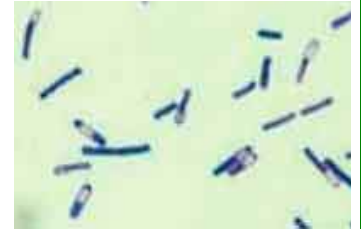


***Clostridium difficile***

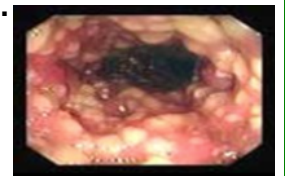
Auteurs : Véronique ROUX,

**Caractéristiques bactériennes**

- Bacille Gram positif sporulé, anaérobie strict.
- Seules les souches toxigènes (toxines A et B) sont pathogènes.
- Culture sur milieu spécifique (gélose TCCA) ou gélose au sang ANC en anaérobiose stricte à 37°C. Croissance en 24H.
- Clone 027 = délétion dans le gène *tcdC* (régulateur négatif de la production de toxine) → protéine codée inactive → hyperproduction de toxine.

**Pouvoir pathogène**

- Fait partie de la flore digestive commensale de l'homme et des nombreuses espèces animales.
- Les enfants de moins de 2 ans sont souvent des porteurs asymptomatiques.
- Les infections graves concernent surtout les patients âgés de plus de 65 ans, hospitalisés et prenant un traitement antibiotique.
- Responsable de
  - \* 20-30% des diarrhées post antibiotiques.
  - \* 95% des cas de colites pseudomembraneuses.

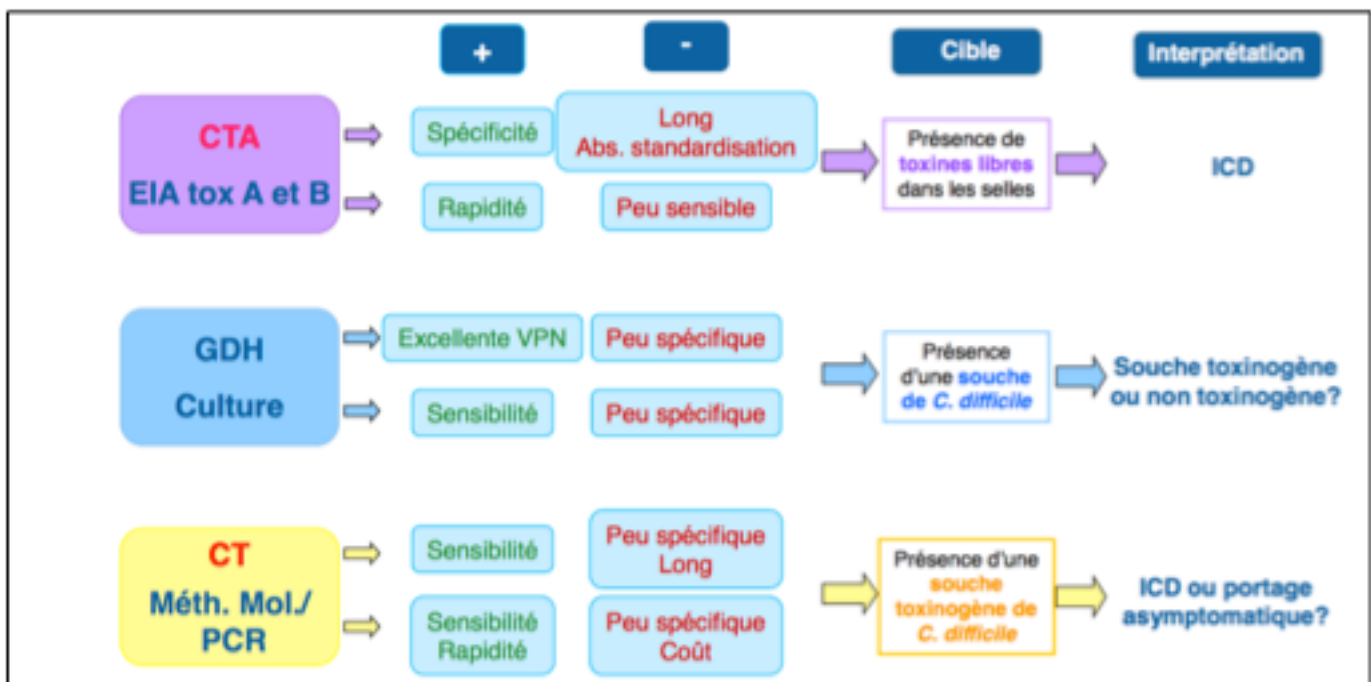


complications : mégacôlon toxique, ileus.

- 30% des patients présentent des récives dans les 2 mois qui suivent l'épisode initial.

**Diagnostic**

- Mise en évidence de *C. difficile* dans les selles : culture, test immunochromatographie sur membrane (Glutamate déshydrogénase = GDH).
- Mise en évidence des toxines : Test de cytotoxicité des selles sur culture cellulaire (CTA), test immunochromatographie sur membrane, culture toxigénique (CT), PCR en temps réel.
- Recherche clone 027 : PCR en temps réel.
- Coloscopie



Avantages et inconvénients de différentes approches de diagnostic (d'après C. Eckert, 2013)

## Traitement

- Réhydratation.
- Arrêt ou remplacement de l'antibiotique inducteur.
- Traitement antibiotique :

- \* **ICD légère**

Métronidazole 3 × 500 mg par voie orale pdt. 10 j  
ou Vancomycine 4 × 125 mg par voie orale pdt. 10 j

- \* **ICD sévère**

Vancomycine 4 × 125 mg par voie orale pdt. 10 j  
ou Fidaxomicine 2 × 200 mg par voie orale pdt. 10 j

- \* **Première récurrence ou risque élevé de récurrence**

Vancomycine 4 × 125 mg par voie orale pdt. 10 j  
ou Fidaxomicine 2 × 200 mg par voie orale pdt. 10 j  
ou Métronidazole 3 × 500 mg par voie orale pdt. 10 j

- \* **Récurrences multiples**

Vancomycine 4 × 125 mg par voie orale pdt. 10 j Suivi d'une pulsothérapie / tapering (Pulsothérapie: vancomycine 125–500 mg/j tous les 2–3 jours pendant au moins 3 semaines ; Tapering: réduction graduelle de la dose à 125 mg/j)

ou Fidaxomicine 2 × 200 mg par voie orale pdt. 10 j

En l'absence de réponse après un traitement antibiotique répété, une transplantation fécale combinée à un traitement antibiotique oral est recommandée.

- \* **Traitement oral impossible**

- **ICD légère**

Métronidazole 3 × 500 mg par voie iV pdt. 10 j

- **ICD sévère**

Métronidazole 3 × 500 mg par voie iV pdt. 10 j combiné à des lavements à la vancomycine 500 mg dans 100 ml de NaCl 4×/j ou combiné à la vancomycine 500 mg dans 100 ml de NaCl 4×/j par sonde gastrique pendant 10 j

• **Diarrhée à Clostridium difficile souche O27** : indication de greffe fécale chez la personne âgée compte-tenu de la mortalité élevée et de l'inefficacité des autres traitements

## Prévention

- Dépistage de tous les patients hospitalisés depuis plus de 3 jours et présentant de la diarrhée.
- Isolement entérique pour les patients hospitalisés : lavage des mains au savon doux en plus de la désinfection des mains avec les solutés hydro-alcooliques (SHA) et ménage à l'eau de javel (car les SHA et les produits habituellement utilisés pour faire le ménage sont inactifs sur les spores de *Clostridium*).