

Canada Diseases
Weekly Report



ISSN 0382-232X

Rapport hebdomadaire des
maladies au Canada

OCT - 2 1987
Vol. 13-38

Date of publication: September 26, 1987
Date de publication: 26 septembre 1987

CONTAINED IN THIS ISSUE:

| | |
|---|-----|
| AIDS Surveillance in Canada | 167 |
| Revision of the CDC Surveillance Case Definition for Acquired Immunodeficiency Syndrome | 169 |
| AIDS Surveillance - United States | 176 |
| AIDS - WHO European Region | 177 |

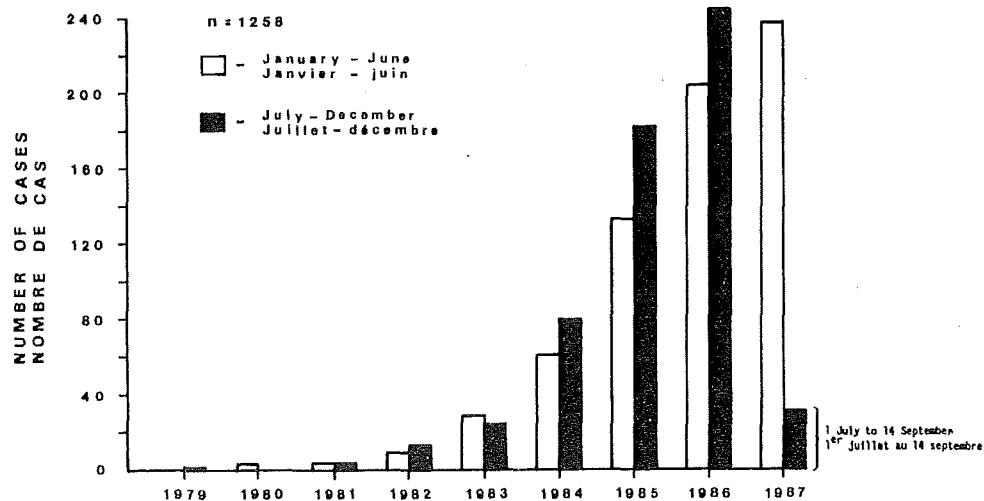
CONTENU DU PRÉSENT NUMÉRO:

| | |
|--|-----|
| Surveillance du SIDA au Canada | 167 |
| Révision de la définition CDC du cas de syndrome d'immunodéficience acquise, aux fins de la surveillance | 169 |
| Surveillance du SIDA - États-Unis | 176 |
| SIDA - Région européenne de l'OMS | 177 |

AIDS SURVEILLANCE IN CANADA

As of 14 September 1987, 1258 cases of AIDS (1233 adult and 25 pediatric) had been reported to the Federal Centre for AIDS (FCA) surveillance program. This program has been in operation since February 1982, although retrospective reports of patients meeting the case definition of AIDS date back to 1979. The condition is now reportable in all provinces and the 2 territories. Physicians report diagnosed cases to the local Medical Officer of Health. Epidemiologic information is then forwarded to the provincial ministry of health and subsequently to the FCA. Figure 1 shows the frequency of reported cases by year of diagnosis.

**Figure 1. Frequency of Reported AIDS Cases in Canada by Year of Diagnosis/
Figure 1. Fréquence des cas du SIDA recensés au Canada, par année de diagnostic**



All of the provinces and the Northwest Territories have now reported cases. Table 1 shows the geographical distribution of the 1258 reported cases.

The sex distribution has reflected the high proportion of homosexual/bisexual males (adult male:female ratio of 19:1). Ninety-four percent of the total reported cases have been males. Approximately 90% of all the cases have occurred in the 20-49-year age group (Table 2). The overall case-fatality rate has been 52.2%.

Diagnosed cases have been classified according to the risk factors associated with human immunodeficiency virus (HIV) infection. One thousand and forty-three of the adult cases have been homosexual/bisexual males, and 32 of these also reported use of intravenous drugs. The remaining 190 adult cases belong to the following risk

Toutes les provinces et les Territoires du Nord-Ouest ont enregistré des cas. La répartition géographique des 1258 cas recensés est présentée au Tableau 1.

La ventilation par sexe reflète la forte proportion d'hommes homosexuels ou bisexuels (ratio hommes:femmes adultes de 19:1). Les hommes représentent 94% des cas signalés. Quelque 90% des cas se sont produits chez les 20 à 49 ans (Tableau 2). Le taux global de létalité est de 52,2%.

Les cas diagnostiqués ont été classés selon les facteurs de risque associés à l'infection par le virus de l'immuno-déficience humaine (VIH). Les hommes homosexuels ou bisexuels représentent 1043 des cas adultes; 32 d'entre eux ont également déclaré faire usage de drogues i.v. Les 190 autres cas adults se placent dans les catégories de risque

Second Class Mail Registration No. 5670

Courrier de la deuxième classe - Enregistrement n° 5670

categories: intravenous drug abuse 5; recipients of blood/blood products 54; heterosexual partner of a high-risk individual 29; person from an endemic area 65; and unknown 37. Fourteen of the 25 pediatric cases have been children one to 14 years of age; 11 of these had a parent at risk and the other 3 were recipients of blood transfusions. The 11 remaining pediatric cases occurred in infants under 12 months of age; 10 had a parent at risk and 1 was a blood transfusion recipient.

suitantes: toxicomanes qui se piquent, 5; receveurs de sang ou de dérivés sanguins, 54; partenaires hétérosexuels d'un sujet à haut risque, 29; sujets originaires d'une région d'endémie, 65; et "non déterminé", 37. Sur les 25 enfants touchés, 14 appartenaient au groupe des 1 à 14 ans; 11 de ces derniers avaient un parent à risque et les 3 autres étaient des transfusés. Les 11 autres cas pédiatriques concernaient des bébés de moins de 12 mois; 10 de ces cas avaient un parent à risque et 1 était transfusé.

Table 1. Geographical Distribution of Reported Cases of AIDS in Canada (to 14 September 1987)/
Tableau 1. Répartition géographique des cas de SIDA recensés au Canada (jusqu'au 14 septembre 1987)

| Province* | Alive/ Vivant | Dead/ Mort | Total | (% of Total)/ (% du total) | Per Rate 1 000 000 Population*/ Taux par million d'habitants** |
|---|------------------|---------------|-------|-------------------------------|---|
| British Columbia/ Colombie-Britannique | 125 | 143 | 268 | (21.3) | 92.6 |
| Alberta | 38 | 34 | 72 | (5.7) | 30.6 |
| Saskatchewan | 9 | 7 | 16 | (1.3) | 15.7 |
| Manitoba | 9 | 10 | 19 | (1.5) | 17.8 |
| Ontario | 239 | 233 | 472 | (37.5) | 52.0 |
| Quebec/Québec | 161 | 216 | 377 | (30.0) | 57.3 |
| New Brunswick/ Nouveau-Brunswick | 3 | 4 | 7 | (0.6) | 9.7 |
| Nova Scotia/ Nouvelle-Écosse | 13 | 8 | 21 | (1.7) | 23.8 |
| Prince Edward Island/ Île-du-Prince-Édouard | 0 | 1 | 1 | (0.1) | 7.9 |
| Newfoundland/ Terre-Neuve | 3 | 1 | 4 | (0.3) | 6.9 |
| Yukon | 0 | 0 | 0 | (0.0) | 0.0 |
| Northwest Territories/ Territoires du Nord-Ouest | 1 | 0 | 1 | (0.1) | 19.0 |
| TOTAL (%) | 601 (47.8) | 657 (52.2) | 1258 | (100.0) | 49.6 |

*Province where onset of illness was reported./Province où l'installation de la maladie a été signalée.

**1 July 1985 - Population estimates by province from Statistics Canada./1^{er} juillet 1985 - Prévisions démographiques par provinces, Statistique Canada.

Table 2. Age and Sex Distribution of Reported Cases of AIDS in Canada (to 14 September 1987)/
Tableau 2. Ventilation selon l'âge et le sexe des cas de SIDA recensés au Canada (jusqu'au 14 septembre 1987)

| Age Group (Years)/ Groupe d'âge (années) | Sex/Sexe | | | | Total | (% of Total)/ (% du total) |
|---|------------------|---------------|------------------|---------------|-------|-------------------------------|
| | Male/Hommes | | Female/Femmes | | | |
| | Alive/ Vivant | Dead/ Mort | Alive/ Vivant | Dead/ Mort | | |
| Under 15/ Moins de 15 | 3 | 10 | 4 | 8 | 25 | (2.0) |
| 15-19 | 1 | 2 | 0 | 0 | 3 | (0.2) |
| 20-29 | 132 | 103 | 12 | 11 | 258 | (20.5) |
| 30-39 | 271 | 273 | 6 | 14 | 564 | (44.8) |
| 40-49 | 118 | 157 | 4 | 2 | 281 | (22.3) |
| 50 and Over/ 50 et plus | 43 | 70 | 5 | 7 | 125 | (9.9) |
| Unknown/Inconnu | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 | (0.2) |
| TOTAL (%) | 570 (45.3) | 615 (48.9) | 31 (2.5) | 42 (3.3) | 1258 | (100.0) |

Table 3 shows the distribution of the reported cases by disease category. The primary disease in 54.1% of the 1258 cases has been **Pneumocystis carinii** pneumonia.

Le Tableau 3 présente la ventilation des cas signalés, selon la catégorie des atteintes. Dans 54,1% des 1258 cas, l'atteinte primaire a été la pneumonie à **Pneumocystis carinii**.

**Table 3. Distribution of Reported Cases of AIDS in Canada by Disease Category (to 14 September 1987)/
Tableau 3. Ventilation des cas de SIDA recensés au Canada, par catégories d'atteinte (jusqu'au 14 septembre 1987)**

| Primary Disease/ Atteinte primaire | Adult/Adulte | | Pediatric/Pédiatrique | | Total | (% of Total)/ (% du total) |
|---|-------------------|-------------------|-----------------------|-----------------|-------------|-------------------------------|
| | Alive/Vivant | Dead/Mort | Alive/Vivant | Dead/Mort | | |
| Kaposi's sarcoma without Pneumocystis carinii pneumonia/ Sarcome de Kaposi sans pneumonie à Pneumocystis carinii | 123 | 102 | 0 | 0 | 225 | (17.9) |
| Pneumocystis carinii pneumonia without Kaposi's sarcoma/ Pneumonie à Pneumocystis carinii sans sarcome de Kaposi | 343 | 329 | 1 | 8 | 681 | (54.1) |
| Both Kaposi's sarcoma and Pneumocystis carinii pneumonia/ Sarcome de Kaposi et pneumonie à Pneumocystis carinii | 38 | 69 | 0 | 0 | 107 | (8.5) |
| Other opportunistic infections/ Autres infections opportunistes | 90 | 139 | 6 | 10 | 245 | (19.5) |
| TOTAL (%) | 594 (47.2) | 639 (50.8) | 7 (0.6) | 18 (1.4) | 1258 | (100.0) |

This surveillance program is gathering considerable information on the epidemiology of AIDS in Canada. However, information regarding the prevalence of HIV infection on a national basis is limited. Such data are necessary to determine the potential morbidity and mortality burden associated with this virus.

SOURCE: Kimberly Elmslie, MSc, Penny Nault, Federal Centre for AIDS, Health Protection Branch, Department of National Health and Welfare, Ottawa, Ontario.

International Notes

REVISION OF THE CDC SURVEILLANCE CASE DEFINITION FOR ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME

Introduction: The following revised case definition for surveillance of acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) was developed by CDC in collaboration with public health and clinical specialists.

The definition is organized into 3 sections that depend on the status of laboratory evidence of HIV infection (e.g., HIV antibody). The major proposed changes apply to patients with laboratory evidence for HIV infection: a) inclusion of HIV encephalopathy, HIV wasting syndrome, and a broader range of specific AIDS-indicative diseases (Section II.A); b) inclusion of AIDS patients whose indicator diseases are diagnosed presumptively (Section II.B); and c) elimination of exclusions due to other causes of immunodeficiency (Section I.A).

Application of the definition for children differs from that for adults in 2 ways. First, multiple or recurrent serious bacterial infections and lymphoid interstitial pneumonia/pulmonary lymphoid hyperplasia are accepted as indicative of AIDS among children but not among adults. Second, for children <15 months of age whose mothers are

Ce programme de surveillance recueille une somme considérable de données sur l'épidémiologie du SIDA au Canada. Cependant, l'information sur la prévalence de l'infection à VIH à l'échelle nationale reste limitée. Ce type d'information est indispensable pour déterminer la morbidité et la mortalité potentielles associées à ce virus.

SOURCE: Kimberly Elmslie, MSc, Penny Nault, Centre fédéral pour le SIDA, Direction générale de la protection de la santé, Santé nationale et Bien-être social, Ottawa (Ontario).

Notes internationales

RÉVISION DE LA DÉFINITION CDC DU CAS DE SYNDROME D'IMMUNODÉFICIENCE ACQUISE, AUX FINS DE LA SURVEILLANCE

Introduction: La définition de ce qui suit a été révisée par le CDC en collaboration avec des spécialistes de la santé publique et des cliniciens; elle s'applique à la surveillance du syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA).

La définition se divise en 3 parties, en fonction des signes biologiques d'infection à VIH (par exemple, anticorps anti-VIH). Les principales modifications proposées visent les malades présentant des signes biologiques d'infection à VIH: a) inclusion d'encéphalopathie à VIH et de syndrome d'émaciation à VIH, et étendue de la gamme d'atteintes spécifiques révélatrices du SIDA (partie II.A); b) inclusion des sidatiques dont les atteintes révélatrices font l'objet d'un diagnostic de présomption (partie II.B); et c) suppression de toute exclusion pour autres causes de carence immunitaire (partie I.A).

Il y a 2 différences entre l'application de la définition aux cas pédiatriques et adultes. D'abord, les infections bactériennes graves, multiples ou récidivantes, et la pneumonie interstitielle lymphoïde/hyperplasie lymphoïde pulmonaire sont acceptées comme étant révélatrices du SIDA chez les enfants, mais pas chez les adultes. Ensuite, les critères de laboratoire relatifs à l'infection à

thought to have had HIV infection during the child's perinatal period, the laboratory criteria for HIV infection are more stringent, since the presence of HIV antibody in the child is, by itself, insufficient evidence for HIV infection because of the persistence of passively acquired maternal antibodies <15 months after birth.

1987 REVISION OF CASE DEFINITION FOR AIDS FOR SURVEILLANCE PURPOSES

For national reporting, a case of AIDS is defined as an illness characterized by one or more of the following "indicator" diseases, depending on the status of laboratory evidence of HIV infection, as shown below.

I. Without Laboratory Evidence Regarding HIV Infection

If laboratory tests for HIV were not performed or gave inconclusive results (See Appendix I) and the patient had no other cause of immunodeficiency listed in Section I.A below, then any disease listed in Section 1.B indicates AIDS if it was diagnosed by a definitive method (See Appendix II).

A. Causes of immunodeficiency that disqualify diseases as indicators of AIDS in the absence of laboratory evidence for HIV infection

1. high-dose or long-term systemic corticosteroid therapy or other immunosuppressive/cytotoxic therapy <3 months before the onset of the indicator disease
2. any of the following diseases diagnosed <3 months after diagnosis of the indicator disease; Hodgkin's disease, non-Hodgkin's lymphoma (other than primary brain lymphoma), lymphocytic leukemia, multiple myeloma, any other cancer of lymphoreticular or histiocytic tissue, or angioimmunoblastic lymphadenopathy
3. a genetic (congenital) immunodeficiency syndrome or an acquired immunodeficiency syndrome atypical of HIV infection, such as one involving hypogammaglobulinemia

B. Indicator diseases diagnosed definitively (See Appendix II)

1. Candidiasis of the esophagus, trachea, bronchi, or lungs
2. cryptococcosis, extrapulmonary
3. cryptosporidiosis with diarrhea persisting >1 month
4. cytomegalovirus disease of an organ other than liver, spleen, or lymph nodes in a patient >1 month of age
5. herpes simplex virus infection causing a mucocutaneous ulcer that persists longer than 1 month; or bronchitis, pneumonitis, or esophagitis for any duration affecting a patient >1 month of age
6. Kaposi's sarcoma affecting a patient <60 years of age
7. lymphoma of the brain (primary) affecting a patient <60 years of age
8. lymphoid interstitial pneumonia and/or pulmonary lymphoid hyperplasia (LIP/PLH complex) affecting a child <13 years of age
9. **Mycobacterium avium** complex or **M. kansasii** disease, disseminated (at a site other than or in addition to lungs, skin, or cervical or hilar lymph nodes)

VIH sont plus rigoureux pour un enfant de moins de 15 mois dont on pense que la mère a contracté l'infection à VIH au cours de la période périnatale, car la présence d'anticorps anti-VIH chez l'enfant constitue une preuve insuffisante d'infection à VIH puisque des anticorps maternels acquis passivement peuvent persister jusqu'à 15 mois après la naissance.

DÉFINITION DU CAS DE SIDA AUX FINS DE LA SURVEILLANCE - RÉVISION DE 1987

Aux fins de la déclaration nationale, un cas de SIDA est défini comme étant une maladie caractérisée par au moins une des atteintes "révélatrices" suivantes, selon les signes biologiques d'infection à VIH, à savoir:

I. Absence de signes biologiques relatifs à l'infection à VIH

Si les tests de laboratoire à l'égard du VIH n'ont pas été pratiqués ou se sont révélés peu concluants (voir l'Annexe I), et que la carence immunitaire du malade ne s'explique par aucune autre des causes dont fait état la partie I.A, toute atteinte figurant à la partie I.B est révélatrice du SIDA si elle a été diagnostiquée par une méthode formelle (voir l'Annexe II).

A. Causes de carence immunitaire excluant une atteinte de la catégorie révélatrice du SIDA, en l'absence de signes biologiques d'infection à VIH

1. Corticothérapie générale à fortes doses ou à long terme, ou tout autre traitement immuno-supresseur ou cytotoxique au cours des 3 mois précédant l'installation de la maladie révélatrice;
2. l'une ou l'autre des atteintes qui suivent, lorsque le diagnostic est posé dans les 3 mois suivant celui de la maladie révélatrice: maladie de Hodgkin, lymphome non hodgkinien (autre que lymphome cérébral primaire), leucémie lymphocytaire, myélome multiple, tout autre cancer du tissu lymphoréticulaire ou histiocyttaire, ou lymphadénopathie angio-immunoblastique;
3. un syndrome de carence immunitaire génétique (congénitale), ou un syndrome de carence immunitaire acquise atypique de l'infection à VIH, par exemple avec hypogammaglobulinémie.

B. Atteintes révélatrices diagnostiquées de façon formelle (voir l'Annexe II)

1. Candidose de l'oesophage, de la trachée, des bronches ou des poumons;
2. cryptococcose extrapulmonaire;
3. cryptosporidiose avec diarrhée persistant plus d'un mois;
4. cytomégalovirose touchant un organe autre que le foie, la rate ou des ganglions lymphatiques, chez un sujet de plus d'un mois;
5. infection par le virus de l'herpès simplex, déterminant un ulcère mucocutané persistant pendant plus d'un mois; ou bronchite, pneumonite ou oesophagite de quelque durée que ce soit, chez un sujet de plus d'un mois;
6. sarcome de Kaposi chez un sujet de moins de 60 ans;
7. lymphome cérébral (primaire) chez un sujet de moins de 60 ans;
8. pneumonie interstitielle lymphoïde et/ou hyperplasie lymphoïde pulmonaire (complexe PIL/HLP), chez un enfant de moins de 13 ans;
9. complexe **Mycobacterium avium** ou maladie à **M. kansasii** déterminant une infection diffuse (site autre que poumons, peau, ou ganglions cervicaux ou hilaires; ou additionnel à ces localisations);

10. **Pneumocystis carinii**
11. progressive multifocal leuko-encephalopathy
12. toxoplasmosis of the brain affecting a patient >1 month of age

II. With Laboratory Evidence for HIV Infection

Regardless of the presence of other causes of immunodeficiency (I.A), in the presence of laboratory evidence for HIV infection (See Appendix I), any disease listed above (I.B) or below (II.A or II.B) indicates a diagnosis of AIDS.

A. Indicator diseases diagnosed definitively (See Appendix II)

1. bacterial infections, multiple or recurrent (any combination of at least 2 within a 2-year period), of the following types affecting a child <13 years of age: septicemia, pneumonia, meningitis, bone or joint infection, or abscess of an internal organ or body cavity (excluding otitis media or superficial skin or mucosal abscesses), caused by **Haemophilus**, **Streptococcus** (including pneumococcus), or other pyogenic bacteria
2. coccidioidomycosis, disseminated (at a site other than or in addition to lungs or cervical or hilar lymph nodes)
3. HIV encephalopathy (also called "HIV dementia," "AIDS dementia," or "subacute encephalitis due to HIV") (See Appendix II for description)
4. histoplasmosis, disseminated (at a site other than or in addition to lungs or cervical or hilar lymph nodes)
5. isosporiasis with diarrhea persisting >1 month
6. Kaposi's sarcoma at any age
7. lymphoma of the brain (primary) at any age
8. other non-Hodgkin's lymphoma of B-cell or unknown immunologic phenotype and the following histologic types:
 - a. small noncleaved lymphoma (either Burkitt or non-Burkitt type)
 - b. immunoblastic sarcoma (equivalent to any of the following, although not necessarily all in combination: immunoblastic lymphoma, large-cell lymphoma, diffuse histiocytic lymphoma, diffuse undifferentiated lymphoma, or high-grade lymphoma)
- Note:** Lymphomas are not included here if they are of T-cell immunologic phenotype or their histologic type is not described or is described as "lymphocytic," "lymphoblastic," "small cleaved," or "plasmacytoid lymphocytic"
9. any mycobacterial disease caused by mycobacteria other than **M. tuberculosis**, disseminated (at a site other than or in addition to lungs, skin, or cervical or hilar lymph nodes)
10. disease caused by **M. tuberculosis**, extra-pulmonary (involving at least one site outside the lungs, regardless of whether there is concurrent pulmonary involvement)

10. pneumonie à **Pneumocystis carinii**;
11. leuco-encéphalopathie multifocale progressive;
12. toxoplasmose du cerveau, chez un sujet de plus d'un mois.

II. Présence de signes biologiques positifs à l'égard de l'infection à VIH

Que la carence immunitaire s'explique ou non par d'autres causes (I.A), en présence de signes biologiques d'infection à VIH (voir l'Annexe I), l'une ou l'autre des atteintes mentionnées soit au point I.B, soit aux points II.A ou II.B, est révélatrice d'un SIDA.

A. Atteintes révélatrices diagnostiquées de façon formelle (voir l'Annexe II)

1. Formes suivantes d'infections bactériennes multiples ou récidivantes (toute combinaison d'au moins deux au cours d'une période de 2 ans), chez un enfant de moins de 13 ans: septicémie, pneumonie, méningite, infection osseuse ou articulaire, ou abcès d'un organe interne ou d'une cavité du corps (à l'exclusion de l'otite moyenne, ou d'abcès cutanés ou muqueux superficiels), attribuables à **Haemophilus**, **Streptococcus** (notamment le pneumocoque), ou à une autre bactérie pyogène;
2. coccidioidomycose généralisée (site autre que poumons ou ganglions cervicaux ou hilaires, ou additionnel à ces localisations);
3. encéphalopathie à VIH (appelée également: "démence à VIH", "démence du SIDA" ou "encéphalite subaigüe à VIH") (voir la description à l'Annexe II);
4. histoplasmosse généralisée (site autre que poumons ou ganglions cervicaux ou hilaires, ou additionnel à ces localisations);
5. coccidiose, avec diarrhée persistante plus d'un mois;
6. sarcome de Kaposi, à tout âge;
7. lymphome cérébral (primaire), à tout âge;
8. autre lymphome non hodgkinien à cellules B ou de phénotype immunologique inconnu, et types histologiques suivants:
 - a. lymphome à petites cellules à noyau non encoché (burkittien ou non),
 - b. sarcome immunoblastique (équivalent à l'une ou l'autre des atteintes qui suivent, mais pas nécessairement en combinaison: lymphome immunoblastique, lymphome à grandes cellules, lymphome histiocyttaire diffus, lymphome indifférencié diffus, ou lymphome sévère);
- Note:** Les lymphomes ne sont pas inclus ici s'ils sont à cellules T quant au phénotype immunologique, ou si leur type histologique n'est pas décrit ou s'il est décrit comme étant "lymphocytaire", "lymphoblastique", "à petites cellules à noyau encoché", ou "lymphocytaire plasmocytoïde".
9. toute mycobactériose attribuable à une mycobactéries autre que **M. tuberculosis**, généralisée (site autre que poumons, peau, ou ganglions cervicaux ou hilaires, ou additionnel à ces localisations);
10. atteinte extrapulmonaire par **M. tuberculosis** (portant sur au moins un site autre que les poumons, avec ou sans atteinte pulmonaire concomitante);

- 11. **Salmonella** (nontyphoid) septicemia, recurrent
- 12. HIV wasting syndrome (emaciation, "slim disease") (See Appendix II for description).
- B. Indicator diseases diagnosed presumptively (by a method other than those in Appendix II)

Note: Given the seriousness of diseases indicative of AIDS, it is generally important to diagnose them definitively, especially when therapy that would be used may have serious side effects or when definitive diagnosis is needed for eligibility for antiretroviral therapy. Nonetheless, in some situations, a patient's condition will not permit the performance of definitive tests. In other situations, accepted clinical practice may be to diagnose presumptively based on the presence of characteristic clinical and laboratory abnormalities. Guidelines for presumptive diagnoses are suggested in Appendix III.

1. candidiasis of the esophagus
2. cytomegalovirus retinitis with loss of vision
3. Kaposi's sarcoma
4. lymphoid interstitial pneumonia and/or pulmonary lymphoid hyperplasia (LIP/PLH complex) affecting a child <13 years of age
5. mycobacterial disease (acid-fast bacilli with species not identified by culture), disseminated (involving at least one site other than or in addition to lungs, skin, or cervical or hilar lymph nodes)
6. **Pneumocystis carinii** pneumonia
7. toxoplasmosis of the brain affecting a patient >1 month of age

III. With Laboratory Evidence Against HIV Infection

With laboratory test results negative for HIV infection (See Appendix I), a diagnosis of AIDS for surveillance purposes is ruled out **unless:**

- A. all the other causes of immunodeficiency listed above in Section I.A are excluded; **AND**
- B. the patient has had either:
 1. **Pneumocystis carinii** pneumonia diagnosed by a definitive method (See Appendix II); **OR**
 2. a. any of the other diseases indicative of AIDS listed above in Section I.B diagnosed by a definitive method (See Appendix II); **AND**
 - b. a T-helper/inducer (CD4) lymphocyte count <400/mm³.

APPENDIX I

Laboratory Evidence For or Against HIV Infection

1. For Infection:

When a patient has disease consistent with AIDS:

- a. a serum specimen from a patient >15 months of age, or from a child <15 months of age whose mother is not thought to have had HIV infection during the child's perinatal period, that is

- 11. septicémie à salmonelles (non typhiomorbe), récidivante;
- 12. syndrome d'émaciation à VIH (émaciation, "maladie Slim") (voir la description à l'Annexe II).
- B. Atteintes révélatrices diagnostiquées par présomption (par une méthode autre que celles figurant à l'Annexe II)

Note: Étant donné la gravité des atteintes révélatrices du SIDA, il importe généralement de les diagnostiquer de façon formelle, surtout lorsque la thérapie qui serait appliquée peut entraîner de graves effets secondaires ou qu'un diagnostic formel est indispensable à l'admissibilité à un traitement antirétroviral. Dans certains cas, l'état du malade empêchera toutefois la pratique de tests formels. Dans d'autres cas, la pratique clinique acceptée peut être le diagnostic de présomption basé sur la présence d'altérations cliniques et biologiques caractéristiques. L'Annexe III propose des directives en matière de diagnostic de présomption.

1. Candidose de l'oesophage;
2. rétinite à cytomégalovirus, avec perte de vision;
3. sarcome de Kaposi;
4. pneumonie interstitielle lymphoïde et/ou hyperplasie lymphoïde pulmonaire (complexe PIL/HLP), chez un enfant de moins de 13 ans;
5. mycobactériose (bacilles acidorésistants, avec espèces non identifiées par culture) généralisée (touchant au moins un site autre que poumons, peau, ou ganglions cervicaux ou hilaires; ou additionnel à ces localisations);
6. pneumonie à **Pneumocystis carinii**;
7. toxoplasmose du cerveau, chez un sujet de plus d'un mois.

III. Présence de signes biologiques négatifs à l'égard de l'infection à VIH

La présence de résultats de laboratoire négatifs à l'égard de l'infection à VIH (voir l'Annexe I) élimine un diagnostic de SIDA aux fins de la surveillance, **sauf si:**

- A. toutes les autres causes de carence immunitaire susmentionnées (partie I.A) sont exclues; **ET SI**
- B. le sujet a présenté:
 1. une pneumonie à **Pneumocystis carinii** diagnostiquée par une méthode formelle (voir l'Annexe II); **OU**
 2. a. une des autres atteintes révélatrices du SIDA mentionnées à la partie I.B, diagnostiquée par une méthode formelle (voir l'Annexe II); **ET**
 - b. une numération des lymphocytes T-auxiliaires/inducteurs (CD4) inférieure à 400/mm³.

ANNEXE I

Signes biologiques positifs ou négatifs à l'égard de l'infection à VIH

1. Positifs

En présence d'une maladie compatible avec le SIDA:

- a. une réactivité répétée à l'anticorps anti-VIH, démontrée par un test sérologique de dépistage (par exemple, titrage avec immuno-adsorbant lié à une enzyme (ELISA)) chez un sujet de 15 mois ou plus, ou chez un enfant de moins de 15

repeatedly reactive for HIV antibody by a screening test (e.g., enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA)), as long as subsequent HIV-antibody tests (e.g., Western blot, immunofluorescence assay), if done, are positive; OR

- b. a serum specimen from a child <15 months of age, whose mother is thought to have had HIV infection during the child's perinatal period, that is repeatedly reactive for HIV antibody by a screening test (e.g., ELISA), plus increased serum immunoglobulin levels and at least one of the following abnormal immunologic test results: reduced absolute lymphocyte count, depressed CD4 (T-helper) lymphocyte count, or decreased CD4/CD8 (helper/suppressor) ratio, as long as subsequent antibody tests (e.g., Western blot, immunofluorescence assay), if done, are positive; OR

- c. a positive test for HIV serum antigen; OR
- d. a positive HIV culture confirmed by both reverse transcriptase detection and a specific HIV-antigen test or *in situ* hybridization using a nucleic acid probe; OR
- e. a positive result on any other highly specific test for HIV (e.g., nucleic acid probe of peripheral blood lymphocytes).

2. Against Infection:

A nonreactive screening test for serum antibody to HIV (e.g., ELISA) without a reactive or positive result on any other test for HIV infection (e.g., antibody, antigen, culture), if done.

3. Inconclusive (Neither For nor Against Infection):

- a. a repeatedly reactive screening test for serum antibody to HIV (e.g., ELISA) followed by a negative or inconclusive supplemental test (e.g., Western blot, immunofluorescence assay) without a positive HIV culture or serum antigen test, if done; OR
- b. a serum specimen from a child <15 months of age, whose mother is thought to have had HIV infection during the child's perinatal period, that is repeatedly reactive for HIV antibody by a screening test, even if positive by a supplemental test, without additional evidence for immunodeficiency as described above (in 1.b) and without a positive HIV culture or serum antigen test, if done.

APPENDIX II

Definitive Diagnostic Methods for Disease Indicative of AIDS

| Diseases | Definitive Diagnostic Methods |
|--|-------------------------------|
| cryptosporidiosis | |
| cytomegalovirus | |
| isosporiasis | |
| Kaposi's sarcoma | |
| lymphoma | |
| lymphoid pneumonia or hyperplasia | |
| Pneumocystis carinii pneumonia | |
| progressive multifocal leukoencephalopathy | |
| toxoplasmosis | |

mois dont la mère n'aurait pas contracté l'infection à VIH pendant la période périnatale, à condition que toute épreuve subséquente de détection de l'anticorps anti-VIH (par exemple, immunotransfert, immunofluorescence) se révèle positive; OU

- b. une réactivité répétée à l'anticorps anti-VIH, démontrée par un test sérologique de dépistage (par exemple, ELISA) chez un enfant de moins de 15 mois dont la mère aurait contracté l'infection à VIH pendant la période périnatale, ainsi qu'une immunoglobulinémie augmentée et au moins une des anomalies immunologiques suivantes: diminution de la numération lymphocytaire absolue, taux abaissé des lymphocytes CD4 (T-auxiliaires), ou diminution du rapport CD4/CD8 (auxiliaires/supresseurs), à condition que toute épreuve subséquente de détection de l'anticorps (par exemple, immuno-transfert, immunofluorescence) se révèle positive; OU
- c. un test positif à l'égard de l'antigène sérique du VIH; OU
- d. une culture VIH positive, confirmée à la fois par la détection de la transcriptase inverse et par une épreuve spécifique de l'antigène du VIH ou une hybridation *in situ* à l'aide d'une sonde à l'acide nucléique; OU
- e. un résultat positif à tout autre test hautement spécifique à l'égard du VIH (par exemple, sonde à l'acide nucléique - lymphocytes du sang périphérique).

2. Négatifs

La non-réactivité d'un test de dépistage de l'anticorps sérique anti-VIH (par exemple, ELISA), en l'absence d'un résultat réactif ou positif à toute autre épreuve de détection de l'infection à VIH (par exemple, anticorps, antigène, culture).

3. Peu concluants (ni positifs, ni négatifs)

- a. La réactivité répétée d'un test de dépistage de l'anticorps sérique anti-VIH (par exemple, ELISA), suivie d'un résultat négatif ou peu concluant à un test complémentaire (par exemple, immunotransfert, immunofluorescence) - sans positivité d'une culture à l'égard du VIH ou d'un test à l'égard de l'antigène sérique; OU
- b. une réactivité répétée à l'anticorps anti-VIH, démontrée par un test sérologique de dépistage chez un enfant de moins de 15 mois dont la mère aurait contracté l'infection à VIH pendant la période périnatale, même en cas de positivité du prélèvement sérique à une épreuve complémentaire, en l'absence de signes supplémentaires de carence immunitaire décrits au point 1.b et de résultat positif d'une culture à l'égard du VIH ou d'un test à l'égard de l'antigène sérique.

ANNEXE II

Méthodes diagnostiques formelles des atteintes révélatrices du SIDA

| Atteintes | Méthodes diagnostiques formelles |
|--|---------------------------------------|
| Cryptosporidiose Cytomégalovirose Coccidiose Sarcome de Kaposi Lymphome Pneumonie ou hyperplasie lymphoïde Pneumonie à Pneumocystis carinii Leuco-encéphalopathie multifocale progressive Toxoplasmose | Microscopie (histologie ou cytologie) |

| Diseases | Definitive Diagnostic Methods | Atteintes | Méthodes diagnostiques formelles |
|---|---|--|--|
| candidiasis | gross inspection by endoscopy or autopsy or by microscopy (histology or cytology) on a specimen obtained directly from the tissues affected (including scrapings from the mucosal surface), not from a culture. | Candidose | Examen grossier soit par endoscopie ou autopsie, soit par microscopie (histologie ou cytologie) d'un échantillon prélevé directement des tissus affectés (notamment de grattages de la surface muqueuse), non d'une culture. |
| coccidioidomycosis cryptococcosis herpes simplex virus histoplasmosis | microscopy (histology or cytology), culture, or detection of antigen in a specimen obtained directly from the tissues affected or a fluid from those tissues. | Coccidioidomycose Cryptococcose Virus de l'herpès simplex Histoplasmose | Microscopie (histologie ou cytologie), culture, ou détection de l'antigène dans un échantillon prélevé directement des tissus affectés ou dans un liquide provenant de ces tissus. |
| tuberculosis other mycobacteriosis salmonellosis other bacterial infection | culture. | Tuberculose Autre mycobactériose Salmonellose Autre infection bactérienne | Culture. |
| HIV encephalopathy* (dementia) | clinical findings of disabling cognitive and/or motor dysfunction interfering with occupation or activities of daily living, or loss of behavioral developmental milestones affecting a child, progressing over weeks to months, in the absence of a concurrent illness or condition other than HIV infection that could explain the findings. Methods to rule out such concurrent illnesses and conditions must include cerebrospinal fluid examination and either brain imaging (computed tomography or magnetic resonance) or autopsy. | Encéphalopathie à VIH* (démence) | Résultats cliniques démontrant un dérèglement invalidant cognitif et/ou moteur qui au travail ou aux activités quotidiennes, ou régression d'un enfant sur le plan du développement comportemental, évoluant sur une période allant de plusieurs semaines à plusieurs mois, en l'absence de toute atteinte ou tout état concomitant autre que l'infection à VIH qui pourrait expliquer ces manifestations. Les méthodes visant à écarter la possibilité d'atteintes ou d'états concomitants de ce type doivent inclure l'examen du liquide céphalorachidien, ainsi que l'imagerie cérébrale (tomodensitométrie ou résonance magnétique) ou l'autopsie. |
| HIV wasting syndrome* | findings of profound involuntary weight loss >10% of baseline body weight plus either chronic diarrhea (at least 2 loose stools per day for ≥30 days) or chronic weakness and documented fever (for ≥30 days, intermittent or constant) in the absence of a concurrent illness or condition other than HIV infection that could explain the findings (e.g., cancer, tuberculosis, cryptosporidiosis, or other specific enteritis). | Syndrome d'émaciation à VIH* | Observation d'une perte pondérale marquée et involontaire représentant plus de 10% du poids corporel initial, accompagnée soit de diarrhée chronique (au moins 2 selles molles par jour pendant 30 jours ou plus), soit de faiblesse chroniques et de fièvre documentée (pendant 30 jours ou plus, de façon intermittente ou constante), sans atteinte ou état concomitant autre que l'infection à VIH qui pourrait expliquer ces manifestations (par exemple, cancer, tuberculose, cryptosporidiose, ou autre entérite spécifique). |

*For HIV encephalopathy and HIV wasting syndrome, the methods of diagnosis described here are not truly definitive, but are sufficiently rigorous for surveillance purposes.

*Pour ce qui est de l'encéphalopathie à VIH et du syndrome d'émaciation à VIH, les méthodes diagnostiques susmentionnées ne sont pas vraiment catégoriques, mais sont assez précises aux fins de la surveillance.

APPENDIX III

Suggested Guidelines for Presumptive Diagnosis of Diseases Indicative of AIDS

| Diseases | Presumptive Diagnostic Criteria |
|---------------------------------|---|
| candidiasis of esophagus | <ul style="list-style-type: none"> a. recent onset of retrosternal pain on swallowing; AND b. oral candidiasis diagnosed by the gross appearance of white patches or plaques on an erythematous base or by the microscopic appearance of fungal mycelial filaments in an uncultured specimen scraped from the oral mucosa. |
| cytomegalovirus retinitis | a characteristic appearance on serial ophthalmoscopic examinations (e.g., discrete patches of retinal whitening with distinct borders, spreading in a centrifugal manner, following blood vessels, progressing over several months, frequently associated with retinal vasculitis, hemorrhage, and necrosis). Resolution of active disease leaves retinal scarring and atrophy with retinal pigment epithelial mottling. |
| mycobacteriosis | microscopy of a specimen from stool or normally sterile body fluids or tissue from a site other than lungs, skin, or cervical or hilar lymph nodes, showing acid-fast bacilli of a species not identified by culture. |
| Kaposi's sarcoma | <p>a characteristic gross appearance of an erythematous or violaceous plaque-like lesion on skin or mucous membrane.</p> <p>(Note: Presumptive diagnosis of Kaposi's sarcoma should not be made by clinicians who have seen few cases of it.)</p> |
| lymphoid interstitial pneumonia | bilateral reticulonodular interstitial pulmonary infiltrates present on chest X ray for ≥2 months with no pathogen identified and no response to antibiotic treatment. |
| pneumocystis carinii pneumonia | <ul style="list-style-type: none"> a. a history of dyspnea on exertion or nonproductive cough of recent onset (within the past 3 months); AND b. chest X-ray evidence of diffuse bilateral interstitial infiltrates or gallium scan evidence of diffuse bilateral pulmonary disease; AND c. arterial blood gas analysis showing an arterial pO_2 of <70 mm Hg or a low respiratory diffusing capacity (<80% of predicted values) or an increase in the alveolar-arterial oxygen tension gradient; AND d. no evidence of a bacterial pneumonia. |

ANNEXE III

Directives proposées pour le diagnostic de présomption d'atteintes révélatrices du SIDA

| Atteintes | Critères de diagnostic de présomption |
|---|---|
| Candidose œsophagienne | <ul style="list-style-type: none"> a. Installation récente de douleurs rétrosternales à la déglutition; ET b. candidose buccale diagnostiquée par l'observation macroscopique de plaques ou placards blancs sur un fond érythémateux, ou par l'observation microscopique de filaments mycéliens fongiques dans un échantillon non cultivé prélevé par grattage de la muqueuse buccale. |
| Rétinite à cytomegalovirus | Aspect caractéristique noté à l'ophtalmoscopie en série (par exemple, points discrets de décoloration rétinienne bien délimités, s'étendant de façon centrifuge sur le trajet des vaisseaux et évoluant sur plusieurs mois, souvent en association avec une vasculite, une hémorragie et une nécrose de la rétine). La résolution laisse des cicatrices sur la rétine, et une atrophie avec tacheture sur l'épithélium pigmentaire de la rétine. |
| Mycobactériose | Microscopie d'un échantillon de selle, de liquides organiques normalement stériles ou de tissu prélevé d'un site autre que poumons, peau, ou ganglions cervicaux ou hilaires, montrant la présence de bactéries acido-résistantes d'une espèce non identifiée par culture. |
| Sarcome de Kaposi | Apparition caractéristique et macroscopique de lésions érythémateuses ou violacées se présentant comme des placards, sur la peau ou la membrane muqueuse. |
| Pneumonie interstitielle limphoïde | (Note: Un diagnostic de présomption de sarcome de Kaposi ne doit pas être posé par un médecin qui n'en a observé que quelques cas.) |
| Pneumonie à <i>Pneumocystis carinii</i> | <p>Radiographie pulmonaire montrant des images bilatérales d'infiltrats interstitiels réticulonodulaires pendant 2 mois ou plus, sans identification d'agent pathogène ni réponse à l'antibiothérapie.</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Antécédents de dyspnée à l'effort ou de toux imprédictive d'installation récente (au cours des 3 derniers mois); ET b. radiographie pulmonaire montrant des images diffuses et bilatérales d'infiltrats interstitiels, ou tomographie au gallium révélant une atteinte pulmonaire bilatérale et diffuse; ET c. dosage des gaz du sang artériel révélant une pO_2 de moins de 70 mm d'Hg, ou faible capacité de diffusion respiratoire (inférieure à 80% des valeurs prévues), ou élévation du gradient de tension de l'oxygène alvéolo-artériel; ET d. absence de signe de pneumonie bactérienne. |

| | | | |
|-------------------------------|---|---------------------------|---|
| toxoplasmosis of the brain | <ul style="list-style-type: none"> a. recent onset of a focal neurologic abnormality consistent with intra-cranial disease or a reduced level of consciousness; AND b. brain imaging evidence of a lesion having a mass effect (on computed tomography or nuclear magnetic resonance) or the radiographic appearance of which is enhanced by injection of contrast medium; AND c. serum antibody to toxoplasmosis or successful response to therapy for toxoplasmosis. | Toxoplasmose cérébrale | <ul style="list-style-type: none"> a. Installation récente d'un trouble neurologique en foyer, compatible avec une atteinte intra-crânienne, ou conscience diminuée; ET b. tomographie du cerveau montrant une lésion qui a un effet de masse (tomographie de reconstruction ou par résonance magnétique nucléaire), ou dont la visualisation radiographique est rehaussée par injection d'un opacifiant; ET c. présence d'anticorps sériques contre la toxoplasmose, ou bonne réponse au traitement de la toxoplasme. |
|-------------------------------|---|---------------------------|---|

SOURCE: *Morbidity and Mortality Weekly Report, Vol 36 (Suppl No 1S), 1987.*

Note: The above revised case definition for AIDS was recently reviewed and adopted by the Epidemiology and Public Health Subcommittee of the National Advisory Committee on AIDS and will be put into effect immediately in Canada.

The AIDS case report form is currently being revised and copies of the new version should be available by 1 November.

AIDS SURVEILLANCE - UNITED STATES

As of 14 September 1987, 41 825 AIDS cases (41 250 adult/adolescent, 575 pediatric) had been reported to the Centers for Disease Control in Atlanta, Georgia (provisional data). Twenty-four thousand and seventy (58%) of these cases have died. Table 1 shows the distribution of cases by transmission category. Thirty-eight thousand seven hundred and five of the total cases have been males. Distribution of reported cases and deaths by opportunistic disease group is shown in Table 2.

**Table 1. Distribution of AIDS Cases by Transmission Category (14 September 1987) - United States/
Tableau 1. Distribution des cas de SIDA selon la catégorie de transmission (au 14 septembre 1987) - États-Unis**

| Transmission Categories/ Catégories de transmission | Number/ Nombre | (%) |
|---|-------------------|-------|
| Adults/Adolescents/ Adultes/Adolescents | | |
| Homosexual/Bisexual Male/Hommes homosexuels/bisexuels | 27 270 | (66) |
| Intravenous Drug Abuser/Toxicomanes (i.v.) | 6776 | (16) |
| Homosexual males/IV Drug Abuser/Hommes homosexuels/toxicomanes i.v. | 3110 | (8) |
| Hemophilia/Coagulation Disorder/Hémophiles/victimes de dérèglements de la coagulation | 377 | (1) |
| Heterosexual Cases/Cas hétérosexuels | 1612 | (4) |
| Transfusion, Blood/Components/Transfusés (sang, fractions sanguines) | 872 | (2) |
| Undetermined/Non déterminée | 1233 | (3) |
| Subtotal/Total partiel | 41 250 | (100) |
| Pediatric/Enfants | | |
| Hemophilia/Coagulation Disorder/Hémophiles/victimes du dérèglements de la coagulation | 31 | (5) |
| Parent with/at risk of AIDS/Parent à risque ou atteint (SIDA) | 450 | (78) |
| Transfusion, Blood/Components/Transfusés (sang, fractions sanguines) | 69 | (12) |
| None of the Above/Autres | 25 | (4) |
| Subtotal/Total partiel | 575 | (100) |
| TOTAL | 41 825 | |

SOURCE: *Morbidity and Mortality Weekly Report, Vol 36 (Suppl. n° 1S), 1987.*

Note: La définition révisée de cas de SIDA présentée ci-dessus a été revue et adoptée récemment par le Sous-comité d'épidémiologie et de santé publique du Comité consultatif national pour le SIDA et sera appliquée dès maintenant au Canada.

On est à revoir le formulaire de déclaration de cas; la nouvelle version devrait être disponible vers le 1er novembre.

SURVEILLANCE DU SIDA - ÉTATS-UNIS

Au 14 septembre 1987, 41 825 cas de SIDA (41 250 adultes et adolescents et 575 enfants) avaient été signalés aux Centers for Disease Control d'Atlanta, Géorgie (chiffres provisoires). De ce nombre, 24 070 (58%) sont morts. Le Tableau 1 fait la répartition des cas selon la catégorie de transmission. Du nombre total de cas, 38 705 étaient de sexe masculin. La distribution des cas signalés de maladies opportunistes et des décès qui en ont résulté est donnée au Tableau 2.

Table 2. Distribution of Reported Cases and Deaths by Opportunistic Disease Group (14 September 1987) - United States/
Tableau 2. Distribution des cas signalés et des décès selon la maladie opportuniste (au 14 septembre 1987) - États-Unis

| Primary Disease Reported/ Atteinte initiale signalée | Reported Cases/ Cas signalés | | Known Deaths/ Décès connus | |
|--|---------------------------------|--------------|-------------------------------|-------------|
| | Number/ Nombre | (%) | Number/ Nombre | (%) |
| Pneumocystis carinii Pneumonia/ Pneumonie à Pneumocystis carinii | 27 205 | (65) | 15 683 | (58) |
| Other Opportunistic Diseases/ Autres maladies opportunistes | 9510 | (23) | 6030 | (63) |
| Kaposi's Sarcoma/Sarcome de Kaposi | 5110 | (12) | 2357 | (46) |
| TOTAL | 41 825 | (100) | 24 070 | (58) |

SOURCE: AIDS Weekly Surveillance Report, Centers for Disease Control, Atlanta, Georgia.

SOURCE: AIDS Weekly Surveillance Report, Centers for Disease Control, Atlanta (Géorgie).

AIDS - WHO EUROPEAN REGION

As of 31 March 1987, a total of 5687 cases of AIDS had been reported by the 27 countries participating in the surveillance of AIDS in the WHO European Region. This figure includes 1138 new cases notified since the end of December 1986, i.e., an average of 87 new cases per week. The average weekly number of new cases in the 17 countries having reported since 1984 has increased from 14 in the first 3 months of 1985 to 39 in the corresponding period of 1986 and 85 in 1987. The greatest increases were observed in France (411 new cases, i.e., 31-32 per week), the Federal Republic of Germany (173, i.e., 13-14 per week), Italy (141, i.e., 10-11 per week), the United Kingdom, (119, i.e., 9-10 per week), and Spain (93, i.e., 7-8 per week). In the 25 countries also reporting on AIDS at the end of March 1986, the cumulative total increased from 2542 in March 1986 to 5679 in March 1987, an increase of 123%. This is similar to the increase seen in the 12-month period from December 1985 to December 1986 (124%).

Seventy per cent or 3994 of the 5687 cases were diagnosed with 1 or more opportunistic infections, 15% (873 cases) with Kaposi's sarcoma, 11% (647 cases) had both opportunistic infections and Kaposi's sarcoma, and 173 cases presented with other symptoms including multifocal leukoencephalopathy, lymphoma limited to the brain, or non-Hodgkin's lymphoma. Half (2838) of all AIDS patients reported in the European Region have died.

Of the 5687 cases reported, 495 (8.7%) were of non-European origin, mostly African (273 cases) and American (196 cases). Nearly 500 patients, including 338 of European origin, had onset of illness outside Europe.

Ninety per cent of the cases were males and 64% of all cases for whom age was known were adults in the age group 20-39 years. Among the 5031 cases in adult Europeans, 3368 (67%) were homosexual or bisexual males, 821 (16%) heterosexual drug abusers, 128 homosexual or bisexual male drug abusers, 199 hemophiliacs and 156 had received blood transfusions. Heterosexual contact was established as the most likely mode of infection in 129 patients. Twenty-one per cent of patients of non-European origin appeared to have been infected by heterosexual contact and very few were homosexual males or IV drug abusers (IVDA).

SIDA - RÉGION EUROPÉENNE DE L'OMS

Au 31 mars 1987, on avait recensé 5687 cas de SIDA dans les 27 pays qui participent à la surveillance de cette maladie dans la Région européenne de l'OMS. Ce chiffre comprend 1138 nouveaux cas déclarés depuis la fin décembre 1986, soit une moyenne de 87 nouveaux cas par semaine. Le nombre hebdomadaire moyen de nouveaux cas dans les 17 pays notifiant la maladie depuis 1984 est passé de 14 au premier trimestre 1985 à 39 pour la période correspondante en 1986 et à 85 pour cette même période 1987. Les augmentations les plus fortes ont été observées en France (411 nouveaux cas, soit 31-32 par semaine), en République fédérale d'Allemagne (173, soit 13-14 par semaine), en Italie (141, soit 10-11 par semaine), au Royaume-Uni (119, soit 9-10 par semaine), et en Espagne (93, soit 7-8 par semaine). Dans les 25 pays ayant signalé la maladie à la fin mars 1986, le nombre total de cas est passé de 2542 en mars 1986 à 5679 en mars 1987, soit une augmentation de 123%, similaire à l'augmentation observée au cours de la période de 12 mois allant de décembre 1985 à décembre 1986 (124%).

Sur le total de 5687 cas, 70% (3994) présentaient 1 ou plusieurs infections opportunistes, 15% (873) un sarcome de Kaposi, 11% (647) à la fois des infections opportunistes et un sarcome de Kaposi; enfin, 173 présentaient d'autres symptômes, notamment une leucoencéphalopathie multifocale, un lymphome cérébral, ou un lymphome non hodgkinien. La moitié de tous les malades atteints du SIDA signalés dans la Région européenne, soit 2838, sont décédés.

Sur les 5687 cas notifiés, 495 cas (8,7%) concernaient des sujets d'origine non européenne venus pour la plupart d'Afrique (273) et des Amériques (196). Pour près de 500 malades, dont 338 d'origine européenne, la maladie s'est déclarée hors d'Europe.

Quatre-vingt dix pour cent des cas concernaient des sujets de sexe masculin, et 64% des malades dont l'âge était connu appartenaient au groupe des 20-39 ans. Sur les 5031 malades adultes européens, 3368 (67%) étaient des hommes homosexuels ou bisexuels, 821 (16%) des toxicomanes hétérosexuels, 128 des toxicomanes homosexuels ou bisexuels de sexe masculin, 199 des hémophiles et 156 des transfusés. Chez 129 malades, le contact hétérosexuel a été considéré comme le mode d'infection le plus probable. Chez les malades d'origine non européenne, 21% paraissent avoir été infectés par contact hétérosexuel et très peu étaient des hommes homosexuels ou des toxicomanes par voie intraveineuse.

Altogether, 15 European countries have reported 162 cases in children under 15 years of age. Of these, 121 were of European origin. The risk group was known for 118. More than half (65) were born to women with AIDS or at increased risk of having acquired the infection, 28 were hemophiliacs and 25 had received blood transfusions. Of the 41 pediatric cases of non-European origin, 37 were born to women at increased risk of acquiring AIDS mainly through heterosexual contact (20 cases).

Fifteen countries had reported altogether 826 cases among heterosexual IVDA by 31 March 1987. This was the largest risk group after that constituted by homosexual and bisexual males. It was also the group showing the strongest increase; since March 1986, the number has tripled while the number of cases among homosexual and bisexual males has doubled. The increase in cases among IVDA has been particularly marked in the Federal Republic of Germany, France, Italy, and Spain.

Opportunistic infections appear to be more common (92%) and Kaposi's sarcoma less common (3%) in AIDS cases among IVDA than in the non-IVDA group (67% and 17% respectively). Also, AIDS patients among IVDA were significantly younger and there were more women than in the non-IVDA.

SOURCE: WHO Weekly Epidemiological Record, Vol 62, No 31, 1987.

Au total, 15 pays européens ont notifié 162 cas chez des enfants de moins de 15 ans. Sur ce nombre, 121 étaient d'origine européenne. Pour 118, le groupe à risque était connu. Plus de la moitié (65) étaient nés de mère atteinte du SIDA ou exposée à un risque d'infection accru, 28 étaient hémophiles et 25 avaient reçu une transfusion sanguine. Sur les 41 enfants d'origine non européenne, 37 étaient nés de femmes exposées à un risque accru de SIDA, surtout par contact hétérosexuel (20 cas).

Au 31 mars 1987, un total de 826 cas chez des toxicomanes hétérosexuels qui se piquent avaient été notifiés par 15 pays. Ce groupe est le deuxième grand groupe à risque après celui des hommes homosexuels et bisexuels. C'est aussi celui où l'on constate la plus forte augmentation: depuis mars 1986, le nombre de cas y a triplé alors que le nombre de cas chez les hommes homosexuels et bisexuels doublait. L'augmentation des cas chez les toxicomanes par voie intraveineuse a été particulièrement marquée en République fédérale d'Allemagne, en France, en Italie et en Espagne.

Les infections opportunistes semblent être plus fréquentes (92%) et le sarcome de Kaposi moins fréquent (3%) chez les malades toxicomanes que dans les autres groupes (respectivement 67% et 17%). En outre, les malades toxicomanes étaient bien plus jeunes et il y avait plus de femmes que parmi les non-toxicomanes.

SOURCE: Relevé épidémiologique hebdomadaire de l'OMS, Vol 62, n° 31, 1987.

The Canada Diseases Weekly Report presents current information on infectious and other diseases for surveillance purposes and is available free of charge upon request. Many of the articles contain preliminary information and further confirmation may be obtained from the sources quoted. The Department of National Health and Welfare does not assume responsibility for accuracy or authenticity. Contributions are welcome (in the official language of your choice) from anyone working in the health field and will not preclude publication elsewhere.

Editor: Dr. S.E. Acres (613) 957-1339
Managing Editor: Eleanor Paulson (613) 957-1788
Circulation: Dolly Riggins (613) 957-0841

Bureau of Communicable Disease Epidemiology
Laboratory Centre for Disease Control
Tunney's Pasture
OTTAWA, Ontario
Canada K1A 0L2

Le Rapport hebdomadaire des maladies au Canada, qui fournit des données pertinentes sur les maladies infectieuses et les autres maladies dans le but de faciliter leur surveillance, peut être obtenu gratuitement sur demande. Un grand nombre d'articles ne contiennent que des données sommaires mais des renseignements complémentaires peuvent être obtenus en s'adressant aux sources citées. Le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social ne peut être tenu responsable de l'exactitude, ni de l'authenticité des articles. Toute personne œuvrant dans le domaine de la santé est invitée à collaborer (dans la langue officielle de son choix) et la publication d'un article dans le présent Rapport n'en empêche pas la publication ailleurs.

Rédacteur en chef: Dr S.E. Acres (613) 957-1339
Rédacteur administratif: Eleanor Paulson (613) 957-1788
Distribution: Dolly Riggins (613) 957-0841

Bureau d'épidémiologie des maladies transmissibles
Laboratoire de lutte contre la maladie
Parc Tunney
Ottawa (Ontario)
Canada K1A 0L2