



Élaboration de définitions fondées sur les codes de la Classification internationale des maladies pour l'étude des séquelles d'infections entériques au Canada

Eleni Galanis, Azita Goshtasebi, Yuen Wai Hung, Jonathan Chan, Douglas Matsell, Kristine Chapman, Gilaad Kaplan, David Patrick, Bei Yuan Zhang, Marsha Taylor, Dimitra Panagiotoglou, Shannon Majowicz

Définition de cas administratifs pour les séquelles d'infections entériques

Tableau S1 : Termes de recherche utilisés dans la revue de la littérature pour recenser les définitions de cas fondées sur les codes de la Classification internationale des maladies pour les séquelles d'infections entériques

Tableau S2 : Séquelles évaluées lors de l'examen des dossiers et leurs critères cliniques

Tableau S3 : Résultats de la revue de la littérature pour recenser les définitions de cas fondées sur les codes de la Classification internationale des maladies pour les séquelles d'infections entériques

Tableau S1 : Termes de recherche utilisés dans la revue de la littérature pour recenser les définitions de cas fondées sur les codes de la Classification internationale des maladies pour les séquelles d'infections entériques

Séquelle	Conditions d'utilisation
Insuffisance rénale aiguë	Insuffisance rénale aiguë
Syndrome hémolytique et urémique (SHU)	Syndrome hémolytique et urémique OU SHU
Purpura thrombopénique thrombotique	Purpura thrombocytopénique thrombotique OU purpura thrombocytopénique thrombotique familial OU syndrome d'Upshaw-Schulman OU maladie de Moschowitz OU anémie hémolytique microangiopathique OU purpura thrombocytopénique OU purpura thrombocytopénique immunitaire OU purpura thrombocytopénique familial OU microangiopathie thrombotique
Syndrome de Guillain-Barré (y compris le syndrome de Miller-Fisher)	Syndrome de Guillain-Barré (SGB) OU syndrome de Miller Fisher (SMF) OU polyradiculonévrite aiguë inflammatoire OU polynévrite idiopathique aiguë OU polynévrite infectieuse aiguë OU polynévrite post-infectieuse aiguë
Polyneuropathie inflammatoire démyélinisante chronique	Neuropathie inflammatoire démyélinisante chronique OU polyneuropathie chronique récurrente OU PCR OU polyradiculoneuropathie inflammatoire démyélinisante chronique
Spondylarthrite ankylosante	Spondylarthrite ankylosante OU spondylarthrite rhumatoïde OU spondylarthropathie OU maladie de Bechterew OU morbus Bechterew OU maladie de Bechterew-Strümpell-Marie OU maladie de Marie OU arthrite de Marie-Strümpell OU maladie de Pierre Marie
Arthrite réactionnelle	Arthrite réactionnelle OU syndrome de Reiter OU maladie de Reiter OU arthrite de Reiter OU arthropathie réactionnelle OU arthropathie post-infectieuse*
Uvéite antérieure	Uvéite OU uvéite antérieure OU iridocyclite OU iritis
Maladie de Crohn	Maladie de Crohn OU colite chronique OU MICI OU maladie inflammatoire de l'intestin
Colite ulcéreuse	Colite ulcéreuse OU colite chronique OU MICI OU maladie inflammatoire de l'intestin
Syndrome du côlon irritable	Syndrome du côlon irritable OU SCI
Maladie cœliaque	Maladie cœliaque OU entéropathie sensible au gluten OU cœliaque
Érythème noueux	Érythème noueux OU panniculite migratoire subaiguë de Vilanova et Pinol
Listériose néonatale	Listériose néonatale OU (listériose ET néonatal)
Maladie de Graves	Maladie de Graves OU goitre diffus toxique



Tableau S2 : Séquelles évaluées lors de l'examen des dossiers et leurs critères cliniques

Séquelles examinées	Critères cliniques
Insuffisance rénale aiguë	<ul style="list-style-type: none"> • Hématurie OU • Protéinurie OU • Créatinine sérique élevée OU • DFG inférieur à 90
Syndrome hémolytique et urémique	<ul style="list-style-type: none"> • Anémie hémolytique (frottis sanguin hémolytique) ET • Maladie rénale aiguë (telle que défini ci-dessus) ET • Thrombocytopénie (plaquettes inférieures à 150 000)
Purpura thrombopénique thrombotique	<ul style="list-style-type: none"> • Anémie hémolytique (frottis sanguin hémolytique) ET • Insuffisance rénale aiguë ET • Thrombocytopénie (plaquettes inférieures à 150 000) ET • ADAMTS13 moins de 10 %
Syndrome de Guillain-Barré (SGB)	<ul style="list-style-type: none"> • Faiblesse bilatérale ET • Diminution des réflexes ET • Changements sensoriels ET • Monophasique/nadir de moins de 28 jours ET • Changements dans l'étude de la conduction nerveuse ET • Aucun autre diagnostic
Syndrome de Miller-Fisher	<ul style="list-style-type: none"> • SGB ET • Ophtalmoplégie ET • Ataxie ET • Aréflexie/hyporéflexie
Polyneuropathie inflammatoire démyélinisante chronique	<ul style="list-style-type: none"> • Changements sensoriels dans plus de deux membres ET • Ataxie durant plus de deux mois
Spondylarthrite ankylosante	Diagnostiquée par un rhumatologue



Tableau S3 : Résultats de la revue de la littérature pour recenser les définitions de cas fondées sur les codes de la Classification internationale des maladies pour les séquelles d'infections entériques

Séquelle	Codes de la CIM-9/ CIM-10	Définition d'un cas administratif	Pays	Population admissible (n)	Référence/étalon de référence	Sensibilité (IC 95 %)	Spécificité (IC 95 %)	VPP (IC 95 %)	VPN (IC 95 %)	Référence
Insuffisance rénale aiguë	584.5, 584.6, 584.7, 584.8, 548.9	≥ 1 de l'un des codes de l'un des diagnostics énumérés dans les dossiers de congé de l'hôpital du patient	États-Unis	18 ans ou plus, Massachusetts General Hospital, Brigham and Women's Hospital en 2004 (n = 300)	Examen des dossiers et comparaison avec la définition de la créatinine sérique : variation de 100 % de la créatinine sérique	35,4	97,7	47,9	96,1	(1) Waikar, 2006
					Examen des dossiers et comparaison avec la définition de la créatinine sérique : changement variable en fonction du nadir de la créatinine sérique (0,5, 1,0 et 1,5 mg/dl pour un nadir de créatinine sérique de 1,9, 2,0 à 4,9 et 5,0 mg/dl, respectivement)	28,3	99	80,2	91	
	572.4, 580.xx, 584.xx, 580.0, 580.4, 580.89, 580.9, 582.4, 791.2, 791.3	Code de la CIM du diagnostic primaire de l'insuffisance rénale aiguë dans les demandes d'indemnisation et des dossiers d'hospitalisation	États-Unis	Les personnes âgées (65 ans et plus) bénéficiaires de Medicare en Pennsylvanie et inscrites au Pharmaceutical Assistance Contract for the Elderly (PACE) de cet État en 1999 ou 2000 (n = 1 852)	Seule la référence de laboratoire du DFGe < 60 mL/min/1,73 m ² a été utilisée pour la définition de néphropathie chronique	5,4 (4,2–6,6)	99,7 (99,2–100,0)	97,3 (93,5–100,0)	33,2 (31,0–35,3)	(2) Winkelmayer, 2005
Syndrome hémolytique et urémique	283,11	≥ 1 code attribué en 2003 dans les dossiers des patients hospitalisés et externes	États-Unis	Patients de 8 grands systèmes de soins de courte durée de Caroline du Nord (1995–1997, 2000–2006) (n = 24)	Critères du CDC (MMWR 1997;46 : no RR-10) par l'examen des dossiers de l'épidémiologiste	Non signalée	Non signalée	92,57 (67,3–98,69)	Non signalée	(3) Sickbert-Bennett, 2010
	283,11	≥ 1 code comme diagnostic primaire ou secondaire (SHU associé à la diarrhée) dans les dossiers d'admission et de congé de l'hôpital	États-Unis	Base de données des admissions des hôpitaux de New York (1998–1999) (n = 421)	Examen des dossiers des rapports pertinents (frottis sanguin, etc.)	65	Non signalée	Non signalée	Non signalée	(4) Chang, 2004



Tableau S3 : Résultats de la revue de la littérature pour recenser les définitions de cas fondées sur les codes de la Classification internationale des maladies pour les séquelles d'infections entériques (suinté)

Séquelle	Codes de la CIM-9/ CIM-10	Définition d'un cas administratif	Pays	Population admissible (n)	Référence/étalon de référence	Sensibilité (IC 95 %)	Spécificité (IC 95 %)	VPP (IC 95 %)	VPN (IC 95 %)	Référence
Purpura thrombocytopénique thrombotique (PTT)	446.6X	Patients ayant un diagnostic primaire de ≥ 1 code PTT pendant leur séjour à l'hôpital, selon les dossiers d'hospitalisation	États-Unis	Patients identifiés par le code de demande dans la base de données HealthCore Integrated Research aux États-Unis (n = 189)	Examen des dossiers	Non signalée	Non signalée	45,5 (38,3–52,9)	Non signalée	(5) Wahl, 2010
Syndrome de Guillain-Barré (y compris le syndrome de Miller-Fisher)	357,0 (G61.0)	Une consultation médicale avec un patient hospitalisé et une consultation médicale avec un patient externe, quel que soit le diagnostic dans les dossiers d'hospitalisation	États-Unis	Membres du service militaire (actifs et réservistes) et consultations médicales avec les populations associées aux militaires (n = tous les membres du service actif et de la réserve depuis 1990)	Examen des dossiers (référence à la définition du cas de Brighton)	100 (Non signalée)	88 (Non signalée)	86 (Non signalée)	Non signalée	(6) Military Health System, 2015
		Une consultation médicale avec un patient hospitalisé, quel que soit le diagnostic dans les dossiers d'hospitalisation				100 (Non signalée)	81 (Non signalée)	78 (Non signalée)	Non signalée	
		Une consultation médicale avec un patient hospitalisé et une consultation médicale avec un patient externe (les deux dans le cadre du diagnostic primaire) dans les dossiers d'hospitalisation				92 (Non signalée)	92 (Non signalée)	88 (Non signalée)	Non signalée	
	357	Diagnostic primaire ou secondaire de SGB dans les dossiers de congé de l'hôpital	Italie	Patients de tous âges de la région de Lombardie sortis en 1996 (n = 228)	Examen des dossiers et des registres de congé	91 (Non signalée)	Non signalée	55 (Non signalée)	Non signalée	(7) Bogliun, 2002
Diagnostic primaire ou secondaire de SGB établi par le service de neurologie dans les dossiers de congé de l'hôpital	81,9 (Non signalée)	Non signalée				76,4 (Non signalée)	Non signalée			



Tableau S3 : Résultats de la revue de la littérature pour recenser les définitions de cas fondées sur les codes de la Classification internationale des maladies pour les séquelles d'infections entériques (suite)

Séquelle	Codes de la CIM-9/ CIM-10	Définition d'un cas administratif	Pays	Population admissible (n)	Référence/étalon de référence	Sensibilité (IC 95 %)	Spécificité (IC 95 %)	VPP (IC 95 %)	VPN (IC 95 %)	Référence
Syndrome de Guillain-Barré (y compris le syndrome de Miller-Fisher) (suite)	357 (suite)	Diagnostic primaire de SGB dans les dossiers de congé de l'hôpital	Italie (suite)	Patients de tous âges de la région de Lombardie sortis en 1996 (n = 228) (suite)	Examen des dossiers et des registres de congé (suite)	79,7 (Non signalée)	Non signalée	61,8 (Non signalée)	Non signalée	(7) Bogliun, 2002 (suite)
	357	Présence des deux principaux critères du SGB (paralysie aiguë et progressive des muscles squelettiques et diminution ou absence de réflexes tendineux profonds) ou la variante MFS du SGB (ophtalmoplégie, ataxie et aréflexie) ou présence de l'un des deux principaux critères d'un cas confirmé et d'un diagnostic de SGB posé par un médecin dans les dossiers d'hospitalisation	États-Unis	Patients de tous âges hospitalisés dans le Vermont de 1980 à 1985 (n = 130)	Examen des dossiers	71 (Non signalée)	Non signalée	Non signalée	Non signalée	(8) Koobatian, 1991
		Diagnostic primaire de SGB dans les dossiers d'hospitalisation				75 (Non signalée)				
354.01 et 357	Diagnostic primaire de SGB dans les dossiers d'hospitalisation	Suède	Patients ayant obtenu leur congé de tous les établissements hospitaliers desservant la zone de santé du comté de Stockholm Sud-Ouest au cours de la période janvier 1973 à juin 1992 (n = 83)	Examen des dossiers par un neurologue	Non signalée	Non signalée	Non signalée	84 (Non signalée)	Non signalée	(9) Jiang, 1995
	Diagnostic secondaire de SGB (jusqu'au cinquième niveau) dans les dossiers d'hospitalisation				Non signalée			75 (Non signalée)		



Tableau S3 : Résultats de la revue de la littérature pour recenser les définitions de cas fondées sur les codes de la Classification internationale des maladies pour les séquelles d'infections entériques (suite)

Séquelle	Codes de la CIM-9/ CIM-10	Définition d'un cas administratif	Pays	Population admissible (n)	Référence/étalon de référence	Sensibilité (IC 95 %)	Spécificité (IC 95 %)	VPP (IC 95 %)	VPN (IC 95 %)	Référence
Syndrome de Guillain-Barré (y compris le syndrome de Miller-Fisher) (suite)	357	Hospitalisation avec diagnostic primaire ou secondaire sans preuve d'un diagnostic antérieur de SGB	États-Unis	Patients du département de la Santé du Tennessee provenant de tous les hôpitaux de l'État du 1 ^{er} janvier 2000 au 31 mars 2010 (n = 1 561)	Examen des dossiers	81 (Non signalée)	Non signalée	45 (Non signalée)	Non signalée	(10) Lee, 2012
	357,0	Diagnostic global (primaire ou secondaire) de SGB dans les dossiers d'admission de l'hôpital	États-Unis	Population Medicare (65 ans et plus et < 65 ans avec invalidité ou insuffisance rénale terminale) qui 1) a reçu le vaccin monovalent de 2009 contre la grippe H1N1 entre le 1 ^{er} octobre 2009 et le 26 mars 2010; 2) a été admise à l'hôpital pour un SGB dans les 126 jours suivant la vaccination; 3) n'a pas eu d'hospitalisation antérieure pour un SGB dans les 12 mois précédant la vaccination (n = 95)	Examen des dossiers	Non signalée	Non signalée	35,8 (Non signalée)	Non signalée	(11) Polakowski, 2013
		Diagnostic principal de SGB dans les dossiers d'admission de l'hôpital				Non signalée	Non signalée	68,2 (Non signalée)	Non signalée	
		Diagnostic secondaire de SGB dans les dossiers d'admission de l'hôpital				Non signalée	Non signalée	7,8 (Non signalée)	Non signalée	



Tableau S3 : Résultats de la revue de la littérature pour recenser les définitions de cas fondées sur les codes de la Classification internationale des maladies pour les séquelles d'infections entériques (suite)

Séquelle	Codes de la CIM-9/ CIM-10	Définition d'un cas administratif	Pays	Population admissible (n)	Référence/étalon de référence	Sensibilité (IC 95 %)	Spécificité (IC 95 %)	VPP (IC 95 %)	VPN (IC 95 %)	Référence
Syndrome de Guillain-Barré (y compris le syndrome de Miller-Fisher) (suite)	357	SGB formel, probable ou possible selon les dossiers d'hospitalisation	États-Unis	Inscrits aux services gratuits de Medicare, partie A et de la partie B, résidant aux États-Unis, à Porto Rico et dans les zones insulaires, avec une demande de remboursement autorisée pour la vaccination contre la grippe, entre septembre et décembre 2000 ou 2001, et qui ont été admis à l'hôpital pour un SGB en tant que diagnostic primaire ou secondaire dans les 18 semaines suivant la vaccination (n = 637)	Examen des dossiers	Non signalée	Non signalée	82 (Non signalée) (certain = 21, probable = 36, possible = 25)	Non signalée	(12) Burwen, 2010
	357	Au moins une facturation liée au SGB dans les dossiers d'hospitalisation Au moins une facturation liée au SGB au cours d'une hospitalisation dans les dossiers d'hospitalisation Code de diagnostic primaire de SGB dans les dossiers d'hospitalisation Visite d'un neurologue en consultation externe et code de diagnostic primaire de SGB dans les dossiers d'hospitalisation	États-Unis	Adolescents âgés de 11 à 21 ans, issus de cinq environnements de données (Aetna, HealthCore, Highmark Blue Cross Blue Shield of Pennsylvania, Kaiser Permanente Center for Health Research of Hawaii et OptumInsight) du 1 ^{er} mars 2005 au 31 août 2008 (n = 361)	Examen des dossiers par un groupe de neurologues	Non signalée	Non signalée	29 (25–34)	Non signalée	(13) Funch, 2013
						Non signalée	Non signalée	50 (42–57)	Non signalée	
						Non signalée	Non signalée	56 (47–64)	Non signalée	
						Non signalée	Non signalée	70 (59–80)	Non signalée	



Tableau S3 : Résultats de la revue de la littérature pour recenser les définitions de cas fondées sur les codes de la Classification internationale des maladies pour les séquelles d'infections entériques (suite)

Séquelle	Codes de la CIM-9/ CIM-10	Définition d'un cas administratif	Pays	Population admissible (n)	Référence/étalon de référence	Sensibilité (IC 95 %)	Spécificité (IC 95 %)	VPP (IC 95 %)	VPN (IC 95 %)	Référence
Syndrome de Guillain-Barré (y compris le syndrome de Miller-Fisher) (suite)	357 (suite)	Visite d'un neurologue en consultation externe associée à la date du premier diagnostic de SGB dans les dossiers d'hospitalisation	États-Unis (suite)	Adolescents âgés de 11 à 21 ans, issus de cinq environnements de données (Aetna, HealthCore, Highmark Blue Cross Blue Shield of Pennsylvania, Kaiser Permanente Center for Health Research of Hawaii et OptumInsight) du 1 ^{er} mars 2005 au 31 août 2008 (n = 361) (suite)	Examen des dossiers par un groupe de neurologues (suite)	Non signalée	Non signalée	38 (28–50)	Non signalée	(13) Funch, 2013 (suite)
	357	Dossiers d'admission de l'hôpital fondés sur le code 357.0 CIM-9-MC comme diagnostic principal	Espagne	Patients espagnols (20 ans et plus) admis de 2009 à 2011 (n = 148)	Examen des dossiers	75 (67–82)	Non signalée	82 (57–96)	Non signalée	(14) Alcalde-Cabero, 2016
	357	Présence des deux principaux critères du SGB (paralysie aiguë et progressive des muscles squelettiques et diminution ou absence de réflexes tendineux profonds) ou la variante MFS du SGB (ophtalmoplégie, ataxie et aréflexie) ou présence de l'un des deux principaux critères d'un cas confirmé et d'un diagnostic de SGB posé par un médecin dans les dossiers d'hospitalisation	États-Unis	Patients de tous âges hospitalisés dans le Vermont de 1980 à 1985 (n = 130)	Examen des dossiers	71 (Non signalée)	Non signalée	Non signalée	Non signalée	(8) Koobatian, 1991



Tableau S3 : Résultats de la revue de la littérature pour recenser les définitions de cas fondées sur les codes de la Classification internationale des maladies pour les séquelles d'infections entériques (suite)

Séquelle	Codes de la CIM-9/ CIM-10	Définition d'un cas administratif	Pays	Population admissible (n)	Référence/étalon de référence	Sensibilité (IC 95 %)	Spécificité (IC 95 %)	VPP (IC 95 %)	VPN (IC 95 %)	Référence
Polyneuropathie inflammatoire démyélinisante chronique	357,81 (G61.8)	Un code de la CIM et une échographie réalisée par un laboratoire de diagnostic neurologique. Les résultats de l'électrodiagnostic et de l'échographie ont été examinés pour ceux qui présentaient des codes spécifiques	États-Unis	Wake Forest Baptist Medical Center de janvier 2000 à août 2017 (n = 148)	Examen des dossiers	Non signalée	Non signalée	42 (formel = 56) (formel + possible)	Non signalée	(15) Crump, 2018
Spondylarthrite ankylosante	720,0	≥ 1 code de la CIM dans les dossiers des cliniques médicales externes	États-Unis	Tous les patients vus à la clinique rhumatologique du Minneapolis VA Medical Center du 1 ^{er} janvier 2001 au 31 juillet 2002 (n = 184)	Examen des dossiers par le rhumatologue	91 (87-95)	99 (97-100)	83 (78-89)	99 (98-100)	(16) Singh, 2007
		≥ 1 code de la CIM + ARMM (antirhumatismal modificateur de la maladie) dans les dossiers des cliniques médicales externes		Tous les patients vus à la clinique rhumatologique du Minneapolis VA Medical Center du 1 ^{er} janvier 2001 au 31 juillet 2002 (n = 184)		27 (21-34)	99 (98-100)	75 (69-81)	96 (93-98)	
		≥ 2 codes de la CIM dans les dossiers des cliniques médicales externes		(n = 184) (suite)		82 (76-87)	100	100	99 (97-100)	
		≥ 2 codes CIM + ARMM dans les dossiers des cliniques médicales externes		(n = 184)		27 (21-34)	100	100	96 (93-99)	
	720	≥ 1 code de SA dans les dossiers des omnipraticiens, des hospitalisations et des ordonnances	Royaume-Uni	Patients âgés de 18 à 59 ans, inscrits au THIN pendant au moins un an avant et après le premier diagnostic de SA, et ayant consulté un omnipraticien au moins une fois après le diagnostic de SA (n = 85)	Confirmé par un omnipraticien par l'entremise d'un questionnaire (également fait avec l'étalon de référence des critères de l'ASAS ou confirmé par un rhumatologue, ce qui donne des VPP plus faibles)	Non signalée	Non signalée	71,8 (61-81)	Non signalée	(17) Dubreuil, 2016



Tableau S3 : Résultats de la revue de la littérature pour recenser les définitions de cas fondées sur les codes de la Classification internationale des maladies pour les séquelles d'infections entériques (suite)

Séquelle	Codes de la CIM-9/ CIM-10	Définition d'un cas administratif	Pays	Population admissible (n)	Référence/étalon de référence	Sensibilité (IC 95 %)	Spécificité (IC 95 %)	VPP (IC 95 %)	VPN (IC 95 %)	Référence
Spondylarthrite ankylosante (suite)	720 (suite)	Deux codes de SA à ≥ 7 jours d'intervalle dans les dossiers des omnipraticiens, des hospitalisations et des ordonnances	Royaume-Uni (suite)	Patients âgés de 18 à 59 ans, inscrits au THIN pendant au moins un an avant et après le premier diagnostic de SA, et ayant consulté un omnipraticien au moins une fois après le diagnostic de SA (n = 85) (suite)	Confirmé par un omnipraticien par l'entremise d'un questionnaire (également fait avec l'étalon de référence des critères de l'ASAS ou confirmé par un rhumatologue, ce qui donne des VPP plus faibles) (suite)	63,9 (50,1–75,8)	Non signalée	88,6 (75,4–96,2)	Non signalée	(17) Dubreuil, 2016 (suite)
		≥ 1 code de SA et absence de code d'arthrose dans les dossiers des omnipraticiens, des hospitalisations et des ordonnances				95,1 (89,5–100)	Non signalée	75,3 (76,0–97,3)	Non signalée	
		≥ 1 code de SA et absence de code pour la polyarthrite rhumatoïde dans les dossiers des omnipraticiens, des hospitalisations et des ordonnances				95,1 (89,5–100)	Non signalée	72,5 (61,0–84,0)	Non signalée	
		≥ 1 code de SA et prescription ARMM et biologique dans les dossiers des omnipraticiens, des hospitalisations et des ordonnances				29,5 (18,5–42,6)	Non signalée	85,7 (63,7–97,0)	Non signalée	
		≥ 1 code de SA et AINS dans les dossiers des omnipraticiens, des hospitalisations et des ordonnances				98,4 (95,1–100)	Non signalée	71,4 (60,0–82,9)	Non signalée	



Tableau S3 : Résultats de la revue de la littérature pour recenser les définitions de cas fondées sur les codes de la Classification internationale des maladies pour les séquelles d'infections entériques (suite)

Séquelle	Codes de la CIM-9/ CIM-10	Définition d'un cas administratif	Pays	Population admissible (n)	Référence/étalon de référence	Sensibilité (IC 95 %)	Spécificité (IC 95 %)	VPP (IC 95 %)	VPN (IC 95 %)	Référence
Spondylarthrite ankylosante (suite)	720 (M45) **714 (M05, M06, M08)	Une hospitalisation ou ≥ 2 diagnostics en 2 ans par n'importe quel fournisseur à ≥ 8 semaines d'intervalle selon les dossiers de la base de données cliniques de rhumatologie pédiatrique	Canada (Manitoba)	Base de données cliniques en rhumatologie pédiatrique (≤ 15 ans) du 1 ^{er} avril 1980 au 31 mars 2012 (n = 1 122) **Cette étude a inclus des codes pour l'AR et l'arthrite juvénile	Examen des dossiers	89,2 (86,8–91,6)	86,3 (83–89,6)	90,6 (88,3–92,9)	Non signalée	(18) Shiff, 2017
	720.x	≥ 2 diagnostics en soins primaires ou ≥ 1 diagnostic en rhumatologie à partir des données cliniques, y compris les dossiers des patients externes, des hospitalisations et des laboratoires	États-Unis	18 ans et plus ainsi qu'une inscription d'au moins 12 mois dans la base de données de Kaiser Permanente Northern California de 1996 à 2009 (n = 2 603)	Extraction et examen des dossiers médicaux	100	Non signalée	62 (60–64)	Non signalée	(19) Curtis, 2016
	≥ 2 diagnostics de n'importe quel service à partir des données cliniques, y compris les dossiers des patients externes, des hospitalisations et des laboratoires	96 (95–97)				Non signalée	66 (64–68)	Non signalée		
	≥ 1 diagnostic de rhumatologie de n'importe quel service à partir des données cliniques, y compris les dossiers des patients externes, des hospitalisations et des laboratoires	72 (70–74)				Non signalée	73 (71–76)	Non signalée		



Tableau S3 : Résultats de la revue de la littérature pour recenser les définitions de cas fondées sur les codes de la Classification internationale des maladies pour les séquelles d'infections entériques (suite)

Séquelle	Codes de la CIM-9/ CIM-10	Définition d'un cas administratif	Pays	Population admissible (n)	Référence/étalon de référence	Sensibilité (IC 95 %)	Spécificité (IC 95 %)	VPP (IC 95 %)	VPN (IC 95 %)	Référence
Spondylarthrite ankylosante (suite)	720.x (suite)	≥ 2 diagnostics de rhumatologie de n'importe quel service à partir des données cliniques, y compris les dossiers des patients externes, des hospitalisations et des laboratoires	États-Unis (suite)	18 ans et plus ainsi qu'une inscription d'au moins 12 mois dans la base de données de Kaiser Permanente Northern California de 1996 à 2009 (n = 2 603) (suite)	Extraction et examen des dossiers médicaux (suite)	67 (64–69)	Non signalée	81 (79–83)	Non signalée	(19) Curtis, 2016 (suite)
	720A (M45)	≥ 1 diagnostic d'un spécialiste en rhumatologie ou en médecine interne lors d'une visite avec ces professionnels ou dans les dossiers d'hospitalisation	Suède	Registre national suédois des patients (1996–2009) qui étaient en vie et résidaient en Suède en 2009 (n = 499)	Examen des dossiers et respect des critères mNY	Non signalée	Non signalée	70,4 (Non signalée)	Non signalée	(20) Lindström, 2015
					Examen des dossiers et respect des critères axiaux ou périphériques de l'ASAS	Non signalée	Non signalée	78,9 (Non signalée)	Non signalée	
Examen des dossiers et respect des critères Amor					Non signalée	Non signalée	82,8 (Non signalée)	Non signalée		
Arthrite réactionnelle	099.3, 711.11-711.19	≥ 1 code de la CIM dans les dossiers des cliniques médicales externes	États-Unis	Tous les patients vus à la clinique rhumatologique du Minneapolis VA Medical Center du 1 ^{er} janvier 2001 au 31 juillet 2002 (n = 184)	Examen des dossiers par le rhumatologue	71 (65–78)	100 (Non signalée)	100 (Non signalée)	99 (97–100)	(16) Singh, 2007
		≥ 1 code de la CIM + ARMM (antirhumatisme modificateur de la maladie) dans les dossiers des cliniques médicales externes				57 (50–64)	100 (Non signalée)	100 (Non signalée)	98 (96–100)	
		≥ 2 codes de la CIM dans les dossiers des cliniques médicales externes				57 (50–64)	100 (Non signalée)	100 (Non signalée)	98 (96–100)	



Tableau S3 : Résultats de la revue de la littérature pour recenser les définitions de cas fondées sur les codes de la Classification internationale des maladies pour les séquelles d'infections entériques (suite)

Séquelle	Codes de la CIM-9/ CIM-10	Définition d'un cas administratif	Pays	Population admissible (n)	Référence/étalon de référence	Sensibilité (IC 95 %)	Spécificité (IC 95 %)	VPP (IC 95 %)	VPN (IC 95 %)	Référence
Arthrite réactionnelle (suite)	099.3, 711.11-711.19 (suite)	≥ 2 codes CIM + ARMM dans les dossiers des cliniques médicales externes	États-Unis (suite)	Tous les patients vus à la clinique rhumatologique du Minneapolis VA Medical Center du 1 ^{er} janvier 2001 au 31 juillet 2002 (n = 184) (suite)	Examen des dossiers par le rhumatologue (suite)	57 (50–64)	100 (Non signalée)	100 (Non signalée)	98 (96–100)	(16) Singh, 2007 (suite)
Uvéite antérieure	364.x	Au moins une facturation du code de la CIM pertinent au cours de la période d'étude dans les dossiers de facturation des médecins	États-Unis	Kaiser Permanente Hawaii DME (1 ^{er} janvier 2006 au 31 décembre 2007) (n = 366)	Examen des dossiers médicaux	Non signalée	Non signalée	55	Non signalée	(21) Pimentel, 2016
	364,00							(50–60)		
	364,01							30		
	364,02							60		
364,04	96									
								36		
Maladie de Crohn	555.x	Patients atteints de la maladie inflammatoire de l'intestin, c'est-à-dire ayant reçu au moins trois diagnostics de la maladie de Crohn au cours des deux dernières années (ou 5 diagnostics et plus sur 2 ans) à partir des factures des médecins et des dossiers d'hospitalisation	Canada (Manitoba)	Tous les résidents du Manitoba du 1 ^{er} avril 1984 au 31 mars 1995 (n = 5 182)	Examen des dossiers	89,2 (84,2–92,8)	89,8 (84,9–93,3)	Non signalée	Non signalée	(22) Bernstein, 1999
	555.x	Modèle de la maladie de Crohn combiné dans les dossiers de consultation externe et d'hospitalisation	États-Unis	Patients du Massachusetts General Hospital et du Brigham and Women's Hospital (n = 600)	Examen des dossiers	69 (65–74)	97 (96–100)	98 (97–100)	Non signalée	(23) Ananthakrishnan, 2013
	Cinq codes CIM-9 de la maladie de Crohn distincts provenant de dossiers de consultation externe et d'hospitalisation	66 (61–71)				88 (82–92)	91 (88–94)	Non signalée		



Tableau S3 : Résultats de la revue de la littérature pour recenser les définitions de cas fondées sur les codes de la Classification internationale des maladies pour les séquelles d'infections entériques (suite)

Séquelle	Codes de la CIM-9/ CIM-10	Définition d'un cas administratif	Pays	Population admissible (n)	Référence/étalon de référence	Sensibilité (IC 95 %)	Spécificité (IC 95 %)	VPP (IC 95 %)	VPN (IC 95 %)	Référence
Maladie de Crohn (suite)	555.x (suite)	Patients avec 1 code CIM-9 de la maladie de Crohn pour les patients externes/hospitalisés et 1 endoscopie dans les dossiers de consultation externe et d'hospitalisation	États-Unis (suite)	Patients du Massachusetts General Hospital et du Brigham and Women's Hospital (n = 600) (suite)	Examen des dossiers (suite)	53 (48–58)	81 (75–86)	85 (80–89)	Non signalée	(23) (suite)
		65 (60–70)				88 (83–92)	92 (88–95)	Non signalée		
	555.x	Patients ayant obtenu un diagnostic d'au moins 1 code dans les dossiers de consultation externe et d'hospitalisation	États-Unis	Centres médicaux d'Ann Arbor et de Houston de 1999 à 2009 (n = 1 871)	Examen des dossiers	Non signalée	Non signalée	0,6	Non signalée	(24) Hou, 2014
		Non signalée				Non signalée	91	Non signalée		
		Non signalée				Non signalée	84	Non signalée		
		Non signalée				Non signalée	82	Non signalée		
		Non signalée				Non signalée	91	Non signalée		



Tableau S3 : Résultats de la revue de la littérature pour recenser les définitions de cas fondées sur les codes de la Classification internationale des maladies pour les séquelles d'infections entériques (suite)

Séquelle	Codes de la CIM-9/ CIM-10	Définition d'un cas administratif	Pays	Population admissible (n)	Référence/étalon de référence	Sensibilité (IC 95 %)	Spécificité (IC 95 %)	VPP (IC 95 %)	VPN (IC 95 %)	Référence
Colite ulcéreuse	556.x	Patients atteints de la maladie inflammatoire de l'intestin, c'est-à-dire ayant reçu au moins trois diagnostics de la colite ulcéreuse au cours des deux dernières années (ou 5 diagnostics et plus sur 2 ans) à partir des factures des médecins et des dossiers d'hospitalisation	Canada (Manitoba)	Tous les résidents du Manitoba du 1 ^{er} avril 1984 au 31 mars 1995 (n = 5 182)	Examen des dossiers	74,4 (67,3–80,5)	93,7 (89,9–96,1)	Non signalée	Non signalée	(22) Bernstein, 1999
	556.x	Patients ayant obtenu un diagnostic d'au moins 1 code dans les dossiers de consultation externe et d'hospitalisation	États-Unis	Centres médicaux d'Ann Arbor et de Houston de 1999 à 2009 (n = 1 871)	Examen des dossiers	Non signalée	Non signalée	67	Non signalée	(32) Hou, 2014
		Non signalée				Non signalée	94	Non signalée		
		Non signalée				Non signalée	91	Non signalée		
		Non signalée				Non signalée	83	Non signalée		
Patients avec 2 patients externes ou 1 patient hospitalisé dans les dossiers de consultation externe et d'hospitalisation	Non signalée	Non signalée	94	Non signalée						
Patients avec 2 patients externes et 1 patient hospitalisé dans les dossiers de consultation externe et d'hospitalisation	Non signalée	Non signalée	94	Non signalée						



Tableau S3 : Résultats de la revue de la littérature pour recenser les définitions de cas fondées sur les codes de la Classification internationale des maladies pour les séquelles d'infections entériques (suite)

Séquelle	Codes de la CIM-9/ CIM-10	Définition d'un cas administratif	Pays	Population admissible (n)	Référence/étalon de référence	Sensibilité (IC 95 %)	Spécificité (IC 95 %)	VPP (IC 95 %)	VPN (IC 95 %)	Référence
Colite ulcéreuse (suite)	556.x	Modèle de la colite ulcéreuse combiné dans les dossiers de consultation externe et d'hospitalisation	États-Unis	600 patients du Massachusetts General Hospital et du Brigham and Women's Hospital sélectionnés de manière aléatoire (n = 600)	Examen des dossiers	79 (75–83)	97 (95–100)	97 (97–100)	Non signalée	(23) Ananthakrishnan, 2013
		67 (62–71)				88 (83–92)	90 (86–94)	Non signalée		
		51 (46–56)				85 (79–89)	85 (80–89)	Non signalée		
		66 (61–72)				86 (81–91)	89 (85–93)	Non signalée		
Maladie inflammatoire de l'intestin	555.X, 556.X (K50.0, K50.1, K50.8, K50.9, K51)	Patients ayant eu au moins une hospitalisation ou 4 facturations des médecins avec un code diagnostique de la maladie inflammatoire de l'intestin au cours des deux dernières années, dans les dossiers de facturation des médecins, des consultations externes et des hospitalisations	Canada (Alberta)	Patients de la base de données d'endoscopie à Calgary de mai 2000 à mars 2004 (n = 1 399)	Examen des dossiers + endoscopie	77,98 (75,72–80,13)	99,8 (99,72–99,86)	97,24 (96,10–98,12)	98,04 (97,81–98,25)	(25) Rezaie, 2012



Tableau S3 : Résultats de la revue de la littérature pour recenser les définitions de cas fondées sur les codes de la Classification internationale des maladies pour les séquelles d'infections entériques (suite)

Séquelle	Codes de la CIM-9/ CIM-10	Définition d'un cas administratif	Pays	Population admissible (n)	Référence/étalon de référence	Sensibilité (IC 95 %)	Spécificité (IC 95 %)	VPP (IC 95 %)	VPN (IC 95 %)	Référence
Maladie inflammatoire de l'intestin (suite)	555, 556 (K50, K51)	Patients atteints de SEP avec ≥ 1 code de la maladie inflammatoire de l'intestin dans les dossiers de facturation des médecins et d'hospitalisation	Canada (Nouvelle-Écosse)	Patients fréquentant l'unité de recherche sur la sclérose en plaques de Dalhousie en Nouvelle-Écosse de 1990 à 2010 (n = 1 923)	Données autodéclarées	59 (41–76)	100	90 (90,7–99)	99 (99–1,0)	(26) Marrie, 2014
		Patients atteints de SEP avec ≥ 3 codes de la maladie inflammatoire de l'intestin dans les dossiers de facturation des médecins et d'hospitalisation				60 (41–76)	100	91 (90,7–99)	100 (99–1,0)	
	555.x, 556.x (K50.x, K51.x)	Patients ayant eu 4 contacts avec des médecins ou 2 hospitalisations (avec codes de la CIM) dans les 3 ans suivant une coloscopie et 7 contacts ou 3 hospitalisations dans les 3 ans pour ceux qui n'ont pas subi de coloscopie, à partir de la facturation des médecins et des dossiers d'hospitalisation	Canada (Ontario)	Patients de moins de 18 ans provenant d'une base de données de 12 cabinets médicaux participants de 1991 à 2008 (n = 1 710 212)	Examen des dossiers dans plusieurs lieux de pratique	< 12 ans (90,5)	< 12 ans (> 99,9)	< 12 ans (66,7)	< 12 ans (> 99,9)	(27) Benchimol, 2009
						< 15 ans (89,6)	< 15 ans (> 99,9)	< 15 ans (51,2)	< 15 ans (> 99,9)	
						< 18 ans (91,1)	< 18 ans (99,5)	Non signalée	Non signalée	
		< 12 ans (99,3)				< 12 ans (99,8)	< 12 ans (7,7)	< 12 ans (> 99,9)		
		< 15 ans (99,5)				< 15 ans (99,8)	< 15 ans (7,9)	< 15 ans (> 99,9)		
		< 18 ans (98,5)				< 18 ans (89,2)	Non signalée	Non signalée		



Tableau S3 : Résultats de la revue de la littérature pour recenser les définitions de cas fondées sur les codes de la Classification internationale des maladies pour les séquelles d'infections entériques (suite)

Séquelle	Codes de la CIM-9/ CIM-10	Définition d'un cas administratif	Pays	Population admissible (n)	Référence/étalon de référence	Sensibilité (IC 95 %)	Spécificité (IC 95 %)	VPP (IC 95 %)	VPN (IC 95 %)	Référence
Maladie inflammatoire de l'intestin (suite)	555.x, 556.x,	Patients dans l'une des situations suivantes : 1) ≥ 1 code de diagnostic de 555 (la maladie de Crohn) 2) ≥ 1 code de diagnostic de 556 (la colite ulcéreuse), 3) codes combinés la maladie de Crohn + la colite ulcéreuse, 4) délivrance de mésalamine, olsalazine ou balsalazide sans code de diagnostic indiquant une maladie de Crohn ou une colite ulcéreuse à partir des dossiers de consultation externe ou d'hospitalisation	États-Unis	Participants à l'ensemble de données de base du HMORN CERT (échantillon représentatif d'environ 200 000 membres de régimes de santé ayant bénéficié d'une couverture par ordonnance au cours d'une période de 30 mois) du 1 ^{er} janvier 1999 au 30 juin 2001 (n = 400)	Examen des dossiers	Plan C : 91	Non signalée	Plan C : 81	Non signalée	(28) Herrinton, 2007
		Plan H : 99				Plan H : 84				
	555.x, 556.x	Patients ayant obtenu un diagnostic d'au moins 1 code dans les dossiers de consultation externe et d'hospitalisation	États-Unis	Centres médicaux d'Ann Arbor et de Houston de 1999 à 2009 (n = 1 871)	Examen des dossiers	Non signalée	Non signalée	6	Non signalée	(24) Hou, 2014
		Patients ayant obtenu un diagnostic d'au moins 5 codes dans les dossiers de consultation externe et d'hospitalisation				Non signalée		6	Non signalée	
		Patients ayant 2 codes, au moins 1 patient externe dans les dossiers de consultation externe et d'hospitalisation				Non signalée		6	Non signalée	
		Patients avec 2 patients externes ou 1 patient hospitalisé dans les dossiers de consultation externe et d'hospitalisation				Non signalée		6	Non signalée	



Tableau S3 : Résultats de la revue de la littérature pour recenser les définitions de cas fondées sur les codes de la Classification internationale des maladies pour les séquelles d'infections entériques (suite)

Séquelle	Codes de la CIM-9/ CIM-10	Définition d'un cas administratif	Pays	Population admissible (n)	Référence/étalon de référence	Sensibilité (IC 95 %)	Spécificité (IC 95 %)	VPP (IC 95 %)	VPN (IC 95 %)	Référence
Maladie inflammatoire de l'intestin (suite)	555.x, 556.x (suite)	Patients avec 2 patients externes et 1 patient hospitalisé dans les dossiers de consultation externe et d'hospitalisation	États-Unis (suite)	Centres médicaux d'Ann Arbor et de Houston de 1999 à 2009 (n = 1 871) (suite)	Examen des dossiers (suite)	Non signalée	Non signalée	6	Non signalée	(24) Hou, 2014 (suite)
	555, 555.1-2, 555.9, 556, 556.1-6, 556.8 -9, 686.01, 695.2, 528.2, 713.1, 537.4, 569.81, 569.49, 569.89, 560.9, 558.9	Patients ayant obtenu un code de la CIM de colite ulcéreuse dans les dossiers des patients externes, des patients hospitalisés et des ordonnances	États-Unis	En 2007, des vétérans atteints de la maladie inflammatoire de l'intestin ont été aiguillés à ce centre par des établissements de la VA dans tout le sud-est des États-Unis (n = 3 827)	Examen des dossiers par le gastro-entérologue et un clinicien qualifié	84	99	82	Non signalée	(29) Thirumurti, 2010
		Patients ayant obtenu un code de la CIM de maladie de Crohn dans les dossiers des patients externes, des patients hospitalisés et des ordonnances				92	99	91	Non signalée	
	555.x, 556.x	Visites de soins primaires ou de gastro-entérologie en milieu hospitalier ou en consultation externe codées 555 ou 556 dans les dossiers des patients externes et des patients hospitalisés	États-Unis	Tous les patients de Kaiser Permanente de 1996 à 2002 (n = 2 906)	Examen des dossiers	100	Non signalée	81 (80-83)	Non signalée	(30) Liu, 2009
Consultations externes codées 555 ou 556 dans les dossiers des patients externes et des patients hospitalisés		94 (93-95)				Non signalée	85 (83-86)	Non signalée		



Tableau S3 : Résultats de la revue de la littérature pour recenser les définitions de cas fondées sur les codes de la Classification internationale des maladies pour les séquelles d'infections entériques (suite)

Séquelle	Codes de la CIM-9/ CIM-10	Définition d'un cas administratif	Pays	Population admissible (n)	Référence/étalon de référence	Sensibilité (IC 95 %)	Spécificité (IC 95 %)	VPP (IC 95 %)	VPN (IC 95 %)	Référence
Maladie inflammatoire de l'intestin (suite)	555.x, 556.x (suite)	Visites en gastroentérologie codées 555 ou 556 dans les dossiers des patients externes et des patients hospitalisés	États-Unis (suite)	Tous les patients de KP de 1996 à 2002 (n = 2 906) (suite)	Examen des dossiers (suite)	74 (72–76)	Non signalée	89 (87–90)	Non signalée	(30) Liu, 2009 (suite)
		83 (82–85)				Non signalée	90 (89–91)	Non signalée		
		77 (76–79)				Non signalée	83 (82–85)	Non signalée		
		97 (97–98)				Non signalée	84 (83–86)	Non signalée		
Syndrome du côlon irritable	564,1	Tout service associé au syndrome du côlon irritable, à l'exclusion de tout code de service médical antérieur pour la maladie de Crohn, la colite ulcéreuse, etc. (voir ci-dessous)	États-Unis	20 ans ou plus, affiliés à quatre régimes d'assurance maladie de janvier 1995 à décembre 1999 (n = 120)	Examen des dossiers + endoscopie/études de laboratoire	98,9 (94,3–100)	Non signalée	91,3 (84,1–95,9)	Non signalée	(31) Sands, 2006



Tableau S3 : Résultats de la revue de la littérature pour recenser les définitions de cas fondées sur les codes de la Classification internationale des maladies pour les séquelles d'infections entériques (suite)

Séquelle	Codes de la CIM-9/ CIM-10	Définition d'un cas administratif	Pays	Population admissible (n)	Référence/étalon de référence	Sensibilité (IC 95 %)	Spécificité (IC 95 %)	VPP (IC 95 %)	VPN (IC 95 %)	Référence
Syndrome du côlon irritable (suite)	564,1	Patients ayant obtenu un diagnostic de syndrome du côlon irritable ou qui ont reçu un code 564.1 sans antécédents dans les dossiers des cliniques externes	États-Unis	Résidents du Wisconsin qui ont été patients de 1993 à 2003 (n = 890)	Notes cliniques et dossiers médicaux électroniques	Non signalée	Non signalée	67	Non signalée	(32) Yale, 2008
	(K58.9)	Patients ayant reçu un code pour le syndrome du côlon irritable lors de soins externes en milieu hospitalier en 2005, selon les critères de Rome II, dans les dossiers médicaux des patients externes. Les personnes ayant obtenu un diagnostic prédéfini incompatible avec le syndrome du côlon irritable, au cours d'une période de 6 mois avant ou après le diagnostic du syndrome du côlon irritable, ont été exclues	Suède	18 ans ou plus, patients externes établis en Suède de 2005 à 2010 et figurant dans le Registre national suédois des patients (n = 248)	Examen des dossiers selon les critères de Rome II (cohorte de 2005) ou les critères de Rome III (cohorte de 2010)	68	Non signalée	Non signalée	Non signalée	(33) Jossan, 2014
		72				Non signalée	Non signalée	Non signalée		



Tableau S3 : Résultats de la revue de la littérature pour recenser les définitions de cas fondées sur les codes de la Classification internationale des maladies pour les séquelles d'infections entériques (suite)

Séquelle	Codes de la CIM-9/ CIM-10	Définition d'un cas administratif	Pays	Population admissible (n)	Référence/étalon de référence	Sensibilité (IC 95 %)	Spécificité (IC 95 %)	VPP (IC 95 %)	VPN (IC 95 %)	Référence
Syndrome du côlon irritable (suite)	564,1	≥ 1 diagnostic de syndrome du côlon irritable (CIM-9 564.1) identifié dans les données administratives dérivées des patients externes ou hospitalisés	États-Unis	18 ans ou plus, patients inscrits dans neuf régimes d'assurance-maladie géographiquement dispersés participant au HMORN CERT du 1 ^{er} mai 2002 au 15 septembre 2002 (n = 321)	Extraction et examen des dossiers médicaux	Non signalée	Non signalée	63 (53-73)	Non signalée	(34) Goff, 2008
		Non signalée				Non signalée	67 (57-77)	Non signalée		



Tableau S3 : Résultats de la revue de la littérature pour recenser les définitions de cas fondées sur les codes de la Classification internationale des maladies pour les séquelles d'infections entériques (suite)

Séquelle	Codes de la CIM-9/ CIM-10	Définition d'un cas administratif	Pays	Population admissible (n)	Référence/étalon de référence	Sensibilité (IC 95 %)	Spécificité (IC 95 %)	VPP (IC 95 %)	VPN (IC 95 %)	Référence
Syndrome du côlon irritable (suite)	564,1 (suite)	≥ 2 diagnostics de syndrome du côlon irritable survenus à au moins 6 mois d'intervalle identifiés dans les données des patients externes ou hospitalisés dans les dossiers de consultation externe ou d'hospitalisation	États-Unis (suite)	18 ans ou plus, patients inscrits dans neuf régimes d'assurance-maladie géographiquement dispersés participant au HMO Research Network Center for Education and Research on Therapeutics du 1 ^{er} mai 2002 au 15 septembre 2002 (n = 321) (suite)	Extraction et examen des dossiers médicaux (suite)	Non signalée	Non signalée	75 (66–84)	Non signalée	(34) Goff, 2008 (suite)
		Non signalée				Non signalée	83 (75–91)	Non signalée		
		Non signalée				Non signalée	76 (67–85)	Non signalée		
		≥ 1 diagnostic ou plus de syndrome du côlon irritable identifié dans les données des patients externes ou hospitalisés, au moins 1 diagnostic de douleur abdominale (CIM-9 789.0), et un autre symptôme gastro-intestinal (diarrhée [CIM-9 564.5, 787.91] ou constipation [CIM-9 564.0]) dans les dossiers de consultation externe ou d'hospitalisation								
		Patients ayant obtenu au moins un diagnostic de syndrome du côlon irritable et un diagnostic de douleur abdominale avec au moins un autre symptôme gastro-intestinal et au moins une délivrance de l'un des médicaments énumérés dans les critères 2 ^e critère : ci-dessus, à partir des dossiers de patients externes ou d'hospitalisation								



Tableau S3 : Résultats de la revue de la littérature pour recenser les définitions de cas fondées sur les codes de la Classification internationale des maladies pour les séquelles d'infections entériques (suite)

Séquelle	Codes de la CIM-9/ CIM-10	Définition d'un cas administratif	Pays	Population admissible (n)	Référence/étalon de référence	Sensibilité (IC 95 %)	Spécificité (IC 95 %)	VPP (IC 95 %)	VPN (IC 95 %)	Référence
Syndrome du côlon irritable (suite)	564,1	Patients inscrits dans un grand organisme de santé entre le 1 ^{er} janvier 1997 et le 30 juin 1999, qui ont eu ≥ 1 demande de remboursement avec la CIM-9 564.1 en 1998, selon les dossiers de demande d'indemnisation	États-Unis	18 ans ou plus inscrits dans une organisation de maintien de la santé en Californie du 1 ^{er} janvier 1997 au 30 juin 1999	Non signalée (résumé seulement)	Non signalée	Non signalée	70 (18-100)	Non signalée	(35) Legorreta, 2002
	564,1	1 code pour le syndrome du côlon irritable (564.1) avec 1) aucune preuve clinique ou objective de pathologie intestinale organique, y compris une tumeur maligne, une maladie inflammatoire de l'intestin, une infection gastro-intestinale ou une sprue cœliaque; 2) aucun signe d'alarme de symptômes, y compris une perte de poids involontaire, des saignements gastro-intestinaux ou des signes d'anémie; 3) des symptômes signalés conformes aux critères de Rome pour le syndrome du côlon irritable, y compris des douleurs/désagréments abdominaux récurrents et des symptômes défécatoires répétés pendant une durée minimale de 6 mois	États-Unis	Tous les patients atteints de diverticulite du Veterans Affairs Greater Los Angeles Healthcare System. Les patients ayant déjà souffert du syndrome du côlon irritable, d'un intestin fonctionnel ou de troubles de l'humeur ont été exclus.	Examen des dossiers d'un échantillon aléatoire de sujets	95,8	99,2	92	99,6	(36) Cohen 2013



Tableau S3 : Résultats de la revue de la littérature pour recenser les définitions de cas fondées sur les codes de la Classification internationale des maladies pour les séquelles d'infections entériques (suite)

Séquelle	Codes de la CIM-9/ CIM-10	Définition d'un cas administratif	Pays	Population admissible (n)	Référence/étalon de référence	Sensibilité (IC 95 %)	Spécificité (IC 95 %)	VPP (IC 95 %)	VPN (IC 95 %)	Référence
Maladie cœliaque	579	Patients dont la demande de remboursement d'endoscopie de l'Assurance-santé de l'Ontario est suivie d'au moins une rencontre avec un gastro-entérologue adulte ou pédiatrique après l'intervention endoscopique, dans les dossiers de facturation des médecins	Canada (Ontario)	Diagnosics de la maladie cœliaque prouvés par biopsie entre 2005 et 2011 à Ottawa	Examen des dossiers + endoscopie	70,4 (61,1–78,4)	99,9 (> 99,9–> 99,9)	53,3 (45,1–61,4)	99,9 (> 99,9–> 99,9)	(37) Chan, 2017
		71,3 (62,0–79,2)				99,9 (> 99,9–> 99,9)	92,1 (83,9–96,5)	(> 99,9–> 99,9)		
	579	Le patient répond aux critères de diagnostic figurant dans les dossiers de consultation externe et d'hospitalisation	États-Unis	Personnel militaire américain en service actif entre 2005 et 2011 (n = 250)	Examen des dossiers + abstraction	Non signalée	Non signalée	63 (56–69)	Non signalée	(38) Hall, 2016
Patients diagnostiqués par un gastro-entérologue dans les dossiers de consultation externe et d'hospitalisation	Non signalée	Non signalée				76	Non signalée			
Le patient n'a pas été diagnostiqué par un gastro-entérologue dans les dossiers de consultation externe et d'hospitalisation	Non signalée	Non signalée				47	Non signalée			



Tableau S3 : Résultats de la revue de la littérature pour recenser les définitions de cas fondées sur les codes de la Classification internationale des maladies pour les séquelles d'infections entériques (suite)

Séquelle	Codes de la CIM-9/ CIM-10	Définition d'un cas administratif	Pays	Population admissible (n)	Référence/étalon de référence	Sensibilité (IC 95 %)	Spécificité (IC 95 %)	VPP (IC 95 %)	VPN (IC 95 %)	Référence
Maladie cœliaque (suite)	579 (suite)	Patients ayant eu ≥ 3 consultations dans le cadre de consultations externes et d'hospitalisations	États-Unis (suite)	Personnel militaire américain en service actif entre 2005 et 2011 (n = 250) (suite)	Examen des dossiers + abstraction (suite)	Non signalée	Non signalée	77	Non signalée	(38) Hall, 2016 (suite)
	579	Patients ayant un code de diagnostic CIM-9-MC dans les dossiers de laboratoire de l'hôpital	États-Unis	18 ans ou plus, patients du Massachusetts General Hospital, du Brigham and Women's Hospital et du Beth Israel Deaconess Medical Centre de janvier 2000 à décembre 2010 (n = 1 200)	Extraction et examen des dossiers médicaux	15 (13-17)	Non signalée	4 (2-7)	Non signalée	(39) Tanpowpong, 2013
		Patients ayant un code de diagnostic CIM-9-MC avec la présence d'une sérologie effectuée dans les dossiers de laboratoire de l'hôpital				Non signalée	Non signalée	11 (8-15)	Non signalée	
		Patients ayant un ou plusieurs codes de diagnostic CIM-9-MC avec le code d'exécution de l'endoscopie dans les dossiers de laboratoire de l'hôpital				Non signalée	Non signalée	12 (9-17)	Non signalée	
		Patients présentant un ou plusieurs codes de diagnostic CIM-9-MC avec la présence d'une sérologie et d'une hémorragie digestive haute dans les dossiers de laboratoire de l'hôpital				Non signalée	Non signalée	49 (43-55)	Non signalée	
(K90.0)	Enfants inscrits dans le Registre national danois des patients comme souffrant de la maladie cœliaque dans les dossiers de pathologie de l'hôpital	Danemark	Patients danois inscrits au Registre national des patients danois et nés entre 1995 et 2012 (n = 1 555)	Examen des dossiers (rapport pathologique + anticorps spécifiques à la maladie cœliaque)	Non signalée	Non signalée	62 (uniquement les diagnostics définitifs)	Non signalée	(40) Sander, 2016	



Tableau S3 : Résultats de la revue de la littérature pour recenser les définitions de cas fondées sur les codes de la Classification internationale des maladies pour les séquelles d'infections entériques (suite)

Séquelle	Codes de la CIM-9/ CIM-10	Définition d'un cas administratif	Pays	Population admissible (n)	Référence/étalon de référence	Sensibilité (IC 95 %)	Spécificité (IC 95 %)	VPP (IC 95 %)	VPN (IC 95 %)	Référence
Maladie cœliaque (suite)	(K90.0) (suite)	Enfants inscrits dans le Registre national danois des patients comme souffrant de la maladie cœliaque (à l'exclusion des diagnostics provisoires) dans les dossiers de pathologie de l'hôpital	Danemark (suite)	Patients danois inscrits au Registre national des patients danois et nés entre 1995 et 2012 (n = 1 555) (suite)	Examen des dossiers (rapport pathologique + anticorps spécifiques à la maladie cœliaque) (suite)	Non signalée	Non signalée	66 (uniquement les diagnostics définitifs)	Non signalée	(40) Sander, 2016 (suite)
		Non signalée				Non signalée	74 (uniquement les diagnostics définitifs)	Non signalée		
		Non signalée				Non signalée	64 (uniquement les diagnostics définitifs)	Non signalée		

Abréviations : AINS, anti-inflammatoire non stéroïdien; AR, arthrite réactionnelle; ARMM, antirhumatismal modificateur de la maladie; ASAS, Assessment of Spondyloarthritis International Society; CDC, Centers for Disease Control; CIM, Classification internationale des maladies; DFGe, débit de filtration glomérulaire estimé; DME, dossier médical électronique; HMORN CERT, Health Maintenance Organization Research Network Center for Education and Research Therapeutics; IC, intervalle de confiance; MC, modification clinique; MMWR, Morbidity and Mortality Weekly Report; PEG, polyéthylène-glycol; SA, spondylarthrite ankylosante; SGB, syndrome de Guillain-Barré; SHU, syndrome hémolytique et urémique; SEP, sclérose en plaques; VPN, valeur prédictive négative; VPP valeur prédictive positive



Références

1. Waikar SS, Wald R, Chertow GM, Curhan GC, Winkelmayr WC, Liangos O, Sosa MA, Jaber BL. Validity of International Classification of Diseases, Ninth Revision, Clinical Modification Codes for Acute Renal Failure. *J Am Soc Nephrol* 2006;17(6):1688–94. [DOI PubMed](#)
2. Winkelmayr WC, Schneeweiss S, Mogun H, Patrick AR, Avorn J, Solomon DH. Identification of individuals with CKD from Medicare claims data: a validation study. *Am J Kidney Dis* 2005;46(2):225–32. [DOI PubMed](#)
3. Sickbert-Bennett EE, Weber DJ, Poole C, MacDonald PD, Maillard JM. Utility of International Classification of Diseases, Ninth Revision, Clinical Modification codes for communicable disease surveillance. *Am J Epidemiol* 2010;172(11):1299–305. [DOI PubMed](#)
4. Chang HG, Tserenpuntsag B, Kacica M, Smith PF, Morse DL. Hemolytic uremic syndrome incidence in New York. *Emerg Infect Dis* 2004;10(5):928–31. [DOI PubMed](#)
5. Wahl PM, Terrell DR, George JN, Rodgers JK, Uhl L, Cataland S, Bohn RL. Validation of claims-based diagnostic codes for idiopathic thrombotic thrombocytopenic purpura in a commercially-insured population. *Thromb Haemost* 2010;103(6):1203–9. [DOI PubMed](#)
6. Military Health System. Surveillance Case Definitions. 2023. <https://www.health.mil/Military-Health-Topics/Health-Readiness/AFHSD/Epidemiology-and-Analysis/Surveillance-Case-Definitions>
7. Bogliun G, Beghi E; Guillain-Barré Syndrome Registry Study Group. Validity of hospital discharge diagnoses for public health surveillance of the Guillain-Barré syndrome. *Neurol Sci* 2002;23(3):113–7. [DOI PubMed](#)
8. Koobatian TJ, Birkhead GS, Schramm MM, Vogt RL. The use of hospital discharge data for public health surveillance of Guillain-Barré syndrome. *Ann Neurol* 1991;30(4):618–21. [DOI PubMed](#)
9. Jiang GX, de Pedro-Cuesta J, Fredrikson S. Guillain-Barré syndrome in south-west Stockholm, 1973-1991, 1. Quality of registered hospital diagnoses and incidence. *Acta Neurol Scand* 1995;91(2):109–17. [DOI PubMed](#)
10. Lee CD, Jones TF. Hospital discharge database optimization in Guillain-Barré syndrome surveillance. *Muscle Nerve* 2012;46(1):60–2. [DOI PubMed](#)
11. Polakowski LL, Sandhu SK, Martin DB, Ball R, Macurdy TE, Franks RL, Gibbs JM, Kropp GF, Avagyan A, Kelman JA, Worrall CM, Sun G, Kliman RE, Burwen DR. Chart-confirmed guillain-barre syndrome after 2009 H1N1 influenza vaccination among the Medicare population, 2009-2010. *Am J Epidemiol* 2013;178(6):962–73. [DOI PubMed](#)
12. Burwen DR, Ball R, Bryan WW, Izurieta HS, La Voie L, Gibbs NA, Kliman R, Braun MM. Evaluation of Guillain-Barré Syndrome among recipients of influenza vaccine in 2000 and 2001. *Am J Prev Med* 2010;39(4):296–304. [DOI PubMed](#)
13. Funch D, Holick C, Velentgas P, Clifford R, Wahl PM, McMahill-Walraven C, Gladowski P, Platt R, Amato A, Chan KA. Algorithms for identification of Guillain-Barré Syndrome among adolescents in claims databases. *Vaccine* 2013;31(16):2075–9. [DOI PubMed](#)
14. Alcalde-Cabero E, Almazán-Isla J, García López FJ, Ara-Callizo JR, Avellanal F, Casanovas C, Cemillán C, Cuadrado JI, Duarte J, Fernández-Pérez MD, Fernández Ó, Merino JA, Montero RG, Montero D, Pardo J, Rodríguez-Rivera FJ, Ruiz-Tovar M, de Pedro-Cuesta J; Spanish GBS Epidemiology Study Group. Guillain-Barré syndrome following the 2009 pandemic monovalent and seasonal trivalent influenza vaccination campaigns in Spain from 2009 to 2011: outcomes from active surveillance by a neurologist network, and records from a country-wide hospital discharge database. *BMC Neurol* 2016;16:75. [DOI PubMed](#)
15. Crump N, Cartwright M. S139. A retrospective study of patients with chronic inflammatory demyelinating polyneuropathy (CIDP): identifying ultrasonographic features for diagnosis and prognosis. *Clin Neurophysiol* 2018;129 Suppl 1:e193–4. [DOI](#)
16. Singh JA, Holmgren AR, Krug H, Noorbaloochi S. Accuracy of the diagnoses of spondylarthritides in veterans affairs medical center databases. *Arthritis Rheum* 2007;57(4):648–55. [DOI PubMed](#)
17. Dubreuil M, Peloquin C, Zhang Y, Choi HK, Inman RD, Neogi T. Validity of ankylosing spondylitis diagnoses in The Health Improvement Network. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2016;25(4):399–404. [DOI PubMed](#)
18. Shiff NJ, Oen K, Rabbani R, Lix LM. Validation of administrative case ascertainment algorithms for chronic childhood arthritis in Manitoba, Canada. *Rheumatol Int* 2017;37(9):1575–84. [DOI PubMed](#)



19. Curtis JR, Harrold LR, Asgari MM, Deodhar A, Salman C, Gelfand JM, Wu JJ, Herrinton LJ. Diagnostic prevalence of ankylosing spondylitis using computerized health care data, 1996 to 2009: underrecognition in a US health care setting. *Perm J* 2016;20(4):15–151. [DOI PubMed](#)
20. Lindström U, Exarchou S, Sigurdardottir V, Sundström B, Askling J, Eriksson JK, Forsblad-d'Elia H, Turesson C, Kristensen LE, Jacobsson L. Validity of ankylosing spondylitis and undifferentiated spondyloarthritis diagnoses in the Swedish National Patient Register. *Scand J Rheumatol* 2015;44(5):369–76. [DOI PubMed](#)
21. Pimentel MA, Browne EN, Janardhana PM, Borkar DS, Tham VM, Uchida A, Vinoya AC, Acharya NR. Assessment of the accuracy of using ICD-9 codes to identify uveitis, herpes zoster ophthalmicus, scleritis, and episcleritis. *JAMA Ophthalmol* 2016;134(9):1001–6. [DOI PubMed](#)
22. Bernstein CN, Blanchard JF, Rawsthorne P, Wajda A. Epidemiology of Crohn's disease and ulcerative colitis in a central Canadian province: a population-based study. *Am J Epidemiol* 1999;149(10):916–24. [DOI PubMed](#)
23. Ananthakrishnan AN, Cai T, Savova G, Cheng SC, Chen P, Perez RG, Gainer VS, Murphy SN, Szolovits P, Xia Z, Shaw S, Churchill S, Karlson EW, Kohane I, Plenge RM, Liao KP. Improving case definition of Crohn's disease and ulcerative colitis in electronic medical records using natural language processing: a novel informatics approach. *Inflamm Bowel Dis* 2013;19(7):1411–20. [DOI PubMed](#)
24. Hou JK, Tan M, Stidham RW, Colozzi J, Adams D, El-Serag H, Waljee AK. Accuracy of diagnostic codes for identifying patients with ulcerative colitis and Crohn's disease in the Veterans Affairs Health Care System. *Dig Dis Sci* 2014;59(10):2406–10. [DOI PubMed](#)
25. Rezaie A, Quan H, Fedorak RN, Panaccione R, Hilsden RJ. Development and validation of an administrative case definition for inflammatory bowel diseases. *Can J Gastroenterol* 2012;26(10):711–7. [DOI PubMed](#)
26. Marrie RA, Fisk JD, Stadnyk KJ, Tremlett H, Wolfson C, Warren S, Bhan V, Yu BN; CIHR Team in the Epidemiology and Impact of Comorbidity on Multiple Sclerosis. Performance of administrative case definitions for comorbidity in multiple sclerosis in Manitoba and Nova Scotia. *Chronic Dis Inj Can* 2014;34(2-3):145–53. [DOI PubMed](#)
27. Benchimol EI, Guttman A, Griffiths AM, Rabeneck L, Mack DR, Brill H, Howard J, Guan J, To T. Increasing incidence of paediatric inflammatory bowel disease in Ontario, Canada: evidence from health administrative data. *Gut* 2009;58(11):1490–7. [DOI PubMed](#)
28. Herrinton LJ, Liu L, Lafata JE, Allison JE, Andrade SE, Korner EJ, Chan KA, Platt R, Hiatt D, O'Connor S. Estimation of the period prevalence of inflammatory bowel disease among nine health plans using computerized diagnoses and outpatient pharmacy dispensings. *Inflamm Bowel Dis* 2007;13(4):451–61. [DOI PubMed](#)
29. Thirumurthi S, Chowdhury R, Richardson P, Abraham NS. Validation of ICD-9-CM diagnostic codes for inflammatory bowel disease among veterans. *Dig Dis Sci* 2010;55(9):2592–8. [DOI PubMed](#)
30. Liu L, Allison JE, Herrinton LJ. Validity of computerized diagnoses, procedures, and drugs for inflammatory bowel disease in a northern California managed care organization. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2009;18(11):1086–93. [DOI PubMed](#)
31. Sands BE, Duh MS, Cali C, Ajene A, Bohn RL, Miller D, Cole JA, Cook SF, Walker AM. Algorithms to identify colonic ischemia, complications of constipation and irritable bowel syndrome in medical claims data: development and validation. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2006;15(1):47–56. [DOI PubMed](#)
32. Yale SH, Musana AK, Kieke A, Hayes J, Glurich I, Chyou PH. Applying case definition criteria to irritable bowel syndrome. *Clin Med Res* 2008;6(1):9–16. [DOI PubMed](#)
33. Jossan N, Backman AS, Linder M, Altman M, Simren M, Olen O, Törnblom H. Su2089 Validation of the Use of the ICD-10 Diagnostic Code for Irritable Bowel Syndrome in the Swedish National Patient Register. *Gastroenterology* 2014;146(5 Suppl 1):S-543. [DOI](#)
34. Goff SL, Feld A, Andrade SE, Mahoney L, Beaton SJ, Boudreau DM, Davis RL, Goodman M, Hartsfield CL, Platt R, Roblin D, Smith D, Yood MU, Dodd K, Gurwitz JH. Administrative data used to identify patients with irritable bowel syndrome. *J Clin Epidemiol* 2008;61(6):617–21. [DOI PubMed](#)
35. Legorreta AP, Ricci JF, Markowitz M, Jhingran P. Patients diagnosed with irritable bowel syndrome. *Dis Manag Health Outcomes* 2002;10(11):715–22. [DOI](#)



36. Cohen E, Fuller G, Bolus R, Modi R, Vu M, Shahedi K, Shah R, Atia M, Kurzbard N, Sheen V, Agarwal N, Kaneshiro M, Yen L, Hodgkins P, Erder MH, Spiegel B. Increased risk for irritable bowel syndrome after acute diverticulitis. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2013;11(12):1614–9. [DOI PubMed](#)
37. Chan J, Mack DR, Manuel DG, Mojaverian N, de Nanassy J, Benchimol EI. Validation of an algorithm to identify children with biopsy-proven celiac disease from within health administrative data: an assessment of health services utilization patterns in Ontario, Canada. *PLoS One* 2017;12(6):e0180338. [DOI PubMed](#)
38. Hall N, Alcalá AN, Burman M, Moawad F, Cash B, Murray J, Porter C. A Validation Study on the Diagnosis of Celiac Disease in Military Service Members: 1063. *Am J Gastroenterol* 2016;111:S462. [DOI](#)
39. Tanpowpong P, Broder-Fingert S, Obuch JC, Rahni DO, Katz AJ, Leffler DA, Kelly CP, Camargo CA Jr. Multicenter study on the value of ICD-9-CM codes for case identification of celiac disease. *Ann Epidemiol* 2013;23(3):136–42. [DOI PubMed](#)
40. Dydensborg Sander S, Størdal K, Plato Hansen T, Nybo Andersen AM, Murray JA, Lillevang ST, Husby S. Validation of celiac disease diagnoses recorded in the Danish National Patient Register using duodenal biopsies, celiac disease-specific antibodies, and human leukocyte-antigen genotypes. *Clin Epidemiol* 2016;8:789–99. [DOI PubMed](#)