



## LE POINT SUR...

### RÉVISION DU SYSTÈME DE CLASSIFICATION DE L'INFECTION V.I.H. CHEZ L'ENFANT DE MOINS DE 13 ANS

Traduit de l'anglais (Source : C.D.C. - 1994 Revised classification system for Human Immunodeficiency Virus infection in children less than 13 years of age. - *M.M.W.R.* 1994; 43 : No-RR12.)

#### RÉSUMÉ

Cette version révisée de la classification de l'infection V.I.H. chez l'enfant remplace celle publiée en 1987 [1]. Les nouvelles connaissances sur la progression de l'infection V.I.H. chez l'enfant ont conduit à réviser la classification précédente.

Dans la nouvelle classification, les enfants infectés sont classés dans des catégories mutuellement exclusives selon 3 critères : a) le statut sérologique, b) le statut clinique, c) le statut immunologique. La nouvelle classification tient compte du stade de l'infection de l'enfant, établit des catégories mutuellement exclusives et reste simple tout en étant précise sur le plan clinique. Ce document réprecise également 2 des pathologies indicatives de SIDA.

#### INTRODUCTION

Les premières descriptions de SIDA chez l'enfant en 1982 ont montré que les caractéristiques cliniques du SIDA de l'enfant étaient différentes de celles de l'adulte. En 1987, les C.D.C. publièrent un système de classification pour les enfants infectés par le V.I.H. [1], virus responsable du SIDA. Ce système proposait une classification des manifestations cliniques de l'infection à partir des données parcellaires qui étaient disponibles au début de l'épidémie. De nouvelles données sur la progression de l'infection chez l'enfant ont conduit à la révision de la classification de 1987, pour mieux prendre en compte l'évolution de la maladie.

En 1991, les C.D.C. ont mis en place un groupe de travail avec des représentants de la Santé publique et d'autres experts pour discuter de la révision du système de classification du V.I.H. chez l'enfant. La révision de 1994 a ensuite été élaborée en poursuivant les collaborations instaurées en 1991.

L'objectif du groupe de travail était de construire un système qui :

- reflète le stade de la maladie chez un enfant infecté (le classement de l'enfant dans le système devant avoir une valeur pronostique);
- établit des catégories mutuellement exclusives;
- allie simplicité et précision clinique.

Dans le nouveau système (tabl. 1), les enfants infectés sont classés dans des catégories mutuellement exclusives selon 3 critères : a) le statut sérologique, b) le statut clinique, c) le statut immunologique. Une fois classé, un enfant ne peut être reclassé dans une catégorie moins sévère, même si son état clinique ou immunologique s'améliore.

Tableau 1. - Classification (1) pédiatrique du virus de l'immunodéficience humaine (V.I.H.)

Catégories immunologiques	Catégories cliniques			
	N asymptomatiques	A symptômes mineurs	B* symptômes modérés	C* symptômes sévères
1 Sans preuve d'immunodépression.....	N1	A1	B1	C1
2 Immunodépression modérée.....	N2	A2	B2	C2
3 Immunodépression sévère.....	N3	A3	B3	C3

+ La catégorie C ainsi que la L.I.P. (cat. B) doivent être notifiés à l'autorité sanitaire comme cas de SIDA

(1) Les enfants, nés de mère séropositive dont le statut sérologique n'est pas confirmé, sont classés en utilisant cette grille, le code de classification étant précédé de la lettre E (ex. EN2).

#### DIAGNOSTIC DE L'INFECTION CHEZ UN ENFANT

Le diagnostic de l'infection chez les enfants nés de mère séropositive pour le V.I.H. (encadré 1) est compliqué par la présence chez ces enfants des IgG anti-V.I.H. maternels, qui traversent la barrière placentaire. Ils possèdent donc tous des anticorps anti-V.I.H. à la naissance, mais seuls 15 à 30 % d'entre eux sont réellement infectés. Chez les enfants non infectés, ces anticorps ne sont plus en principe détectables au 9<sup>e</sup> mois, cependant ils peuvent parfois persister jusqu'à l'âge de 18 mois. C'est pourquoi, la recherche standard d'anticorps IgG anti-V.I.H. ne peut servir à établir avec certitude le diagnostic de l'infection avant l'âge de 18 mois. La détection virale par P.C.R. ou par culture sont probablement les méthodes les plus sensibles et les plus spécifiques pour diagnostiquer l'infection chez les enfants nés de mère séropositive pour le V.I.H.

L'utilisation de ces méthodes permet de diagnostiquer 30 à 50 % des enfants infectés dès la naissance et pratiquement tous à l'âge de 3 à 6 mois.

La recherche de l'antigénémie p24 est moins sensible que la culture virale ou la P.C.R., particulièrement quand le niveau d'anticorps anti-V.I.H. est élevé, par défaut d'identification des immuns complexes d'antigènes p24. Toutefois, les nouvelles techniques de détection de l'antigène après dissociation des immuns complexes sont plus sensibles.

D'autres examens de laboratoire (ex. IgA anti-V.I.H. et la production d'anticorps in vitro) n'ont pas été pris en compte dans l'algorithme du diagnostic de l'infection parce qu'ils ne sont pas utilisés en routine. De plus, ils sont moins sensibles que la culture virale ou la P.C.R. Toutefois, les cliniciens qui décident d'une thérapie antivirale à partir des résultats de tels examens peuvent les utiliser pour classer l'enfant comme infecté.

Certains enfants développent des manifestations cliniques graves en relation avec l'infection V.I.H. avant qu'elle ne soit suffisamment établie. Un enfant présentant un des critères de la définition du SIDA de 1987 doit être classé comme infecté, même en l'absence de preuves biologiques.

Les enfants nés de mère séropositive pour le V.I.H. sont considérés comme non infectés par le V.I.H. si : a) ils perdent leurs anticorps anti-V.I.H. après 6 mois de vie, b) ils n'ont aucune preuve biologique d'infection par le V.I.H., et c) ils n'ont pas développé une des pathologies de la définition du SIDA (encadré 1). Pour le moment, les tests de détection virale ne permettent pas de conclure de façon définitive qu'un enfant n'est pas infecté. Toutefois, dans certaines situations (ex. essais thérapeutiques), une présomption de non-infection peut être donnée sur la base de tests viraux négatifs.



Encadré 1. – Diagnostic de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (V.I.H.) chez l'enfant (1).

**INFECTION PAR LE VIH**

a. Enfant âgé de 18 mois au plus, séropositif connu ou né de mère séropositive et :

– ayant deux résultats positifs à deux prélèvements différents (excluant les prélèvements au cordon) pour au moins l'un des examens suivants :

- culture virale,
- P.C.R.,
- Antigénémie p24,

ou

– répondant aux critères de diagnostic du SIDA de la définition de 1987.

b. Enfant âgé de plus de 18 mois né de mère séropositive ou tout enfant contaminé par transfusion, dérivés sanguins ou par tout autre mode connu de transmission (ex. voie sexuelle) ayant :

– plusieurs sérologies positives en Elisa, confirmées par W.B. ou par immunofluorescence ;

ou

– répondant aux critères mentionnés dans le paragraphe a.)

**EXPOSITION À UNE TRANSMISSION MATERNOFETALE (PRÉFIXE E)**

Enfant ne répondant pas aux critères cités plus haut et ayant :

– une sérologie V.I.H. positive en Elisa, confirmée par W.B. ou immunofluorescence avant l'âge de 18 mois ;

ou

– un statut sérologique inconnu mais né d'une mère infectée par le V.I.H.

**NON-INFECTION PAR LE V.I.H.**

Enfant né de mère infectée par le V.I.H. :

– ayant une sérologie V.I.H. négative (au moins 2 Elisa négatifs entre l'âge de 6 à 18 mois ou un Elisa négatif après l'âge de 18 mois) ;

et

– sans autre preuve biologique d'infection par le V.I.H. (n'ayant pas eu deux résultats positifs aux tests de détection directe du virus) ;

et

– n'ayant pas présenté de critères définissant le SIDA.

(1) Cette définition de l'infection V.I.H. remplace celle publiée dans la définition du SIDA de 1987.

**L'AXE IMMUNOLOGIQUE**

Les trois classes immunologiques (tab. 2) ont été établies pour classer les enfants selon leur niveau d'immunodépression lié au V.I.H. Une des conséquences les plus importantes de l'infection par le V.I.H. est la chute des lymphocytes CD4+, entraînant de nombreuses manifestations cliniques graves chez l'adulte. Pour cette raison, la numération des CD4+ est utilisée dans la classification de l'infection chez l'adulte. Toutefois, différents éléments compliquent l'utilisation du nombre de CD4+ pour définir l'immunodépression liée à l'infection V.I.H. chez l'enfant. Le nombre normal de CD4+ est plus élevé chez le nouveau-né et l'enfant que chez l'adulte et décroît au cours des premières années de vie. De plus, les enfants peuvent développer des infections opportunistes à un niveau de CD4+ plus élevé que chez l'adulte. Même si, peu de données existent sur la corrélation entre le niveau de CD4+ et la progression de la maladie en fonction de l'âge, un nombre de CD4+ bas pour l'âge apparaît corrélé avec des manifestations liées à l'immunodépression chez l'enfant. C'est pourquoi, malgré ces problèmes, une classification basée sur le niveau de CD4+ stratifié par âge apparaît utile pour décrire le statut immunologique des enfants infectés par le V.I.H.

Tableau 2. – Catégories immunologiques selon le nombre et le pourcentage de lymphocytes CD4+ stratifié sur l'âge

Catégories immunologiques	Âge de l'enfant					
	< 12 mois		1-5 ans		6-12 ans	
	µL	%	µL	%	µL	%
1 Sans preuve d'immunodépression .....	≥ 1500	(≥ 25)	≥ 1000	(≥ 25)	≥ 500	(≥ 25)
2 Immunodépression modérée ..	750-1499	(15-24)	500-999	(15-24)	200-499	(15-24)
3 Immunodépression sévère ...	< 750	(< 15)	< 500	(< 15)	< 200	(< 15)

Les données disponibles sur le pourcentage de CD4+ en fonction de l'âge sont moins importantes que celles portant sur le nombre absolu. Toutefois, la mesure du pourcentage de CD4+ est moins variable que celle du nombre absolu. Pour établir des correspondances entre le pourcentage de CD4+ et le nombre absolu de CD4+, les C.D.C. ont compilé des données de différents études cliniques aux États-Unis et en Europe. Les données comprenaient plus de 9000 valeurs de numération de CD4+, avec les pourcentages de CD4+ correspondants, provenant d'enfants infectés et non infectés de moins de 13 ans. À l'aide d'un modèle de régression non paramétrique, une corrélation a été établie entre les fouchettes des pourcentages de CD4+ et celles des numérations de CD4+ dans le système de classification.

Les données disponibles sur le pourcentage de CD4+ en fonction de l'âge sont moins importantes que celles portant sur le nombre absolu. Toutefois, la mesure du pourcentage de CD4+ est moins variable que celle du nombre absolu. Pour établir des correspondances entre le pourcentage de CD4+ et le nombre absolu de CD4+, les C.D.C. ont compilé des données de différents études cliniques aux États-Unis et en Europe. Les données comprenaient plus de 9000 valeurs de numération de CD4+, avec les pourcentages de CD4+ correspondants, provenant d'enfants infectés et non infectés de moins de 13 ans. À l'aide d'un modèle de régression non paramétrique, une corrélation a été établie entre les fouchettes des pourcentages de CD4+ et celles des numérations de CD4+ dans le système de classification.

La classification immunologique est basée soit sur la numération des CD4+, soit sur leur pourcentage. Si, selon nombre absolu ou le pourcentage de CD4+, l'enfant se trouve classé dans des catégories différentes, c'est la catégorie la plus grave qui doit être choisie. Les valeurs de CD4+ qui entraînent un changement de catégorie au cours du suivi doivent être confirmées par une seconde détermination. Les résultats suspects d'erreurs ne doivent pas être utilisés. Un enfant ne peut être reclassé dans une catégorie moins grave lors d'une détermination ultérieure de CD4+.

**LES CATÉGORIES CLINIQUES**

Les enfants infectés par le V.I.H. ou nés de mère séropositive peuvent être classés dans une des quatre catégories cliniques mutuellement exclusives, basées sur des signes, symptômes ou pathologies en relation avec l'infection V.I.H. (encadré 2). Comme pour les catégories immunologiques, les catégories cliniques ont une valeur pronostique (ex. le pronostic des enfants de la seconde catégorie est plus défavorable que le pronostic de ceux de la première catégorie).

La catégorie N, **asymptomatique**, inclut des enfants ne présentant aucun signe ou symptôme en relation avec l'infection V.I.H. ou seulement une des manifestations de la catégorie A, **symptomatologie mineure**. La catégorie N a été séparée de la catégorie A notamment en raison du délai assez long qui peut s'écouler avant que l'enfant ne présente un des signes ou symptômes listés dans la catégorie B, **symptomatologie modérée**. Ainsi, la distinction entre catégorie A et N permet de suivre plus précisément l'évolution de la maladie dans sa phase précoce. De plus, pour les enfants dont le statut sérologique est indéterminé (préfixe E), les catégories N et A peuvent aider à distinguer les enfants qui ont plus de risque d'être infectés par le V.I.H. (ex. les enfants classés en E.A. ont plus de risque d'être infectés que ceux classés en E.N.).

La catégorie B inclut tous les enfants présentant des signes ou symptômes considérés comme résultant de l'infection par le V.I.H., mais non listés dans la catégorie A ou C, **symptomatologie sévère**. Les manifestations listées dans l'encadré 2 ne sont pas limitatives ; toute autre manifestation liée à l'infection par le V.I.H. et non listée en A ou C doit être incluse dans la catégorie B. L'anémie, la thrombocytopénie et la lymphopénie ont été définies à partir d'un seuil dans la nouvelle classification.



Encadré 2. – Catégories cliniques pour les enfants infectés par le Virus de l'immunodéficience humaine (V.I.H.).

**Catégorie N : Asymptomatique**

Enfant ne présentant aucun signe ou symptôme imputable à l'infection V.I.H. ou présentant au plus un des signes listés dans la catégorie A

**Catégorie A : symptomatologie mineure**

Enfant présentant au moins deux des signes suivants et aucun de ceux des catégories B et C :

- lymphadénopathie (> 0,5 cm au niveau de 2 aires au moins; bilatéral = 1 aire);
- hépatomégalie;
- splénomégalie;
- dermatite;
- parotidite;
- infection des voies respiratoires supérieures, sinusites, ou otites moyennes persistantes ou récidivantes.

**Catégorie B : symptomatologie modérée**

Enfant présentant des symptômes imputables à l'infection V.I.H. autres que ceux de la catégorie A et C. La liste suivante n'est pas limitative :

- anémie (< 8 mg/dl), neutropénie (< 1 000 /mm<sup>3</sup>) ou thrombopénie (< 100 000/mm<sup>3</sup>) persistant au moins 30 jours;

- méningite, pneumonie ou septicémie bactérienne (un seul épisode);
- candidose oropharyngée (muguet), persistant plus de 2 mois chez un enfant âgé de plus de 6 mois;
- cardiomyopathie;
- infection à C.M.V. débutant avant l'âge de un mois;
- diarrhée récidivante ou chronique;
- hépatite;
- stomatite herpétique récidivante (plus de deux épisodes en 1 an);
- zona : au moins deux épisodes distincts ou atteinte d'au moins 2 dermatomes;
- infection herpétique bronchique, pulmonaire ou œsophagienne débutant avant l'âge de 1 mois;
- leiomyosarcome;
- pneumopathie interstitielle lymphoïde (L.I.P.);
- néphropathie;
- nocardiose;
- fièvre persistant plus d'un mois;
- toxoplasmose débutant avant l'âge de 1 mois;
- varicelle disséminée.

**Catégorie C: Symptomatologie sévère**

Enfants présentant une des pathologies listées dans la définition du SIDA de 1987, à l'exception de la L.I.P.

Encadré 3. – Manifestations cliniques de la catégorie C pour les enfants infectés par le virus de l'immunodéficience humaine (V.I.H.).

**CATEGORIE C: SYMPTOMATOLOGIE SÉVÈRE**

- Infections bactériennes sévères multiples ou récidivantes (au moins 2 infections prouvées par culture avec isolement du germe, sur une période de 2 ans) sous forme : septicémique, pulmonaire, méningée, osseuse ou articulaire, ou d'abcès viscéral ou d'une cavité naturelle (à l'exception des otites de l'oreille moyenne, des abcès superficiels de la peau ou des muqueuses, et des infections sur cathéter);
- Candidose œsophagienne ou pulmonaire (bronches, trachée, poumons).
- Coccidioïdomycose disséminée (autre site que poumons et/ou ganglions médiastinaux et/ou cervicaux).
- Cryptococcose extra-pulmonaire.
- Cryptosporidiose ou isosporidiose avec diarrhée persistante pendant plus d'un mois.
- Infection à Cytomégalovirus débutant après l'âge de 1 mois (autre site que foie, ganglions, ou rate).
- Encéphalopathie (au moins l'un des signes évolutifs suivants, constatés sur une durée d'au moins 2 mois en l'absence de toute autre pathologie que l'infection V.I.H., qui pourrait expliquer ces signes) :
  - a. Retard ou perte des acquisitions psycho-motrices ou intellectuelles, évalué par des échelles de développement et des tests neuropsychologiques adaptés;
  - b. Ralentissement de la croissance cérébrale ou microcéphalie acquise, prouvée par mesure du périmètre crânien ou atrophie corticale prouvée par scanner ou I.R.M. (plusieurs examens d'imagerie médicale sont requis pour les enfants âgés de moins de 2 ans);
  - c. déficit moteur symétrique acquis, se manifestant par au moins deux des signes suivants : parésie, anomalies des réflexes, ataxie ou troubles de la marche.
- Infection herpétique cutanéomuqueuse ulcérée persistant plus d'un mois; ou bronchique, pulmonaire ou œsophagienne quelque soit la durée, chez un enfant âgé de plus de 1 mois.
- Histoplasmose disséminée (autre site que poumons et/ou ganglions médiastinaux et/ou cervicaux).
- Sarcome de Kaposi.
- Lymphome cérébral primaire.
- Lymphome à petites cellules non clivées (type Burkitt) ou lymphome immunoblastique ou lymphome à grandes cellules B ou autres lymphomes de phénotype immunologique inconnu.
- Infection à *Mycobacterium Tuberculosis*, disséminée ou extra-pulmonaire.
- Infection disséminée à *Mycobacterium* autre que tuberculosis, identifiée ou non (autre site que la peau et/ou les poumons et/ou les ganglions hilaires et/ou cervicaux).
- Infection disséminée à *Mycobacterium Avium* ou *Kansasii* (autre site que poumons et/ou la peau et/ou les poumons et/ou les ganglions hilaires et/ou cervicaux).
- Pneumonie à *Pneumocystis Carinii*.
- Leuco-encéphalite multifocale progressive (L.E.M.P.).
- Septicémie récidivante à *Salmonella* non typhi.
- Toxoplasmose cérébrale, débutant avant l'âge de 1 mois.
- Syndrome cachectique, en l'absence de toute autre pathologie concomitante autre que l'infection V.I.H. pouvant expliquer ces signes :
  - a) Perte de poids persistante supérieure à 10 % du poids de base ou
  - b) Chute de poids d'au moins 2 percentiles (ex: 95<sup>e</sup>, 75<sup>e</sup>, 50<sup>e</sup>, 25<sup>e</sup>, 5<sup>e</sup>) sur la courbe de poids rapportée à l'âge, chez un enfant âgé d'un an et plus ou
  - c) Un poids inférieur au 5<sup>e</sup> percentile, constaté sur la courbe de poids par rapport à la taille, à deux pesées consécutives espacées d'au moins 30 jours;plus
  - a. Une diarrhée chronique ( au moins deux selles molles par jour pendant 30 jours) ou
  - b. Une fièvre documentée (constante ou intermittente d'une durée égale ou supérieure à 30 jours).



**Correspondances entre la classification pédiatrique du virus de l'immunodéficience humaine (V.I.H.) de 1987 et celle de 1994.**

Classification 1987	Classification 1994
P-0	Préfixe « E »
P-1	N
P-2A	A, B et C
P-2B	C
P-2C	B
P-2D1	C
P-2D2	C
P-2D3	B
P-2E1	C
P-2E2	B
P-2F	B

La catégorie C inclut toutes les pathologies définissant le SIDA à l'exclusion de la pneumonie lymphoïde chronique (L.I.P.) (encadré 3). Différentes études ont montré que l'évolution des enfants atteints de L.I.P. était considérablement meilleure que celle des enfants présentant une autre pathologie définissant le SIDA. Ainsi, la L.I.P. a été séparée des autres diagnostics du SIDA et incluse dans la catégorie B.

Les signes et symptômes non liés à l'infection V.I.H. (ex. état inflammatoire ou effet secondaire des thérapeutiques) ne doivent pas être utilisés pour classer les enfants. Par exemple, un enfant présentant une hépatite ou une anémie médicamenteuse ne doit pas être classé dans la catégorie B uniquement parce que ces manifestations peuvent être liées à l'infection V.I.H. À l'inverse, un enfant doit être classé dans la catégorie B si l'anémie ou l'hépatite sont considérées comme liées directement à l'infection V.I.H. La relation entre certains signes, symptômes ou pathologies et l'infection V.I.H. peut, dans certains cas, ne pas être évidente et nécessiter l'avis de cliniciens et chercheurs utilisant la classification.

Dans la plupart des cas, les catégories définies dans la classification de 1987 ont des correspondances avec celles de la nouvelle classification (encadré 4). La catégorie P0 est à présent désignée par le préfixe « E », et la catégorie P1 est maintenant appelée « N ». Les enfants précédemment classés en P2A sont maintenant classés dans des catégories différentes selon la valeur pronostique des manifestations incluses dans la catégorie P2A (ex. un syndrome cachectique est un signe d'évolution plus défavorable qu'une lymphadénopathie).

**CONSÉQUENCES SUR LA DÉFINITION DU SIDA CHEZ L'ENFANT**

Le système de classification comprenant également une définition du SIDA, la révision de la classification en 1994 permet de mettre à jour certains points de la définition du SIDA de 1987 pour les enfants de moins de 13 ans. Bien que la L.I.P. soit dans la catégorie B dans le nouveau système de classification, elle doit toujours être notifiée à l'autorité sanitaire (avec les autres pathologies de la catégorie C) comme indicateur de SIDA chez l'enfant. Deux changements dans la définition des autres indicateurs sont résumés dans les points suivants :

- Les nouvelles définitions de l'encéphalopathie liée au V.I.H. et du syndrome cachectique résultent d'une amélioration des connaissances de ces 2 pathologies chez l'enfant et remplacent les définitions de 1987. La définition de l'encéphalopathie liée au V.I.H. suit les recommandations de l'Académie américaine de Neurologie du SIDA. En raison de la complexité de ce diagnostic, une consultation par un neurologue peut être nécessaire;
- La nouvelle définition de l'infection V.I.H. (encadré 1) remplace celle publiée dans la définition du SIDA de 1987. Pour les enfants présentant une pathologie indicative de SIDA nécessitant une preuve biologique d'infection V.I.H., une seule détermination positive (culture virale, P.C.R., ou antigénémie p24) suffit pour la notification du SIDA, si le diagnostic est confirmé par un clinicien.

**REFERENCES**

[1] C.D.C. - Classification system for human immunodeficiency virus (H.I.V.) infection in children under 13 years of age. - *M.M.W.R.* 1987; 36 : 325-30, 235.

**NOTE DE LA RÉDACTION**

La publication par les C.D.C. de la nouvelle classification clinique de l'infection V.I.H. chez l'enfant, en septembre 1994, a amené le Réseau national de santé publique à réunir un groupe de pédiatres français ainsi que des représentants de la cohorte pédiatrique (1). Les objectifs de cette réunion étaient de discuter de cette nouvelle classification, de la définition du SIDA chez l'enfant, et d'un projet de mise en place d'un système de surveillance du V.I.H. chez les enfants contaminés par transmission maternofoetale.

Les participants n'ont pas fait de remarque particulière sur la nouvelle classification. Cette nouvelle classification est l'occasion de préciser la définition du SIDA chez l'enfant. La position des États-Unis est de ne pas modifier cette définition; bien que la pneumonie lymphoïde chronique (L.I.P.) ait été reclassée de la catégorie symptomatologie sévère vers la catégorie symptomatologie modérée, elle reste un diagnostic classant pour le SIDA.

Les pédiatres français présents ne sont pas en faveur d'une modification de la définition du SIDA chez l'enfant. En ce qui concerne la L.I.P., les pédiatres confirment la difficulté de diagnostic de cette pathologie et donc le manque d'homogénéité des cas déclarés. Toutefois, la suppression de ce diagnostic entraînerait des problèmes dans l'interprétation des tendances.

En ce qui concerne la tuberculose pulmonaire, diagnostic classant ajouté en 1993 chez les adultes, ils considèrent que cette pathologie ne semble pas associée au V.I.H., que son pronostic n'est pas sévère et qu'elle concerne peu d'enfants (aucun cas dans la cohorte pédiatrique).

Les pédiatres présents sont d'accord avec les nouvelles précisions apportées pour le diagnostic de l'encéphalopathie due au V.I.H. et du syndrome cachectique.

L'avis des pédiatres participants, sur la révision de la définition du SIDA, a été retenu pour présenter la position française au cours d'une réunion européenne sur ce thème, qui s'est tenue en janvier 1995. La définition du SIDA a toujours été harmonisée au niveau européen. Au cours de la réunion, sept pays contre six se sont prononcés contre l'exclusion de la L.I.P. de la définition du SIDA, dont les trois pays recensant 70 % des cas de SIDA pédiatrique européens (France, Italie, Espagne). L'absence de consensus a conduit à un statu quo pour le moment. Par ailleurs, un consensus s'est dégagé contre l'inclusion de la tuberculose pulmonaire dans la définition.

Un projet de surveillance du V.I.H. chez l'enfant a été soumis à l'avis des pédiatres, notamment en ce qui concerne sa faisabilité.

L'objectif du projet est de connaître l'incidence de l'infection par le V.I.H. chez les enfants sachant que la contamination verticale représente actuellement le mode prépondérant de contamination dans cette population. Il s'agirait de déclarer de façon volontaire les enfants infectés par le V.I.H. nés de mère séropositive. Ce système, en coordination avec la cohorte pédiatrique, serait simple (très peu d'informations demandées), et actif, c'est à dire qu'il y aurait une coordination médicale locale (par un pédiatre ou un autre volontaire).

Le projet de surveillance de l'infection V.I.H. chez l'enfant a été accueilli positivement par les pédiatres présents. Une première remarque importante a été la suivante : le diagnostic de l'infection est un moment très important dans l'histoire médicale des enfants nés de mère séropositive (notamment du fait de l'annonce aux parents), beaucoup plus que le passage au stade du SIDA. En conséquence, la notification au moment du diagnostic de l'infection serait peut-être moins affectée par la sous-déclaration.

L'autre remarque essentielle a été l'impératif d'une coordination avec la cohorte pédiatrique pour qu'il n'y ait pas redondance, ni au niveau des objectifs des deux enquêtes, ni au niveau du recueil des données.

Les discussions concernant la mise en place de ce système vont se poursuivre. Au niveau européen un projet de ce type est en cours de discussion. Actuellement, 4 pays possèdent un registre national des enfants nés de mère séropositive (Pays-bas, Italie, Royaume-Uni, Suisse). Dix pays (dont les 4 précédents) possèdent un registre national des enfants infectés. Un système européen de surveillance des enfants infectés par le V.I.H., du type de celui existant pour le SIDA, sera organisé avec les pays ayant mis en place une surveillance nationale.

(1) Dr Blanche, Dr Courpotin, Dr Drouard, Dr Montpoux, M<sup>me</sup> Mayaux, M<sup>me</sup> Doussin.