



Clostridium difficile

Actuellement, *Clostridium difficile*, bacille à Gram positif anaérobie strict, est reconnu comme un **entéropathogène majeur**, à l'origine de 10 à 20% des **diarrhées post-antibiotiques et responsable de la quasi-totalité des colites pseudo-membraneuses**. Seules les souches toxigènes sont pathogènes.

C'est une espèce commensale du tube digestif des mammifères avec une persistance **des spores dans le milieu extérieur**.

Il existe un **portage asymptomatique** chez 3 % des adultes, (souches toxigènes rares (< 1 % des adultes)) et chez 20 à 70 % **des nourrissons** (souches toxigènes, sans effet délétère).

Il existe une transmission croisée interhumaine de type oro-fécale, par manutention ou à partir de l'environnement.

La prescription d'antibiotiques entraîne au sein de la flore digestive, l'émergence et la sélection de *C. difficile* qui va produire des toxines par la suite. Ces toxines entraînent une altération de la muqueuse digestive et sa nécrose.

Traitement

Arrêt de l'antibiothérapie initiale

25 % de guérison dans les 48 à 72 h

Persistance des symptômes, arrêt de l'antibiothérapie impossible

- métronidazole (2 x 500 mg/j, 10 j, per os) lors d'une 1ère récurrence.
- vancomycine (4 x 125 mg /j, 10 j, per os)
- fidaxomicine (2x200mg/j, 10j)

Récidives

- cures répétées vancomycine
- administration de probiotiques (discutée)

Mesures d'hygiène pour limiter les transmissions croisées :

- Nettoyage avec des produits à base de chlore détruisant les spores
- Nettoyage des mains avec du savon doux (les solutions hydro-alcooliques ne sont pas efficaces)
- Gants recommandés lors des soins donnés aux patients

Le traitement des porteurs sains n'est pas recommandé

Epidémiologie

L'incidence des ICD en ville est mal connue et estimée à environ **1,5% des patients traités par antibiotiques**, soit environ 1.600.000 sujets/an.

En milieu hospitalier, on estime à 25.000 ICD/an entraînant 1.000 décès.

Les ICD provoquant des colites pseudomembraneuses peuvent se compliquer de mégacolon toxique, choc septique et décès, en particulier avec l'émergence de **clones hyper virulents** (027 ou 078/126).

Les ICD en collectivité sont à l'origine d'**épidémies** dans les services à risque.

L'épidémiologie des ICD est de plus marquée par le fort risque de récurrence :

20% après 1^{ère} ICD; 40% après 1^{ère} récurrence, et + de 60% après 2 récurrences ou plus.



Quand faut-il évoquer une ICD ?

- **diarrhées post-antibiotiques** : diarrhée modérée, en l'absence de signes généraux, avec muqueuse normale ou érosive, **pouvant persister jusqu'à deux mois après l'arrêt du traitement**, et chez les patients où l'arrêt de celui-ci ne peut être envisagé ;

- **Colite pseudo-membraneuse** : 7 à 9 % des infections à *C. difficile* ; diarrhée liquide abondante (> 7/j), hétérogène, non sanglante, fébrile, douloureuse, avec hyperleucocytose et déshydratation - Le diagnostic endoscopique montre des lésions jaunâtres éparses ou confluentes (pseudomembranes).

- **un iléus** accompagné de fièvre, de douleurs abdominales et d'hyperleucocytose ;

Cependant, on assiste actuellement à **l'émergence d'ICD chez des patients jeunes, parfois sans exposition préalable aux antibiotiques** : il faut ainsi savoir évoquer le diagnostic d'ICD devant toute diarrhée chez un patient de + de 2 ans non expliquée par une autre cause

Le diagnostic d'ICD doit être réalisé sur **des selles non moulées** (échelle de Bristol 5, 6, 7). Les écouillons rectaux et les biopsies ne sont pas recommandés.

Diagnostic des ICD

Non compris dans la coproculture standard

Test de cytotoxicité : Test de référence, sensible et spécifique mais long

Tests immuno-enzymatiques ou immuno-chromatographiques :

- détection d'une enzyme spécifique de *C. difficile* (**GDH**) : **excellente valeur prédictive négative**

- détection **des toxines A et B**, à l'aide d'anticorps spécifiques (sensibilité variable (50 à 75 %) - Valeur prédictive positive faible)

Culture

Permet d'augmenter la sensibilité et de réaliser la toxine sur la souche, d'étudier la souche (recherche du clone 027).

P.C.R. : Plus sensible que les tests EIA et la culture, mais moins que le test de cytotoxicité, elle est basée sur la détection des gènes des toxines et est coûteuse et non remboursée.

Pas de contrôle biologique après traitement
L'isolement se lève à l'arrêt de la symptomatologie