



LE POINT SUR...

- 2 AVRIL -

RÉVISION DE LA DÉFINITION DU SIDA EN FRANCE

Aux États-Unis, depuis le 1^{er} janvier 1993, une nouvelle définition du SIDA est appliquée. Par rapport à la révision de 1987 (B.E.H. n° 51/1987), 3 critères cliniques et un critère biologique, diagnostiqués chez un sujet porteur de l'infection V.I.H., ont été ajoutés aux autres critères. Ce sont :

- la tuberculose pulmonaire;
- les pneumopathies bactériennes récurrentes;
- le cancer invasif du col;
- un nombre de CD4 inférieur à 200 par millimètre cube.

En France, après une large consultation des personnes concernées par l'infection V.I.H. (associations, cliniciens) et des épidémiologistes, la définition du SIDA aux fins de surveillance épidémiologique a été révisée.

La révision est différente de celle effectuée aux États-Unis, les 3 critères cliniques ont été retenus (voir annexe) et le critère biologique rejeté.

Cette décision s'appuie sur les arguments développés par les différentes personnes consultées. Les arguments concernant le rejet du critère « < 200 CD4/mm³/μl » sont les suivants :

- un probable impact psychologique et social négatif pour les patients et aucun bénéfice sur le niveau de couverture sociale;
- un impact sur l'acceptabilité de la prise en charge précoce imprévisible car, dans certains cas, positif bien qu'insuffisant (la prise en charge précoce devant débuter avant le stade de 200 CD4) et, dans d'autres, négatif (perte de l'incitation à se traiter préventivement);
- l'existence de systèmes d'informations hospitaliers permettant de décrire l'ensemble de la population prise en charge pour l'infection V.I.H.;
- les biais considérables induits dans les données de surveillance rendant difficile leur analyse au cours du temps (voir rapport des épidémiologistes ci-après);
- le choix des États-Unis fondé sur des considérations liées au mode de prise en charge des patients dans ce pays qui ne sont pas transposables en France;
- la comparabilité avec les États-Unis pour les études de recherche clinique et thérapeutique est assurée par l'utilisation possible de la nouvelle classification clinique et biologique de l'infection proposée par le C.D.C. (annexe II);
- les autres pays européens se sont prononcés sur la révision de la définition en faveur de l'adoption des critères cliniques et contre l'adoption du critère biologique.

La majorité des personnes consultées se prononce pour l'inclusion des 3 critères cliniques, principalement parce qu'ils sont de bons marqueurs de l'immunodéficience.

Cette nouvelle définition est applicable en France de façon rétrospective à partir du 1^{er} janvier 1993. Tout patient chez lequel une de ces pathologies aura été diagnostiquée depuis le 1^{er} janvier 1993 (au moins une récurrence pour les pneumopathies bactériennes récurrentes), devra faire l'objet d'une déclaration. Un nouveau formulaire de déclaration sera diffusé prochainement, en attendant les cas doivent être déclarés sur l'ancien formulaire.

ANNEXE I MÉTHODES POUR LE DIAGNOSTIC DÉFINITIF

Pathologies	Méthodes diagnostiques
Cancer du col	Microscopie (histologie ou cytologie).
Tuberculose pulmonaire	Culture.
Pneumopathie bactérienne récurrente	Pneumopathie aiguë (signes radiologiques non présents précédemment), récurrente (plus d'un épisode dans les 12 mois) diagnostiquée par : a. La culture (ou une autre méthode mettant en évidence l'organisme) d'une bactérie typiquement associée à une pneumonie (à l'exclusion de mycobactéries tuberculeuses), et b. Des signes radiologiques de pneumonie bactérienne; si pour 1 des 2 épisodes le germe n'a pas été identifié, le diagnostic est considéré comme présomptif.

GUIDE POUR LE DIAGNOSTIC PRÉSOMPTIF

Pathologies	Critères de présomption
Tuberculose pulmonaire	Lorsque la confirmation bactériologique n'est pas disponible, la définition suivante peut être utilisée : tuberculose maladie ayant conduit à la mise en route d'un traitement antituberculeux (au moins 3 anti-tuberculeux).
Pneumopathie bactérienne récurrente	Pneumopathie aiguë (symptômes nouveaux, signes radiologiques non présents précédemment) récurrente (plus de 1 épisode dans les 12 mois) diagnostiquée cliniquement ou radiologiquement (type pneumonie bactérienne).

ANNEXE II RÉVISION 1993 DU SYSTÈME DE CLASSIFICATION DE L'INFECTION V.I.H. POUR LES ADULTES ET LES ADOLESCENTS [M.M.W.R. 1992; 41 (N° RR-17) : 1 - 20]

Nombre de lymphocytes CD4+	Catégories cliniques		
	(A) Asymptomatique, primo-infection ou P.G.L.	(B) Symptomatique, sans critères (A) ou (C)	(C) SIDA
≥ 500/μl	A 1	B 1	C 1
200-499/μl	A 2	B 2	C 2
< 200/μl	A 3	B 3	C 3

 Définition du SIDA (O.M.S./C.D.C. 1987) [+ 3 pathologies].
 Définition du SIDA (C.D.C. 1993).

● Nombre de lymphocytes CD4+

Le résultat le plus bas, mais pas nécessairement le dernier doit être utilisé pour classer un sujet.

La correspondance entre la valeur absolue et le pourcentage est la suivante :

- CD4+ $\geq 500/\text{mm}^3$: CD4+ % ≥ 29 ;
- CD4+ 200-499/mm³ : CD4+ % = 14-28;
- CD4+ $< 200/\text{mm}^3$: CD4+ % < 14 .

● Catégories cliniques

Catégorie A

Un ou plusieurs des critères listés ci-dessous chez un adulte ou un adolescent infecté par le V.I.H., s'il n'existe aucun des critères des catégories B et C :

- infection V.I.H. asymptomatique;
- lymphadénopathie persistante généralisée (P.G.L.);
- primo-infection symptomatique.

Catégorie B

Manifestations cliniques chez un adulte ou un adolescent infecté par le V.I.H., ne faisant pas partie de la catégorie C et qui répondent au moins à l'une des conditions suivantes :

- a. Elles sont liées au V.I.H. ou indicatives d'un déficit immunitaire;
- b. Elles ont une évolution clinique ou une prise en charge thérapeutique compliquée par l'infection V.I.H.

Les pathologies suivantes font partie de la catégorie B, la liste n'est pas limitative :

- angiomatose bacillaire;
- candidose oropharyngée;
- candidose vaginale, persistante, fréquente ou qui répond mal au traitement;
- dysplasie du col (modérée ou grave), carcinome *in situ*;
- syndrome constitutionnel : fièvre (38,5 °C) ou diarrhée supérieure à 1 mois;
- leucoplasie chevelue de la langue;
- zona récurrent ou envahissant plus d'un dermatome;
- purpura thrombocytopenique idiopathique;
- salpingite, en particulier lors de complication par des abcès tubo-ovariens;
- neuropathie périphérique.

Cette classification est hiérarchique, c'est-à-dire qu'un sujet classé dans la catégorie B ne peut passer dans la catégorie A lorsque les signes cliniques ont disparu.

Catégorie C

Cette catégorie correspond à la définition du SIDA chez l'adulte. Lorsqu'un sujet a présenté une des pathologies de cette liste, il est classé définitivement dans la catégorie C :

- candidose bronchique, trachéale ou pulmonaire;
- candidose de l'œsophage;
- cancer invasif du col *;
- coccidioidomycose, disséminée ou extrapulmonaire;
- cryptococcose extrapulmonaire;
- cryptosporidiose intestinale supérieure à 1 mois;
- infection à C.M.V. (autre que foie, rate, ou ganglions);
- rétinite à C.M.V. (avec perte de la vision);
- encéphalopathie due au V.I.H.;
- infection herpétique, ulcères chroniques supérieurs à 1 mois; ou bronchique, pulmonaire, ou œsophagienne;
- histoplasmose disséminée ou extrapulmonaire;
- isosporidiose intestinale chronique (supérieure à 1 mois);
- sarcome de Kaposi;
- lymphome de Burkitt;
- lymphome immunoblastique;
- lymphome cérébral primaire;
- infection à *Mycobacterium Avium* ou *Kansasii*, disséminée ou extrapulmonaire;
- infection à *Mycobacterium tuberculosis*, quel que soit le site (pulmonaire * ou extrapulmonaire);
- infection à mycobactéries, identifiée ou non, disséminée ou extrapulmonaire;
- pneumonie à *pneumocystis carinii*;
- pneumopathie bactérienne récurrente *;
- leuco-encéphalopathie multifocale progressive;
- septicémie à *salmonelle non typhi* récurrente;
- toxoplasmose cérébrale;
- syndrome cachectique dû au V.I.H.

* Nouvelles pathologies ajoutées en 1993.

LE POINT SUR...

CRITÈRES DE CHOIX D'UNE DÉFINITION POUR LA SURVEILLANCE ÉPIDÉMIOLOGIQUE

L. CHAMBAUD (École nationale de la santé publique)

Les critères de choix d'une définition ne sont pas indépendants des objectifs du système de surveillance. Dans le cas du SIDA, les objectifs sont essentiellement au nombre de 2 :

- observer les tendances de la morbidité sévère et de la mortalité due à l'infection V.I.H. Cette observation permet de repérer les caractéristiques du phénomène dans différents groupes de la population (en fonction de certaines caractéristiques), dans le temps, dans l'espace, et de prédire son évolution ultérieure;
- évaluer, à moyen et long terme, les mesures mises en place pour lutter contre la morbidité et la mortalité; par exemple, l'impact de la diffusion des nouvelles thérapeutiques sur l'évolution de la maladie peut ainsi être appréciée.

La définition doit remplir les conditions suivantes :

- 1^o **La définition doit pouvoir évoluer en fonction de la connaissance que l'on a du phénomène.** Cette « flexibilité » de la surveillance doit, en effet, permettre de modifier une définition si les informations cliniques ou paracliniques apportent de nouveaux éléments soit pour élargir, soit pour mieux spécifier le problème.
- 2^o **La définition doit être simple.** Elle doit être reliée aux connaissances actuelles du phénomène et ne doit pas dépendre de tests sophistiqués, non appliqués en routine. Son interprétation ne doit pas poser de problème pour les utilisateurs.
- 3^o **La définition doit être acceptable.** Elle doit rencontrer l'adhésion des informateurs qui la reconnaissent comme pertinente.
- 4^o **La définition doit être un outil efficace** vis-à-vis des objectifs de la surveillance épidémiologique.

Le choix de la définition aura un impact sur le système de surveillance en modifiant certaines de ses qualités :

● Sa sensibilité

C'est-à-dire sa capacité à identifier et rapporter les cas.

Si la définition épidémiologique du SIDA est élargie, elle pourra avoir une influence :

- **soit positive**, en notifiant un nombre plus important de cas de SIDA qui n'étaient pas pris en considération dans la précédente définition;
- **soit négative**, du fait de l'élargissement à des cas asymptomatiques. En effet, ces cas seront déclarés seulement si les patients sont dépistés et suivis. Or, un nombre inconnu de cas seront omis car ils n'auront pas subi de dépistage.

● Sa valeur prédictive positive

Le changement de définition, s'il incorpore des caractéristiques cliniques vagues ou des examens paracliniques non fiables, peut aboutir à amoindrir la capacité du système de surveillance à détecter des vrais cas. En d'autres termes, des personnes pourraient être considérées comme des cas de SIDA du fait d'un compte inexact de lymphocytes CD4 ou d'un diagnostic erroné de pneumopathies récurrentes.

● Sa représentativité

Dans un système de surveillance qui n'est pas exhaustif, c'est-à-dire qui ne recueille pas 100 % des cas, comme le système actuel, il faut s'assurer que les cas déclarés sont bien représentatifs de l'ensemble de la population présentant la pathologie mise sous surveillance.