanneer de uitbreiding “S” gebruikt wordt, is het noodzakelijk zowel de code voor het letsel die het sequel veroorzaakt, te coderen maar ook het sequel zelf. De “S” wordt enkel gebruikt bij de code voor het letsel, niet voor het sequel. De “S” uitbreiding geeft aan welk letsel de oorzaak is van het sequel. Het specifieke sequel (bijvoorbeeld litteken) wordt eerste gecodeerd, gevolgd door de code voor het letsel.

MULTIPELE CODERING VAN LETSELS

Wanneer men meerdere letsels moet coderen, dan codeert men elk letsel afzonderlijk tenzij er een gecombineerde code bestaat die alle letsels weergeeft, waarbij dan die combinatiecode zal gebruikt worden. Algemene codes voor meerdere letsel worden enkel gebruikt wanneer er onvoldoende informatie in het patiëntendossier staat (zoals een patiënt met meerdere trauma's die direct naar een andere instelling wordt overgebracht) om een meer specifieke code te kunnen coderen. Code T07, Unspecified multiple injuries, zal nooit gebruikt worden tenzij er geen informatie beschikbaar is om specifieker te coderen.

Zoals besproken in hoofdstuk 2 van dit handboek, worden de woorden “with (met)” en “and (en)” op een speciale manier gebruikt in de ICD-10-CM, en zij komen veel voor in hoofdstuk 19 van de ICD-10-CM. Het woord “with (met)” betekent dat de lichaamsdelen die aangegeven zijn bij deze code betrokken zijn bij het letsel.

Het woord “and (en)”, als het in de code omschrijving staat, wordt geïnterpreteerd als een “and/or (en/of)” – dat wil zeggen dat elk afzonderlijk of beide lichaamsdelen betrokken zijn. Bij het coderen van letsels van de vingers, rekent men de duim er ook bij, maar er bestaan afzonderlijke codes voor letsels aan de duim. Termen zoals “condylus”, “processus coronoideus”, “ramus” en “symfyse” verwijzen naar een deel van het bot dat betrokken is bij een letsel, niet het bot zelf.

VOLGORDE VAN DE CODES VOOR LETSELS

Indien het gaat over een opname voor een letsel en er zijn verschillende letsels aanwezig, zal de code voor het meest ernstige letsel, zoals bepaald door de arts en dat vooral de behandeling bepaalt, als hoofddiagnose gezet worden. Indien dit niet helemaal duidelijk is in het patiëntendossier, zal de arts geraadpleegd worden om dit te bepalen.

Oppervlakkige letsels zoals schaafwonden en contusies worden niet gecodeerd wanneer zij geassocieerd zijn aan ernstigere letsel op dezelfde plaats – enkel het ernstige letsel wordt gecodeerd.

Wanneer een primair letsel aanleiding geeft tot mineure letsels ter hoogte van de perifere zenuwen en bloedvaten, zal het primaire letsel eerst gecodeerd worden, met bijkomende code(s) voor de letsels aan de zenuwen en het ruggenmerg (zoals categorie S04) en/of letsel aan de bloedvaten (zoals categorie S15). Indien het gaat om een primair letsel aan de bloedvaten of de zenuwen, zal dat letsel eerst gecodeerd worden.

UITWENDIGE OORZAKEN VAN AANDOENINGEN

Zoals reeds vermeld in hoofdstuk 12 van dit handboek, worden ‘Uitwendige oorzaak van aandoeningen’ codes (categorieën V01-Y99) gebruikt bij de letselcodes om meer informatie te geven over hoe een letsel ontstaan is (de oorzaak), wat de intentie (accidenteel of moedwillig) was, de plaats waar het letsel opgelopen wordt, en de status (bijvoorbeeld, militair, burger) van de patiënt op het

ogenblik van het oplopen van een letsel. Indien een persoon zorg vraagt voor een letsel of een aandoening het gevolg is van een bepaalde activiteit, of wanneer een activiteit aanleiding heeft gegeven tot het letsel of de gezondheidstoestand, codeert men activiteitscodes (categorie Y93) om deze weer te geven.

De codes voor vergiftigingen, bijwerkingen, en onderdosering (categorieën T36-T50) en deze voor toxische effecten van doorgaans niet medicinale middelen (categorieën T51-T65) bevatten informatie over de oorzaak (bijvoorbeeld het verantwoordelijk middel) alsook over de intentie (accidenteel of moedwillig). Er moet dus geen uitwendige oorzaak code uit hoofdstuk 20 van ICD-10-CM gebruikt worden voor de oorzaak of de intentie bij deze codes.

Letsels zijn de grootste oorzaak voor mortaliteit, morbiditeit en ongeschiktheid, en de kosten gerelateerd aan hun zorg doen het budget van de gezondheidszorg sterk stijgen. Het coderen van de uitwendige oorzaken geeft dus interessante data voor het onderzoek en de evaluatie van de ongevallen maar vooral voor de preventie ervan. Niettegenstaande het coderen van uitwendige oorzaken facultatief is tenzij de overheid dit verplicht, is het toch aangewezen om de uitwendige oorzaken mee te geven voor alle initiële behandelingen van letsels. Er bestaan hiervoor codeerregels en de meesten vragen dan ook die regels te gebruiken teneinde uniforme consistente gegevens te krijgen.

De hoofdindeling van de uitwendige oorzaken is:

| | |
|---------|---|
| V00-V99 | Transport (vervoer) ongevallen |
| W00-X58 | Overige uitwendige oorzaken voor ongevalletsels |
| X71-X83 | Moedwillig zelf aangedane letsels |
| X92-Y09 | Moedwillig door derden aangedane letsels |
| Y21-Y33 | Een letsels met niet bepaalde intentie |
| Y35-Y38 | Een legale interventie, oorlogssituaties, militaire operaties, en terrorisme |
| Y62-Y84 | Complicaties van medische en chirurgische zorg |
| Y90-Y99 | Bijkomende factoren die gerelateerd zijn aan oorzaken van aandoeningen die elders geklasseerd staan |

De keuze van de toepasselijke uitwendige oorzaak code voor letsels wordt bepaald door de alfabetische index van de uitwendige oorzaken en letsels, en door de inclusie en exclusie notities in de systematische index. De codes worden in de alfabetische index in alfabetische volgorde teruggevonden.

Uitwendige oorzaak status

Een code uit de categorie Y99, External cause status, wordt gebruikt om aan te geven welke status (hoedanigheid) de patiënt heeft op het ogenblik van het opgelopen letsel. Deze status code geeft aan of het ongeval zich voordeed tijdens een militaire activiteit, wanneer een niet militair persoon aan het werk was, of wanneer een student of een vrijwilliger betrokken was in een 'niet beroepsactiviteit' op het ogenblik dat het letsel opgelopen wordt. Een code Y99 moet gecodeerd worden indien toepasselijk, samen met andere uitwendige oorzaak codes, zoals transportongevallen en val. Categorie Y99 codes omvatten activiteiten zoals hobby, vrijetijdsbesteding, en ontspanning, maar ook voor vrijwilligerswerk en activiteiten voor niet van dienst zijnde militairen.

De uitwendige oorzaak status codes zijn niet van toepassing voor vergiftigingen, bijwerkingen, fouten, of late gevolgen. Codeer geen code uit de categorie Y99 indien er geen andere uitwendige oorzaak code (oorzaak, activiteit) gecodeerd kan worden voor deze opname. Codeer ook niet de code Y99.9, Unspecified external cause status, indien deze niet gedocumenteerd wordt.

Activiteit codes

Codeer een code uit de categorie Y93, Activity codes, om de activiteit weer te geven die de patiënt uitvoerde toen hij het letsel of de aandoening opliep. Codes uit de categorie Y93 worden slechts éénmaal gebruikt, bij het eerste contact voor de behandeling ervan. Er moet slechts één code uit de categorie Y93 gecodeerd worden.

Indien de patiënt een student is maar een letsel oploopt tijdens een activiteit voor het bekomen van een inkomen, gebruikt u het zevende karakter "2", werk gerelateerde activiteit. Een werk gerelateerde activiteit is elke activiteit waarvoor een betaling of een inkomen wordt toegekend.

De activiteit codes zijn niet van toepassing op de vergiftigingen, de bijwerkingen, de fouten/ongelukken, of de late gevolgen. De codeerder codeert nooit de code Y93.9, Activity, unspecified, indien de activiteit niet vermeld wordt.

Volgorde van de uitwendige oorzaak codes

Een uitwendige oorzaak code wordt nooit als hoofddiagnose gezet. Indien men slechts één uitwendige oorzaak code mag coderen (nationale richtlijnen) codeert u de oorzaak/de intentie van de hoofddiagnose. Indien de regelgeving meerdere uitwendige oorzaak codes toelaat, codeert men het liefst de oorzaak/de intentie, de medische fouten van de bijkomende aandoeningen eerder dan de codes voor de plaats, de activiteit of de status.

Indien twee of meerdere uitwendige oorzaken verantwoordelijk zijn voor afzonderlijke letsels, codeert men de uitwendige oorzaak code voor elk. De eerste uitwendige oorzaak code wordt geselecteerd volgens volgende hiërarchie:

- Uitwendige oorzaak codes voor kinder- en volwassenmishandeling hebben voorrang op alle andere uitwendige oorzaak codes.
- Uitwendige oorzaak codes voor terrorisme hebben voorrang op alle andere uitwendige oorzaak codes, uitgezonderd op deze voor kinder- en volwassenmishandeling.
- Uitwendige oorzaken voor natuurrampen hebben voorrang op alle andere uitwendige oorzaak codes, uitgezonderd op deze voor kinder- en volwassenmishandeling en terrorisme. Natuurrampen omvatten stormen, overstromingen, orkanen, tornado's, sneeuwstormen, vulkaaneruptions en aardbevingen of aardverschuivingen.
- Transportongevallen hebben voorrang op alle andere uitwendige oorzaak codes, uitgezonderd op alle voorgaande (mishandelingen, terrorisme en natuurrampen).
- Activiteit en status uitwendige oorzaak codes worden na alle andere uitwendige oorzaak codes gecodeerd.
- De eerste uitwendige oorzaak code is verantwoordelijk voor de meest ernstige aandoening als gevolg van een moedwillig door derden aangedane aandoening, een ongeval, of een zelf aangedane aandoening, gevolgd door de codes volgens de hiërarchie hierboven aangegeven.

Transport en voertuig ongevallen

Een transport ongeval (V00-V99) is er een ongeval waarbij het betrokken voertuig in beweging of draaiende was of gebruikt werd voor transport tijdens het ongeval. Een uitgebreide nota aan het begin van deze sectie definieert in detail wat men bedoelt met elk type transportmiddel en welke voertuigen hierbij verondersteld worden.

Deze sectie wordt in 12 groepen ingedeeld. Deze gerelateerd aan transportongevallen op het land (V01-V89) geven informatie over het type voertuig maar ook over het aandeel van het slachtoffer bij dit type ongeval. De eerste twee karakters bepalen het type voertuig waarin het slachtoffer zich bevindt en wordt aanzien als het meeste belangrijkste onderdeel in preventief onderzoek. Bijvoorbeeld, de gekwetste persoon bij een ongeval met een gemotoriseerd voertuig kan een passagier zijn in het voertuig, een fietser, of een voetganger. De definities van deze personen worden gegeven in het begin van deze sectie. Bijvoorbeeld:

S72.309B+V03.10xA+Y93.01+Y99.8 Open fractuur van de femurschacht (voetganger aangereden door een auto tijdens een wandeling als ontspanning)

Ongevallen die veroorzaakt worden door machines zoals landbouwmachines of machines voor grondwerken worden geklasseerd als een transportongeval indien deze toestellen gebruikt worden als transportmiddel op het ogenblik van het ongeval. Anders worden zij geklasseerd in de categorie W30, Contact with Agricultural machinery, of categorie W31, Contact with other and unspecified machinery, met een vierde karakter dat aangeeft welk type materiaal gebruikt werd.

Uitwendige oorzaken of letsels geklasseerd volgens intentie

Er bestaan afzonderlijke uitwendige oorzaak codes om uitwendige oorzaken te coderen voor letsels als gevolg van een ongeval (accident), een zelfmoord (self-harm of zelf aangedaan), of een moord (assault of door derden aangedaan). Indien de intentie niet gekend is of niet gespecificeerd wordt, codeert men de intentie als een ongeval (accident). Alle transportongevallen in de categorieën (V00-V99) veronderstellen een accidentele intentie. Uitwendige oorzaak codes voor ongevallen zonder bepaalde intentie mogen enkel gebruikt worden wanneer in het patiëntendossier staat dat de intentie niet kan bepaald worden.

Categorie Y38, Terrorism, wordt gebruikt om letstels of aandoeningen weer te geven die het gevolg zijn van terrorisme. Deze codes (Y38.0- tot Y38.9-) volgen de definitie van terrorisme zoals bepaald door de FBI (U.S. Federal Bureau of Investigation). Codeerders zullen nooit een overlijden of een letsel als een terroristische aanval coderen als de overheid het incident niet als een terroristisch incident klasseert. De definitie van een terroristische aanslag zoals bepaald door de FBI staat aan het begin van categorie Y38: "Deze codes dienen om letsels te identificeren die het gevolg zijn van het onwettelijk gebruik van kracht of geweld tegen personen of eigendommen om een overheid, een bevolking of een groep ervan, te intimideren of te dwingen omwille van een politieke of een sociale doelstelling." Meer dan één Y38 code kan gebruikt worden indien het letsel het gevolg is van meerdere terroristische aanslagen (bijvoorbeeld, vernietiging van vliegtuigen en wapens). Een code uit de categorie Y92, Place of occurrence of external cause, wordt als nevendiagnose gecodeerd om de plaats van het voorval weer te geven.

Plaats van optreden

ICD-10-CM heeft de uitwendige oorzaak categorie Y92, Place of occurrence of the external cause, als bijkomende code om de plaats weer te geven van de patiënt op het ogenblik van het letsel of andere aandoening. De plaats van het ongeval codeert men slechts éénmaal, bij het eerste contact voor de behandeling. Er worden geen zevende karakters gebruikt bij de categorie Y92.

Er wordt slechts één code uit de categorie Y92 gecodeerd. Indien de plaats van het voorval niet gespecificeerd wordt of niet van toepassing is, codeert men niet Y92.9, Unspecified place or not applicable. Noteer dat de codes uit categorie Y92 enkel de plaats weergeven en niet de activiteit die het slachtoffer deed. Afzonderlijke codes bestaan voor de activiteit en de status. Bijvoorbeeld:

W10.0xxA+Y92.520 Val van de trap in de luchthaven

X03.0xxA+X06.2xxA+Y92.096+Y93.E9+Y99.8 Brandwonden omdat de kledij vuur vatte bij het verbranden van huishoudelijk afval in de tuin.

LATE GEVOLGEN VAN UITWENDIGE OORZAKEN

Wanneer de aandoening een laat gevolg is van een letsel, zal de toepasselijke uitwendige oorzaak code ook een laat gevolg moeten aangeven. Late gevolgen worden gecodeerd door bij de code voor de uitwendige oorzaak het zevende karakter "S" te gebruiken voor sequel. Deze codes moeten gebruikt worden bij elk laat gevolg of sequel van een vorig letsel. Een laat gevolg uitwendige oorzaak code zal nooit gebruikt worden bij een huidig acuut letsel. Laat gevolg uitwendige oorzaak codes worden gebruikt bij de volgende contacten wanneer het late gevolg van een vorig letsel behandeld wordt, en niet bij de follow-up contacten (bijvoorbeeld om het genezingsproces te beoordelen, om revalidatietherapie te krijgen) wanneer geen laat gevolg van een letsel gedocumenteerd wordt.

Bijvoorbeeld, de diagnose van uitgebreide littekenvorming in het aangezicht door een oude brandwonde codeert men met de code T20.00xS, Burn of unspecified degree of head, face, and neck, unspecified site, sequela, en de code X08.8xxS, Exposure to other specified smoke, fire and flames, sequelae. In dit voorbeeld geeft de code T20.00xS aan dat de aandoening een laat gevolg is van een brandwonde aan de ogen, het aangezicht, het hoofd, en de hals, en de code X08.8xxS geeft aan dat het een laat gevolg is van een ongeval veroorzaakt door vuur. Noteer dat beide codes hetzelfde zevende karakter "S" hebben voor sequel.

OEFENINGEN 30.1

Codeer enkel de uitwendige oorzaken in volgende oefeningen. Veronderstel een eerste contact tenzij anders aangegeven.

1. Gesloten fractuur, rechter tibia en fibula, door een val van de fiets terwijl de patiënt werkte als pakjesdrager voor een bestelfirma V18.0xxA+Y93.55+Y99.0
2. Pakjesbesteller gewond toen hij uit de camionette sprong op een buurtweg omdat hij dacht dat de chauffeur stopte (Accident) V58.4xxA+Y99.0
3. MP (militaire politie) man met verschillende aangezichtsletsels door een botsing met een ander voertuig op de expresweg toen hij zijn dienstwagen bestuurde V43.52xA+Y99.1+Y92.411
4. Hersenletsel door zuurstofgebrek als gevolg van een oud hersenletsel, drie jaar geleden, waarbij de patiënt accidenteel aangereden werd door een wagen toen hij langst de snelweg wandelde (Accident) V03.90xS
5. Letsel bij een bemanningslid van een commercieel vliegtuig toen dit viel bij het opstijgen (Fall) V97.0xxA+Y99.0
6. Letsel bij een passagier van een hete luchtballon toen deze onverwacht daalde (Accident) V96.02xA+Y93.8+Y99.8
7. Letsel bij een passagier door botsing met een andere passagier bij het afstappen van een tram (Accident) V82.4xxA+Y92.410
8. Letsel bij een spoorwegwerknemer die accidenteel geraakt werd door losgekomen materiaal V81.2xxA+Y99.0
9. Letsel bij spoorwegwerknemer die geraakt werd door losgekomen materiaal bij het lossen (Accident) V81.2xxA+Y99.0
10. Letsel bij een passagier bij de accidentele ontsporing van een trein (Accident) V81.7xxA
11. Letsel bij een motorbestuurder na een accidentele botsing met een trein V25.4xxA

KINDER- EN VOLWASSENMISHANDELING

Afzonderlijke codes voor kinder- en volwassenmishandeling vergemakkelijken de verzameling van specifieke data. Kindermishandeling is een belangrijke aandoening geworden in de USA. In België moet elk misbruik of verwaarlozing van kinderen gemeld worden aan de overheidsinstanties. De overheid definieert een minimum aan handelingen of gedragingen die aanzien worden als kindermisbruik of kindermishandeling. Volwassenmishandeling wordt zowel onder-gerapporteerd als onder-gediagnosticeerd.

Vergeet niet dat de codes voor kinder- en volwassenmishandeling enkel kunnen gebruikt worden wanneer de arts dit zo beschrijft; de codeerder mag hier zeker niet interpreteren zonder toestemming van de arts.

ICD-10-CM voorziet twee categorieën voor het coderen van volwassen en kindermisbruik, verwaarlozing, en andere mishandeling. De eerste as binnen de classificatie geeft aan of het misbruik bevestigd is (categorie T74) of verdacht is (T76). De uitzondering is de code T74.4, Shaken infant syndrome, waarbij de ICD-10-CM direct verwijst naar een bevestigde mishandeling. Het vierde karakter voor de categorieën T74 en T76 geven het type misbruik weer (verwaarlozing, fysieke mishandeling, seksueel misbruik, emotionele mishandeling, of niet gespecificeerde mishandeling), terwijl het vijfde karakter aangeeft dat het gaat om een kind dan wel een volwassen persoon. De keuze dat het om een verdachte dan wel een bevestigde mishandeling gaat wordt gebaseerd op de gegevens van het patiëntendossier.

Mishandeling resulteert dikwijls in fysieke letsels of andere medische aandoeningen. Wanneer dit het geval is zet men eerst de toepasselijke codes uit de categorieën T74 of T76 eerst, gevolgd door de toepasselijke geestelijke of lichamelijke letsel codes. Gebruik een uitwendige oorzaak code om de dader, indien gekend, weer te geven (Y07.-).

ICD-10-CM klasseert een bevestigde volwassen of kindermishandeling, verwaarlozing, en misbruik als een 'assault' (aanval door derden). Elk van die 'assault' codes (X92-Y08) kan gebruikt worden om de uitwendige oorzaak van om het even welk fysisch letsel weer te geven bij bevestigde mishandeling.

Bij verdachte gevallen van mishandeling of verwaarlozing codeert u geen uitwendige oorzaak codes of codes over de dader. Indien het gaat over een opname om een verdacht misbruik, verwaarlozing, of mishandeling uit te sluiten gebruikt men de code Z04.71, Encounter for examination and observation following alleged adult physical abuse, ruled out, of de code Z04.72, Encounter for examination and observation following alleged child physical abuse, ruled out, i.p.v. een code uit de categorie T76.

Incidenten gedocumenteerd als volwassenmishandeling tijdens de zwangerschap, bevalling en het puerperium, zowel verdacht als bevestigd, worden geklasseerd in het hoofdstuk 15 van de ICD-10-CM (eerder dan in de categorie T74.- of T76.-), als volgt:

- O9A.3 Fysieke mishandeling
- O9A.4 Sexuele mishandeling
- O9A.5 Psychologische mishandeling

Codes uit de categorie O9A.3-, O9A4- en O9A.5- moeten als eerste geplaatst worden, gevolgd door de toepasselijke codes (indien nodig) om elk geassocieerd huidig letsel tengevolge van fysiek of seksueel misbruik weer te geven, alsook de code om de dader te identificeren.

Voorbeelden van kinder- en volwassen mishandeling zijn:

- Een patiënte wordt op de spoedopname gezien met de diagnose van 'geslagen echtgenote syndroom' en met een wonde (huidscheur, laceratie) aan het rechter voorhoofd. De patiënte geeft aan dat zij geslagen werd door haar echtgenoot omdat hij boos was omdat ze te laat klaar was om uit te gaan eten. Volgende codes worden gecodeerd: T74.11xA, Adult physical abuse, confirmed, initial encounter; S01.81xA, Laceration without foreign body of other part of head, initial encounter; Y04.0xxA, Assault by unarmed fight or brawl, initial encounter; Y07.01, Husband as perpetrator of maltreatment and neglect, en Y99.8, Other external cause status.
- Een vier maanden oude baby wordt gezien op de spoedopname met de diagnose van 'doorheengeschudde baby'. De baby was zo'n twee uur bewusteloos na het doorheenschudden door de vader omdat de baby niet stopte met huilen. Er worden ook een subduraal hematoom en bilaterale retinale bloedingen gediagnosticeerd. Volgende codes worden gecodeerd: T74.4xxA, Shaken infant syndrome, initial encounter; S06.5x3A, Traumatic subdural hemorrhage with loss of consciousness of 1 hour to 5 hours 59 minutes, initial encounter; H35.63, Retinal hemorrhage, bilateral; Y07.11, Biological father as perpetrator of maltreatment and neglect; en Y99.8, Other external cause status.
- Een oudere dame wordt gehospitaliseerd voor een ernstige ondervoeding (malnutritie). Zij leefde in een niet erkend rusthuis, waarbij men vermoedt dat zij gedurende maanden slechts één maaltijd per dag kreeg. In het ziekenhuis wordt een nasogastrische sonde geplaatst om hoog geconcentreerde eiwit-supplementen toe te dienen voor haar ernstige calorie arme malnutritie. Volgende codes worden hier gecodeerd: T76.01xA, Adult neglect or abandonment, suspected, initial encounter; E41, Nutritional marasmus; Z59.4, Lack of adequate food and safe drinking water; en 3E0G76Z, Introduction of nutritional substance into upper G.I., via natural or artificial opening.
- Een zes maanden oude baby wordt naar het ziekenhuis gebracht met een hittedslag omdat de ouders haar alleen in de wagen achterlieten tijdens het winkelen. De baby sliep en de ouders dachten dat zij haar gerust een korte tijd achter konden laten in de auto. De arts diagnosticeert een mogelijke kinderverwaarlozing. Volgende codes zullen gecodeerd worden: T76.02xA, Child neglect or abandonment, suspected, initial encounter; T67.5xxA, Heat exhaustion, unspecified, initial encounter.

Subcategorie Z62.81, Personal history of abuse in childhood, geeft aan dat een patiënt in het verleden slachtoffer was van kindermishandeling:

- Z92.810 History of physical and sexual abuse in childhood
- Z62.811 History of psychological abuse in childhood
- Z62.812 History of neglect in childhood
- Z62.819 History of unspecified abuse in childhood

Codes uit de categorie Z91 kunnen ook gebruikt worden om aan te geven dat een patiënt in het verleden slachtoffer was van een psychologisch trauma:

- Z91.410 History of adult physical and sexual abuse
- Z91.411 History of adult psychological abuse
- Z91.412 History of adult neglect
- Z91.419 History of unspecified adult abuse
- Z91.49 History of psychological trauma NEC

Er zijn ook codes voor contacten (categorie Z69) om informatie te verzamelen over contacten in verband met geestelijke gezondheidszorg van slachtoffers of daders van misbruiken. Deze codes

gebruikt men voor raadplegingen rond kindermishandeling, echtgeno(o)t(e) of partner geweld, en ander misbruik.

BREUKEN (FRACTUREN)

Breuken staan geklasseerd in verschillende categorieën volgens hun anatomische lokalisatie, zoals:

- S02 Breuken van de schedel en de aangezichtsbeenderen
- S12 Breuken van de nekwerfels en andere delen van de nek
- S22 Breuken van de rib(ben), het borstbeen, en de thoracale wervelzuil
- S32 Breuken van de lumbale wervelzuil en het bekken
- S42 Breuken van de schouder en de bovenarm
- S49.0-S49.1- Groeischijf breuken van de schouder en de bovenarm
- S52 Breuken van de voorarm
- S59.0-S59.2- Groeischijf breuken van de elleboog en de voorarm
- S62 Breuken van de pols en de hand
- S72 Breuken van de femur (dijbeen)
- S79.0-S79.1- Groeischijf breuken van de heup en de dij
- S82 Breuken van het onderbeen, inclusief de enkel
- S89 Groeischijf breuken van het onderbeen
- S92.0-S92.3- Breuken van de voet en de tenen, met uitzondering van de enkel

De drie karakter categorieën bepalen meer specifieke plaatsen binnen deze grote groep breuken, het vierde karakter geeft het bot weer (bvb. de mandibula), en het vijfde karakter doorgaans een meer specifiek deel van het bot (bvb. de processus condylaris van de mandibula). Bij de breuken van de extremiteiten, zal het vierde karakter een algemeen deel van het bot aanduiden (bvb. bovenste uiteinde van de ulna), het vijfde karakter een meer specifiek onderdeel van het bot (bvb. Olecranon met intra-articulaire uitbreiding van de ulna), en het zesde karakter bepaalt de lateraliteit (bvb. rechts, links, of niet gespecificeerd) alsook of de breuk al dan niet verplaatst is.

Bij een open breuk zal een open wonde aanwezig zijn over de botbreuk. Termen die aangeven dat een breuk open is zijn: “gecompliceerd”, “geïnficeerd”, “projectiel”, “punctie”, en “met vreemd voorwerp”.

Gesloten breuken veroorzaken geen open wonde. Zij worden omschreven als “vermalen, multifragmentair”, ingedeukte”, “verheven”, groenhout”, “spiraal”, en “dwars”. Elke breuk die niet als open of gesloten gespecificeerd wordt, wordt als gesloten gecodeerd in de ICD-10-CM. Een ‘multifragmentaire fractuur’ is verschillend van een ‘gecompliceerde fractuur’, deze laatste is een open breuk waarbij het bot doorheen de huid steekt. (zie figuur 30.1 voor voorbeelden van open en gesloten breuken).

Een breuk die niet gespecificeerd wordt als verplaatst of niet verplaatst, codeert men als een verplaatste breuk. Soms kunnen omschrijving zo zijn dat ze kunnen verwijzen naar open of gesloten breuken. In dit geval zal de code voor de open breuk de bovenhand hebben. Bijvoorbeeld, een diagnose van gecompliceerde multifragmentaire breuk gebruikt termen die verwijzen naar zowel open als gesloten breuken. Dergelijke fracturen zullen als open gecodeerd worden omdat de term ‘gecompliceerd’ altijd die betekenis heeft, zoals de term ‘multifragmentair’ verwijst naar een gesloten breuk.

Het principe van multipele codering moet gevolgd worden bij het coderen van breuken. Breuken op specifieke plaatsen worden afzonderlijk gecodeerd volgens de plaats in overeenstemming met de bepalingen van de categorieën S02, S12, S22, S32, S42, S49, S52, S59, S62, S72, S79, S82, S89, S92 en het niveau van detail in het patiëntendossier. Multipele breuken worden gecodeerd volgens de ernst van de breuk.

Noteer dat de categorie M80, Osteoporosis zal gebruikt worden bij een huidige pathologische fractuur, en dus niet bij traumatisch fractuurcodes, voor elke patiënt met gekende osteoporose die een fractuur heeft – zelfs al heeft de patiënt een klein trauma of val, die in normale omstandigheden geen breuk zouden veroorzaken van gezond bot.

Zevende karakter uitbreidingen voor breuken

ICD-10-CM maakt uitgebreid gebruik van het zevende karakter bij de fracturen. Wanneer de meeste categorieën uit hoofdstuk 19 drie uitbreidingen hebben – “A”, eerste contacten; “D”, volgende contacten, en “S” de sequellen – zal het zevende karakter voor de fracturen wezenlijk verschillend zijn. Meer bepaald, zal het zevende karakter verschillend zijn afhankelijk het aangetaste bot, en daarom is het belangrijk om de systematische index te raadplegen voor elke categorie om de juiste uitbreiding te hebben. Bijvoorbeeld, codes uit de categorie S02, Fracture of skull and facial bones, hebben zes beschikbare zevende karakteruitbreidingen. Daarentegen heeft de categorie S52, Fracture of forearm, zestien verschillende zevende karakteruitbreidingen (zie figuur 30.2).

Het grote aantal zevende karakteruitbreidingen verandert niets aan de begrippen eerste contact, volgende contacten, en sequellen. Het zijn eerder bijkomende codeerassen binnen deze uitbreidingen. Bijvoorbeeld, de code uitbreidingen voor het eerste contact (A, B, C) en de volgende contacten (D-H, J-R) die van toepassing zijn voor de categorie S52, Fracture of forearm (figuur 30.1), maken ook het verschil tussen een open (B-C, E-F, H-J, M-N, Q-R) en een gesloten (A, D, G, K, P) fractuur. Voor de volgende contacten specificeren de code uitbreidingen of er een routine genezing is (D-F) of dat er een probleem is zoals een vertraagde genezing (G-J), een niet aan elkaar groeien of nonunion (K-N), of een slechte aan elkaar groei of malunion (P-R).

FIGUUR 30.1: Voorbeelden van open en gesloten breuken

Figuur 30.2 Voorbeeld van de zevende karakter uitbreidingen

S52 Breuk van de voorarm

Noteer: Een breuk die niet omschreven wordt als een verplaatste of niet verplaatste breuk wordt als een verplaatste breuk gecodeerd.

Een breuk die niet omschreven wordt als een open of een gesloten breuk, wordt gecodeerd als een gesloten breuk.

De open breuk aanduidingen zijn gebaseerd op de Gustilo open breuken classificatie.

Exclusie 1: traumatische amputatie van de voorarm (S58.-)

Exclusie 2: fractuur van de pols en de hand (S62.-)

Het zevende karakter dat kan gebruikt worden bij elke code uit de categorie S52

- A – eerste contact voor een gesloten fractuur
- B – eerste contact voor een open fractuur type I of II
- C – eerste contact voor een open fractuur type IIIA, IIIB, of IIIC
- D – volgende contacten voor gesloten fractuur met routine heling
- E – volgende contacten voor open fractuur type I of II met routine heling
- F – volgende contracten voor open fracturen type IIIA, IIIB, of IIIC met routine heling
- G – volgende contacten voor gesloten fracturen met verlengde heling
- H – volgende contacten voor een open fractuur type I of II met verlengde heling
- J – volgende contracten voor open fracturen type IIIA, IIIB, of IIIC met verlengde heling
- K – volgende contacten voor een gesloten fractuur met een ‘nonunion (geen verbinding)’
- M – volgende contacten voor een open fractuur type I of II met een ‘nonunion (geen verbinding)’
- N – volgende contracten voor open fracturen type IIIA, IIIB, of IIIC met een ‘nonunion (geen verbinding)’
- P – volgende contacten voor een gesloten fractuur met een ‘malunion (slechte verbinding)’
- Q – volgende contacten voor een open fractuur type I of II met een ‘malunion (slechte verbinding)’
- R – volgende contracten voor open fracturen type IIIA, IIIB, of IIIC met een ‘malunion (slechte verbinding)’
- S – sequellen

Voorbeelden:

- Een patiënt die een maand voordien een traumatische fractuur heeft gehad van de linker humerusschacht wordt opgenomen met koorts en pijn ten gevolge van een diverticulitis. De fractuur geneest goed en wordt minimaal behandeld.
Hoofddiagnose: K57.92 Diverticulitis of intestine, part unspecified, without perforation or abscess without bleeding
Nevendiagnose: S42.302D Unspecified fracture of shaft of humerus, left arm, subsequent encounter for fracture with routine healing.

- Een jonge man die zijn laterale malleolus van de linker fibula zes weken geleden brak, wordt opgenomen voor het verwijderen van het intern synthesemateriaal onder locale anesthesie. Hoofddiagnose: S82.62xD Displaced fracture of lateral malleolus of left fibula, subsequent encounter for fracture with routine healing

Er bestaan verschillende methodologieën om breuken te klasseren. ICD-10-CM gebruikt de Gustilo classificatie om het zevende karakter, bij de open fracturen, toe te kennen (zie figuur 30.3). Let wel op, de codeerder mag het type fractuur zelf niet toewijzen zonder documentatie van de arts in het patiëntendossier, zelfs als de fractuur beschreven staat met de terminologie (criteria) gebruikt bij de Gustilo classificatie (figuur 30.3). Bijvoorbeeld, als het patiëntendossier aangeeft dat er een open fractuur is met een wonde van 2 cm en weefsel beschadiging, zal dit niet als een Gustilo type II fractuur gecodeerd worden zonder toelating van de arts. Daarom moet u de arts bevragen wanneer in het dossier het type open fractuur niet genoteerd staat.

Eerste zorg

Het zevende karakter voor een eerste contact (A, B, C) bij traumatische fracturen wordt toegekend wanneer de patiënt een actieve behandeling krijgt voor de fractuur. Voorbeelden van actieve behandelingen zijn heelkundige behandeling, spoedopname, en evaluatie en behandeling door een andere (nieuwe) arts.

Volgende zorg

Fracturen worden gecodeerd met het zevende karakter voor volgende zorg voor alle opnames nadat de patiënt zijn volledige actieve behandeling van de fractuur heeft gekregen, en nu routine zorg voor de fractuur krijgt gedurende de genezing of herstel fase. Voorbeelden van fractuur nazorg zijn het wisselen of verwijderen van gipsen, het verwijderen van inwendig of uitwendig fixatiemateriaal, medicatie aanpassing, en follow-up raadplegingen na fractuur behandeling.

Volgende zorg voor fractuur complicaties, zoals het slecht aan elkaar groeien (malunion) en het niet aan elkaar groeien (nonunion), worden gecodeerd met het toepasselijke zevende karakter voor volgende nazorg met nonunion (K, M, N) of volgende nazorg met malunion (P, Q, R). Als daarentegen de patiënt zijn behandeling uitstelt bij een fractuur en zich dan aanbiedt bij een eerste contact met een nonunion, is het toepasselijke zevende karakter "eerste contact" i.p.v. "volgende contact". Zorg voor complicaties van chirurgische behandeling bij fracturen tijdens de genezing- of herstelfase worden gecodeerd met de toepasselijke complicatie codes i.p.v. met een zevende karakter uitbreiding.

Malunion (slecht aan elkaar groeien) gebeurt wanneer de fractuur fragmenten goed aan elkaar groeien doch in slechte positie. De behandeling van een malunion omvat het chirurgisch doorsnijden van het bot (osteotomie), repositie van het bot, en het gebruik van intern synthesemateriaal al dan niet met bottenten. Malunion wordt dikwijls reeds opgemerkt wanneer de fractuur in de genezingsfase zit, en soms wordt er geen chirurgische interventie uitgevoerd in de hoop dat de patiënt geen functionele hinder zal ondervinden van het malunion probleem.

FIGUUR 30.3 Gustilo classificatie van open fracturen

- I Lage energie, kleine wonden < 1 cm; minimaal weke delen schade; geen contaminatie (huidperforatie door de botuiteinden van binnen naar buiten).
- II Grotere verwondingen > 1 cm; weinig/geen gedevasculariseerd weefsel; minimale weke delen schade (huidperforatie door kracht van buiten naar binnen).
- III Hoge energie, wonde groter dan 1 cm met ernstige weke delen schade
- IIIA. wonde van elke afmeting, maar met uitgebreide huid en weke delen schade (laceratie, lapverwonding), terwijl de fractuur nog redelijk wordt bedekt door de gelaedeerde huid en weke delen.
- IIIB. meer uitgebreide weke delenbeschadiging (crush) of zelfs weefselverlies, waardoor de fractuurdelen onbedekt zijn. Uitgebreide periostale stripping en contaminatie.
- IIIC. gecompliceerde fracturen met arteriële laesie, waardoor acute ischemie.

Nonunion (niet aan elkaar groeien) daarentegen is het niet genezen van de fractuur zodat de botteinden los blijven. De behandeling van een nonunion is het openen van de fractuur, het verwijderen van het tussenliggende weke weefsel (meestal littekenweefsel), het uitvoeren van een

partiële debridatie van de botuiteinden, en het repositioneren van het bot. De behandeling van een nonunion is ingewikkelder en moeilijker dan de behandeling van een malunion.

Schedelbreuken en intracraniële letsels

Breuken van de schedel en de aangezichtsbeenderen worden onder de categorie S02 geklasseerd. Het vierde karakter geeft de plaats van de breuk weer ter hoogte van de schedel (bijvoorbeeld de schedelbasis) of het aangezicht (bijvoorbeeld de mandibula). Het vijfde karakter geeft bijkomende specificaties, zoals het specifieke bot of het type fractuur. Elk geassocieerd intracraniëel letsel wordt afzonderlijk gecodeerd met een code uit de categorie S06.

Indien er bij een intracraniëel letsel een open wonde is aan het hoofd (S01.-) of een fractuur van de schedel (S02.-), dan worden die afzonderlijk gecodeerd, zoals aangegeven in de systematische index. De codes voor intracraniële letsels (S06.-) hebben afzonderlijke karakters om aan te geven:

- of er al dan niet bewustzijnsverlies geassocieerd is met het letsel
- hoe lang die bewusteloosheid duurde
- indien de bewusteloosheid langer duurde dan 24 uur:
 - o met herstel naar de vooraf bestaande bewustzijnstoestand
 - o zonder terugkeer naar de vooraf bestaande bewustzijnstoestand met overleven van de patiënt
- of er bewustzijnsverlies is van om het even welke duur met overlijden door hersenletsel of door elke andere oorzaak, vooraleer het bewustzijn terug kwam.

Omdat deze informatie, zoals hierboven opgesomd, zelden zo in de diagnose weerhouden wordt, is het noodzakelijk om die informatie uit het patiëntendossier te halen, in het bijzonder in het dossier van de spoedopname bij de opnamegegevens.

Categorie S06, Intracranial injury, waaronder ook de traumatische letsels vallen, wordt ingedeeld in de volgende subcategorieën:

- S06.0 Hersenschudding (Concussion)
- S06.1 Traumatisch hersenoedeem
- S06.2 Diffuse traumatische hersenletsels
- S06.3 Plaatselijke (focale) traumatische hersenletsels (met verdere indeling voor 'niet gespecificeerd'; contusie en laceratie van rechter, linker, of niet gespecificeerd cerebrum; traumatische bloeding van rechter, linker, of niet gespecificeerde hersenen; en contusie, laceratie, en bloeding in de kleine hersenen of de hersenstam).
- S06.4 Epidurale bloedingen
- S06.5 Traumatische subdurale bloedingen
- S06.6 Traumatische subarachnoïdale bloedingen
- S06.8 Andere intracraniële letsels (inclusief letsels aan de rechter of linker arteria carotis, intracraniëel deel, en andere intracraniële letsels).
- S06.9 Niet gespecificeerde intracraniële letsels.

De hersenschudding (concussion S06.0x-) is het meest frequente traumatische hersenletsel. Het verwijst naar de kneuzing van de hersenen waarbij er soms een voorbijgaand bewustzijnsverlies is, dikwijls gevolgd door een kort amnesie, vertigo, nausea, en zwakke pols. De patiënt kan een ernstige hoofdpijn en een wazig zicht hebben na het herstel van het bewustzijn. Herstel treedt meestal op binnen de 24 à 48 uur. Patiënten met een dergelijk hersenletsel zijn meestal versuft, en de arts kan zich dan alleen steunen op zijn klinische bevindingen om de diagnose van een hersenschudding te stellen. Indien de hersenschudding gepaard gaat met een ander intracraniëel letsel geclassificeerd onder categorie S06, zal men dit coderen met de specifieke code voor het intracraniëel letsel. Wanneer het hoofdletsel verder omschreven wordt als een hersenletsel of een hersenkneuzing of wanneer er een subdurale, subarachnoïdale, of andere intracraniële bloeding aanwezig is, of een andere specifieke aandoening die geklasseerd wordt onder categorie S06, zal men geen code gebruiken voor de hersenschudding.

Het post-hersenschudding syndroom (F07.81) omvat verschillende symptomen die na een hersenschudding optreden en dit zelfs gedurende verschillende weken. De symptomen van een post-hersenschudding syndroom zijn dikwijls hoofdpijn, duizeligheid, draaiingen, moeheid, concentratiestoornissen, depressie, angst, oorsuizen, hartkloppingen, en apathie. Elk van deze aandoeningen kan aanleiding geven tot het vragen om hulp. Code F07.81 wordt doorgaans niet

gebruikt bij het eerste contact voor de behandeling van een hersenschudding. Wanneer de patiënt behandeld wordt voor symptomen binnen de 24 tot 48 uur na het letsel en de arts spreekt van een postconcussioneel syndroom, postcontusieel syndroom, of een posttraumatische hersenen syndroom, zal de codeerder de arts bevragen of de hersenschudding nog steeds in de initiële fase zit. Indien dit zo is, codeert men dit met S06.0x- i.p.v. F07.81. Posttraumatische hoofdpijn is dikwijls geassocieerd aan een post-hersenschudding syndroom. Gebruik een bijkomende code (G44.3-) om de geassocieerde acute of chronische posttraumatische hoofdpijn weer te geven bij de code F07.81.

Wervelfracturen

Breuken van de wervels worden geklasseerd volgens het niveau van de wervelzuil dat aangetast is: de cervicale wervelzuil (S12.-), de thoracale wervelzuil (S22.2-), en lumbale wervelzuil (S32.0-). Het vierde karakter bij de categorie S12 geeft de wervel weer (bijvoorbeeld, de eerste cervicale wervel), het vijfde en zesde karakter geven bijkomende informatie over het type fractuur (bijvoorbeeld, stabiel, onstabiel, verplaatst, niet verplaatst). Het vijfde karakter bij de subcategorieën S22.0 en S32.0 geven de wervels weer (bijvoorbeeld tweede thoracale wervel, derde lumbale wervel, enz.) terwijl het zesde karakter het type fractuur specificiert (bijvoorbeeld wigindeuking, stabiele wervelindekking).

Voorbeelden:

| | |
|----------|--|
| S12.030- | Displaced posterior arch fracture of first cervical vertebra |
| S22.020- | Wedge compression fracture of second thoracic vertebra |
| S32.031- | Stable burst fracture of third lumbar vertebra |

Bijkomende codes worden gebruikt om geassocieerde ruggenmerg letsels weer te geven, zoals:

| | |
|---------------|---|
| S14.0, S14.1- | Cervicaal ruggenmerg letsels |
| S24.0, S24.1- | Thoracale ruggenmerg letsels |
| S34.- | Lumbaal ruggenmerg en spinale zenuw letsels |

Indien een breuk van de ribben, het borstbeen, en de thoracale wervelzuil ook letsels geeft aan de intrathoracale organen, dan moeten deze afzonderlijk gecodeerd worden met de subcategorie S27.

Bekkenfracturen

De bekkenfracturen staan geklasseerd onder de categorie S32. Het bekken wordt gevormd door een groep botten (ischium, ilium, pubis, sacrum, en coccyx) die een ring vormen die de wervelzuil ondersteunt en de romp verbindt met de onderste extremiteiten. Elk van die botten kan breken; breuken die de bekkenring verbekken zijn de meest ernstigste. ICD-10-CM heeft codes voor de verschillende bekkenfracturen met (S32.81-) of zonder (S32.82-) onderbreking van de bekkenring. ICD-10-CM heeft daarenboven een zevende karakter om aan te geven of het om een gesloten dan wel een open fractuur gaat en om aan te geven of het om een eerste dan wel een volgend of een sequelcontact gaat.

Breuken van de extremiteiten

Categoriecodes S42, S49, S52, S59, S62, S72, S79, S82, S89 en S92 classificeren de breuken van de extremiteiten. Het vierde karakter geeft het algemeen deel van het bot (bijvoorbeeld bovenste uiteinde van de ulna) weer, het vijfde karakter het meer gespecificeerde deel van het bot (bijvoorbeeld de processus olecrani met intra-articulaire uitbreiding van de ulna), en het zesde karakter geeft informatie over de lateraliteit (bijvoorbeeld rechts, links of niet gespecificeerd) alsook of de fractuur al dan niet verplaatst is. Bijvoorbeeld:

| | |
|----------|--|
| S42.142B | Displaced fracture of glenoid cavity of scapula, left shoulder, initial encounter for open fracture |
| S52.044C | Non-displaced fracture of coronoid process of right ulna, encounter for open fracture type IIIA, IIIB, or IIIC |

Epifysefracturen (categorieën S49, S59, S79 en S89), die ook de breuken van de groeischijven omvatten, verwijzen naar de onderbreking van de kraakbeenverbinding van de lange beenderen al dan niet met de betrokkenheid van de epifyse of de metafyse van het bot. Deze fracturen zijn de oorzaak van 15-20 % van de grote botbreuken en 34% van de bandbreuken bij kinderen. De meerderheid van die breuken geneest zonder verdere problemen. Soms is er klinische wel een significante verkorting of scheefstand; anderen leiden dan weer tot de beschadiging van de epifyse circulatie, waardoor de ontwikkeling van de groeischijf verhinderd wordt of de vorming van een verbening.

Er zijn verschillende classificatiesystemen in de wereld om de epifysebreuken te classificeren, waarbij de Salter-Harris (SH) classificatie de meeste gebruikte is in Noord Amerika. ICD-10-CM voorziet een vijfde karakter om die SH-classificatie weer te geven (type I, II, III, of IV), indien dit gedocumenteerd wordt door de arts. Bijvoorbeeld:

S49.002A Unspecified physeal fracture of upper end of humerus, left arm, initial encounter for closed fracture
S49.011D Salter-Harris Type I physeal fracture of upper end of humerus, right arm, subsequent encounter for fracture with routine healing

Multipiele fracturen van hetzelfde bot met een verschillende vierde of vijfde karakter (botonderdeel) binnen dezelfde drie karakter indeling, worden afzonderlijk gecodeerd. Bijvoorbeeld:

- Eerste contact voor een multifragmentaire breuk van de rechter humerusschacht, met een niet verplaatste fractuurluxatie van de rechter schouder ter hoogte van de tuberositas maior, codeert men met S42.301A, Unspecified fracture of shaft of humerus, right arm, initial encounter for closed fracture, en S42.254A, Nondisplaced fracture of greater tuberosity of right humerus, initial encounter for closed fracture.
- Een eerste contact voor een gesloten fractuur van de processus olecranium en de processus coronoideus van de linker ulna codeert men met S52.022A, Displaced fracture of olecranium process without intra-articular extension of left ulna, initial encounter for closed fracture, en S52.042A, Displaced fracture of coronoid process of left ulna, initial encounter for closed fracture.

OEFENINGEN 30.2

Codeer de volgende diagnoses, Veronderstel dat het gaat om een eerste contact tenzij anders aangegeven. Gebruik geen codes voor de uitwendige oorzaken.

1. Mulifragmentaire breuk, bovenste uiteinde van de linker tibia S82.102A
2. Fractuur van linker os ischium. Fractuur van de linker tweede, derde, vierde, vijfde en zesde rib. S32.602A+S22.42xA
3. Gesloten fractuur van het schedeldak met een subduraal hematoom en drie uur bewustzijnsverlies S02.0xxA+S06.5x3A
4. Open Monteggia fractuur type I S52.279B
5. Hersenschudding. Kneuzing van de hersenstam zonder open wonde. Patiënt is twee uur bewusteloos. S06.383A
6. Trimalleolaire enkel fractuur links S82.852A
7. Gesloten fractuur van de laterale condylus van de linker humerus S42.432A
8. Gecompliceerde fractuur van de processus coronoideus van de mandibula S02.63xB
9. Gecompliceerde fractuur, type II, van de linker tibia en fibula schacht S82.202B+S82.832B
10. Bilaterale gecompliceerde indeukingsfracturen van de schedel. Bilaterale massieve cerebrale kneuzingen en laceraties van de hersenen S02.91xB+S06.310A+S06.320A

Pathologische breuken

Botten die broos zijn door aandoeningen zoals osteoporose of nieuwvormingen breken frequent op pathologische wijze zonder trauma of door mineure traumata die normaal geen breuk veroorzaken in gezond bot. Dit type fractuur wordt bij de musculoskeletale aandoeningen ingedeeld eerder dan bij de letsels en werd in hoofdstuk 23 van dit handboek besproken.

Huidige pathologische fracturen worden gecodeerd met de categorieën/subcategorieën M80, M84.4-, M84.5, en M84.6. Bijvoorbeeld:

- Een patiënt met een chronische pathologische wervelindeuking staat onder pijnmedicatie en wordt opgenomen voor een niet gerelateerde aandoening. Code M84.48xA, Pathological fracture, other site, initial encounter for fracture, wordt gebruikt voor de chronische wervelfractuur. Het zevende karakter "D" is hier niet van toepassing omdat de patiënt zijn actieve behandeling nog niet beëindigt heeft.

Indeukingsfracturen (compressie fracturen)

Compressiefacturen kunnen veroorzaakt worden door een ziekte of een trauma. De codeerder moet in het dossier naar elk significant trauma zoeken of een aanwezige botaandoening dat aanleiding kan

geven tot een pathologische fractuur. Indien de diagnose niet duidelijk is moet de arts bevestigd worden.

Breuken als geboorte letsel

Fracturen als geboortetrauma worden niet geklasseerd bij de traumata maar wel bij de perinatale aandoeningen (categorie P13) en werden besproken in hoofdstuk 27 van dit handboek.

PROCEDURE BIJ BREUKEN

Bij de behandeling van breuken is de eerste doelstelling een correcte botalignatie te krijgen en deze alignatie te behouden tot het einde van de genezing zodat een normale functie behouden blijft. De procedures zijn bijvoorbeeld de open en gesloten reductie, de eenvoudige manipulatie, en de toepassing van verschillende type fixatie- en tractiematerialen. Het type behandeling is afhankelijk van de toestand van de patiënt, de aanwezigheid van bijkomende letsels, en het type en de plaats van de breuk.

Reductie van breuken

De meest gebruikte breukbehandeling is de botdelen in een zo normaal mogelijke anatomische positie te brengen, deze te stabiliseren zodat de uiteinden in die positie blijven tot er voldoende genezing is zodat zij zich niet meer verplaatsen. ICD-10-PCS klasseert de reductie van verplaatste fracturen onder de kernprocedure "Reposition (herplaatsen)". Het plaatsen van een gips of een spalk bij een "Resposition" procedure wordt niet afzonderlijk gecodeerd. De behandeling van een niet verplaatste breuk wordt gecodeerd volgens hetgeen men doet; bijvoorbeeld, het spalken staat geklasseerd onder de kernprocedure "Immobilization" en de 'Placement' sectie.

Bij een open reductie, zal de chirurg de breuk bloot leggen eventueel door de open wonde te vergoten, dit om een correcte alignatie te bekomen. Debridement is dikwijls nodig om botfragmenten of ander materiaal dat de open fractuur is binnen getreden, te verwijderen. Bij een gesloten reductie wordt de alignatie van de botfragmenten bekomen zonder insnijden van de fractuurplaats. Debridement is dan ook niet nodig.

Inwendige fixatie

De inwendige fixatie omvat het gebruik van pinnen, vijzen, nietjes, staven, en platen die ingebracht worden om de botalignatie te behouden. Wanneer het bot in goede anatomische positie staat, zodat geen manipulatie nodig is, gebruikt men inwendig fixatiemateriaal om de breuk te stabiliseren zonder dat een fractuurreductie wordt uitgevoerd. Inwendig fixatiemateriaal wordt ook ingebracht zonder reductie wanneer origineel fixatiemateriaal moet vervangen worden omdat het verplaatst of gebroken is. Er wordt een kleine insnede gemaakt om het materiaal (draden en pinnen) in te brengen; een code uit de kernprocedure "Insertion" wordt gebruikt voor deze fixatie waarbij er geen fractuurreductie wordt uitgevoerd. Intern fixatiemateriaal kan ook gebruikt worden bij een gesloten fractuurreductie. De kleine insnede die nodig is om het fixatiemateriaal in te brengen wordt niet aanzien als een open reductie.

Uitwendige fixatie

Anders dan de inwendige fixatie, is de uitwendige fixatie doorgaans niet invasief en omvat de "Traction (tractie)" of de "Immobilization (immobilisatie)" door het gebruik van spalken of gipsen. De classificatie maakt een onderscheid tussen vier types uitwendig fixatiemateriaal: monoplanair (zevende karakter "3"), het ring systeem (zevende karakter "4"), het hybride systeem (zevende karakter "5"), en de lidmaatverlenging (zevende karakter "9"). Wanneer er een "Tractie" uitgevoerd wordt, codeert men een code uit de 'Plaatsing Sectie' met kernprocedure "Tractie". Uitwendige fixatie toestellen kunnen later verwijderd worden door het gebruik van de kernprocedure "Removal (verwijderen)" uit de 'Medische en Chirurgische Sectie'. Het verwijderen van spalken, gipsen en braces staan geklasseerd in de 'Plaatsing Sectie' onder de kernprocedure "Removal".

Niettegenstaande tractietoestellen doorgaans aangebracht worden door middel van Kirschnerdraden of Steinmann pinnen, wordt dit niet aanzien als inwendig fixatiemateriaal. De tractietoestellen omvatten:

- Huidtractie, zoals tape, schuim of vilt tractieapparaten die direct op de huid aangebracht worden en een kracht in de lengterichting van het lidmaat uitoefenen.
- Skelettractie op en doorheen het bot waardoor een kracht wordt uitgeoefend op de lange beenderen (de draden en pinnen worden dwars doorheen het bot ingebracht en steken doorheen de huid).
- Cervicale wervelzuil tractie zoals de Baron's tang, de Crutchfield tang en de halo schedel tractie.
- Bovenste lidmaat tractie, zoals de Dunlaps huid tractie
- Onderste lidmaat tractie zoals de Buck huidtractie, de Charnley tractie, de Hamilton-Russel tractie, de gebalanceerde ophang tractie en de gefixeerde skelet tractie.

OEFENINGEN 30.3

Codeer de volgende procedures; codeer geen diagnoses

1. Tractie van het rechter onderbeen met een tractieapparaat 2W6LX0Z
2. Open reductie en debridement van een Monteggia fractuur aan de rechter arm, met een Rush pin (inwendig) om de ulna te stabiliseren (Reposition, Excision) 0PSK04Z+0PBK0ZZ
3. Open reductie van een fractuur van de rechter tibia, met Knowles pinnen (inwendig) en vijzen. Gips aan het onderbeen. 0QSG04Z
4. Open reductie met Kirschner draad fixatie (inwendig) van een fractuur van de linker humerus schacht 0PSG04Z
5. Open reductie van een fractuur van de linker heup met een Jewett nagel (bovenste femur) 0QS704Z
6. Reductie van een verplaatste fractuur van de rechter humerus schacht (gesloten) met gips 0PSFXZZ
7. Open reductie met inwendige fixatie van een fractuur van de rechter mandibula 0NST04Z
8. Open reductie van een fractuur van de linker maxilla en de linker arcus zygomatica. Gesloten reductie van een breuk van de neusbeenderen 0NSS0ZZ+0NSN0ZZ+0NSBXZZ
9. Bifrontale craniotomie met repositie en debridement van een gecompliceerde schedelbreuk. Open reductie van een rechter orbita fractuur. Tracheostomie (percutaan) 0NSP0ZZ+0NS00ZZ+0NB10ZZ+0NB20ZZ+0B113Z4

OPNAMES OF CONTACTEN VOOR ORTHOPEDISCHE NAZORG

Patiënten die een fractuurbehandeling hebben gehad hebben soms nazorg nodig om de draden, de pinnen, de platen of het extern fixatiemateriaal te verwijderen. Daarenboven worden patiënten met orthopedische letsels tijdens de genezingsfase vaak gezien voor aandoeningen die niet gerelateerd zijn aan het letsel maar waarbij het letsel nagekeken of geëvalueerd wordt tijdens diezelfde zorgepisode. Nazorg voor traumatische fracturen wordt gecodeerd met de code voor de acute fractuur en het toepasselijke zevende karakter voor de opvolgende zorg. De nazorg Z-codes worden dus niet gebruikt voor de nazorg van letsels. De nazorg van een letsel codeert men met de code voor het acute letsel en het toepasselijke zevende karakter voor de opvolgende zorg.

Z codes worden gebruikt voor andere dan orthopedische (niet fractuur gerelateerde) nazorg, zoals:

- Z47.1 Aftercare following joint replacement surgery
- Z47.2 Encounter for removal of internal fixation device
- Z47.81 Encounter for orthopaedic aftercare following surgical amputation
- Z47.82 Encounter for orthopaedic aftercare following scoliosis surgery
- Z47.89 Encounter for other orthopaedic aftercare

De code Z47.2, Encounter for removal of internal fixation device, wordt niet gebruikt als het gaat om het verwijderen van inwendig fixatiemateriaal omwille van een infectie of een ontstekingsreactie op het inwendig fixatiemateriaal (T84.6-) of een mechanische complicatie van het inwendig fixatiemateriaal (T84.1-). De toepasselijke code uit T84.6- of T84.1- wordt hier gecodeerd.

Een code uit de subcategorie Z47.3- wordt gebruikt voor de contacten voor nazorg na verwijdering van gewrichtsprothesen. De nazorg omvat zowel de opnames voor gewrichtsruis waarbij het nodig was de ingreep te faseren, of de gewrichtsruis na een voorafgaandelijke verwijdering van de prothese. Er kan een medische reden zijn om de prothese te verwijderen (vb. een infectie of een ander probleem); en het is niet mogelijk om de prothese tijdens dezelfde opname te vervangen, waardoor een andere opname noodzakelijk is om de nieuwe prothese te plaatsen.

Z codes geven ook een orthopedisch status weer die significant is voor de huidige zorgperiode. Orthopedische status codes zijn Z89.23, Acquired absence of shoulder joint; Z89.52, Acquired absence of knee joint; Z89.62, Acquired absence of hip joint; Z96.6-, Presence of orthopedic joint implants; Z96.7, Presence of other bone and tendon implants; Z97.1-, Presence of artificial limb (complete)(partial); en Z98.1, Arthrodesis status. De gewrichtsafwezigheidscodes worden gebruikt wanneer de patiënt wacht op de implantatie van zijn nieuwe gewrichtsprothese. Bijvoorbeeld, een gewrichtsprothese wordt verwijderd omwille van een infectie zodat de plaats de tijd krijgt om te genezen, maar de patiënt wordt opnieuw opgenomen vooraleer hij zijn nieuwe prothese heeft gekregen. De afwezigheidscode geeft dan aan dat men een gewrichtsprothese heeft verwijderd; deze code kan ook gebruikt worden voor opnames die niets te maken hebben met de opname voor het plaatsen van de nieuwe prothese.

Wanneer het gaat om nazorg waarbij een gewrichtsprothese wordt geplaatst na een voorafgaandelijke verwijdering van de prothese, dan gebruikt men, de code Z47.32.

Bijvoorbeeld:

- Een patiënt heeft een infectie van zijn linker heupprothese en wordt opgenomen voor heelkundige behandeling. De prothese wordt verwijderd. Er wordt een cementspacer doordrenkt van antibiotica geplaatst. Nadat de infectie verdwenen is wordt hij zes weken nadien opnieuw opgenomen voor de verwijdering van de antibiotische spacer met revisie van de totale heupprothese waarbij een nieuwe metalen totale heupprothese wordt geplaatst.

Voor de eerste opname in dit voorbeeld codeert men T84.52xA, Infection and inflammatory reaction due to internal left hip prosthesis, initial encounter, als hoofddiagnose. Code Z96.642, Presence of left artificial hip joint, zet men als nevendiaagnose. De procedures zijn 0SPB0JZ, Removal of synthetic substitute from left hip joint, open approach, no qualifier, en 0SHB08Z, Insertion of spacer into left hip joint, open approach, no qualifier.

Voor de tweede opname is de hoofddiagnose de code Z47.32, Aftercare following explantation of hip joint prosthesis. De uitgevoerde procedures zijn 0SRE01Z, Replacement of left hip joint, acetabular surface with metal synthetic substitute, open approach, no qualifier; code 0SRS01Z, Replacement of left hip joint, femoral surface with metal synthetic substitute, open approach, no qualifier; en code 0SPB08Z, Removal of spacer from left hip joint, open approach, no qualifier.

Nazorgcodes worden steeds samen met andere nazorg of diagnose codes gebruikt om meer detail te geven over de opname voor nazorg, tenzij anders gespecificeerd door de classificatie. De volgorde van de nazorgcodes is afhankelijk van de opnameomstandigheden. Bijvoorbeeld:

- Een patiënte had een intertrochanterische heup fractuur dat hersteld werd met een totale heupprothese. Hij krijgt nu nazorg tijdens de consultatie bij de arts. Codes Z47.1, Aftercare following joint replacement surgery, en Z96.641, Presence of right artificial hip joint, worden samen gecodeerd. Elke code geeft een verschillend stuk aan informatie om het contact volledig te kunnen weergeven. Code S72.141D, Displaced intertrochanteric fracture of right femur subsequent encounter for closed fracture with routine healing, is hier niet van toepassing omdat er niet langer een fractuur aanwezig is; de heup werd vervangen door een prothese.

DISLOCATIES EN SUBLUXATIES

Gewrichtsdislocaties ontstaan wanneer de botten in een gewricht zich verplaatsen of niet meer gealigneerd zijn en waarbij de ligamenten beschadigd zijn. Een subluxatie is een partiële of onvolledige dislocatie. De dislocatie of de subluxatie geassocieerd met een fractuur zit verval in de code van de fractuur, en de reductie van de dislocatie zit verval in de code van de fractuur reductie. De dislocatie of de subluxatie van een gewricht zonder associatie met een breuk wordt als volgt geklasseerd:

| | |
|-----|---|
| S03 | Dislocation and sprain of joints and ligaments of head |
| S13 | Dislocation and sprain of joints and ligaments at neck level |
| S23 | Dislocation and sprain of joints and ligaments of thorax |
| S33 | Dislocation and sprain of joints and ligaments of lumbar spine and pelvis |
| S43 | Dislocation and sprain of joints and ligaments of shoulder girdle |
| S53 | Dislocation and sprain of joints and ligaments of elbow |
| S63 | Dislocation and sprain of joints and ligaments at wrist and hand level |

- S73 Dislocation and sprain of joints and ligaments of hip
- S83 Dislocation and sprain of joints and ligaments of knee
- S93 Dislocation and sprain of joints and ligaments at ankle, foot, and toe level

De eerste as is de algemene plaats, zoals de pols en de hand, met een vijfde karakter dat een meer specifieke plaats aangeeft zoals een midcarpale dislocatie van de pols; het zesde karakter geeft aan of het om een subluxatie dan wel een dislocatie gaat, alsook de lateraliteit. Elke geassocieerde open wonde of ruggenmergletsel wordt afzonderlijk gecodeerd.

De reductie van een dislocatie niet geassocieerd aan een fractuur wordt gecodeerd in de 'Medische en Chirurgische Sectie' met de kernprocedure "Reposition" waarbij het lichaamsdeel het behandelde gewricht is (eerder dan het bot zoals dat het geval is bij de reductie van fracturen).

INWENDIGE LETSELS VAN DE BORSTKAST, HET ABODMEN, EN HET BEKKEN

Inwendige letsel van de borstkas, het abdomen en het bekken staan geklasseerd onder de categorieën S24-S27 en S34-S37. Elke geassocieerde open wonde wordt afzonderlijk gecodeerd.

Bijvoorbeeld:

- S27.0- Pneumothorax (traumatisch) zonder vermelding van een open wonde
- S27.1-+S21.309- Hemothorax met open wonde aan de voorwand van de thorax tot in de thoracale ruimte
- S36.400- Letsel van het duodenum zonder vermelding van een open wonde in de buikholte
- S26.91-Kneuzing van het hart

Codes uit de subcategorie S37.0, Injury of kidney, worden gebruikt om een inwendig letsel van de nier veroorzaakt door een trauma te beschrijven. Een niet traumatisch acuut nierletsel codeert men met N17.9, Acute kidney failure, unspecified.

LETSELS AAN BLOEDVATEN EN ZENUWEN

Wanneer een primair letsel ook beperkte letsels geeft aan perifere zenuwen en bloedvaten, wordt het primaire letsel eerst gecodeerd, gevolgd door codes voor de letsels aan de zenuwen en ruggenmerg (zoals de categorie S04) en/of de codes voor de letsel aan de bloedvaten (zoals de categorie S15). Wanneer er een primair letsel is aan de bloedvaten of de zenuwen daarentegen, zal die code voor dat letsel eerste gecodeerd worden.

Bijvoorbeeld, een open wonde aan de buikwand zonder penetratie in de peritoneale holte, maar met ruptuur van de aorta, codeert men met als eerste code S35.00-, Injury to abdominal aorta, en nevendiagnose S31.109-.

OPEN WONDEN

Open wonden zoals scheuren (laceraties), prikwonden, snijwonden, dierenbeten, afrukkingen (avulsies), en traumatische amputaties die niet geassocieerd zijn aan een fractuur worden afzonderlijk gecodeerd met de categorieën S01, S11, S21, S31, S41, S51, S61, S71, S81 en S91. Het vierde karakter geeft meer informatie over de lichaamsstreek. Het vijfde en zesde karakter geven het type wonde weer zoals de scheur, de prikwonde, of een bijtwonde, en of er al dan niet een vreemd voorwerp aanwezig is. Elk letsel aan een inwendig orgaan of wondinfectie wordt afzonderlijk gecodeerd.

Zowel de cellulitis als de osteomyelitis kunnen soms als complicatie van een open wonde optreden. De volgorde van de codes voor open wonden met deze ernstige infecties is afhankelijk van de opnameomstandigheden. Het is belangrijk om te weten of enkel de wonde behandeld wordt dan wel de infectie. Bijvoorbeeld, een patiënt die een open wonde had aan de hand, zes weken geleden, wordt gezien omwille van een osteomyelitis die zich stilaan ontwikkelde. In dit geval zal meestal de osteomyelitis als hoofddiagnose gecodeerd worden met een nevendiagnose voor de open wonde.

Een patiënt met een kleine prikwonde eerder deze week opgelopen vertoont een cellulitis ter hoogte van de prikplaats. De wonde zelf vraagt op zich geen aandacht. De opnamereden is de cellulitis en de cellulitis wordt dus de hoofddiagnose.

AMPUTATIES

Indien vermeld als een diagnose, worden traumatische amputaties geklasseerd in de subcategorieën, S08.1- tot S08.8-, S28.1- tot S28.2-, S38.1- tot S38.2-, S48.0- tot S48.9-, S58.0- tot S58.9-, S68.0- tot S68.7-, S78.0- tot S78.9-, S88.0- tot S88.9-, en S98.0- tot S98.9-, eerder dan bij de open wonden. ICD-10-CM maakt een onderscheid tussen een complete en een partiële traumatische amputatie. Een amputatie die niet beschreven staat als een partiële of een volledige amputatie wordt gecodeerd als een complete amputatie. Bijvoorbeeld:

S58.019- Traumatische amputatie van de arm ter hoogte van de elleboog
 S58.122- Partiële traumatische amputatie van de linker arm onder de elleboog
 S88.011- Complete traumatische amputatie van het rechter been ter hoogte van de knie

De term “amputatie” wordt ook gebruikt als procedure, die uitgevoerd kan worden omwille van verschillende redenen, andere dan deze voor de behandeling van een trauma. Een amputatie wordt uitgevoerd door een desarticulatie of het doorzagen van een bot. De amputatie procedures staan in de ICD-10-PCS geklasseerd onder de ‘Medische en Chirurgische Sectie’ onder de kernprocedure “Detachment (losmaken)”. Het lichaamsdeel is de plaats van het “Detachment”. Indien van toepassing zal een ‘qualifier’ het specifieke niveau van de amputatie weergeven. “Detachment” procedures worden alleen teruggevonden in de lichaamsstelsel “X” (“anatomische streken, bovenste ledematen”) en “Y” (“anatomische streken, onderste ledematen”) omdat amputaties uitgevoerd worden op de extremiteiten, doorheen alle lichaamsdelen (zoals de huid, de spieren, het bot), en ze daarom niet tot een specifiek musculoskeletaal lichaamsstelsel zoals de botten of de gewrichten kunnen gecodeerd worden.

De kernprocedure “Detachment” gebruikt specifieke ‘qualifiers’ die afhankelijk zijn van het lichaamsdeel bij de “bovenste extremiteiten” en de “onderste extremiteiten”. De definities van de termen die gebruikt worden voor “Detachment” staan in tabel 30.1 opgesomd.

Voorbeelden:

0X6J0Z0 Desarticulatie van de rechter pols, compleet, open
 0Y6M0Z0 Volledige amputatie van de rechter voet
 0Y6C0Z3 Amputatie boven de rechter knie ter hoogte van het distale deel van de femur schacht
 0X680Z2 Amputatie midden door de schacht van de rechter humerus

TABEL 30.1 Definities van de termen die gebruikt worden bij de kernprocedure “Detachment”

| Lichaamsdeel | Term definitie |
|-----------------------|--|
| Bovenarm en bovenbeen | Hoog: amputatie aan het proximale deel van de schacht van de humerus of de femur Midden: amputatie in het middelste deel van de schacht van de humerus of de femur Laag: amputatie door het distale deel van de schacht van de humerus of de femur |
| Hand en voet | Compleet: amputatie doorheen het carpometacarpale gewricht van de hand of doorheen het tarsometarsale gewricht van de voet Partieel: amputatie om het even waar doorheen de schacht of de kopjes van de metacarpale botten van de hand of de metatarsale botten van de voet |
| Duim, vinger en teen | Compleet: amputatie doorheen het metacarpofalangeaal/metatarsofalangeaal gewricht Hoog: amputatie om het even waar doorheen de proximale falanx Midden: amputatie door het proximale interfalangeale gewricht of om het even waar doorheen de middelste falanx Laag: amputatie doorheen het distale interfalangeale gewricht of om het even waar doorheen de distale falanx |

OVERIGE LETSELS

Oppervlakkige letsels zoals kneuzingen, blaren, schaafwonden, oppervlakkige vreemde voorwerpen, en insectenbeten staan geklasseerd onder de categorieën S00, S10, S20, S30, S40, S50, S60, S70, S80 en S90. Het vierde en vijfde karakter geven meer specificatie over de specifieke plaats of het type letsel. Het zesde karakter geeft de lateraliteit weer. Wanneer deze letsels zich voordoen bij een ander ernstig letsel, zoals een breuk op dezelfde plaats, wordt er geen code voor deze oppervlakkige letsels gecodeerd. Noteer dat de term "superficial (oppervlakkig)" niets zegt over de ernst van het letsel, maar dat het letsel zich oppervlakkig bevindt, dat wil zeggen met betrekking tot de buitenste lagen.

De aanwezigheid van vreemd materiaal, dat het lichaam binnendringt langs een natuurlijk opening, wordt geklasseerd in categorieën T15 tot T19. Wanneer het vreemd lichaam geassocieerd is aan een penetrerende wonde, wordt dit gecodeerd als een open wonde, volgens de plaats, met resterend vreemd materiaal in de weke weefsels. Een splinter zonder open wonde wordt geklasseerd bij de oppervlakkige letsels volgens lichaamsstreek. Een vreemd voorwerp accidenteel achtergelaten tijdens een procedure in een operatiewonde wordt aanzien als een complicatie van die procedure en wordt gecodeerd met de code T81.5-. Codes uit de reeks T15-T19 die reeds de uitwendige oorzaak omvatten moeten geen bijkomende code voor de uitwendige oorzaak krijgen.

VROEGE COMPLICATIES VAN EEN TRAUMA

Bepaalde vroege complicaties van een trauma die niet vervat zitten in de code van het letsel worden geklasseerd in de categorie T79, Certain early complications of trauma, not elsewhere classified. Het vierde karakter geeft het type complicatie weer, zoals een lucht of vet embool, traumatische secundaire en terugkerende bloedingen en seroma, traumatische shock, traumatisch anurie, traumatisch ischemie van de spieren, traumatisch subcutaan emfyseem, of traumatisch compartiment syndroom. Doorgaans worden de codes van categorie T79 als nevendiagnose gecodeerd, waarbij de code voor het letsel eerst gecodeerd wordt. Met de ligduur verkorting en de nadruk op ambulante behandeling, kan de complicatie de reden zijn voor een opname in dagkliniek of hospitalisatie en wordt ze dan de hoofddiagnose.

Subcategorie T79.A, Traumatic compartment syndrome, klasseert het compartiment syndroom ten gevolge van een trauma. Niet traumatische compartiment syndromen staan geklasseerd onder M79.A-. Het acuut traumatisch compartiment syndroom is doorgaans een sequel van een ernstig letsel aan de onderste of bovenste extremiteiten, het abdomen, of andere plaatsen en kan leiden tot significante motorische en sensorische uitval, pijn, stijfheid, en misvormingen indien niet behandeld. Het acuut traumatisch compartiment syndroom is altijd geassocieerd met breuken, ontwrichtingen, en/of plet (crush) letsels. Andere risico factoren voor de ontwikkeling van een acuut traumatisch compartiment syndroom zijn vasculaire letsels en stollingsstoornissen (coagulopathieën). De diagnose wordt gesteld door multiële compartiment drukmetingen. Traumatisch compartiment syndroom wordt gecodeerd als volgt:

- T79.A0 Compartment syndrome, unspecified
- T79.A11 Traumatic compartment syndrome of right upper extremity
- T79.A12 Traumatic compartment syndrome of left upper extremity
- T79.A19 Traumatic compartment syndrome of unspecified upper extremity
- T79.A21 Traumatic compartment syndrome of right lower extremity
- T79.A22 Traumatic compartment syndrome of left lower extremity
- T79.A29 Traumatic compartment syndrome of unspecified lower extremity
- T79.A3 Traumatic compartment syndrome of abdomen
- T79.A9 Traumatic compartment syndrome of other sites

OEFENINGEN 30.4

Codeer de volgende diagnoses. Veronderstel dat het eerste contacten zijn tenzij anders aangegeven. Codeer geen uitwendige oorzaken.

1. Steekwonde in de buikwand, geïnfecteerd. S31.119A+L08.9
2. Laceraties aan de linker voet met vreemd materiaal in. S91.322A
3. Traumatische amputatie van de linker arm en hand boven de elleboog. S48.112A

4. Traumatisch anurie door letsel aan de nieren.S37.009A+T79.5xxA

ANDERE EFFECTEN (GEVOLGEN) VAN UITWENDIGE OORZAKEN

Categorieën T66 tot T78 klasseren de overige en niet gespecificeerde effecten van uitwendige oorzaken ten gevolge van blootstelling aan warmte en koude en een groep andere aandoeningen als gevolgen van uitwendige oorzaken die niet elders geklasseerd staan binnen de ICD-10-CM. De codes uit deze categorieën worden niet gebruikt wanneer een meer specifieke code voor het effect beschikbaar is. Bijvoorbeeld, colitis als gevolg van radiotherapie codeert men met de code K52.0, Gastroenteritis and colitis due to radiation, omdat het effect gespecificeerd wordt. Een diagnose van een complicatie van radiotherapie niet anders gespecificeerd en zonder bijkomende informatie in het patiëntendossier codeert men met de code T66.-, Radiation sickness, unspecified.

Code T68.- wordt gebruikt voor hypothermie, met verschillende uitzonderingen. Indien dit het gevolg is van een anesthesie, de gebruikt men de code T88.51. Wanneer de hypothermie niet het gevolg is van lage omgevingstemperaturen, codeert men R68.0, Hypothermia not associated with low environmental temperature. Een bijkomende code wordt gecodeerd om de bron van blootstelling weer te geven, zoals de blootstelling aan extreme koude door mensen aangemaakt (W93) of van natuurlijke oorsprong (X31). Er zijn drie codes voor de hypothermie bij de pasgeborenen: P80.0, Cold injury syndrome; P80.8, Other hypothermia of newborn; en P80.9, Hypothermia of newborn, unspecified.

Categorie T78, Adverse effect not elsewhere classified, wordt gebruikt om verschillende bijwerkingen te klasseren zoals de anafylactisch shock, de ongunstige reacties op voedsel, het angioneurotisch oedeem, de ongespecificeerde allergie, en het Arthus fenomeen.

Anafylaxis is een immunologische reactie dat verschillende lichaamssystemen aantast. De reacties variëren van mild – met netelroos, jeukte, zwelling van de ogen en de lippen, en wat opgezetheid (congestie) – tot levensbedreigende situaties, met luchtwegenobstructie en cardiovasculaire collaps. Shock treedt op bij overvloedige uitstroom van vloeistof uit de bloedbaan in de weefsels. Anafylactisch shock op het eten van voedselbestanddelen codeert men met T78.0, en een vijfde karakter dat het type voedsel weergeeft. Bijvoorbeeld:

- Een patiënt met gekende notenallergie wordt naar de spoedopname gebracht met piepende ademhaling en urticaria. Men diagnosticeert een anafylactisch reactie secundair op het eten van koekjes die walnoten bevatten. Codeer de code T78.05xA, Anaphylactic shock due to tree nuts and seeds, initial encounter. Codes uit de subcategorie T78.0 worden gebruikt voor zowel de anafylactische reactie als de anafylactische shock ten gevolge van voedselallergie.

Anafylactische shock ten gevolge van correct ingenomen medicinale substanties wordt geklasseerd onder de code T88.6-, Anaphylactic shock due to adverse effect of correct drug or medication properly administrated, gevolgd door een code uit de reeks T36 tot T50, met een vijfde of zesde karakter "5" om het medicament weer te geven. Codes uit de subcategorie T80.5, Anaphylactic reaction due to serum, beschrijven allergische reacties op serum waaronder ook bloedtransfusies, vaccinaties, en ander serum. Andere serumreacties tengevolge van de toediening van bloed en bloedproducten, vaccinaties, en ander serum staan onder de subcategorie T80.6 geklasseerd. Wanneer de shock het gevolg is van het niet correct gebruiken van medicatie, medicinale of biologische substanties, of toxisch niet medicinaal materiaal, wordt de anafylactisch shock gecodeerd als een vergiftiging, waarbij de vergiftigingscode eerst gezet wordt met een bijkomende code T78.2- om de shock weer te geven.

OEFENINGEN 30.5

Codeer de volgende diagnoses en codeer ook de uitwendige oorzaken. Veronderstel dat het gaat om eerste contacten tenzij anders vermeld.

1. Verschijnselen van hitteslag door zout en water tekorten T67.4xxA
2. Vrieswonden aan alle tenen door blootstelling aan koude T33.831A+T33.832A+X31.xxxA
3. Cataract door bestraling H26.8+W90.8xxA
4. Anafylactische shock door het eten van pinda noten T78.01xA

LATE GEVOLGEN VAN LETSELS

Bij de codering van late gevolgen van letsels, wordt de residuele aandoening of het gespecificeerde sequel (zoals het litteken, vervorming, of paralyse) eerst gecodeerd, gevolgd door de code voor het letsel met een zevende karakter uitbreiding "S" voor sequel. Het zevende karakter "S" wordt ook gebruikt voor de uitwendige oorzaak code van het letsel. Er wordt nooit een code voor een huidige actuele aandoening gebruikt samen met een laat gevolg code voor hetzelfde letsel.

OEFENINGEN 30.6

Codeer de volgende diagnoses alsook de uitwendige oorzaken en pas de regel voor de hoofddiagnose bij late gevolgen toe.

1. Paralyse van de rechter pols door een oud ongeval; een zelf aangedaan letsel ter hoogte van de rechter nervus radialis. G56.91+S64.21xS+X58.xxS
2. Oesofagale vernauwing door een vroegere verbranding van de oesofagus met een loog.
K22.2+T28.6xxS
3. Niet aan elkaar gegroeide fractuur (nonunion) van de linker femurhals drie maanden na een caf eruzie S72.002K+Y04.0xxS
4. Posttraumatische littekens aan de kaak na een oud ongeval L90.5+S01.419S+X58.xxS

OEFENINGEN 30.7

Codeer de volgende diagnoses en procedures. Veronderstel dat het eerste contacten zijn, tenzij andere aangegeven. Codeer ook uitwendige oorzaken waar de informatie beschikbaar is.

1. Luxatie van de linker schouder naar voor, na een val tijdens het paardrijden. Patiënte was aan het werk als paardentrainster. S43.015A+V80.010A+Y93.52+Y99.0
Uitwendige reductie van de dislocatie. 0RSKXZZ
2. Verplaatste fractuur dislocatie van de linker humerus, ter hoogte van het collum chirurgicum; patiënt was slachtoffer van een sneeuwlawine tijdens het skiën in de bergen.
S42.212A+X36.1xxA+Y92.838+Y93.23+Y99.8
Een open reductie met interne fixatie door middel van Rush pinnen en vijzen werd uitgevoerd.
0PSD04Z
3. Colles fractuur rechts. Patiënt viel van de stoel thuis. S52.531A+W07.xxxA+Y92.099+Y99.8
Een gesloten reductie met gipsverband (uitwendig) werd uitgevoerd. 0PSHXZZ
4. Intracapsulaire fractuur van de rechter femurhals. Patiënt viel van zijn in-line skates.
S72.011A+V00.111A+Y93.51+Y99.8
Een gesloten reductie met een percutaan ingebrachte Smith-Petersen nagel werd uitgevoerd.
0QS634Z
5. Gesloten fracturen van het bovenste deel van de rechter femur en het linker ilium. Vetembolen, posttraumatisch. Patiënt verloor de controle over zijn motor op de snelweg (Loss of control).
S72.001A+S32.302A+T79.1xxA+V28.4xxA
Open reductie met plaatfixatie van de rechter femur (bovenste deel), en skelettractie voor de iliumfractuur. 0QS604Z+2W67X0Z
6. Fractuur van de schedelbasis met rechter subduraal hematoom zonder bewustzijnsverlies; patiënt viel bij een parachutesprong tijdens een vrije val bij een militaire oefening.
S02.10xA+S06.5x0A+V97.29+Y99.1
7. Posttraumatische verkorting van de linker radius na een oude verwikkelde fractuur van het distale einde van de linker voorarm, gebroken tijdens een botsing met een sneeuwmobiel.
M21.732+S52.502S+V86.92xS
8. Traumatische miltscheur S36.09xA
Ernstige kneuzing van de linker nier S37.022A
Traumatische shock T79.4xxA
Patiënt werd gevangen in een grote landbouwmachine dat hij gebruikte op zijn boerderij.
W30.9xxA+Y92.79+Y99.0
Een urografie (IVP) met laag osmolair contrast wordt uitgevoerd en een laparoscopische splenectomie. 07TP4ZZ+BT141ZZ
9. Contusie van de cerebrale cortex; patiënt overlijdt tengevolge van het hersenletsel zonder bij bewustzijn te komen; patiënt is van het balkon van een observatietoren gevallen, tijdens de bezichtiging van een wolkenkrabber S06.337A+W13.0xxA+Y92.29+Y93.89+Y99.8
10. Multipele kneuzingen op de romp na een bevestigde mishandeling door de echtgenoot die de vrouw sloeg op de borstkas T74.11xA+S20.219A+Y04.0xxA+Y07.01

11. Anoxische hersenschade door een vroeger intracranieel letsel met bewustzijnsverlies drie jaar geleden, toen de patiënt het slachtoffer was van een aanrijding door een wagen op de snelweg
G93.1+S06.9x9S+V03.90xS

12. Gecompliceerde fractuur van het distale deel van de rechter radius en ulna; het kind viel van speeltoestellen; eerste behandeling in de consultatieruimte van de arts
S52.501A+S52.601A+W09.8xxA+Y93.89+Y99.8

Twee weken later krijgt patiëntje een open reductie met interne fixatie (ORIF) in het acute ziekenhuis
S52.501A+S52.601A+W09.8xxA+0PSK04Z+0PSH04Z

Follow-up onderzoek bij de arts met RX en postoperatieve onderzoeken S52.501D+S52.601D

13. Een driejarig kind wordt naar het ziekenhuis gebracht voor onderzoek voor een vermeende fysieke mishandeling. De oudste broer verklaarde dat het hevig geslagen werd door de stiefvader, daarom wordt een observatie aanbevolen. Na evaluatie, onderzoek en ondervraging, besluit men dat het jonge kind niet mishandeld werd. Z04.72

HOOFDSTUK 31

BRANDWONDEN

OVERZICHT

- De categorieën T20 tot T32 worden gebruikt voor alle brandwonden en caustische stoffen met uitzondering van de zonnebrand en de wrijvingsbrandwonden.
- ICD-10-CM maakt een onderscheid tussen brandwonden en corrosies. Brandwonden codes worden gebruikt voor verbrandingen met warmtebronnen. Corrosie codes worden gebruikt bij brandwonden door chemicaliën.
- De brandwonden worden eerst ingedeeld volgens anatomische plaats. Een vierde karakter geeft het type brandwonde aan door middel van de diepte van de verbranding: eerste-, tweede-, of derdegraad.
- De codes worden zo gekozen om de ernst van de brandwonde weer te geven. De hoogste graad neemt de bovenhand.
 - o Multipiele brandwonden op dezelfde plaats codeert men enkel met de hoogste graad.
 - o Multipiele brandwonden op verschillende plaatsen codeert men met de zwaarste graad op de belangrijkste plaats en daarbij bijkomende codes voor de brandwonden op de andere plaatsen.
- De uitgebreidheid wordt bepaald door de verbrande lichaamsoppervlakte en geschat met de "regel van negen", een regel die ook gebruikt kan worden als hulp bij het coderen van brandwonden.
- Uitwendige oorzaak codes worden gebruikt om de plaats van het voorval te coderen, alsook:
 - o De oorzaak (bron) van de verbranding of de corrosie, zoals vuur, elektrische stroom, en hete vloeistoffen.
 - o De situatie zoals een ongeval, een zich zelf aangedaan voorval, of een door derden aangedaan voorval.
- Andere letsels die geassocieerd zijn aan brandwonden vragen meestal bijkomende codes.
- Bepaalde vooraf bestaande aandoeningen kunnen een impact hebben op de prognose of de zorg van de patiënt. Deze vooraf bestaande aandoeningen zullen gecodeerd worden als nevendiagnosen.

LEERDOELSTELLINGEN

Na het doornemen van dit hoofdstuk bent u in staat om:

- Het onderscheid te weten tussen een eerste-, tweede-, en derdegraad brandwonde.
- De verschillende codes voor multipiele brandwonden en aanverwante aandoeningen in de juiste volgorde te zetten.
- De uitgebreidheid van een brandwonde in te schatten door gebruik te maken van 'de regel van negen'.
- Te weten welke letsels en aandoeningen samen met brandwonden kunnen gecodeerd worden.

TERMEN OM TE KENNEN

Regel van negen

Een trucje dat de arts helpt om de verbrande lichaamsoppervlakte in te schatten.

TE HERINNEREN ...

Brandwonden genezen met verschillende snelheden. Het is dus best mogelijk dat men zowel geheelde als niet geheelde brandwonden heeft tijdens een zelfde zorgepisode.

INLEIDING

Codes uit de categorieën T20 tot T32 worden gebruikt voor brandwonden en corrosies met uitzondering van de zonnebrand en de wrijvingsverbranding, die respectievelijk geklasseerd staan als dermatitis en oppervlakkige letsels. ICD-10-CM maakt een onderscheid tussen de brandwonden en de corrosies. De brandwonden codes worden gebruikt voor verbrandingen met warmtebronnen, met

uitzondering van de zonnebrand, (bijvoorbeeld vuur, hete toestellen). Brandwonden door chemicaliën worden geklasseerd als corrosies. De codeerregels voor zowel de brandwonden als de corrosies zijn dezelfde. Niet helende brandwonden en necrose van verbrande huid worden gecodeerd als acute actuele brandwonden (categorieën T20-T28, zevende karakter "A" voor het eerste contact of "D" voor de verder contacten). Sequellen (zoals littekens of contracturen) die blijven na de genezing van de brandwonde worden geklasseerd als sequel (categorie T20-T28, zevende karakter "S" voor sequel). Omdat brandwonden een verschillend genezingsproces doolopen, kan een patiënt genezen en niet genezen brandwonden hebben tijdens eenzelfde zorgperiode. Om die reden is het mogelijk codes voor huidige brandwonden als codes voor late gevolgen van brandwonden te hebben binnen eenzelfde registratie (wanneer zowel een huidige brandwonde en een sequel van een oude brandwonde aanwezig zijn).

ANATOMISCHE PLAATS VAN EEN BRANDWONDE

De eerste codeeras voor een brandwonde is de anatomische plaats, met een vijfde karakter of zesde karakter om meer specifiek te zijn, zoals:

| | |
|----------|---|
| T20-T252 | Brandwonden en corrosies van de uitwendige lichaamsdelen, gespecificeerd per plaats |
| T26-T28 | Brandwonden en corrosies beperkt tot het oog en de inwendige organen |
| T30-T32 | Brandwonden en corrosies van multipale en niet gespecificeerde delen |

Wanneer we brandwonden coderen, gebruiken we afzonderlijke codes voor elke verbrande plaats. Codes voor multipale plaatsen en categorie T30 zullen enkel gebruikt worden wanneer de plaats van de brandwonde niet gedocumenteerd wordt. Categorie T30, Burn and corrosion, body region unspecified, is zeer vaag en mag maar zelden gebruikt worden.

FIGUUR 31.1: De huidlagen

DIEPTE VAN DE BRANDWONDE

Voor de categorieën T20 tot T25, zal een vierde karakter het type van de brandwonde en de corrosie weergeven door middel van de diepte of de graad, zoals:

- Eerstegraad (erytheem, roodheid)
- Tweedegraad (blaren)
- Derdegraad (de volledige huiddikte wordt verband)

Eerstegraads brandwonde

De schade bij een eerstegraads brandwonde is beperkt tot de buitenste lagen van de epidermis, met roodheid (erytheem) en verhoogde gevoeligheid. De eerstegraads brandwonden hebben een goede capillaire doorbloeding en vertonen geen significante letsels in termen van dat er extra vocht moet toegediend worden.

Tweedegraads brandwonde

Tweedegraads brandwonden zijn partiële letsels aan de dermis die zowel oppervlakkig als diep kunnen zijn. Diepe tweedegraads brandwonden genezen trager dan eerste graad brandwonden en zijn vatbaarder voor infecties. Het eindresultaat van tweedegraads brandwonden kunnen hypertrofische littekens zijn.

Derdegraads brandwonde

Bij de derdegraads brandwonde is de huidbarrière verbroken, en de aanwezigheid van necrotisch weefsel maakt dat er vochtverlies is dat een effect heeft op de capillairen verwijderd van de brandwonde zelf. Daarbij is de plaats van de brandwonde een geschikte locatie voor infectie, die levensbedreigend kan zijn. De kritische factor in het genezingsproces van derdegraads brandwonden

is de doorbloeding. Streken die een goede bloedvoorziening hebben, zoals met haarfollikels en zweetklieren hebben meer kans op genezing.

Diepe derdegraads brandwonden worden gekenmerkt door een onderliggende necrose met getromboseerde vaten. De codes voor dergelijke diepe brandwonden mogen enkel gecodeerd worden op basis van de diagnose door de arts gesteld.

Brandwonden aan de ogen en de inwendige organen (T26-T28) worden geklasseerd volgens plaats, niet volgens graad. Categorieën T31 en T32 klasseren de brandwonden en de corrosies volgens uitgebreidheid (lichaamsoppervlakte) en de oppervlakte met derdegraads aantasting, en niet per specifieke plaats.

DE VOLGORDE VAN DE CODES VOOR BRANDWONDEN/CORROSIES EN DE AANVERWANTE AANDOENINGEN

Brandwonden en corrosies op een zelfde plaats met eenzelfde drie karakter code (T20-T28) maar met een verschillende graad (diepte), worden gecodeerd met de subcategorie die de hoogste graad weergeeft. De derdegraads primeert op de tweedegraads die op zich primeert op de eerstegraads brandwonde. Bijvoorbeeld, een eerstegraads en een tweedegraads brandwonde van het been wordt gecodeerd als een tweedegraads brandwonde van het lidmaat (T24.209-): er wordt geen code voor de eerstegraads brandwonde op diezelfde plaats gebruikt.

Wanneer men multipele brandwonden codeert, zet men de brandwonde met de hoogste graad op de eerste plaats (ernstigste); met daar onder de codes voor de brandwonden van de andere plaatsen. Bijvoorbeeld, een patiënt wordt opgenomen met een derdegraads brandwonde van het onderbeen en een eerstegraads brandwonde en een tweedegraads brandwonde van de voorarm. De volgende codes worden hier gecodeerd:

| | |
|----------|-------------------------------|
| T24.339- | Third-degree burn of leg |
| T22.219- | Second-degree burn of forearm |

De opnamereden bepaalt de hoofddiagnose of de eerste diagnose wanneer de patiënt zowel inwendige als uitwendige brandwonden heeft.

Wanneer een patiënt opgenomen wordt met brandwonden en andere gerelateerde aandoeningen zoals rookinhalatie en/of respiratoir falen, zal de hospitalisatiereden de keuze van de hoofddiagnose of eerste diagnose bepalen.

Codes voor corrosies eisen dat een code uit de categorieën T51 tot T65, Toxic effects of substances chiefly nonmedicinal as to source, eerst wordt gecodeerd om de chemische stof weer te geven.

ZEVENDE KARAKTER UITBREIDING

Categorieën T20 tot T28 hebben een zevende karakter uitbreiding:

| | |
|---|--------------------|
| A | Eerste contact |
| D | Volgende contacten |
| S | Sequel |

De uitbreiding "A" (eerste contact) wordt gebruikt wanneer de patiënt een actieve behandeling voor het letsel krijgt. Voorbeelden van actieve behandelingen zijn heelkundige behandeling, spoedopname, en evaluatie en behandeling door een andere (nieuwe) arts.

De uitbreiding "D" (volgende contacten) wordt gebruikt voor opnames nadat de patiënt zijn actieve behandeling voor het letsel heeft gekregen en nu routine zorg krijgt gedurende de genezing of herstel periode. Voorbeelden van volgende zorg zijn medicatie aanpassing, andere nazorg, follow-up controles na de initiële behandeling. De nazorg van letsels wordt niet gecodeerd met Z-codes. Voor de nazorg van letsels, codeert men de code voor het acute letsel met een zevende karakter "D" (volgende contacten).

De uitbreiding “S” (sequel) wordt gebruikt voor complicaties of aandoeningen die ontstaan na een letsel, zoals een litteken na een brandwonde; littekens zijn sequellen van brandwonden. Wanneer we de extensie “S” gebruiken is het belangrijk de code voor het letsel te coderen dat het sequel veroorzaakt heeft en een code voor de sequel zelf. De “S” wordt enkel gebruikt bij de code voor de brandwonde of de corrosie, niet bij de code voor het sequel. De “S” uitbreiding geeft het letsel aan dat verantwoordelijk is voor het sequel. Het type sequel (zoals het litteken) wordt eerst gecodeerd gevolgd door de code voor het letsel.

Noteer dat het gebruik van de code Z41.1, Encounter for cosmetic surgery, niet toepasselijk is voor brandwondenpatiënten die opgenomen worden voor het herstel van littekens, huidcontracturen, of andere sequellen. Voor die patiënten codeert men de code die de aandoening weergeeft die behandeld wordt.

UITGEBREIDHEID VAN DE BRANDWONDE

Categorieën T31 en T32 klasseren de brandwonden en de corrosies volgens de oppervlakte die aangetast is. Het vierde karakter geeft het percentage lichaamsoppervlakte dat aangetast is voor alle type brandwonden (T31) of corrosies (T32), inclusief de derdegraads brandwonden. Het vijfde karakter geeft het percentage derde graad brandwonde alleen. Omdat het vierde karakter de totale lichaamsoppervlakte weergeeft die verbrand is, kan het vijfde karakter nooit een grotere oppervlakte aangeven. Bijvoorbeeld, code T31.73 geeft aan dat 70-79 percent van de lichaamsoppervlakte verbrand is; het vijfde karakter geeft aan dat 30-39 percent van de lichaamsoppervlakte een derde graad brandwonde is. Het vijfde karakter nul (0) wordt gebruikt wanneer er minder dan 10% van de lichaamsoppervlakte (of geen lichaamsoppervlakte) een derdegraads brandwonde heeft.

De verbrande huidoppervlakte is een belangrijke factor voor de mortaliteit van een brandwonde, en ziekenhuizen met brandwondencentra hebben die informatie nodig om de patiëntenzorg te evalueren en statistische gegevens te verzamelen. Anderzijds zal de terugbetaling dikwijls beïnvloed worden door de uitgebreidheid van de brandwonde. Wanneer meer dan 20% van de lichaamsoppervlakte een derdegraads brandwonde is, is het raadzaam een bijkomende code uit de categorie T31 erbij te coderen. Brandwondencentra gebruiken soms enkel een code uit de categorie T31 omdat zij veel patiënten hebben met zo'n uitgebreide en ernstige brandwonden die verschillende lichaamsdelen aantasten dat het moeilijk wordt die afzonderlijk te coderen.

Categorieën T31 en T32 zijn gebaseerd op de klassieke “regel van negen” om de uitgebreidheid van een brandwonde in te schatten. Artsen kunnen het percentage voor het hoofd en de hals bij kinderen en peuters anders toewijzen, omdat jonge kinderen proportioneel grotere hoofden hebben dan volwassenen. Dit percentage kan ook aangepast worden voor volwassenen met dikke billen, abdomens, of dijen. De regel van negen deelt het lichaam in als volgt:

| | |
|-----------------|------------|
| Hoofd en hals | 9 percent |
| Elke arm | 9 percent |
| Elk been | 18 percent |
| Voorkant romp | 18 percent |
| Achterkant romp | 18 percent |
| Genitalia | 1 percent |

Bijvoorbeeld, zich baserend op deze regel kan de arts besluiten tot een eerstegraads brandwonde van 9 percent, een tweedegraads brandwonde van 18 percent en een derdegraads brandwonde van 36 percent. Als we dit samentellen is dat 63 percent van de lichaamsoppervlakte voor alle brandwonden samen. De code T31.63 (brandwonde met een totale lichaamsoppervlakte tussen de 60-69%, en met een derdegraads brandwonde tussen 30-39%), wordt hier dus gecodeerd. Er wordt niet verwacht dat de codeerders de verbrande lichaamsoppervlakte zelf berekenen maar het kan hen wel helpen om de ernst van de brandwonde in te schatten en dan bijkomende informatie aan de arts te vragen.

ZONNEBRAND

Zonnebrand en andere ultraviolette verbrandingen staan geklasseerd in hoofdstuk 12, Aandoeningen van de huid en het onderhuids weefsel. Categorie L55, Sunburn, wordt gebruikt voor de eerstegraads

(L55.0), de tweedegraads (L55.1), en de derdegraads (L55.2) of voor de niet gespecificeerde graad (L55.9). Zonnebrand door andere ultraviolette bestraling, zoals de zonnebank staat geklasseerd onder de categorie L56, Other acute skin changes due to ultraviolet radiation, of de categorie L57, Skin changes due to chronic exposure to nonionizing radiation.

UITWENDIGE OORZAKEN VAN BRANDWONDEN

Uitwendige oorzaak codes, zoals de codes uit de categorie Y92, Place of occurrence of the external cause, worden gecodeerd bij brandwonden en corrosies, zoals besproken in hoofdstuk 30 van dit handboek, dat de andere letsels behandelt. De volgende uitwendige oorzaak categorieën zullen gebruikt worden om de bron en de reden (intentie) weer te geven:

| | |
|---------|---|
| X00-X08 | Blootstelling aan rook, vuur en vlammen |
| X10-X19 | Contact met warme en hete substanties |
| X75 | Zelfdoding door explosieve materialen |
| X76 | Zelfdoding door rook, vuur en vlammen |
| X77 | Zelfdoding door stoom, hete dampen en hete voorwerpen |
| X96 | Doding door explosieve materialen |
| X97 | Doding door rook, vuur en vlammen |
| X98 | Doding door stoom, hete dampen en hete voorwerpen |

AANVERWANTE LETSELS EN ZIEKTEN

Wanneer een brandwonde als geïnfecteerd wordt beschreven, moet men twee codes coderen. De code voor de brandwonde wordt eerst gecodeerd, met een bijkomende code voor de infectie; bijvoorbeeld, een eerste contact, met een Stafylokokken infectie van een tweedegraads brandwonde van de buikwand wordt gecodeerd met de codes T21.22xA+L08.89+B95.8.

Bij brandwonden heeft men frequent andere letsels en andere aandoeningen die soms door de brandwonde veroorzaakt worden. Voorbeelden van dergelijke letsels zijn:

- Rookinhalatie is een frequent fenomeen bij de verbranding van brandbaar materiaal (categorie T59). Bepaalde toxische substanties uit plastic kunnen HCN produceren (T57.3-). Code J70.5 wordt gecodeerd om een niet gespecificeerde rookinhalatie weer te geven. Rookinhalatie gebeurt wanneer hete verbrandingsgassen worden ingeademd en die ernstige ademhalingsproblemen kunnen veroorzaken. Codeer dan een bijkomende code om de geassocieerde ademhalingsaandoeningen, zoals een respiratoir falen, weer te geven. Code J68.9 wordt gebruikt voor de rookinhalatie van chemische dampen. Wanneer patiënten opgenomen worden met brandwonden en aanverwante aandoeningen, zoals rookinhalatie of respiratoir falen, zullen de opnameomstandigheden de keuze van de hoofddiagnose bepalen.

Bijvoorbeeld, een kind dat gered wordt uit een brandend huis heeft blijkbaar geen brandwonden maar heeft wel roet in neus en mond. De patiënt wordt geïntubeerd en geventileerd voor minder dan 48 uur omwille van het risico op longoedeem door de rook. De arts diagnosticeert een rookinhalatie. Code T59.91xA, Toxic effect of unspecified gases, fumes and vapors, accidental (unintentional), initial encounter, wordt hier de hoofddiagnose. Codeer daarbij de code X00.1xxA, Exposure to smoke in uncontrolled fire in building or structure, initial encounter, om de uitwendige oorzaak van het letsel weer te geven. De patiënt heeft geen voor de hand liggende brandwonden maar werd opgenomen voor de behandeling van de luchtwegen na toxische effecten van de rook. Codeer eveneens de codes 5A1945Z, Respiratory ventilation, 24-96 consecutive hours, en de code 0BH17EZ, Insertion of endotracheal airway into trachea, via natural or artificial opening.
- Elektrische brandwonden, zoals deze veroorzaakt door hoogspanningskabels, kunnen ventriculaire aritmieën (I49.-) veroorzaken die onmiddellijk moeten behandeld worden.
- Traumatische shock (T79.4-) is dikwijls aanwezig op het ogenblik van de opname of nadien.

Vooraf bestaande aandoeningen kunnen ook een impact hebben op de prognose en het zorgproces van de brandwondenpatiënt en moeten daarom als nevendiagnose gecodeerd worden wanneer zij voldoen aan de criteria om als nevendiagnose te mogen gecodeerd worden. Voorbeelden van potentiële slechte vooraf bestaande aandoeningen die moeten meegegeven worden zijn bijvoorbeeld:

- Cardiovasculaire aandoeningen (zoals angor, congestief hartfalen, of klepletsels) kunnen de ischemie verhogen en een myocardinfarct versnellen bij patiënten met uitgebreide tweede graad of derde graad brandwonden. 'Pulmonary wedge' monitoring kan noodzakelijk zijn in deze gevallen.
- Astma, chronische bronchitis, en andere obstructieve longaandoeningen vragen soms beademing.
- Peptische ulcera, zowel in de maag als het duodenum, en ulceratieve colitis zijn aandoeningen die tot gastro-intestinale bloedingen kunnen leiden en extra behandeling kunnen eisen naast deze van de brandwonde.
- Vooraf bestaande nieraandoeningen verhogen het risico op tubulaire necrose en nierfalen bij patiënten met derde graad brandwonden of uitgebreide tweede graad brandwonden.
- Alcoholisme kan een bedreiging zijn voor ontwenningsverschijnselen, waardoor er profylactisch moet opgetreden worden tegen delirium tremens.
- Diabetes mellitus vertraagt het genezingsproces, en diabetes mellitus met complicaties beïnvloedt de behandeling van de brandwonden.

OEFENINGEN 31.1

Codeer de volgende diagnoses, alsook de uitwendige oorzaken. Veronderstel dat de aandoeningen gezien worden op een eerste contact tenzij anders aangegeven.

1. Eerstegraads brandwonde van het linker been en tweedegraads brandwonde van de linker voet bij het aanwakkeren van een vreugdevuur op het strand tijdens de vakantie.
T25.222A+T24.132A+X03.8xA+Y93.89+Y99.8+Y92.838
2. Eerstegraads brandwonde van het aangezicht en beide ogen, voornamelijk de cornea, de oogleden, de neus, de wangen, en de lippen, door het morsen van een loog thuis.
T54.3x1A+T26.51xA+T26.52xA+T26.61xA+T26.62xA+T20.52xA+T20.54xA+T20.56xA+Y99.8+Y92.099
3. 38% Brandwonden op het lichaam, waarbij 10% derdegraads brandwonden en 28% tweedegraads brandwonden; brandweerman die verbrand werd bij een bosbrand
T31.31+X01.8xA+Y99.0+Y92.821
4. Brandwonde door salpeterzuur ter hoogte van de linker cornea T54.2x1A+T26.62xA
5. Volgende opname voor niet helende eerste en tweedegraads brandwonde van de rug opgelopen vijf weken geleden wanneer de kledij van de patiënt vuur vatte in de keuken, als ongeval thuis
T21.23xD+X02.0xD
6. Keukenhulp met eerste- en tweedegraads brandwonde aan de duim en twee vingers van de rechter hand, door verbranding in de keuken in het verpleegtehuis tijdens het koken, eerste contact
T23.241A+X02.8xA+Y93.63+Y99.0+Y92.120
7. Landbouwer opgenomen met ernstige shock door een derdegraads brandwonde van de rug door een schuurbrand, eerste contact T21.33xA+T79.4xA+X00.0xA+Y99.0+Y92.71
8. Eerste-, tweede-, en derdegraads brandwonde van de romp; 10% eerstegraad, 15% tweedegraad, en 32% derdegraad; patiënt is bemanningslid van een stoomschip waarvan de boiler ontploft is
T21.30xA+T31.53+V93.51xA+Y99.0+V93.09xA
9. Ernstige zonnebrand van aangezicht, nek, en schouders; patiënt zit te frequent op het strand
L55.9+X32.xxA+Y99.8+Y92.832+Y93.89
10. Geïnfecteerde wrijvingsbrandwonde van de linker dij door een touw bij het blootsvoets waterskiën op 'Lake Berryessa' S70.312A+L08.89+V94.4xA+Y93.17+Y99.8+Y92.828
11. Eerstegraads brandwonde van de linker handrug door heet water uit de kraan in het huis waar de patiënt op bezoek was T23.162A+X11.8xA+Y99.8+Y92.099
12. Oppervlakkige brandwonden (dermatitis) aan aangezicht en borst van de zonnebank.
L56.9+W89.1xA
13. Bilaterale corneale verbranding door een lasboog. H16.133+W89.0xA

HOOFDSTUK 32

VERGIFTIGINGEN, TOXISCHE EFFECTEN, BIJWERKINGEN, EN ONDERDOSERING VAN MEDICATIE

OVERZICHT

- Een aandoening veroorzaakt door medicatie of andere ingenomen substanties kan aanzien worden als een bijwerking, een intoxicatie, of een vergiftiging.
- Onderdosering is het innemen van onvoldoende medicatie zoals de arts het had voorgeschreven of zoals de voorschriften van de fabrikant het aanbevelen.
 - o Onderdosering codes zullen nooit als hoofddiagnose gecodeerd worden.
 - o Indien het onvoldoende innemen van de voorgeschreven medicatie aanleiding geeft tot een opflakking of een exacerbatie van de aandoening waarvoor de medicatie wordt voorgeschreven, zal die medische aandoening als eerste diagnose (hoofddiagnose) gecodeerd worden.
- Een bijwerking is een aandoening die veroorzaakt wordt door een correct voorgeschreven en ingenomen medicatie.
 - o De code die de aard van de bijwerking aangeeft wordt eerst gecodeerd. De combinatiecode (T36-T50) die de bijwerking en het de oorzakelijke substantie omschrijft wordt als nevendiagnose gezet.
- Vergiftiging is een aandoening die veroorzaakt wordt door het oncorrect gebruik van medicatie of andere substanties.
 - o Een code uit de categorieën T36- tot T65 wordt eerst gecodeerd.
 - o Hierop volgt een code voor de manifestatie van de vergiftiging.
 - o Wanneer er geen reden voor de vergiftiging wordt gespecificeerd, gebruikt men de code voor de accidentele vergiftiging.
- Interacties tussen correct ingenomen therapeutische medicatie en alcohol of niet voorgeschreven middelen worden aanzien als vergiftigingen.
- De codes voor vergiftigingen, bijwerkingen, en onderdosering worden teruggevonden in de ICD-10-CM tabel voor medicatie en chemicaliën.
- Geen bijkomende codes voor uitwendige oorzaken zijn vereist bij vergiftiging, toxische effect, bijwerking, en onderdosering codes.
- Acute aandoeningen veroorzaakt door alcohol of medicatie misbruik worden aanzien als vergiftigingen, terwijl de chronische aandoeningen ervan niet.
- Late gevolgen van vergiftigingen, bijwerkingen, en onderdosering worden gecodeerd met het zevende karakter "S" om te zeggen dat het een sequel is.

LEERDOELSTELLINGEN

Na het doornemen van dit hoofdstuk bent u in staat om:

- Het verschil te maken tussen een nevenwerking en een vergiftiging.
- De codes op te zoeken voor aandoeningen geassocieerd aan vergiftigingen en nevenwerkingen.
- De vergiftigingen door middelenmisbruik te coderen.
- De late gevolgen van bijwerkingen en vergiftigingen te coderen.

TERMEN OM TE KENNEN

Bijwerking

De classificatie van een aandoening veroorzaakt door een medicament of een andere substantie wanneer deze correct wordt toegediend.

Vergiftiging

De classificatie van een aandoening veroorzaakt door een medicament of een andere substantie wanneer deze niet correct worden toegediend.

Toxisch effect

De classificatie van een aandoening veroorzaakt door de inname of het contact met een schadelijke substantie.

Onderdosering

De classificatie van een aandoening veroorzaakt door het innemen van minder dan door de arts, of de fabrikant, voorgeschreven medicatie.

TE HERINNEREN ...

Een aandoening veroorzaakt door het gebruik van medicatie kan zowel als een bijwerking als een vergiftiging geklasseerd worden. Het onderscheid wordt alleen gemaakt op de al dan niet correcte inname zoals voorgeschreven.

INLEIDING

Aandoeningen te wijten aan medicatie en medicinale en biologische substanties worden geklasseerd onder de categorieën T36 tot T50. Codes in deze categorieën zijn combinatiecodes die het oorzakelijk middel specificeren alsook of nu gaat om een vergiftiging (inclusief de intentie, zoals bijvoorbeeld, accidenteel), een bijwerking (adverse effect), of een onderdosering, met een vijfde of zesde karakter om het volgende te specificeren:

- 1 Vergiftiging, accidenteel (onverwacht, ongeluk)
- 2 Vergiftiging, intentioneel zich zelf aangedaan
- 3 Vergiftiging, door derden veroorzaakt
- 4 Vergiftiging, niet bepaald
- 5 Bijwerking (adverse effect)
- 6 Onderdosering

Toxische effecten door doorgaans niet medicinale substanties staan geklasseerd onder de categorieën T51 tot T65. Zoals voor de categorieën T35 tot T50, zijn de codes binnen de categorieën T51 tot T65 combinatiecodes die het oorzakelijk middel specificeren alsook de reden (intentie)(bijvoorbeeld, accidenteel). Daarentegen zijn bijwerkingen en onderdosering geen toxische effecten. Zoals de andere categorieën in hoofdstuk 19 van ICD-10-CM vragen de categorieën T30- tot T65 een zevende karakter om een onderscheid te maken tussen: "A" een eerste contact, "D" een volgend contact, en "S" een sequel. Deze indeling werd uitvoerig beschreven in hoofdstuk 30 van dit handboek.

Een aandoening wordt geklasseerd als een bijwerking wanneer een middel correct gebruikt wordt zoals het voorgeschreven wordt. Wanneer het middel niet correct wordt ingenomen wordt het gecodeerd als een vergiftiging met het toepasselijke vijfde of zesde karakter van "1" tot "4", afhankelijk van de intentie (bijvoorbeeld, accidenteel). De aandoening kan dezelfde zijn en het middel (de medicatie) kan hetzelfde zijn; het onderscheid tussen een vergiftiging of een bijwerking wordt gemaakt op basis van hoe het middel ingenomen wordt. ICD-10-CM maakt een onderscheid tussen bijwerkingen van correct ingenomen middelen en vergiftiging – dit om snel een overzicht te hebben van gegevens over bijwerkingen die het gevolg zijn van correct ingenomen middelen, en de mate waarin incorrect ingenomen middelen aanleiding geven tot zorgproblemen.

Noteer dat de inname van minder medicatie dan voorgeschreven, de inname van kleinere hoeveelheden, of het niet innemen van het middel zoals voorgeschreven door de producent, niet gecodeerd wordt als een vergiftiging maar eerder als een onderdosering.

Wanneer een middel correct wordt ingenomen zoals voorgeschreven, zal de code voor de aard van de bijwerking eerst gecodeerd worden, gevolgd door bijkomende code(s) voor de bijwerking van de medicatie (T36-T50, met een vijfde of zesde karakter "5" – vb. T36.0x5). Deze bijwerkingen kunnen variëren van mineure of tijdelijke ongemakken tot meer ernstige en soms permanente schade. Voorbeelden van bijwerken zijn de huiduitslag (rash), de tachycardie (hartkloppingen), het delirium, de gastro-intestinale bloeding, het braken, de hepatitis, het nierfalen, en het respiratoir falen.

Wanneer de aandoening het gevolg is van een interactie tussen twee of meer therapeutische middelen, die elk op zich correct worden ingenomen, wordt geklasseerd als een bijwerking, en elk middel wordt afzonderlijk gecodeerd, tenzij er een combinatiecodes aanwezig is in de tabel voor medicatie en chemicaliën.

Wanneer de aandoening een vergiftiging is, zal de vergiftigingscode (bijvoorbeeld T36.0x1-) eerst gecodeerd worden, gevolgd door bijkomende codes voor de manifestaties. Vergiftigingscodes hebben een notie over de reden of de intentie die gecodeerd wordt op basis van de vergiftigingsomstandigheden. Wanneer er geen reden vermeld wordt zal men de code voor de accidentele vergiftiging toekennen. De codes voor 'niet bepaalde vergiftiging' (vijfde of zesde karakter "4") wordt gereserveerd voor die gevallen waar in het dossier staat dat de intentie voor de vergiftiging niet kan bepaald worden. Bijvoorbeeld, de diagnose van coma tengevolge van codeïne wordt gecodeerd als volgt:

| | |
|-------------------------|---|
| <u>T40.2x1A</u> +R40.20 | Coma door een accidentele vergiftiging door codeïne |
| <u>T40.2x2A</u> +R40.20 | Coma door de inname van codeïne als een zelfmoordpoging |
| <u>T40.2x4A</u> +R40.20 | Coma tengevolge van een overdosis aan codeïne, zonder gekende oorzaak |
| <u>T40.2x1A</u> +R40.20 | Coma door een vergiftiging met codeïne |

Indien er ook een diagnose is van misbruik of verslaving van/aan een middel, zal dit misbruik of die verslaving er ook bij gecodeerd worden.

Omdat de codes binnen de categorie T36 tot T65 zowel het oorzakelijk middel bevatten als de uitwendige oorzaak, zal men geen extra uitwendige oorzaak code coderen bij die codes. Anderzijds, wanneer de reden voor de onderdosering gekend is, kunnen uitwendige oorzaak codes gebruikt worden om aan te geven of het gaat om een fout in de dosering tijdens de medische of heelkundige zorg (Y63.6-Y63.9) of dat de patiënt zelf heeft ondergedoseerd (Z91.12- tot Z91.13-).

De bijwerkingen van therapeutische substanties die correct worden voorgeschreven en ook correct worden ingenomen (toxiciteit, synergetische reactie, bijwerking, en idiosyncratische reactie) kunnen het gevolg zijn van (1) verschillen tussen patiënten, zoals de leeftijd, het geslacht, de aanwezige ziekte, en genetische factoren, maar ook van (2) medicatie gerelateerde factoren, zoals het type middel, de toedieningweg, de duur van de behandeling, de dosering en de biologische verdeling.

Schadelijke stoffen die ingenomen worden of waarmee personen in contact komen worden geklasseerd als toxische effecten. Zij staan in de categorieën T51 tot T65, Toxic effects of substances chiefly non-medicinal as to source, met uitzondering voor het contact en de (verdachte) blootstelling aan toxische stoffen (Z77.-).

Voorbeelden hiervan zijn:

| | |
|----------|---|
| T57.2x1- | Chronische mangaan toxiciteit |
| T57.0x1- | Toxiciteit door de blootstelling aan arsenicum pesticiden |
| T77.090 | Toxiciteit door asbest blootstelling |

Toxische effect codes zullen eerst gecodeerd worden, gevolgd door de toepasselijke code(s) om alle geassocieerde manifestaties van het toxisch effect weer te geven, zoals ademhalingsaandoeningen door uitwendige agentia (J60-J70). Gelijkaardig aan de codes voor vergiftiging, zijn toxische effect codes combinatiecodes waarin het middel maar ook de intentie wordt meegegeven door volgende vijfde of zesde karakters:

| | |
|---|---------------------------------|
| 1 | ongeval, accidenteel |
| 2 | zich zelf aangedaan (zelfmoord) |
| 3 | door derden |
| 4 | onbepaald |

Zoals voor de vergiftigingscodes zal wanneer er geen intentie vermeld wordt, de code voor de accidentele intoxicatie (vijfde of zesde karakter "1") gebruikt worden. De codes voor de onbepaalde intentie (vijfde of zesde karakter "4") wordt gereserveerd voor die gevallen waarbij de documentatie aangeeft dat de intentie van de intoxicatie niet bepaald kan worden.

Met een diagnose zoals een toxisch effect, een toxiciteit, of een intoxicatie op een voorgeschreven medicatie, zoals digitalis of lithium, zonder verdere precisering, bedoelt men meestal een nevenwerking (adverse effect) van een correct toegediende en voorgeschreven medicatie. Hier codeert men dus de bijwerking op zich tenzij het patiëntendossier het anders aangeeft. Volgende termen in het patiëntendossier geven meestal aan dat er correct gebruik was en dat de aandoening een bijwerking is:

- “Allergische reactie”
- “Cumulatief effect van de medicatie” (toxiciteit)
- “Overgevoeligheid op medicatie”
- “Idiosyncratische reactie”
- “Paradoxe reactie”
- “Synergetische reactie”

Wanneer het patiëntendossier aangeeft dat er een vergissing is in dosering of toediening, zal men de aandoening coderen als een vergiftiging. Termen die doorgaans een aandoening beschrijven als een vergiftiging zijn:

- “Foutieve medicatie toegediend” of “foutieve medicatie ingenomen”
- “Foutief voorschrift gegeven”
- “Foutieve dosering toegediend” of “foutieve dosering ingenomen” (tenzij het gespecificeerd wordt als een onderdosering, of een lagere dosering dan voorgeschreven)
- “Intentionele overdosis”
- “Niet voorgeschreven middelen ingenomen samen met correct voorgeschreven en ingenomen medicatie”

De vergiftigingscode wordt eerst gecodeerd, gevolgd door de code voor de manifestatie. Deze regel volgt de hoofdstukspecifieke codeerregels. Om die reden is die regel ook van toepassing zelfs wanneer de vergiftiging reeds behandeld werd.

Bijvoorbeeld, een patiënt wordt gezien op de spoedopname in coma en respiratoir falen door een overdosis aan medicatie. Er wordt een maagspoeling uitgevoerd voor deze overdosis. De patiënt wordt geïntubeerd, aan een invasieve mechanische ventilator aangelegd, en naar een ander ziekenhuis getransfereerd om deze toxiciteit en het acuut respiratoir falen verder te behandelen. In dit laatste ziekenhuis zal men nog steeds de vergiftiging als eerste diagnose (hoofddiagnose) coderen.

Wanneer de aandoening het gevolg is van een interactie tussen een correct gebruikte medicatie en een niet voorgeschreven medicatie of met alcohol, wordt dit gecodeerd als een vergiftiging. Vergiftigingscodes worden voor elke medicatie gecodeerd. Bijvoorbeeld, men diagnosticeert een coma als een bijwerking van correct ingenomen Valium maar ingenomen met twee Martini's. Dit codeert men als volgt:

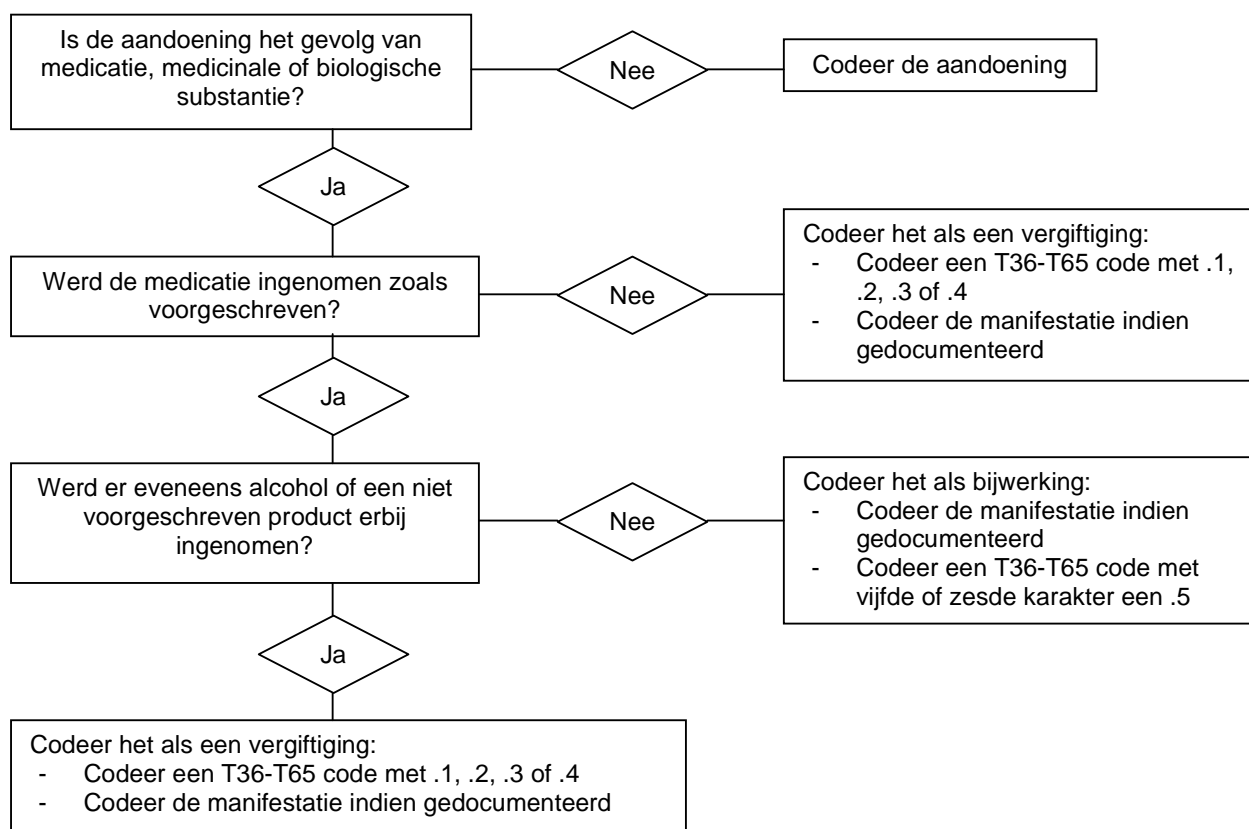
- T51.0x1A Vergiftiging door alcohol, accidenteel
- T42.4x1A Vergiftiging door Valium, accidenteel
- R40.20 Coma

Het innemen van een grotere dosis dan voorgeschreven wordt geklasseerd als vergiftiging. Noteer dat het innemen van een lagere dosis of het onderbreken van een medicatiebehandeling niet geklasseerd wordt als een vergiftiging, noch als een bijwerking, maar eerder als een onderdosering. Onderdosering codes worden nooit als hoofddiagnose gezet. Indien het verminderen van de voorgeschreven dosis aanleiding geeft tot een heropflakkeren of een opstoot van de aandoening waarvoor de medicatie wordt gegeven, zal men die aandoening coderen als hoofddiagnose.

Bijvoorbeeld, een patiënt wordt Amiodarone voorgeschreven voor zijn voorkamerfibrillatie. De patiënt stopte de medicatie op eigen initiatief een week geleden, omdat hij vond dat die medicatie hem misselijk maakte. Hij wordt nu opgenomen om die voorkamerfibrillatie te controleren en de medicatie aan te passen. De voorkamerfibrillatie wordt als hoofddiagnose gecodeerd en de onderdosering van de medicatie als neven diagnose, zoals:

- I48.0 Voorkamerfibrillatie
- T46.2x6A Onderdosering van Amiodarone
- Z91.14 Het niet naleven van het medicatievoorschrift door de patiënt

Figuur 32.1 illustreert de beslissingsboom voor het coderen van vergiftigingen en nevenwerkingen van medicatie



TERUGVINDEN VAN DE CODES VOOR VERGIFTIGING, NEVENWERKINGEN, EN ONDERDOSERING

De codes voor vergiftigingen, bijwerkingen en onderdosering worden het snelst teruggevonden in de ICD-10-CM tabellen voor de medicatie en de chemicaliën (zie figuur 32.2). De medicatie en de chemische substanties staan in alfabetische volgorde links in de tabel, waarbij de eerste kolom rechts hiervan de codes geeft voor de accidentele vergiftigingen. De overige kolommen bevatten de codes voor de vergiftigingen door andere omstandigheden (zelf aangedaan, door derden, en niet te bepalen), voor de bijwerkingen, en voor de onderdoseringen.

Indien een specifieke medicatie niet in de tabel teruggevonden wordt, vindt men ze waarschijnlijk terug onder de generische naam of de medicatiegroep of klasse (bijvoorbeeld, antibiotica). De ziekenhuisapotheker kan ook een waardevolle informatiebron zijn.

De codes mogen niet direct gecodeerd worden vanuit deze tabel zonder nazicht in de systematische lijst. De tabel voor medicatie en chemicaliën is een uitgebreide en zeer gedetailleerde lijst, maar bevat geen instructies zoals die in de systematische index staan. Bijvoorbeeld, de tabel bevat codes uit de categorie T36, Poisoning by, adverse effect of and underdosing of systemic antibiotics, maar de exclusie instructies onder categorie T36 geeft aan dat de codes uit de categorie T45.1 moeten gebruikt worden voor antineoplastische antibiotica.

Figuur 32.2: uittreksel uit de ICD-10-CM tabel voor medicatie en chemicaliën

| Substance | Poisoning, Accidental (unintentional) | Poisoning, Intentional self-harm | Poisoning, Assault | Poisoning, Undetermined | Adverse effect | Underdosing |
|-----------------------|---------------------------------------|----------------------------------|--------------------|-------------------------|----------------|-------------|
| Acetylphenylhydrazine | T39.8x1 | T39.8x2 | T39.8x3 | T39.8x4 | T39.8x5 | T39.8x6 |

| | | | | | | |
|------------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Acetylsalicylic acid (salts) | T39.011 | T39.012 | T39.013 | T39.014 | T39.015 | T39.016 |
| - enteric coated | T39.011 | T39.012 | T39.013 | T39.014 | T39.015 | T39.016 |
| Acetylsulfamethoxypyridazine | T37.0x1 | T37.0x2 | T37.0x3 | T37.0x4 | T37.0x5 | T37.0x6 |
| Achromycin | T36.4x1 | T36.4x2 | T36.4x3 | T36.4x4 | T36.4x5 | T36.4x6 |
| - ophthalmic preparation | T49.5x1 | T49.5x2 | T49.5x3 | T49.5x4 | T49.5x5 | T49.5x6 |
| - topical NEC | T49.0x1 | T49.0x2 | T49.0x3 | T49.0x4 | T49.0x5 | T49.0x6 |
| Aciclovir | T37.5x1 | T37.5x2 | T37.5x3 | T37.5x4 | T37.5x5 | T37.5x6 |

CODEERREGELS VOOR HET TOEKENNEN VAN CODES VOOR VERGIFTIGING, BIJWERKINGEN, ONDERDOSERING, EN TOXISCHE EFFECTEN

Wanneer twee of meer medicaties of medicinale of biologische substanties aangeduid worden als zijnde verantwoordelijk voor een vergiftiging, een bijwerking, een onderdosering, of een toxisch effect, codeer dan elk middel afzonderlijk tenzij eenzelfde code de oorzaak voor meerder bijwerkingen, vergiftigingen, toxische effecten of onderdoseringen zou beschrijven. Met andere woorden, ken de code slechts éénmaal toe wanneer eenzelfde code meerdere oorzakelijke substanties beschrijft.

Voorbeelden:

I49.1+T46.0x5A+T42.4x5A Supraventriculaire hartkloppingen secundair op het gebruik van digitalis en Valium, beide gebruikt zoals voorgeschreven; eerste contact

R50.83+T50.A15A Een kind met hoge koorts door de correcte toediening van een DTP vaccin.

R68.2+L29.9+T42.3x5AEen patiënt die klaagt van droge mond en jeuk door het gebruik van fenobarbital voorgeschreven door de arts (zowel de code R68.2 als L29.9 kunnen als hoofddiagnose gecodeerd worden).

De codeerder zal zoveel mogelijk codes gebruiken om alle verantwoordelijke substanties weer te geven die de bijwerking of de vergiftiging hebben veroorzaakt.

MILIEU TOXINES

Subcategorie T65.82, Toxic effect of harmful algae and algae toxins, beschrijft de toxische effecten door blootstelling aan de schadelijke algenbloei, zoals het toxisch effect van de blauwgroene algen, de bruine vloed, de cyanobacteriële groei, de Florida rode vloed, de Pfiesteria piscicida en de rode vloed. *Karenia brevis* (*K. brevis*) zijn microscopische, snel groeiende zeealgen die een gloed vormen die men rode vloed noemt. *K. brevis* produceert een sterk toxine dat brevetoxine genoemd wordt. Wanneer schelpdieren zich met *K. brevis* voeden, zullen zijn het brevetoxine opstapelen. Personen die schelpdieren eten worden besmet met het brevetoxine en ontwikkelen een neurotoxische schelpdieren vergiftiging. Dit type van bloedvergiftiging geeft aanleiding tot ernstige gastro-intestinale en neurologische symptomen. Codeer de code Z77.121 om het eventueel contact met en de blootstelling aan de schadelijke algen en algentoxines weer te geven. Deze code kan gebruikt worden wanneer patiënten in de nabijheid van een algenvloed zijn geweest doch geen symptomen hebben gekregen, of ook wanneer de patiënt symptomen vertoont die een blootstelling aan een algenvloed veronderstellen maar waarbij een definitieve oorzaak van de symptomen niet bevestigd wordt.

De blootstelling aan brevetoxine kan ook gebeuren wanneer mensen in de oceaan zwemmen die vervuild is met brevetoxines of die brevetoxines inademen via de lucht. De symptomen zijn een irritatie van de ogen, de neus, en de keel; tintelingen aan de lippen en de tong; hoesten; piepende ademhaling; en kortademigheid. Bijvoorbeeld, een patiënt die een ernstige abdominale pijn ontwikkelt, en tintelingen in de vingers voelt na het eten van schelpdieren. Men diagnosticeert bij deze patiënt een neurotoxische schelpdier vergiftiging door de rode vloed. Codeer de code T65.821A, Toxic effect of harmful algae and algae toxins, accidental (unintentional), initial encounter.

OEFENINGEN 32.1

Codeer de volgende diagnosen in de veronderstelling dat de medicatie correct werd ingenomen tenzij anders gespecificeerd. Veronderstel dat het eerste contacten zijn.

1. Coma door een acute barbituraat intoxicatie, als zelfmoordpoging T42.3x2A+R40.20
2. Twee jarig kind slikt een ongekend aantal pillen Enovid van zijn moeder T38.4x1A

3. Syncope door overgevoeligheid aan antidepressieve medicatie (tabel) R55+T43.205A
4. Hypokaliëmie tengevolge van een reactie op Diuril foutief door de arts gegevens T50.2x1A+E87.6
5. Diplopie door een allergische reactie op antihistamine, ingenomen zoals het voorgeschreven werd (tabel) H53.2+T45.0x5A
6. Lethargie door een ongewilde overdosis aan slaappillen T42.71xA+R53.83
7. Elektrolytenonevenwicht door de interactie tussen lithium carbonaat en Diuril, beide ingenomen zoals voorgeschreven (tabel) E87.8+T43.595A+T50.2x5A
8. Secundair parkinsonisme op de correcte inname van haloperidol (tabel) G21.11+T43.4x5A
9. Cerebrale anoxie als gevolg van een barbituraat overdosis tengevolge van zelfmoordpoging T42.3x2A+G93.1
10. Toxische encefalopathie door het overmatig gebruik van aspirine T39.011A+G92
11. Ataxie op Valium (ingenomen zoals voorgeschreven) ingenomen met drie martini's (tabel, Valium)(tabel, alcohol) T42.4x1A+T51.0x1A+R27.0
12. Allergische dermatitis op traagwerkende insuline (tabel) L27.0+T38.3x5A
13. Coumadine intoxicatie door cumulatief effect met daardoor ernstige hematurie (tabel) R31.0+T45.515A
14. Ernstige bradycardie door accidentele dubbele dosis digoxine (tabel, digoxin) T46.0x1A+R00.1
15. Veralgemeende convulsies door het accidenteel innemen van een overdosis Darvon T39.8x1A+R56.9
16. Wat ijl in het hoofd door de interactie tussen Aldomet en een perifeer vasodilatans (beiden ingenomen zoals voorgeschreven) (tabel) R42+T46.5x5A+T46.7x5A
17. Ontregelde hypertensie omdat de patiënt zijn hypertensie medicatie zelf verminderde (patiënt kon het niet meer betalen) I10+T46.5x6A+Z91.120

NIET GESPECIFICEERDE BIJWERKINGEN VAN MEDICATIE

ICD-10-CM heeft de code T88.7-, Unspecified adverse effect of drug or medicament, om de bijwerkingen weer te geven waarvoor het type reactie niet gespecificeerd wordt. De code uit de categorie T36 tot T50 met een vijfde of zesde karakter "5" wordt eerst gebruikt om het oorzakelijke medicament te specificeren. Code T88.7 kan gebruikt worden voor niet gehospitaliseerde patiënten, maar enkel en alleen wanneer er geen tekenen of symptomen zijn van de bijwerking. Het gebruik van de code T88.7 voor gehospitaliseerde patiënten is niet aangewezen. Indien de patiënt symptomen of tekenen vertoont dan worden deze gecodeerd. Indien de bijwerking niet gedefinieerd kan worden, codeert men één van volgende codes:

- R82.5 Elevated urine levels of drugs, medicaments and biological substances
- R82.6 Abnormal urine levels of substances chiefly nonmedicinal as to source
- R89.2 Abnormal level of other drugs, medicaments and biological substances in specimens from other organs, systems and tissues
- R89.3 Abnormal level of substances chiefly nonmedicinal as to source in specimens from other organs, systems and tissues

ICD-10-CM gebruikt de categorie T50.90-, Poisoning by, adverse effect of and underdosing of unspecified drugs, medicaments and biological substances, wanneer het medicament of het middel dat verantwoordelijk is voor de vergiftiging, de bijwerking of de onderdosering niet gespecificeerd wordt.

VERGIFTIGING DOOR MIDELLENMISBRUIK OF VERSLAVING

Een acute aandoening als gevolg van de interactie tussen alcohol en een medicament of als gevolg van de inname van medicatie bij middelenmisbruik of verslaving, wordt geklasseerd als een vergiftiging. Bijkomende codes worden gecodeerd voor de acute manifestatie van de vergiftiging en de afhankelijkheid of het misbruik. Bijvoorbeeld:

- T40.1x1A+J81.0+F11.20 Acut longoedeem door een accidentele heroïne onderdosis bij een patiënt die heroïne verslaafd is

Chronische aandoeningen gerelateerd aan alcohol of middelenmisbruik of afhankelijkheid worden niet gecodeerd als een vergiftiging. De code voor de chronische aandoening wordt eerst gezet, gevolgd door de code voor het misbruik of de afhankelijkheid. Bijvoorbeeld:

K70.30+F10.20 Alcoholische lever cirrose; chronisch alcoholisme (afhankelijkheid)

K70.10+F10.20 Alcoholische hepatitis; episodische alcoholafhankelijkheid

F14.14 Drug geïnduceerde depressieve status tengevolge van cocaïne misbruik

OEFENINGEN 32.2

Codeer de volgende diagnoses. Gebruik uitwendige oorzaak codes waar nodig. Veronderstel dat het allemaal eerste contacten zijn.

1. Spierkrampen in de benen door het gebruik van arseen pesticiden op het werk (tabel, arsenic)

T57.0x1A+R25.2

2. Algemene hypocalcemie en hypokaliëmie door het gebruik van logen bij huishoudelijke taken (tabel, lye) T54.3x1A+E83.51+E87.6+Y92.099

3. Bradycardie door de ingestie van oleanderbladeren (tabel, oleander) T62.2x1A+R00.1

4. Een gekende cocaïnegebruiker wordt opgenomen met respiratoir falen tgv een crack/cocaïne overdosis. De patiënt wordt 20 uur geventileerd. (tabel, cocaïne).

T40.5x1A+J96.00+F14.10+5A1035Z

5. Patiënt wordt opgenomen met een dialysedementie secundair op een aluminiumintoxicatie (aluminiumacetaat oplossing) tgv de nierdialysetherapie (tabel, aluminium).

T49.0x5A+F03.90+Y84.1

LATE GEVOLGEN VAN VERGIFTIGING, BIJWERKINGEN, EN ONDERDOSERING

De code voor het verantwoordelijke medicament of middel wordt eerst gecodeerd, met het zevende karakter "S" voor sequel. De "S" uitbreiding geeft aan dat de substantie verantwoordelijk is voor de sequel. De codes uit de categorieën T36 tot T65 worden eerst gecodeerd (met zevende karakter "S") gevolgd door de sequel zelf (bijvoorbeeld, hersenschade).

Langdurige chronische effecten tengevolge van voorgeschreven medicatie die over een lange periode wordt ingenomen – en steeds wordt ingenomen ook wanneer de chronische effecten optreden – worden gecodeerd als een huidige bijwerking. Bijvoorbeeld, een steroïedgeïnduceerd diabetes kan ontstaan als bijwerking op correct toegediende medicatie, als een vergiftiging of een laat gevolg van een vergiftiging. Bij de patiënt die een steroïedgeïnduceerde diabetes heeft en nog onder steroïden staat, codeert men die aandoening als een bijwerking (E09.-+T38.0x5).

Indien de patiënt zijn aandoening krijgt na of indien ze blijft bestaan lang na dat de steroïden gestopt zijn, codeert men eerst de code E09.- eerst, gevolgd door de code T38.0x5S. Bijvoorbeeld:

G93.9+T36.0x5A Hersenbeschadiging als gevolg van een allergische reactie op

penicilline (nu ingenomen)

G93.9+T36.0x5S Hersenbeschadiging als gevolg van een allergische reactie penicilline

(het gebruik hiervan werd zes maand gelden stop gezet)

OEFENINGEN 32.3

Codeer de volgende diagnoses, let goed op de volgorde. Gebruik uitwendige oorzaak codes indien nodig.

1. Extrapiramidale aandoening tengevolge van een vroegere overdosis aan Thorazine tengevolge van een zelfmoordpoging zes maanden geleden T43.3x2S+G25.9

2. Bilaterale neurale doofheid als gevolg van een accidentele overdosis aan streptomycine twee jaar geleden door de arts toegediend T36.5x5S+H90.3

3. Anoctische herschade op een accidentele overdosis aan Nembutal negen maanden terug T42.3x1S+G93.1

4. Secundair parkinsonisme door een vergiftiging met lithium vier jaar geleden T56.891S+G21.8

5. Patiënt werd recent uit het ziekenhuis ontslagen met de diagnose van acuut systolisch congestief hartfalen. Hij moet 200mcg digoxine per dag innemen, met een vetbeperkend en zoutbeperkend dieet en de richtlijn om alcohol en cafeïne te vermijden. Twee weken later wordt de patiënt op de spoedopname opgenomen met kortademigheid bij lichte inspanningen, en ernstig oedeem. De patiënt geeft toe dat hij zijn medicatie maar over andere dag innam omdat het te duur is. De diagnose van

een heropflakking van het systolisch congestief hartfalen, omwille van een te lage digoxine dosis, wordt weerhouden. [150.21+T46.0x6A+Z91.120](#)

HOOFDSTUK 33

COMPLICATIES VAN CHIRURGISCHE EN MEDISCHE ZORG

OVERZICHT

- Categorieën T80 tot T88 in ICD-10-CM behandelen de complicaties van medische en chirurgische zorg die nergens anders geklasseerd staan.
- Complicaties die zich enkel voordoen in een specifiek lichaamstelsel, staan in dat respectievelijke hoofdstuk.
- Intra-operatieve en postprocedurele complicatiecodes worden in de lichaamstelsel hoofdstukken teruggevonden, meer bepaald bij de specifieke organen en structuren van dat lichaamstelsel.
- Niet alle 'nazorg' situaties worden als complicaties geklasseerd.
 - o Er moet een onverwacht of abnormaal verloop zijn.
 - o Er moet een gedocumenteerde relatie beschreven staan tussen de aandoening en de zorg.
 - o Er moet een aanwijzing zijn dat het gaat om een complicatie.
- Er zijn verschillende instructie aanwijzingen (in het bijzonder, exclusie notities) bij de complicatiecodes.
- Bij het coderen moet men naar een subterm 'postoperatieve' of 'iatrogene' aandoening kijken.
- Zoek onder de hoofdterm **Complicaties** indien er geen passende subtermen gevonden worden voor de aandoening.
- Complicaties waarbij een inwendig materiaal, een implantaat of een ent bij betrokken is, worden eerst geklasseerd.
- Het is belangrijk om een onderscheid te maken tussen opnames voor een complicatie en opnames voor routine of geplande nazorg.

LEERDOELSTELLINGEN

Na het doornemen van dit hoofdstuk bent u in staat om:

- Te weten wanneer men wel en wanneer men niet een aandoening als een complicatie moet coderen.
- De codes voor de complicaties terug te vinden.
- Alle instructies in de ICD-10-CM te gebruiken om een aandoening die een complicatie is van een medische of chirurgisch handelen te coderen.

TERMEN OM TE KENNEN

iatrogene aandoening

Aandoening die het gevolg is van een behandeling of een andere ingreep.

TE HERINNEREN ...

Codeerders zullen nooit veronderstellingen doen bij complicaties omdat ze legale implicaties kunnen hebben.

INLEIDING

Categorieën T80 tot T88 behandelen de complicaties van medisch en chirurgisch handelen in ICD-10-CM die niet elders geklasseerd staan. Categorieën T80 tot T88 vragen een zevende karakter om aan te geven dat het gaat om een eerste contact ("A"), een volgend contact ("D"), of een sequel ("S"), zoals dit ook nodig is voor de andere codes uit hoofdstuk 19 van de ICD-10-CM. Noteer dat niet elke aandoening die optreedt na een ingreep of andere patiëntenzorg als een complicatie geklasseerd wordt. Eerst en vooral moet het gaan om een meer dan routine te verwachten aandoening of voorval. Bijvoorbeeld, men verwacht een grote hoeveelheid bloedverlies bij een gewrichtserving; de bloeding wordt niet aanzien als een complicatie tenzij deze bloeding uitzonderlijk hevig is. Daarenboven moet er een oorzaak-gevolg verband gedocumenteerd worden door de arts, en er moet een indicatie zijn dat het gaat om een complicatie, en niet om een postoperatieve aandoening waarbij

er geen complicatie aanwezig is, zoals de status van een kunstmatige opening of de afwezigheid van een lidmaat na een amputatie. In sommige gevallen is dit evident, zoals bij complicaties omwille van inwendig materiaal, een implant, of een ent of als gevolg van een transplant. De codering van postprocedurele complicaties wordt gebaseerd op het patiëntendossier of het verband tussen de complicatie en de procedure. De codeerder mag zelf dit verband niet leggen. Noteer dat de term "complicatie" zoals in de ICD-10-CM gebruikt wordt niet wil zeggen dat inadequate of onzorgvuldige zorg verantwoordelijk is voor het probleem.

Er wordt geen tijdslijn gedefinieerd voor het optreden van een complicatie. Deze kan optreden tijdens de hospitalisatie zelf, kort nadien, of zelfs jaren later. Indien de complicatie optreedt tijdens de episode waarin de ingreep plaatsvond, dan wordt deze als nevendiagnose erbij gecodeerd. Wanneer zij zich later voordoet en de reden is voor een opname of een contact, dan wordt de complicatie als hoofddiagnose of eerste diagnose gecodeerd. De complicaties van chirurgische of medische zorg worden als volgt in de ICD-10-CM geklasseerd:

- Complicaties die zich in een bepaald lichaamsdeel voordoen worden in ICD-10-CM in dat hoofdstuk geklasseerd.
- Complicaties die meerdere lokalisaties of lichaamstelsel aantasten worden doorgaans in de categorieën T80-T88 geklasseerd. Een bijkomende code(s) wordt erbij gecodeerd om de specifieke aandoening die het gevolg is van de complicatie weer te geven.
- Intra-operatieve en postprocedurele complicatiecodes vindt men terug in de respectievelijk hoofdstukken van de lichaamstelsels, met specifieke codes voor de organen en structuren van dat lichaamstelsel. Deze codes moeten eerst gecodeerd worden, gevolgd door code(s) voor de specifieke complicatie, indien van toepassing.
- Complicaties bij abortus, zwangerschap, arbeid, of bevalling wordt geklasseerd in het hoofdstuk 15 van ICD-10-CM.

De codeerder moet de alfabetische index zorgvuldig gebruiken en alle instructies volgen. Exclusie instructies zijn vrij uitgebreid in deze sectie en zullen dikwijls de codeerder een andere weg opsturen.

Er zijn verschillende basisexclusies die men moet kennen:

- Complicaties van medische agentia, zoals bijwerkingen (adverse effects), vergiftigingen, en toxische effecten van medicatie en chemische stoffen.
- Men moet een onderscheid maken tussen contacten of opnames omwille van zorg voor postoperatieve aandoeningen waarbij er geen complicatie aanwezig is, zoals de status van een kunstmatige opening, het sluiten van een stoma, of de bijstelling of aanpassing van extern prothesemateriaal.
- Brandwonden en lokale aantasting (corrosie) door lokale toediening en bestraling.
- Mechanische complicaties van een beademingstoestel of ventilator.
- Postprocedurele koorts.
- Complicaties van een aandoening voor dewelke een ingreep wordt uitgevoerd.

Specifieke aandoeningen die elders geklasseerd staan, zoals de osteotomiecomplicaties, het postlaminectomie syndroom, het postgastrectomie syndroom, of de postmastectomie lymfoedeem syndroom. Elke aandoening die elders geklasseerd wordt in de alfabetische index wanneer die beschreven wordt als het gevolg van een procedure of een medische zorg, zoals verstoringen in het elektrolyten evenwicht of de functionele verstoringen tijdens hartchirurgie (noteer dat het adjectief "iatrogeen" vaak gebruikt wordt om aan te geven dat de aandoening het gevolg is van een behandeling).

Wanneer codes uit de categorieën T80-T88, Complications of surgical and medical care NEC, worden gebruikt, codeer dan ook bijkomende codes om de complicatie te specificeren, maar enkel als de bijkomende code meer informatie geeft over het soort complicatie. Indien daarentegen de complicatiecode de aandoening volledig omschrijft, dan hoeven er geen bijkomende codes.

TERUGVINDEN VAN COMPLICATIECODES IN DE ALFABETISCHE INDEX.

De codeerder moet eerst naar de hoofdterm voor de aandoening zoeken en dan kijken naar een subterm die aangeeft dat het om een postoperatieve of een andere iatrogene aandoening gaat.

Bijvoorbeeld:

Adhesions, adhesive (postinfective) K66.0
-postoperative (gastrointestinal tract) K66.0

--with obstruction K91.3
--pelvic peritoneal N99.4
--vagina N99.2
-vagina (chronic) N89.5

Colostomy
-malfunctioning K94.03

Wanneer er geen hoofdterm kan gevonden worden voor de aandoening, zal de codeerder naar de hoofdterm '**Complications**' gaan om daar de gepaste subterm te vinden, zoals hieronder aangegeven:

- De natuur van de complicatie, zoals "foreign body", "accidental puncture", of "hemorrhage".
- Het type procedure, zoals "colostomy", "dialysis", of "shunt".
- De aangetaste anatomische plaats of lichaamstelsel, zoals "respiratory system"
- Algemene termen zoals "mechanical", "infection", of "graft"

Voorbeelden uit de alfabetische index zijn:

Complication (s) (from) (of)
-postmastoidectomy NEC H95.19-

Complication (s) (from) (of)
-cardiac --see also Disease, heart
--device, implant or graft T82.9
---infection or inflammation T82.7
---mechanical
----breakdown T82.519
----displacement T82.529

POSTOPERATIEVE AANDOENINGEN DIE NIET ALS COMPLICATIE GEKLASSEERD STAAN

Bepaalde aandoeningen als gevolg van medische of chirurgische zorg zijn restletsels van een procedure en dus geen complicaties. Bijvoorbeeld, het postlaminectomie syndroom ontstaat regelmatig na een laminectomie, dit is een sequel van een procedure, maar geen complicatie. De uitgebreide exclusielijst aan het begin van de codereeks T80-T88 kan u helpen om dit onderscheid te maken.

Andere voorbeelden zijn:

K56.5 Postoperatieve intestinale of peritoneale adhesies met obstructie
K94.12+B95.4 Infectie van een enterostomie door een groep C Streptokok
N73.6 Postoperatieve pelviene adhesies (vrouw)

Sommige aandoeningen die zich na een ingreep voordoen worden niet als complicatie geklasseerd, en hebben geen specifieke codes om weer te geven dat zij 'post' operatief van natuur zijn.

Postoperatieve pijn niet geassocieerd met een specifieke postoperatieve complicatie, bijvoorbeeld, wordt gecodeerd met de toepasselijke postoperatieve pijn code uit de categorie G89 (G89.18, G89.22, G89.28), maar ENKEL wanneer het geen routine pijn is of wanneer de postoperatieve pijn niet direct na de ingreep verwacht wordt, en enkel wanneer ze voldoet aan de regels voor het rapporteren van diagnosen binnen MZG.

Patiënten worden regelmatig gehospitaliseerd vanuit de dagkliniek omwille van pijn en/of nausea en braken, dit zijn veel voorkomende symptomen tijdens de postoperatieve periode en worden niet gecodeerd met codes uit de categorie T80-T88 tenzij de arts duidelijk aangeeft dat het complicaties zijn van de ingreep. De hoofddiagnose is het symptoom of een andere aandoening die de opname na de ingreep verantwoordt.

Soms wordt een patiënt opgenomen voor een algemene toestand eerder dan om een specifiek symptoom. Niettegenstaande de arts zal schrijven dat het om een opname voor observatie gaat, zal dit doorgaans niet gecodeerd worden met de categorie Z03, Encounter for medical observation for

suspected disease and conditions ruled out. Indien er geen specifieke aandoening beschreven wordt zal de hoofddiagnose een opname zijn voor postprocedurele nazorg (Z48.-).

Postoperatieve anemie wordt zelden aanzien als een complicatie bij chirurgie. Wanneer de arts documenteert dat er een postoperatieve anemie is door bloedverlies, codeert men dit met de code D62, Acute posthemorrhagic anemia, en niet met een complicatiecode tenzij de arts duidelijk aangeeft dat de uitgebreide bloeding een complicatie is. Het feit dat bloed wordt toegediend tijdens de heelkundige ingreep wil niet zeggen dat het gaat om een postoperatieve anemie. Transfusies worden soms profylactische gegeven om postoperatieve anemie te vermijden. Anemie wordt niet gecodeerd enkel en alleen op basis van een toegediende transfusie; de arts moet dit documenteren.

De diagnose van postoperatieve hypertensie betekent dikwijls alleen maar dat de patiënt reeds voordien een essentiële hypertensie had of een verhoogde bloeddruk. Als de arts duidelijk schrijft dat het een postoperatieve complicatie is, codeert men dit met de code I97.3, Postprocedural hypertension.

OEFENINGEN 33.1

Codeer de volgende diagnosen. Gebruik geen codes om de uitwendige oorzaken weer te geven.

1. Postoperatieve koorts R50.82
2. Postoperatieve oesofagitis K20.9
3. Slecht werkende colostomie K94.03
4. Postleukotomie syndroom F07.0
5. Postoperatieve peritoneale vergroeiingen K66.0
6. Postoperatief 'blind loop' syndroom K90.2

COMPLICATIES DIE SPECIFIEKE LICHAAMSTELSELS AANTASTEN

ICD-10-CM klasseert verschillende intra-operatieve en postprocedurele complicaties in de hoofdstukken van de lichaamstelsel, waarbij de codes de organen en de structuren specificeren. Deze codes moeten eerst gecodeerd worden, gevolgd door code(s) voor de complicatie, indien van toepassing. Intra-operatieve en postprocedurele complicaties en verstoringen staan geklasseerd in de hoofdstukken van de lichaamstelsel volgens de onderstaande categorieën:

| | |
|------------|----------------------------|
| D78 | Milt |
| E36 en E89 | Endocrien stelsel |
| G97 | Zenuwstelsel |
| H59 | Oog en adnexen |
| H97 | Oor en mastoïd |
| I97 | Bloedsomloopstelsel |
| J95 | Ademhalingstelsel |
| K91 | Spijverteringstelsel |
| L76 | Huid en onderhuids weefsel |
| M96 | Musculoskeletaal stelsel |
| N99 | Genitourinair stelsel |

De bovenste categorieën (uitgezonderd E89 en K94) hebben bijkomende karakters om de complicatie te specificeren zoals een intra-operatieve of postprocedurele bloeding en hematoom, of een accidentele punctie of letsels (bijvoorbeeld, onverwachte afrukkingen, scheuren of letsels) tijdens een procedure. Daarbij zijn er codes die een onderscheid maken tussen aandoeningen die het gevolg zijn van een procedure op een specifiek orgaan van complicaties van andere procedures. Bijvoorbeeld:

- Bloeding na het herstel van een miltscheur wordt gecodeerd met de code D78.21, Postsprocedural hemorrhage and hematoma of spleen following procedure on the spleen.
- Accidentele punctie van de milt tijdens een colectomie wordt gecodeerd met de code D78.12, Accidental puncture and laceration of spleen during other procedure.

Vele van de hierboven opgelijste categorieën, geven bijkomende specifieke informatie over de procedures of de complicaties, naast de intra-operatieve of postprocedurele bloedingen en hematomen, de accidentele puncties, en de laceraties. Categorie E89, Postprocedural endocrine and metabolic complications and disorders, not elsewhere classified, wordt verder ingedeeld om meer specifieke codes te hebben voor volgende types complicaties:

- E89.0 Postprocedural hypothyroidism
- E89.1 Postprocedural hypoinsulinemia
- E89.2 Postprocedural hypoparathyroidism
- E89.3 Postprocedural hypopituitarism
- E89.40 Asymptomatic postprocedural ovarian failure
- E89.41 Symptomatic postprocedural ovarian failure
- E89.5 Postprocedural testicular hypofunction
- E89.6 Postprocedural adrenocortical (-medullary) hypofunction
- E89.810 Postprocedural hemorrhage and hematoma of an endocrine system organ or structure following an endocrine system procedure
- E89.811 Postprocedural hemorrhage and hematoma of an endocrine system organ or structure following other procedure
- E89.89 Other postprocedural endocrine and metabolic complications and disorders

Categorie G97, Intra-operative and postprocedural complications and disorder of nervous system, not elsewhere classified, includeert bijkomende codes voor de problemen gerelateerd aan de spinale of de lumbale puncties en ventriculaire shunts, zoals een cerebrospinaal vochttek na de spinale punctie (G97.0), andere reacties na spinale of lumbale punctie (G97.1), en intracranieële hypotensie na een ventriculaire shunt (G97.2).

Categorie H95, Intraoperative and postprocedural complications and disorders of ear and mastoid process, not elsewhere classified, heeft bijkomende codes voor problemen gerelateerd aan een mastoïdectomie, zoals een chronische ontsteking, granulatiweefsel, mucosale cyste, en andere afwijkingen, alsook de postprocedurele stenose van de uitwendige gehoorgang.

Categorie I97, Intraoperative and postprocedural complications and disorders of circulatory system, not elsewhere classified, omvat ook de codes voor aandoeningen zoals het postcardiotomie syndroom (I97.0), overige postprocedurele functionele hartaandoeningen (I97.11-I97.191), postmastectomie lymfoedeem syndroom (I97.2), postprocedurele hypertensie (I97.3), intra-operatieve functionele hartafwijkingen (I97.71-I97.791), en andere complicaties zoals de intra-operatieve of postprocedurele cerebrovasculaire infarcten (I97.81-I97.821).

Categorie J95, Intraoperative and postprocedural complications and disorders of respiratory system, not elsewhere classified, includeert specifieke codes voor verschillende andere complicaties, zoals hieronder volgt:

- J95.00-J95.09 Tracheostomy complications
- J95.1 Acute pulmonary insufficiency following thoracic surgery
- J95.2 Acute pulmonary insufficiency following nonthoracic surgery
- J95.3 Chronic pulmonary insufficiency following surgery
- J95.4 Chemical pneumonitis due to anesthesia
- J95.5 Postprocedural subglottic stenosis
- J95.81 Postprocedural pneumothorax
- J95.82 Postprocedural respiratory failure
- J95.84 Transfusion-related acute lung injury (TRALI)
- J95.85 Complication of respirator [ventilator], waaronder ook de ventilator geassocieerde pneumonie valt (zie hoofdstuk 19 van dit handboek voor een gedetailleerde discussie).

Categorie M96, Intraoperative and postprocedural complications and disorders of musculoskeletal system, not elsewhere classified, omvat specifieke codes voor volgende aandoeningen:

- M96.0 Pseudarthrosis after fusion or arthrodesis
- M96.1 Postlaminectomy syndrome, not elsewhere classified
- M96.2 Postradiation kyphosis
- M96.3 Postlaminectomy kyphosis
- M96.4 Postsurgical lordosis
- M96.5 Postradiation scoliosis
- M96.6 Fracture of bone following insertion of orthopedic implant, joint prosthesis, or bone plate

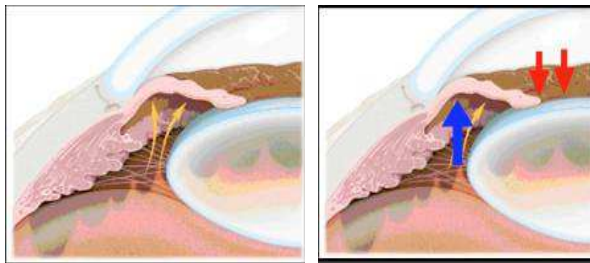
ICD-10-CM maakt een onderscheid tussen functionele hartaandoeningen die optreden tijdens een hart- of een ander ingreep (I97.7-), en postprocedurele functionele hartaandoeningen na een hart- of een andere ingreep (I97.1-). Bijvoorbeeld:

- K81.0+I97.191+I49.9 Acute cholecystitis; postoperatieve hartaritmie (zelfde episode)
- I97.130+I50.9 Hartfalen na hartchirurgie uitgevoerd in een vorige episode; patiënt werd een maand geleden ontslagen.
- I97.131+I50.21 Acuut systolisch hartfalen op de tweede postoperatieve dag na een cholecystectomie.
- I97.710 Cardiac arrest during cardiac bypass surgery

OEFENINGEN 33.2

Codeer de volgende diagnoses. Gebruik geen codes voor de uitwendige oorzaken.

1. Cataract fragmenten in linker oog na cataract chirurgie (Complications) H59.022
2. Hoofdpijn door een lumbale punctie G97.1
3. Plateau iris syndroom na een iridectomie H21.82



4. Seroma bij een transabdominale myocutane (TRAM) flap na een mastectomie van de linker borst N99.820
5. Postprocedurele hypertensie I97.3
6. Een 35 jarige dame klaagt van warmteopwellingen, slapeeloosheid, hoofdpijn, en concentratiestoornissen nadat ze een embolisatie van de uteriene arterie enkele maanden voordien heeft gehad voor een uterine leiomyoma. De arts diagnosticeert een premature postchirurgische menopauze. E89.41

COMPLICATIES NA INFUSIE, TRANSFUSIE, EN THERAPEUTISCHE INJECTIE

Categorie T80 includeert de volgende complicaties na een infusie, transfusie, en therapeutische injectie:

- T80.0- Air embolism
- T80.1- Vascular complications
- T80.2- Infections
- T80.3- ABO incompatibility reaction
- T80.4- Rh incompatibility reaction
- T80.A- Non-ABO incompatibility reaction
- T80.5- Anaphylactic reaction due to serum
- T80.6- Other serum reactions
- T80.81- Extravasation of vesicant agent
- T80.89- Other complications
- T80.9- Unspecified complication

Extravasatie is een accidentele infiltratie van intraveneus toegediende medicatie in de omliggende weefsels. De vloeistoffen zijn chemische actieve substanties die blaarvorming kunnen doen ontstaan wanneer er direct contact is met de huid of de mucosa. Extravasatie van chemotherapie bij kankerbehandeling kan aanleiding geven tot ernstige complicaties. In mildere gevallen zal extravasatiepijn veroorzaken, rode verkleuring geven, of irritatie aan de arm op de plaats van de infusienaald. In ernstige gevallen, zal weefselbeschadiging aanleiding geven tot weefselnecrose en

zelfs het verlies van een lidmaat. De volgende codes worden gebruikt om de complicaties te beschrijven na de extravasatie van een chemische substantie:

| | |
|---------|---|
| T80.810 | Extravasation of vesicant antineoplastic chemotherapy |
| T80.818 | Extravasation of other vesicant agent |

Code T80.22- beschrijft de acute infecties na een transfusie, infusie, of injectie van bloed en bloedproducten. Infecties overgebracht via transfusie omvatten elk infectieus organisme (bacteriën, virussen, parasieten, of andere) overgebracht via de transfusie, infusie, of injectie van bloed of bloedproducten (volledig bloed, rode bloedcellen [RBC], plasma, plaatjes, of andere). Code T80.22- wordt gebruikt voor acute infecties, niet voor chronische gevallen. Als daarenboven de infectie door transfusie overgebracht een HIV infectie is, codeert u eerst de code voor de HIV aandoening.

ICD-10-CM heeft ook codes om de transfusie reacties tengevolge van incompatibiliteit met bloed en bloedproducten weer te geven als volgt:

| | |
|---------------|--|
| T80.30-T80.39 | ABO incompatibility reaction due to transfusion of blood or blood products |
| T80.40-T80.49 | Rh incompatibility reaction due to transfusion of blood or blood products |
| T80.A0-T80.A9 | Non-ABO incompatibility reaction due to transfusion of blood or blood |

products

Deze codes geven ook informatie over de verschillende types van hemolytische transfusiereacties, inclusief de acute hemolytische transfusiereactie en de uitgestelde hemolytische transfusiereactie. Een hemolytische transfusiereactie is een algemene reactie van het lichaam op de toediening van bloed dat incompatibel is met het eigen bloed, waardoor de rode bloedcellen vernietigd worden. Deze aandoening kan leiden tot een acuut nierfalen en / of gedissemineerde intravasculaire coagulatie. Anafylactische reacties na transfusie van bloed en bloedproducten (T80.51-) zijn het gevolg van oplosbare substanties in het donorplasma. De meest frequentie transfusiereacties zijn koorts, rillingen, jeuk, of urticaria, die zichzelf oplossen zonder specifieke behandeling of complicaties.

Bijvoorbeeld:

- Een patiënte biedt zich aan met duizeligheid, zwakte, en vermoeidheid. De arts wijt de zwakte en de vermoeidheid toe aan een acute anemie door bloedverlies, en de patiënte krijgt twee eenheden packed RBC in een perifere vene. Tijdens de toediening van de tweede eenheid, krijgt zij koorts, heesheid, en faciaal oedeem en wordt ze behandeld met IV Benadryl. Gebruik de code D62, Acute posthemorrhagic anemia, als hoofddiagnose. Codes T80.51xA, Anaphylactic reaction due to administration of blood and blood products, initial encounter, en T45.8x5A, Adverse effect of other primarily systemic and hematological agent, initial encounter, worden als neventiagnose erbij gezet. Als procedure codeert men 30233N1, Transfusion of nonautolous red blood cells into peripheral vein, percutaneous approach.

Noteer dat andere transfusiegerelateerde problemen gecodeerd worden in de andere hoofdstukken, zoals de hemochromatose door herhaaldelijke bloedceltransfusies (E83.111), transfusie geassocieerde circulatoire overload (E87.71), post partum purpura (D69.51), en post transfusiekoorts (R50.84).

Code T80.52- wordt gebruikt voor anafylactische reacties op vaccinaties, en code T80.59- is voorbehouden voor anafylactische reacties op ander serum. Niettegenstaande een anafylactische reactie op een vaccin zelden voorkomt, kan ze zich ontwikkelen wanneer een persoon IgE antilichamen heeft tegen een vaccin en men dan dat vaccin gaat toedienen. De IgE reacties worden meestal niet veroorzaakt door de immuniserende stof maar door de andere componenten in het vaccin. Serumziekte is een reactie te vergelijken aan een allergie. Er ontstaat een immuunsysteemreactie op bepaalde medicatie, geïnjecteerde eiwitten die gebruikt worden bij de behandeling van immuunaandoeningen, of antiserum (het vloeibare deel van bloed dat antilichamen bevat die helpen te beschermen tegen infecties en giftige substanties). Codes T80.61-, T80.62-, en T80.69- beschrijven respectievelijk andere serumreacties tengevolge de toediening van bloed en bloedproducten, andere serumreacties tengevolge van vaccinaties, en andere serumreacties.

COMPLICATIES DOOR DE AANWEZIGHEID VAN INWENDIG MATERIAAL, IMPLANT, OF ENT

Categorieën T82 tot T85 klasseren de aandoeningen die enkel ontstaan omdat er inwendig materiaal, implantaat, of ent aanwezig is. Deze complicaties worden verder geklasseerd volgens het lichaamstelsel, als volgt:

- T82 Complications of cardiac and vascular prosthetic devices, implants and grafts
- T83 Complications of genitourinary prosthetic devices, implants and grafts
- T84 Complications of internal orthopedic prosthetic devices, implants and grafts
- T85 Complications of other internal prosthetic devices, implants and grafts

Complicaties van deze soort worden eerst ingedeeld volgens het al dan niet van mechanische natuur zijn. Een mechanische complicatie is er één die het gevolg is van een falen van het inwendig materiaal, implantaat, of ent, zoals een breuk, een verplaatsing, een lek, of ander slecht functioneren. Deze worden geklasseerd volgens het type mechanische complicatie van het type materiaal dat erbij betrokken is. Bijvoorbeeld:

- T83.39- Perforation of uterus by intrauterine contraceptive device
- T84.195- Protrusion of intramedullary nail in left femur
- T85.621- Displacement of peritoneal dialysis catheter
- T82.49- Obstruction of arteriovenous dialysis catheter
- T85.511- Breakdown of surgically created arteriovenous shunt
- T82.111- Defective cardiac pulse generator

Subcategorie T84.0, Mechanical complications of internal joint prosthesis, klasseert een waaier van complicaties bij gewrichtsprothesen, met bijkomende karakters om het gewricht te specificeren (bijvoorbeeld, de rechter knie, de linker heup). De specifieke mechanische complicaties worden hieronder weergegeven:

- T84.01 Broken internal joint prosthesis
- T84.02 Dislocation of internal joint prosthesis
- T84.03 Mechanical loosening of internal prosthetic joint
- T84.04 Periprosthetic fracture around internal prosthetic joint
- T84.05 Periprosthetic osteolysis of internal prosthetic joint
- T84.06 Wear of articular bearing surface of internal prosthetic joint
- T84.09 Other mechanical complication of internal joint prosthesis

Infecties en ontstekingsreacties door de aanwezigheid van materiaal, een implantaat, of een ent die normaal functioneren worden in volgende subcategorieën geklasseerd:

- T82.6- Infection and inflammatory reaction due to cardiac valve prosthesis
- T82.7- Infection and inflammatory reaction due to other cardiac and vascular devices, implants and grafts
- T83.6- Infection and inflammatory reaction due to prosthetic device, implant and graft in genital tract
- T84.5- Infection and inflammatory reaction due to internal joint prosthesis
- T84.6- Infection and inflammatory reaction due to internal fixation device
- T84.7- Infection and inflammatory reaction due to other internal orthopedic prosthetic devices, implants and grafts
- T85.7- Infection and inflammatory reaction due to other internal prosthetic devices, implants and grafts

Bijkomende codes moeten ook toegekend worden om de infectie weer te geven.

Subcategorie T82.7-, Infection and inflammatory reaction due to other cardiac and vascular devices, implants and grafts, wordt gebruikt voor de infecties op arteriële, dialyse, of perifeer veneuze katheters of een infusiekatheter niet anders gespecificeerd. Infecties door een centraal veneuze katheter wordt gecodeerd met de code T80.211- eerder dan een code uit de subcategorie T82.7-. Voorbeelden van centraal veneuze katheters zijn de Hickman katheter, de perifeer ingebrachte centrale katheters (PICC), de portacath, de umbilicale veneuze katheter, en de 'triple lumen' katheter.

Bloedstroominfecties tengevolge van centrale lijnen zijn systemische infecties. De codes T80.211 en T80.212 maken het onderscheid tussen lokale en systeem infecties tengevolge van een centrale veneuze katheter. Een lokale infectie tengevolge van een centrale veneuze katheter codeert men met de code T80.212. Met lokale infecties bedoelt men, de infecties op de insteekplaats, de infecties in de reservoirs of de poorten, of de tunnelinfecties, die gedocumenteerde bloedstroominfecties zijn niet tengevolge van een infectie op een andere plaats. Wanneer het dossier een infectie beschrijft tengevolge van een centraal veneuze katheter en er niet staat of het nu al dan niet om een lokale dan wel systemische infectie gaat, codeert men T80.219.

De code T83.51-, Infection and inflammatory reaction due to indwelling urinary catheter, moet bijkomende codes hebben om de infectie te specificeren, zoals een cystitis of een sepsis, en codes voor het oorzakelijke organisme, indien die informatie beschikbaar is.

Bijvoorbeeld:

| | |
|-----------------|--|
| T82.7xx1 | Geïnfecteerde pacemaker poche, eerste contact |
| T85.71xA+B96.2 | Escherichia coli infectie door een peritoneale dialyse katheter, eerste contact. |
| T83.51xA+N30.11 | Chronische interstitiële cystitis met hematurie door een verblijfskatheter, eerste contact |

Subcategorieën T82.8, T83.8, T84.8, en T85.8 klasseren de andere complicaties door de aanwezigheid van intern prothesemateriaal, implantaten of enten. Deze omvatten de niet-mechanische complicaties met bijkomende karakters om te zeggen of het om een embolus, een fibrose, een bloeding, pijn, of trombose gaat. Wanneer de complicatie gedocumenteerd wordt als een postoperatieve pijn door de aanwezigheid van materiaal, een implantaat, of een ent achtergelaten op de plaats van ingreep, zal een bijkomende code uit de categorie G89 gebruikt worden om aan te geven of het gaat om acute (G89.18) of chronische (G89.28) pijn door de aanwezigheid van het materiaal, het implantaat, of de ent.

Code T82.857- wordt gebruikt voor de occlusie van een coronaire bypass ent tenzij de arts bevestigt dat het om een arteriosclerose gaat. Arteriosclerotische occlusies van een arterie coronaria bypass staan geklasseerd onder de codes I25.70 tot I25.799, Coronary atherosclerosis. Het vijfde karakter geeft aan welk type ent (autologe vene, autologe arterie, niet autologe biologische ent, getransplanteerd hart, bypass ent van een getransplanteerd hart, en andere coronaire bypassen). De occlusie van een coronaire arterie, wanneer er geen historiek is van een bypass, wordt gecodeerd als een arteriosclerose van de oorspronkelijke coronaire arteriën (I25.10-I25.119).

TRANSPLANT COMPLICATIES

Categorie T86, Complications of transplanted organs and tissue, wordt gebruikt voor transplant complicaties zoals het falen, de infectie, de verwerping, of de maligniteit geassocieerd aan het getransplanteerd orgaan, met een vierde, vijfde, of zesde karakter om aan te geven over welk orgaan het gaat. Wanneer er een infectie aanwezig is zal een code uit de categorie B95 tot B97 als nevendiaagnose erbij gezet worden. Een code voor een transplant complicatie zal alleen gecodeerd worden als die complicatie de functie van het getransplanteerde orgaan aantast. Bijkomende codes worden gebruikt om andere transplant complicaties weer te geven, zoals de graft-versus-host aandoening (D89.81-), maligniteit van het getransplanteerde orgaan (C80.2), of post-transplant lymfoproliferatieve aandoeningen (D47.Z1). Twee codes zijn nodig om een transplant complicatie volledig te coderen: de toepasselijke code uit categorie T86 en een tweede code die de complicatie weergeeft. Bijvoorbeeld:

| | |
|--------------------|--|
| T86.09+D89.810 | Acute graft-versus-host aandoening na een beenmergtransplantatie |
| T86.19+C80.2+C64.9 | Maligne neoplasme van een getransplanteerde nier |
| T86.858+D47.z1 | Lymfoproliferatieve aandoening na een darm transplant |

Code T86.5 beschrijft de complicaties van stamceltransplantaties. Stamceltransplantaties kunnen uitgevoerd worden met patiënt zijn eigen stamcellen (autologe stamcellen) of donor stamcellen (allogene stamceltransplanten). De meeste stamceltransplantaties worden uitgevoerd met stamcellen uit het perifere bloed afgenomen. Bij deze transplantaties kunnen er zich complicaties voordoen, zoals: graft-versus-host ziekte, stamceltransplantfalen, orgaanschade, cataracten, secundaire kankers, en dood.

Vooraf bestaande aandoeningen of aandoeningen die zich na de transplantatie voordoen worden niet als complicatie gecodeerd tenzij ze de functie van het getransplanteerde orgaan aantasten. Post-transplant complicaties die de functie van het orgaan niet aantasten staan geklasseerd onder de specifieke complicatie. Bijvoorbeeld, een postchirurgische infectie wordt gecodeerd als een postoperatieve wondinfectie, niet als een transplant complicatie. Anderzijds, als de infectie de functie van het getransplanteerde orgaan aantast dan klasseert men dit onder de categorie T86, zoals T86.812, Lung transplant infection. Post transplant patiënten die gezien worden voor een behandeling die niet gerelateerd is aan het getransplanteerde orgaan krijgen een code uit de categorie Z94, Transplanted organ and tissue status, om aan te geven dat zij drager zijn van een getransplanteerd orgaan. Een code uit de categorie Z94 zal nooit gecodeerd worden als er een code uit de categorie T86 staat voor hetzelfde orgaan.

Aandoeningen die de functie van de getransplanteerde nier aantasten – andere aandoeningen dan chronisch nierlijden (CKD) – krijgen een code uit de subcategorie T86.1- met een bijkomende code die de aandoening weergeeft. Patiënten met chronisch nierlijden (CKD) na een transplantatie zullen nooit verondersteld worden om een transplantfalen of -resectie te hebben tenzij het zo door de arts gedocumenteerd wordt. Patiënten die een niertransplantatie hebben ondergaan kunnen nog steeds een vorm van chronische nierlijden (CKD) hebben omdat het getransplanteerde orgaan de nierfunctie niet volledig herstelt. De aanwezigheid van CKD alleen is geen transplantcomplicatie. Indien in het dossier staat dat er een falen, infectie, resectie of een andere transplantcomplicatie aanwezig is dan codeert men de toepasselijke code uit categorie T86.1, Complications of kidney transplant, gevolgd door de toepasselijke code voor het chronisch nierlijden uit de categorie N18.-. Patiënten met een chronisch nierlijden na een niertransplantatie dat niet als een complicatie van het transplant beschreven wordt, zoals het falen of het verwerpen, codeert men met de code Z94.0, Kidney transplant status i.p.v. een code T86.1-.

Bijvoorbeeld:

- Een patiënt met terminaal nierlijden, door een congenitale afwijking van de urinewegen krijgt een rechter niertransplant van een overleden donor. Postoperatief heeft de patiënt een blijvende ernstige hyperkaliëmie waarvoor hemodialyse noodzakelijk is. De patiënt heeft ook een vertraagde transplantfunctie. Als hoofddiagnose codeert men de code T86.19, Other complication of kidney transplant, voor de vertraagde transplantfunctie. Als nevendiaagnosen codeert men de codes N18.6, End stage renal disease; Q64.9, Congenital malformation of urinary system, unspecified; en E87.5, Hyperkalemia. Als procedures codeert men 0TY00Z0, Transplantation of right kidney, allogenic, open approach, en code 5A1D00Z, Performance of urinary filtration, single.

COMPLICATIES NA HERAANHECHTEN OF AMPUTATIE

Complicaties na het heraanhechten van extremiteiten en de complicaties aan amputatiestompen staan geklasseerd onder de categorie T87. De complicaties na heraanhechting van de extremiteiten worden verder geklasseerd volgens bovenste extremiteiten (T87.0x-) of onderste extremiteiten (T87.1x-). Het zesde karakter geeft de lateraliteit weer. Complicaties van andere heraanhechte lichaamsdelen staan geklasseerd onder de code T87.2.

De complicaties van amputatiestompen omvatten de neuroma's (T87.30-T87.34), de infecties (T87.40-T87.44), de necrose (T87.50-T87.54), andere complicaties (T87.8), en de niet gespecificeerde complicaties (T87.9). Het vijfde karakter van de subcategorieën T87.3- tot T87.5- geven weer of de aandoening aanwezig is aan de bovenste dan wel de onderste extremiteiten en geven ook de lateraliteit weer. Code T87.8, Other complications of amputation stump, omvat de contractuur van de stomp, de contractuur van de omliggende gewrichten, de flexie, het oedeem, en het hematoom.

Fantoom(pijn) syndroom is een vrij frequente aandoening bij geamputeerden, waarbij de patiënt gevoel percipieert, meestal pijn, in de geamputeerde arm of het geamputeerd been. Het fantoom(pijn) syndroom wordt niet gecodeerd met een code uit de categorie T87, maar met de codes G54.6 en G54.7, afhankelijk of er al dan pijn aanwezig is.

OEFENINGEN 33.3

Codeer de volgende diagnoses. Gebruik geen codes voor de uitwendige oorzaken. Veronderstel dat het steeds eerste contacten zijn tenzij anders aangegeven.

1. Lek van een borstprothese T85.43xA

2. Ingroei van een spiraaltje in de uteruswand (imbedding) T83.39xA
3. Huiderosie door de pacemaker elektroden (Complication) T82.190A
4. Beenmergtransplantatie met rejectie. T86.01
Acuut graft-versus-host aandoening. (Complication) D89.810
5. Verplaatste lens in het rechter oog (Complication) T85.22xA
6. Complicatie van de getransplanteerde darm T86.858
Maligne neoplasma van het colon gerelateerd aan de getransplanteerde darm C80.2+C18.9
7. Gebroken rechter heupprothese na een val T84.010A
8. Een 60 jarige diabetes type 2 patiënte kreeg twee maanden geleden een amputatie van het rechter been, boven de knie omwille van ernstige diabetische vasculaire problemen in dat been. De amputatiestomp abcedeerde door een Stafylokokken aureus infectie.
T87.43+B95.61+L02.415+E11.51
9. Falen van niertransplant met chronisch nierlijden stadium IV T86.12 + N18.4
10. Een patiënt met ernstig eentaks coronair lijden krijgt een hartkatheterisatie en angioplastie waarbij men een stent in de rechter coronair tracht te steken. Tijdens de ingreep, breekt de draad en blijft hij steken in de rechter coronair en de aorta. Met ander instrumentarium wordt de afgebroken draad verwijderd. I25.10+T82.518A+02703ZZ+4A033BC

COMPLICATIES VAN PROCEDURES

NIET ELDERS GECLASSIFICEERD

Categorie T81, Complications of procedures, not elsewhere classified, wordt meestal gebruikt om verschillende postoperatieve complicaties erin onder te brengen. Bijkomende codes zijn doorgaans niet nodig omdat de complicatiecode zelf al voldoende informatie bevat. Categorie T81 vraagt een zevende karakter om aan te geven dat het gaat om een eerste contact ("A"), een volgend contact ("D"), of een sequel ("S"). Voorbeelden van codes uit de categorie T81 zijn:

- T81.31 Disruption of external operation (surgical) wound
- T810.83 Persistent postprocedural fistula
- T81.1 Postoperative shock

Cardiogene shock wordt veroorzaakt door een verzwakt hart dat niet meer in staat is voldoende bloed doorheen het lichaam naar de organen te brengen. Oorzaken van cardiogene shock zijn het myocardinfarct, pericardiale tamponade, en hartfalen. Gebruik de code T81.11, Postprocedural cardiogenic shock, voor de cardiogene shock na chirurgie. Postoperatieve infecties komende van wonden, de longen, of vasculaire katheters kunnen aanleiding geven tot septische shock. Code T81.12, Postprocedural septic shock, wordt gebruikt voor de postoperatieve septische shock. Gebruik de code T81.19, Other postprocedural shock, voor de postchirurgische hypovolemische shock (de meest frequente postoperatieve shock), die ontstaat wanneer een grote hoeveelheid vocht verloren wordt omwille van een bloeding of een ernstig dehydratie.

Bijvoorbeeld:

- Een patiënt ontwikkelt een refractaire cardiogene shock, waarvoor tijdelijk extracorporele membraan oxygenatie nodig is, nadat hij een nieuwe (mechanische) aortaklep kreeg omwille van een ernstige aortastenose. Gebruik de code I35.0, Nonrheumatic aortic (valve) stenosis, als hoofddiagnose. Gebruik de code T81.11xA, Postprocedural cardiogenic shock, initial encounter, als nevendiagnose. De procedures codeert men met 02RF0JZ, Replacement of aortic valve with synthetic substitute, open approach, en 5A15223, Extracorporeal membrane oxygenation, continuous.

Wond loslating (dehiscentie) omvat zowel de partiële als de totale loslating van enkele of alle lagen van een operatiewonde. De meeste oorzaken voor wondloslating zijn tractie op de snijranden, necrose van de snijranden, een seroom of hematoom dat druk geeft op de operatiewonde, en een wondinfectie. ICD-10-CM heeft codes om het onderscheid te maken tussen het loslaten van inwendige (T81.32-) en uitwendige (T81.31-) chirurgische wonden alsook de loslating van een herstelde traumatische wonde (T81.33-). Bijvoorbeeld:

- Een achtjarig kind had een traumatische wonde aan het onderbeen dat verschillende weken geleden gehecht werd. De patiënt wordt op de spoedopname gezien twee weken na het verwijderen van de hechtingen omdat de operatiewond terug open ging. Code T81.33xA wordt voor dit contact gecodeerd.

Subcategorie T81.5, Complications of foreign body accidentally left in body following procedure, wordt gebruikt wanneer er een onverwacht achterlaten is van vreemde materialen (bijvoorbeeld een kompres) in de patiënt na chirurgie of andere procedure. Het ongewild achterlaten van voorwerpen vastgesteld na het beëindigen van de ingreep moet gecodeerd worden, ook al wordt dit voorwerp onmiddellijk verwijderd. Subcategorie T81.5 wordt verder onderverdeeld om de complicatie van het vreemde voorwerp verder te specificeren, zoals vergroeiingen (T81.51-), obstructie (T81.52-), perforatie (T81.53-), andere complicaties (T81.59-), of niet gespecificeerde complicatie (T81.50-). Het zesde karakter geeft weer of het vreemd voorwerp accidenteel achtergelaten werd na een heelkundige ingreep ("0"); na infusie of transfusie ("1"); bij nierdialyse ("2"); na injectie of immunisatie ("3"); bij endoscopisch onderzoek ("4"); bij hartkatheterisatie ("5"); bij aspiratie, punctie, of andere katheterisatie ("6"); na het verwijderen van een katheter of opvulmateriaal (packing) ("7"); na een andere procedure ("9"); of na een niet gespecificeerde procedure ("9").

Bijvoorbeeld:

- Tijdens een greep valt de naald van de draad. Verschillende zoekpogingen blijven vruchteloos. Zelfs een RX toont de naald niet en de borstkas wordt gesloten. Een andere RX toont later dat de naald zich rechts van de aortaklep bevindt. De borstkas wordt opnieuw geopend maar de naald wordt opnieuw niet gevonden. De chirurg besluit dat het verder zoeken de patiënt zal schaden en de thorax wordt opnieuw gesloten. De patiënt wordt naar IZ overgebracht in stabiele toestand. Codeer de code T81.500A, Unspecified complication of foreign body accidentally left in body following surgical operation, initial encounter. Niettegenstaande de chirurg besluit om de naald terplaatse te laten om de patiënt niet verder te belasten, was het zeker niet de oorspronkelijke bedoeling van de procedure een vreemd lichaam achter te laten.

Acute reacties op vreemde stoffen (eerder dan op vreemde voorwerpen) ongewild (accidenteel) achtergelaten tijdens een procedure worden gecodeerd met de subcategorie T81.6, eerder dan met de categorie T81.5. Categorie T81 heeft ook codes voor arteriële complicaties na een procedure, zoals de a. mesenterica (T81.710-), de nier arterie (T81.711-), andere arteriën (T81.718-), of niet gespecificeerde arterie (T81.719-).

COMPLICATIES VAN CHIRURGISCHE EN MEDISCHE ZORG

NIET ELDERS GEKLASSEERD

Categorie T88, Other complications of surgical and medical care, not elsewhere classified, wordt gebruikt om een aantal specifieke aandoeningen weer te geven, die zich bij om het even welke procedure kunnen voordoen. Bijvoorbeeld:

- T88.0 Sepsis na een immunisatie
- T88.1 Veralgemeende koepokken
- T88.2 Shock door anesthesie
- T88.4 Gefaalde of moeilijke intubatie

COMPLICATIES VERSUS NAZORG

Zoals reeds voordien besproken, is het belangrijk een onderscheid te maken tussen een opname voor een complicatie van een heelkundige of medische zorg en een opname voor nazorg. Een opname voor nazorg is meestal op voorhand gepland voor de behandeling van een verwacht restletsel of omwille van een follow-up activiteit, zoals het verwijderen van pinnen of platen die tijdens een vorige orthopedische ingreep werden geplaatst. Nazorg wordt geklasseerd onder de categorie Z42 tot Z51. De nazorg Z codes zullen niet gebruikt worden voor de nazorg voor letsels (injuries, verwondingen). Voor de nazorg van een letsel, codeert men de code voor het acute letsel met het toepasselijk zevende karakter dat aangeeft dat het om een volgend contact gaat.

Subcategorie Z48.0, Encounter for attentions to dressings, sutures and drains, maakt onderscheid tussen opnames voor het vervangen of verwijderen van niet chirurgische wondverbanden (Z48.00), voor de vervanging of het verwijderen van chirurgische wondverbanden (Z48.01), voor de verwijdering van hechtingen (Z48.02), en voor de verwijdering van drains (Z48.03).

De codeerder zal geen complicatiecodes coderen voor contacten voor routine nazorg. Bijvoorbeeld:
Z47.2 Admitted for removal of pins from femur
Z47.33 Admitted for replacement of knee prosthesis following explantation of infected joint prosthesis
Z46.89 Patient visit for removal of cast

OEFENINGEN 33.4

Codeer de volgende diagnoses, sommige ervan zijn complicaties, andere zijn nazorg. Veronderstel een eerste contact tenzij anders gespecificeerd. Gebruikt geen codes voor uitwendige oorzaken of procedurecodes.

1. Opname voor de verwijdering van inwendig fixatiemateriaal: een nagel in de rechter voorarm dat in de omringende weefsels uitpuilt en hevige pijn veroorzaakt (Complication, orthopedic) T84.192A
2. Opname voor het sluiten van een colostomie Z43.3
3. Opname voor het aanpassen van borstprothesen Z44.30
4. Opname voor het verwijderen van een verplaatste borstprothese (Complication, surgical, internal) T85.42xA

STATUS POST

De term "status post" in de diagnostiek wordt door sommige codeerders geïnterpreteerd dat er een postoperatieve complicatie aanwezig is: nochtans zal deze term bijna nooit met deze bedoeling gebruikt worden. Het betekent gewoonweg dat de patiënt voordien een procedure heeft gehad in het verleden. De aandoeningen wordt dan doorgaans gecodeerd met codes uit de Z80-Z87 reeks, enkel en alleen als ze significant zijn voor het huidige verblijf.

CHIRURGISCHE EN MEDISCHE ZORG ALS UITWENDIGE OORZAAK

Zoals bepaalde andere ICD-10-CM hoofdstuk 19 codes, hebben sommige van de zorgcomplicaties de uitwendige oorzaak reeds ingesloten in de code. De code bevat de aard van de complicatie maar ook het type procedure die de complicatie veroorzaakte. Hier hoeft dus geen extra code om de uitwendige oorzaak weer te geven. Bijvoorbeeld, code M96.621, Fracture of humerus following insertion of orthopedic implanty, joint prosthesis, or bone plate, right arm, bevat de aard van de complicatie (de fractuur) en ook het type procedure die de complicatie veroorzaakte (het inbrengen van een orthopedisch implantaat, een gewrichtsprothese, of een botplaat).

Anderzijds heeft ICD-10-CM drie groepen uitwendige oorzaken codes om aan te geven dat medische of chirurgische zorg de oorzaak is van de complicatie:

| | |
|---------|---|
| Y62-Y69 | Misadventures to patient during surgical and medical care |
| Y70-Y82 | Medical devices associated with adverse incidents in diagnostic and therapeutic use |
| Y83-Y84 | Surgical and other medical procedures as the cause of abnormal reaction of the patient, or of later complication, without mention of misadventure at the time of the procedure. |

Codes uit de categorie Y62 tot Y69 worden enkel gebruikt wanneer de aandoening het gevolg is van een ongeluk (misadventure) tijdens medisch of chirurgisch handelen. Deze categorieën omvatten het falen van de steriele voorzorgen tijdens chirurgisch of medisch handelen (Y62.0-Y62.9), vergissingen in hoeveelheden (dosage) (Y63.0-Y63.9), besmet medisch of biologisch materiaal (Y64.0-Y64.9), andere ongevallen (Y65.0-Y65.53), andere gespecificeerde ongevallen (Y65.8), het niet toedienen van heilkundige of medische zorg (Y66), en het niet gespecificeerd ongeval (Y69).

Code Y65.51 wordt gebruikt wanneer een verkeerde ingreep (procedure) wordt uitgevoerd op de juiste patiënt en omvat het inbrengen van het foutieve materiaal op de juiste operatieplaats. Code Y65.52 wordt gebruikt wanneer een ingreep (procedure) wordt uitgevoerd op de verkeerde patiënt. De ingreep was bedoeld voor een andere patiënt maar wordt uitgevoerd op de verkeerde patiënt. Code Y65.53 wordt gebruikt wanneer een correcte ingreep (procedure) wordt uitgevoerd doch op een foutieve plaats / lichaamsdeel.

Categorie Y70-Y82 wordt gebruikt voor het weergeven van breuken of slecht functioneren van medische materialen tijdens het gebruik, na de implantatie, of het langdurig gebruik. Deze codes worden ingedeeld volgens volgende materialen:

| | |
|-----|---|
| Y70 | Anesthesie materiaal |
| Y71 | Cardiovasculaire materialen |
| Y72 | Otorhinolaryngeale materialen |
| Y73 | Gastro-enterologische en urologische materialen |
| Y74 | Algemeen ziekenhuis en individueel gebruikte materialen |
| Y75 | Neurologische materialen |
| Y76 | Verloskundige en gynaecologische materialen |
| Y77 | Oogheelkundige materialen |
| Y78 | Radiologische materialen |
| Y79 | Orthopedische materialen |
| Y80 | Fysiotherapeutische materialen |
| Y81 | Materialen binnen de algemene en plastische heelkunde |
| Y82 | Overige en niet gespecificeerde medische materialen |

Code uit de categorieën Y83-Y84 worden gebruikt wanneer de aandoening het gevolg is van medisch of heelkundig handelen maar zonder vermelding van een ongeluk (misadventure).

Voorbeelden:

J70.0+Y63.2 Bestralingspneumonitis door een overdosis aan radiotherapie
T81.89x+Y65.51 Linker femorale component ingebracht in het rechter been i.p.v. een rechter femorale component tijdens het plaatsen van een totale knieprothese.

Omwille van potentiële medico-legale problemen die kunnen ontstaan door rapporteren met deze codes, moet men voorzichtig zijn met het gebruik van deze informatie. Codeerders mogen geen veronderstellingen doen wanneer het om een ongeluk (misadventure) zou kunnen gaan; deze codes zouden alleen mogen gebruikt worden wanneer de arts duidelijk dit zo omschrijft.

OEFENINGEN 33.5

Codeer DE VOLGENDE DIAGNOSEN. Gebruik geen codes voor de uitwendige oorzaken of Z codes. Veronderstel een eerste contact tenzij anders aangegeven.

1. Geïnfecteerde injectieplaats ter hoogte van de bil (of complications) T80.29xA
2. Afpellen van een huident door een resectie van een gesteelde ent op de rechter arm T86.820
3. Hoofdpijn door een lumbale punctie G97.1
4. Postoperatieve hartstilstand in het operatiekwartier tijdens het sluiten van het abdomen, met succesvolle reanimatie I97.711
5. Persistierend braken na een gastro-intestinale ingreep K91.0
6. Luchtembool als gevolg van een intraveneus infuus T80.0xxA
7. Tromboflebitis van een vene aan de voorzijde van de bovenarm door een intraveneus infuus (Postoperative) T80.1xxA+I80.8
8. Hypovolemische shock als gevolg van een ingreep deze morgen (Postoperative) T81.19xA
9. Persistierende postoperatieve vesicovaginale fistel T81.83xA+N82.0
10. Hartinsufficiëntie als gevolg van een mitraalklepprothese, drie jaar geleden geplaatst I97.110
11. Perforatie van een coronair met de katheter tijdens een hartkatheterisatie (Complication) I97.51
12. Verplaatsing van een hartpacemaker elektrode (Complication, mechanical) T82.120A
13. Fantoompijn na een chirurgische amputatie G54.6
14. Neuroma ter hoogte van een chirurgische amputatiestomp van het linker been T87.34
15. MSSA infectie van een getransplanteerde nier (Complication, transplant, organ) T86.13+B95.6
16. Een leukemie patiënt wordt gehospitaliseerd met hartkloppingen en kortademigheid. De patiënt heeft een permanente infusiekatheter voor de toediening van de chemotherapie. Op een RX thorax ziet men dat de kathetertip afgebroken is en zich nu in de a. pulmonalis bevindt. T82.514A+C95.90
17. Een 13 jarige jongen die een open reductie met inwendig fixatiemateriaal van een rechter radialisfractuur heeft gehad, wordt opgenomen omdat de fractuurplaats in een hoek staat (malunion) omdat de metalen plaat gebogen is. De arts stelt vast dat de plaat gebroken is door de onvoorzichtige activiteiten van de jongen en plant een ingreep voor de fixatie van de fractuur met een zes fixatiepuntenplaat. T84.112A+S52.301P