



Infection à *Clostridioides difficile* (ICD)

Micro-organisme responsable

- Une bactérie : ***Clostridioides difficile*** (anciennement *Clostridium difficile*), un bacille Gram positif capable de **sporuler**
- *C. difficile* est une des principales causes de diarrhées chez les patients hospitalisés ou ambulatoire recevant ou ayant reçu des antibiotiques
- **Seules les souches toxinogènes produisant les toxines A et B sont pathogènes**

Infection ou portage asymptomatique ?

Le portage asymptomatique est fréquent :

- Inférieur à 3% dans la population générale
- Jusqu'à 30% chez les patients hospitalisés
- Jusqu'à 50% chez les enfants de moins de 1 an
- Jusqu'à 25% après une infection à *C. difficile*

C. difficile ne doit pas être recherché chez :

- Les enfants de moins de 3 ans
- Les patients asymptomatiques
- Les patients ayant cliniquement guéri d'une infection à *C. difficile*

Manifestations

Forme typique	Forme sévère (≥ 1 critère)	Complications possibles
<ul style="list-style-type: none"> • Diarrhée aqueuse profuse 	<ul style="list-style-type: none"> • Fièvre > 38,5°C • Leucocytes > 15 x 10⁹/L • Créatinine > 50% de la valeur de base • Imagerie : distension colique ou épaissement de la paroi colique ou infiltration de la graisse péri-colique 	<ul style="list-style-type: none"> • Mégacôlon toxique • Perforation digestive • Iléus • Choc septique • Hypotension artérielle

Facteurs de risque d'infection à *C. difficile* (ICD) et de récurrence

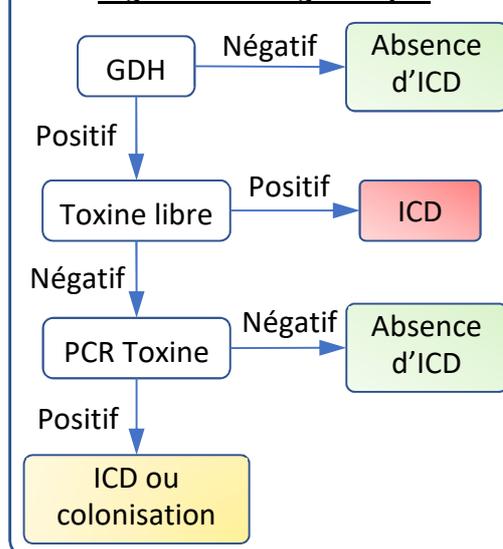
- Prise d'antibiotiques < 3 mois ou poursuite de l'antibiothérapie après un épisode d'ICD
- Age > 65 ans
- Hospitalisation récente dans les 3 derniers mois ou prolongée
- Antécédent d'infection à *C. difficile*
- Traitement par inhibiteur de la pompe à protons
- Comorbidités : néoplasie, immunodépression, insuffisance rénale

Diagnostic

Il repose sur un examen microbiologique

- des **selles diarrhéiques (prenant la forme du pot)**
- à la recherche de :
 - **la GDH** (glutamate déshydrogénase), enzyme spécifique de *C. difficile*. Elle signe la présence de la bactérie
 - **la toxine libre de *C. difficile***, par test rapide ou immuno-enzymatique. Elle signe la présence d'une souche produisant la toxine et donc d'une ICD
 - **le gène de la toxine de *C. difficile*** par PCR. Il signe la présence d'une souche possédant le gène codant les toxines mais pas nécessairement sa production ou sa production en faible quantité
- La culture n'est pas pratiquée en routine en raison de sa faible sensibilité et des délais d'analyse

Algorithme diagnostique

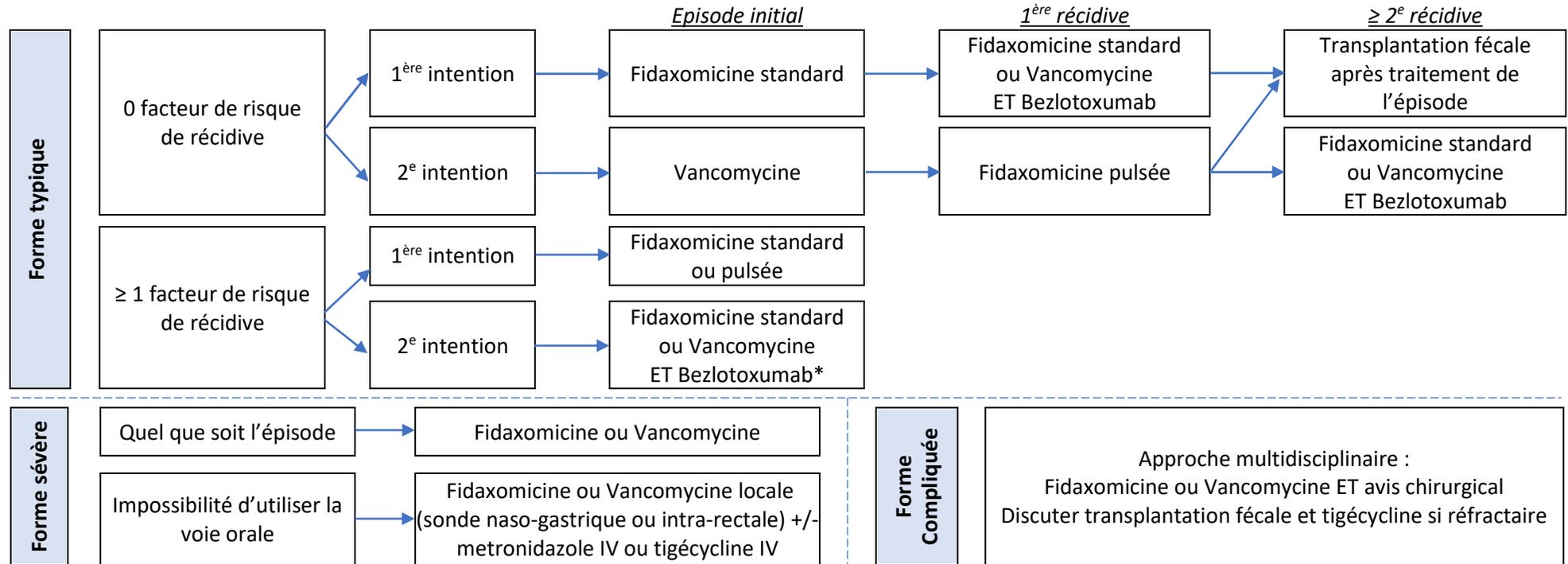




Infection à Clostridioides difficile (ICD)

Traitement (Recommandations Européennes de l'ESCMID 2021)

- Arrêt des facteurs favorisants quand cela est possible : antibiotiques, inhibiteur de la pompe à proton
- Traitement symptomatique : réhydratation
- Contre-indication aux ralentisseurs du transit.
- Le métronidazole n'a plus de place dans le traitement des ICD (sauf indisponibilité ou impossibilité de prise de la fidaxomicine et de la vancomycine)
- Le traitement spécifique dépend de la gravité et du risque de récurrence :



Posologies		
	Fidaxomicine standard	200 mg x2 / j per os → 10 jours
	Fidaxomicine pulsée	200 mg : x2 / j per os → 5 jours puis x1 / 48 h per os → 18 jours
	Vancomycine	125 mg x4 / j per os → 10 jours
	Vancomycine pulsée	125 mg : x4 / j → 14j puis x2 / j → 7j puis x1 / j → 7j puis X1 / 48 h → 7j puis x1 / 72 h → 7j
	Bezlotoxumab	10 mg/kg IV en 1 heure (vigilance en cas d'insuffisance cardiaque)
	Tigécycline	Dose de charge 100 mg IV puis 50 mg IV x2 / j

Fidaxomicine et vancomycine sont soumis à prescription hospitalière. Ils sont délivrés uniquement en pharmacie hospitalière et en rétrocession

Rédaction : Dr E. Farfour (novembre 2024)

Comité scientifique : Prof F. Barbut, Dr B. Bonan, Dr E. Camps, Dr A. Caplier, Dr M.A. Colombier, Dr L. Gineston, Dr S. Hillaire, Dr A. de Raignac, Dr A. Faucheron, Prof A. Le Monnier, Dr A. Pourbaix, Dr A. Rault, Dr S. Tadbiri, Prof M. Vasse



Infection à *Clostridioides difficile* (ICD)

Evaluation de l'efficacité du traitement

- Elle repose sur la clinique exclusivement
- **L'amélioration des symptômes peut être plus ou moins longue, nécessitant parfois jusqu'à 3 jours**
- **Aucun contrôle microbiologique n'est nécessaire, le portage de *C. difficile* étant fréquent après une infection**

Mesures de précaution

- La capacité de *C. difficile* à sporuler lui confère :
 - Une résistance aux désinfectants usuels
 - Une résistance aux produits hydroalcooliques
 - Une capacité à survivre dans l'environnement et par conséquent à disséminer
- En conséquence quelques mesures sont recommandées :

En milieu hospitalier	Au retour à domicile
<ul style="list-style-type: none">- Précautions complémentaires contact- Chambre seule- Hygiène des mains à l'eau et au savon puis avec une solution hydroalcoolique- Utilisation d'équipement de protection individuel (tablier, gants...)- Bionettoyage renforcé de la chambre avec des produits sporicides- Gestion spécifique des <i>excreta</i>	<ul style="list-style-type: none">- Rappel sur l'hygiène des mains- Pas de mesure d'isolement- Conseil de consulter en cas de réapparition de la diarrhée