



Clostridium difficile : quoi de neuf ?

Clostridium difficile (Cd) est une bactérie anaérobie sporulée responsable de pathologies allant de la diarrhée simple à la colite pseudo-membraneuse sévère. Seules les souches toxigènes sont considérées comme pathogènes.

Les nouvelles tendances évolutives ont montré :

- la progression du nombre de cas communautaires
- un profil de patients atypiques (sans facteurs de risque) : patients jeunes, sains (peripartum, enfants), 25% sans antécédent d'antibiothérapie ni d'hospitalisation
- les infections sont plus nombreuses, plus sévères (mortalité 50% dans les formes sévères) et plus souvent réfractaires aux traitements standards (récidives x2 chez les patients > 65 ans)

Le diagnostic reste complexe et les nouvelles recommandations de traitement souvent méconnues.

Diagnostic biologique : Nouveautés

Plusieurs techniques existent à ce jour afin de mettre en évidence cette bactérie. Mais leurs grandes variabilités de spécificité et de sensibilité, ainsi que l'absence de critères formels établissant une infection à *Clostridium difficile* (ICD) peuvent rendre difficile la distinction entre colonisation et infection.

Les méthodes qui dépistent les toxines directement sur les selles sont spécifiques de l'ICD mais peu sensibles.

Désormais, au laboratoire Biolia, nous avons pris le parti de choisir la technique la plus sensible actuellement sur le marché, il s'agit de la **méthode moléculaire par PCR**.

Cette technique par PCR recherche d'une part **le gène codant la toxine B** (et non la toxine en elle-même) mais aussi le gène codant **la toxine binaire** ainsi que le **ribotype 027**.

La toxine binaire, bien que produite par un nombre restreint de souches de Cd, semble associée à des signes de gravité et de récurrences de la maladie. Le ribotype 027 est une souche associée à un taux de mortalité et morbidité plus important, notamment en association avec la toxine binaire.

Avantages de la technique : **méthode de dépistage SENSIBLE et RAPIDE** permettant un résultat dans la journée afin d'améliorer la prise en charge des patients.

Un résultat positif annonce une souche de Cd **toxigène**. Ceci ne conclut pas à la présence de toxines dans l'échantillon mais à la présence de bactéries capables de les produire.

Il est donc essentiel de prendre en compte, en plus de l'argument biologique :

▶ la **symptomatologie clinique**, tout particulièrement l'aspect des selles : des selles moulées ne nécessitent pas une recherche de Cd.

▶ la fréquence du **portage sain**, essentiellement chez les enfants (80% chez l'enfant de moins de 1 an, 30% entre 1 à 3 ans). Il est donc primordial d'éliminer toute autre cause potentielle de diarrhées avant de conclure à une infection à Cd chez l'enfant. Environ 3% de la population adulte présente elle aussi un portage sain.

PCR POSITIVE + TABLEAU CLINIQUE (sans autre cause évidente de diarrhée) = ICD

Les nouvelles recommandations de traitement : ESCMID 2014

Traitement des ICD initiales, non sévères, sans facteurs de risque de récurrence :

- si induite par antibiotiques (ATB) : arrêt ATB en cause si possible et surveillance attentive 48h
- traitement antibiotique PO : Métronidazole 500 mg/j 10 jours

Traitement des ICD sévères ou compliquées, ou modérées avec facteurs de risque de récurrence :

- Vancomycine PO ou Fidaxomicine PO
- Métronidazole fortement déconseillé

Les perspectives d'avenir : l'immunothérapie (anticorps anti-toxines de Cd), la transplantation fécale (efficacité de 92%), la vaccination.

Il est important de rappeler que la recherche de Cd n'a pas d'utilité dans le suivi du traitement.

Sources :

HAS 2016 – Diagnostic des ICD

European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases Mars 2014

Les Biologistes des laboratoires Biolia

Toutes nos lettres d'infos sont consultables sur www.biolia.fr