

INFECTIONS À CLOSTRIDIUM DIFFICILE TOXINOGENÈ (ICDT)

Bacille à Gram positif anaérobie strict, c'est un **entéropathogène majeur**, à l'origine de **10 à 25% des diarrhées post-antibiotiques** (quel que soit l'antibiothérapie et sa durée) et responsable de **95% des colites pseudo-membraneuses**.

C'est une espèce commensale du tube digestif des mammifères avec une persistance des spores dans le milieu extérieur et donc un risque de transmission croisée interhumaine de type oro-fécale ou par manu-portage.

EPIDÉMIOLOGIE

Il est responsable de **10% des diarrhées nosocomiales** et de possibles épidémies en collectivité par des souches virulentes (clone O27 et O78/126).

On estime qu'il est hébergé chez **8 à 21 % des patients hospitalisés** dont les 2/3 sont asymptomatiques. Il existe aussi un **portage asymptomatique chez 3 % des adultes et chez 30 à 80 % des enfants < 3 ans**.

(récepteurs intestinaux immatures aux toxines).

L'incidence des ICDT en ville est estimée à environ 1,5% des patients traités par antibiotiques, soit environ 1.600.000 sujets/an. En milieu hospitalier, l'incidence est en augmentation. En 2009 elle était estimée à 25.000 ICD/an entraînant un peu moins de 1.000 décès.

DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE DES ICDT DANS LES LABORATOIRES Bio67

Infections plus fréquentes en particulier en milieu communautaire, plus sévères et de plus en plus résistantes au Flagyl nécessitent un diagnostic rapide et fiable, d'autant plus qu'elles sont souvent sous-diagnostiquées.

Ceci nous a conduit à un CHANGEMENT DE METHODE en 2015 : nous avons remplacé la méthode immuno-enzymatique rapide mais pas assez sensible par une recherche par **PCR du gène de la toxine B de CDT** (confirmé ensuite par un isolement en culture) sensible, spécifique et rapide (résultat en moins de 24h) (96,3% de sensibilité et 92,4% de spécificité en comparaison avec la culture toxigénique = gold standard)

TRAITEMENT MÉDICAL

✓ **Arrêt de l'antibiothérapie initiale** 25 % de guérison dans les 48 à 72 h

✓ **Traitement antibiotique per os** : si persistance des symptômes ou si arrêt de l'antibiothérapie impossible

- Métronidazole (FLAGYL®) (3x500 mg/j, 10 j)

À réserver en 1^{ère} intention seulement aux formes non sévères non récidivantes et sans risque de récidives (car risque d'échec et de récurrence en augmentation). SINON :

- Vancomycine (VANCOCINE®) (4x125 mg/j, 10 j)

- Fidaxomicine (DIFICLIR®) (2x200mg/j, 10j)

PAS DE TRAITEMENT DES PORTEURS SAINS !

✓ **Nouveau traitement en développement**

Transplantation de microbiote fécal à partir d'un donneur : a fait preuve de son efficacité en cas de d'ICDT récidivante malgré un traitement antibiotique bien conduit.

✓ **Mesures d'hygiène pour limiter le risque de transmission croisée +++**

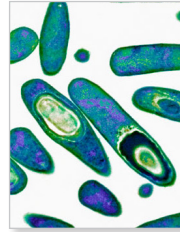
- Nettoyage avec des produits à base de chlore détruisant les spores

- Nettoyage des mains avec du savon doux (les solutions hydro-alcooliques ne sont pas efficaces)

- Gants recommandés lors des soins donnés aux patients

Mise à jour : Avril 2016

FACTEURS DE RISQUE D'ICD



Age > 65 ans – déséquilibre de la flore intestinale (tous les ATB et cela dès la première prise mais aussi laxatifs, lavements, IPP, chimiothérapie, chirurgie digestive) – Immunodépression – ATCD d'ICDT (récidive 20-25% dans les 2 mois et > 50% après 2ème récurrence).

QUAND FAUT-IL ÉVOQUER UNE ICD ?

- **Diarrhée post-antibiotique** apparaissant dès le deuxième jour de traitement et jusqu'à 2 mois après la fin du traitement = diarrhée modérée avec absence de signes généraux et une muqueuse normale ou érosive à l'endoscopie.

- **Emergence d'ICDT chez des patients NON A RISQUE** : il faut ainsi savoir évoquer le diagnostic devant toute diarrhée inexpliquée chez un patient de + de 3 ans.

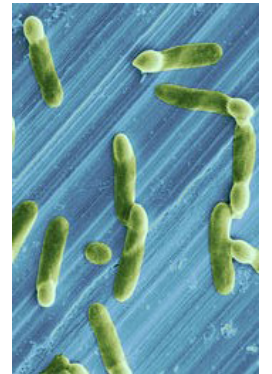
FORMES COMPLIQUÉES

- **Colite pseudo-membraneuse** dans 7 à 9 % des infections à ICDT : diarrhée liquide abondante (> 7/j) +/- sanglante, fébrile, douloureuse, avec déshydratation et AEG.

Il existe hyperleucocytose et CRP augmentée et à l'ASP ou au scanner, une aérocolie diffuse. Le diagnostic est endoscopique. Il existe des formes fulminantes.

- **Mégacôlon toxique** : ileus paralytique avec fièvre et AEG importante, des douleurs abdominales et une hyperleucocytose > 20 000/mm3.

Un état de choc est possible et la mortalité malgré un traitement médico-chirurgical urgent est de 35-50%.



CE QU'IL FAUT RETENIR

ANALYSE A FAIRE SEULEMENT EN CAS DE SELLES DIARRHIQUES

(grande sensibilité du test avec un risque de faux positif lié au portage)

✓ **Selles diarrhéiques** = seul prélèvement recommandé (pas d'écouvillonnage rectal ni de biopsie)

✓ **Un seul prélèvement suffit, à faire avant traitement**

✓ **Pas de contrôle après traitement**

✓ **La guérison est clinique : absence de diarrhées** (qui marque la levée de l'isolement en milieu hospitalier)

✓ **Sur prescription explicite du médecin** car la recherche n'est pas comprise dans la coproculture standard.

✓ **Pas de recherche chez les enfants < 3 ans**.

Référence : Diagnostic des infections à Clostridium difficile : quand et comment ? F Barbut, 16ème Journée Nationale d'infectiologie – Nancy – 10 au 12 juin 2015

Laboratoire BIO67-BIOSPHERE

Assia ; Benfeld Hincker ; Bethesda-Sleidan ; Erstein Printemps ; Fegersheim ; Illkirch ; Ingwiller Haurany
Kling ; Kochersberg ; Lingolsheim ; Meinau ; Molsheim-Centre ; Mundolsheim
Neudorf ; Neuhof ; Ostwald ; Parc ; Poteries ; Robertsau ; Rosheim
Schiltigheim Centre ; Schirmeck La Bruche ; Schuh ; Soufflenheim ; Trenz ; Val de Moder

