

EVOLUTION DANS LE TRAITEMENT DES INFECTIONS A *CLOSTRIDIUM DIFFICILE* TOXINOGENE (données du réseau national DIFTEC)

FEVRIER 2018

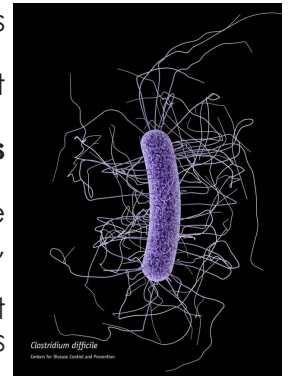
INTRODUCTION

C.difficile est une espèce commensale du tube digestif. Les souches toxigènes sont responsables de diarrhées infectieuses parfois graves. Certains clones virulents sont à l'origine d'épidémies en collectivité touchant fréquemment les sujets âgés.

Les nouvelles tendances montrent la progression du nombre de cas communautaires et l'apparition de patients atypiques (jeunes sains, absence d'antibiothérapie)

Les nouvelles recommandations de la société européenne de microbiologie clinique (ESCMID) pour la prise en charge des infections à *C.difficile* toxigène, proposées en 2014 restent peu connues.

Une étude du réseau DIFTEC, qui évalue régulièrement les pratiques diagnostiques et thérapeutiques dans les ICD, montre l'inadéquation trop fréquente entre recommandations et prescriptions.



Traitement des ICD NON SEVERES selon les Recommandations ESCMID 2014

→ **Il faut toujours arrêter l'antibiothérapie**, si possible (DIFTEC 78% ICD liées aux soins, dont 58% avec ATBthérapie)

→ Le Metronidazole PO est **Uniquement possible Si forme non sévère**

Il est déconseillé de l'utiliser **seul si forme sévère, si récurrence ou risque de récurrence, ou récurrences multiples.**

Traitement des ICD en dehors de formes non sévères selon ESCMID 2014



→ *En cas de récurrences multiples :*

Vancomycine PO 10J puis doses dégressives ou Fidaxomicine PO.

→ *En cas de forme sévère, d'échec ou de contre-indication au Metronidazole, de récurrence ou risque de récurrence :*

Vancomycine PO ou Fidaxomicine PO (si forme orale non possible Vancomycine intra-entérique ou sonde nasogastrique + Metronidazole IV)

Des expérimentations de transplantation fécale ont été réalisées avec succès. Ce type de thérapeutique est à discuter avec les spécialistes de l'infectiologie du CHU.

RAPPELS

Les données de cette étude en milieu hospitalier montrent que l'âge moyen des patients est de 71 ans et que près de 40% des épisodes sont des formes sévères.

Tableau 1. Facteurs de risque de colite à *Clostridium difficile*^{9,10}

- Utilisation d'antibiotiques durant le dernier mois (molécules les plus en cause: céphalosporines de 2^e et 3^e générations, amoxicilline associée à l'acide clavulanique, clindamycine et fluoroquinolones)
- Hospitalisation récente
- Age supérieur à 65 ans
- Comorbidités sévères
- Utilisation d'inhibiteurs de la pompe à protons
- Immunosuppression
- Alimentation entérale
- Chirurgie gastro-intestinale récente
- Promiscuité avec une personne infectée par *Clostridium difficile*

Tableau 2. Facteurs de risque de récurrence de colite à *Clostridium difficile*^{9,10}

- Nombre de récurrences antérieures
- Nécessité d'une nouvelle antibiothérapie dans l'intervalle de quatre semaines
- Sexe féminin
- Age supérieur à 65 ans
- Comorbidités sévères associées (insuffisance rénale, maladie oncologique)
- Utilisation d'inhibiteurs de la pompe à protons
- Acquisition de la maladie initiale en milieu hospitalier

Le taux de récurrence a doublé en 20 ans chez les patients >65 ans (de 29% en 1995 à 58% en 2006)

Tableau 3. Score de gravité de la colite à *Clostridium difficile*¹⁶

Si ce score est supérieur ou égal à 2 points, l'atteinte est considérée comme sévère.

Score de gravité	Points
Age > 60 ans	1
Température > 38,3° C	1
Albumine sérique < 25 g/l	1
Globules blancs > 15 G/l	1
Preuve endoscopique d'une colite pseudomembraneuse	2

CONCLUSION

Les études et recommandations récentes ne conseillent le traitement par **Metronidazole QUE dans les formes légères à modérées, en l'absence de facteurs de risque de récurrence.**

Il doit être abandonné en cas de récurrence, de risque de récurrence et de forme sévère car associé à une perte de chance pour le patient.

Si on tient compte des facteurs de risque de récurrence dans le traitement initial (âge>65 ans, qui fait partie également du score de gravité, maintien de l'antibiothérapie ou de l'utilisation des anti-acides, comorbidités sévères...), il est clair que la place du Metronidazole, seul accessible en pratique de ville dans le traitement des ICD doit être revue avec attention par tout prescripteur.

Vancomycine et Fidaxomicine sont des antibiotiques hospitaliers inscrits sur la liste de rétrocession. La recherche de Toxine de *C.difficile* ne doit être réalisée que sur des selles diarrhéiques, avant tout traitement. Un seul prélèvement est nécessaire, la guérison étant clinique.

Aucun prélèvement de contrôle n'est recommandé.

« Prise en charge des infections à *C.difficile* : premières données du réseau national DIFTEC »

B.Guery et coll. MedMal Inf 2017.03.063

« Infections à *Clostridium difficile* : les nouveaux défis »

C.Wintenberger Med Mal Inf 42(2012) 2-8

« European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases : update of the treatment guidance document for *Clostridium difficile* infection »

S.B. Debat et coll Vol20 Issue s2 1-26 March 2014

"Traitements médicamenteux d'une Infection à *Clostridium difficile* : place des nouvelles molécules »

D.Boutolle DESC Maladies Infectieuses et Tropicales Avril 2017 CHU Nantes

« Infections à *Clostridium difficile* : spécificités chez le sujet âgé »

B.Castrillon et coll Rev Med Suisse Nov 2013

« Traitement des infections à *Clostridium difficile* » ET « Infections à *Clostridium difficile* »

C.Chidiac Université C.Bernard Lyon 1

RETROUVEZ TOUTES NOS FICHES D'INFORMATION SUR
www.bio67.fr > espace info > fiches médecins

Laboratoire BIO67-BIOSPHERE

Assia ; Benfeld Hincker ; Bethesda-Sleidan ; Erstein Printemps ; Fegersheim ; Illkirch ; Ingwiller Haurany
Kling ; Kochersberg ; Les 2 Rives ; La Wantzenau ; Lingolsheim ; Meinau ; Molsheim-Centre
Mundolsheim ; Neudorf ; Neuhoof ; Ostwald ; Parc ; Poteries ; Robertsau ; Rosheim
Schiltigheim Centre ; Schirmeck La Bruche ; Schuh ; Soufflenheim ; Trenz ; Val de Moder

