



LETTRE D'INFORMATION MÉDECIN

| Le 10/02/2025

CLOSTRIDIODES DIFFICILE (CD)

Infection à *Clostridioides difficile* :

Bactérie anaérobie sporulée responsable de pathologies allant de la diarrhée simple à la colite pseudo-membraneuse sévère. **Cette bactérie est responsable de 10 à 25% des diarrhées post-antibiotiques.** Seules les souches toxigènes sont considérées comme pathogènes.

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

Diagnostic de l'infection :

Un épisode d'infection à C. difficile (ICD) = tableau clinique compatible – caractérisé par une diarrhée, un iléus ou un mégacôlon toxique – ET la preuve microbiologique de la présence d'une souche de C. difficile productrice de toxines dans les selles.

Plusieurs techniques existent à ce jour afin de mettre en évidence une souche toxigène dans les selles.

Les techniques par PCR recherchent **le gène codant la toxine B** (et non la toxine en elle-même). C'est la méthode de dépistage la plus **sensible** et **rapide**. C'est la technique que nous utilisons au sein de nos laboratoires B2A. Un résultat positif témoigne de la présence d'une souche de Cd **toxigène**. C'est à dire qu'elle 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 également en compte la **symptomatologie clinique** avant de conclure à une ICD.

Fréquence du portage sain :

Le portage asymptomatique chez l'adulte est rare (environ 3%) et très majoritairement le fait de souches non toxino-gène donc non détectées dans les selles. Exceptionnellement (< 1 %), les toxines de C. difficile peuvent être mises en évidence dans les selles de ces patients.

En revanche, le **portage asymptomatique de souches toxigènes est beaucoup plus fréquent chez le patient hospitalisé et chez les enfants en bas âges**. Chez l'enfant de moins de 1an, il s'agit principalement d'un portage sain. Chez l'enfant de 1 à 3 ans, le portage sain est aussi fréquent. Il est donc primordial d'éliminer toute autre cause potentielle de diarrhées avant de conclure à une infection à Cd chez l'enfant.

Traitement :

Prise en charge (recommandations ESCMID 2021) :

2 points sont importants dans ces recommandations :

- L'abandon du métronidazole (sauf si la fidaxomicine et la vancomycine sont indisponibles).
- La stratégie de traitement est maintenant guidée par le risque de récurrence plus que par la gravité initiale.

1^{er} épisode d'ICD non à risque élevé de récurrence :

1^{er} choix : **Fidaxomicine** : 200 mg x2/j pendant 10 jours.

Alternative : Vancomycine PO : 125 mg x4/j pendant 10 jours.

Traitement d'une 1^{ère} récurrence :

- Si le tt antérieur était la vancomycine : **Fidaxomicine** 200 mg x2/j pendant 10 jours.

- Si le tt antérieur était la fidaxomicine : **Vancomycine** PO : 125 mg x4/j pendant 10 jours +

bezlotoxumab (1 dose) si disponible.

- Si fidaxomicine et bezlotoxumab non disponibles : Vancomycine en schéma décroissant : Semaine 1 (S1) : 125 mgx4/j, S2 : 125 mgx4/j, S3 : 125 mg 2x/j, S4 : 125mg 1x/j puis S5 : 125 mg toutes les 72h.

A partir de la 2^{ème} récurrence :

Transplantation de microbiote fécal (TMF).

Patient à risque de récurrences* :

1^{er} choix : **Fidaxomicine** : Si possible : 200mg x2/j pendant 5j puis 200mg 1j/2 pendant 20j.

Alternative : Vancomycine PO : 125 mg x4/j pendant 10 jours + bezlotoxumab (1 dose).

ICD grave :

Vancomycine PO : 125 mg x4/j pendant 10 jours ou Fidaxomicine 200 mg x2/j pendant 10 jours (si voie orale impossible, vancomycine ou fidaxomicine en intraluminal, discuter de l'ajout de métronidazole ou vancomycine avec un infectiologue).

ICD compliquée ou ICD grave réfractaire :

Vancomycine ou Fidaxomicine, approche multidisciplinaire avec avis chirurgical

(possible associations avec métronidazole ou tigécycline).

A cela s'ajoute :

- L'arrêt des traitements antibiotiques inutiles
- Une hydratation adéquate
- Éviter les ralentisseurs du transit et les IPP
- Pas de bezlotoxumab en cas d'insuffisance cardiaque congestive
- Probiotiques non recommandés
- Mettre en place les précautions Standard et contact en cas d'hospitalisation

*Facteurs de risques de récurrence : âge > 65 ans, ATCD d'ICD, Poursuite de l'antibiothérapie pour une autre pathologie infectieuse, ICD liée aux soins, Hospitalisation dans les 3 mois, Traitement par IPP, Immunodépression.

Suivi du traitement :

Il est également important de rappeler que la recherche de Cd n'a pas d'utilité dans le suivi du traitement. La guérison est considérée par la disparition de la diarrhée dans les 48h et l'absence de récurrence dans les 8 à 12 semaines suivant le début de l'épisode.

Sources :

- Recommandation HAS :
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-07/argumentaire_clostridium.pdf
- Recommandations ESCMID 2021 :
<https://www.clinicalmicrobiologyandinfection.com/action/showPdf?pii=S1198-743X%2821%2900568-1>
- SPILF : Info Antibio numéro 94 :
<https://www.infectiologie.com/UserFiles/File/spilf/atb/info-antibio/info-antibio-2021-11-icd.pdf>