

Conclusions

Pr Louis Bernard

Tours

Epidémiologie des infections à *C. difficile*

- Une infection fréquente, mais variable selon les pays et les stratégies diagnostiques
- De sévérité accrue, avec émergence de souches hypervirulentes
- Avec des facteurs de risque bien identifiés : âge > 65 ans, ATB concomitants, hospitalisation prolongée
 - mais, qui ne doivent pas conduire à limiter la recherche dans les selles
- Toute diarrhée chez un patient > 2 ans (excluant autre cause) : penser à rechercher *C.difficile*

Données cliniques

- ***C. difficile*, bactérie entéropathogène responsable de :**
 - 10 à 25 % des diarrhées simples post-antibiotiques
 - 95 à 100 % des colites pseudo-membraneuses
 - 10 % des diarrhées nosocomiales
- **Complications**
 - Mégacolon toxique
 - Perforation digestive
 - Choc septique
 - Colectomie
- **Récidives : environ 20 % des patients vont récidiver dans les 2 mois suivant l'épisode initiale**
- **Diagnostic : la règle des trois jours**
 - La recherche de *C. difficile* pour toutes les coprocultures de patients adultes prescrites au delà du troisième jour d'hospitalisation doit être systématique

Méthodes diagnostiques

- **Le diagnostic doit être rapide et fiable**
 - Clé pour un traitement adéquat et la mise en place de précautions complémentaires « contact »
- **Deux méthodes de référence, de cibles différentes, avec des arguments pour et contre pour chacune :**
 - test de cytotoxicité des selles (toxine libre)
 - culture toxigénique (souche toxinogène)
- **Place des méthodes moléculaires**
 - Sensibles mais coûteuses - Place à définir
- **Critères de choix des tests :**
 - coût, prévalence de la maladie, algorithmes *versus* méthodes moléculaires
- **Tenir compte du tableau clinique dans l'interprétation des résultats**

Stratégie thérapeutique

- **Arrêt des antibiotiques inducteurs chaque fois que possible**
 - Guérison en 2 à 3 jours dans 25 % des cas
- **Traitement actuels**
 - Selon le degré de sévérité : métronidazole ou/et vancomycine (teicoplanine) - Colectomie préventive
 - Supériorité de vancomycine vs. métronidazole plausible biologiquement mais pas totalement démontrée cliniquement.
- **Principal problème : les récurrences**
 - Inefficacité des AB actuels sur les spores de *C. difficile*
 - Réponse immunitaire muqueuse insuffisante
 - Effet des AB dont ceux traitant le *C. difficile*, sur la flore intestinale
- **Récurrences multiples**
 - Actuellement, vancomycine à doses progressivement décroissantes puis discuter rifaximine si échec ; immunisation passive par Ig IV ou Transplantation fécale
- **Nouvelles stratégies thérapeutiques**
 - Nitazoxanide
 - Fidaxomicine