



## Actualité sur le Clostridium difficile (Cd).

### La problématique ...

*Clostridium difficile* (Cd) représente la principale cause de diarrhées nosocomiales bactériennes. Des cas communautaires sont maintenant décrits avec ou sans antécédents et/ou facteurs de risque. Cd est un bacille à gram positif anaérobie sporulé pouvant coloniser le tube digestif associé ou non à des signes cliniques plus ou moins marqués. La prise d'antibiotiques dans les 3 mois est le facteur de risque principal. Des infections à Cd peuvent survenir en dehors de toute antibiothérapie.

20 à 30% des patients feront au moins une récurrence suivant l'arrêt d'un traitement bien conduit. Les cas nosocomiaux posent le problème de la gestion des isolements. L'environnement proche d'un malade infecté est potentiellement contaminé et favorise la dissémination de la souche aux autres malades à l'origine d'épidémie.

### Le diagnostic clinique.

Il sera évoqué devant toute diarrhée (> 3 selles non moulées glaireuses/24h) survenant au-delà de la 72<sup>e</sup> h d'hospitalisation.

### Le diagnostic biologique.

Deux tests sont à votre disposition au CHSA :

Tests	Avantages	Inconvénients
GDH*	Excellente VPN (test de screening), sensibilité	Peu spécifique
PCR	Excellente sensibilité et spécificité	Coûteux

\*Glutamate déshydrogénase de *C. difficile*

**En pratique**, en cas de suspicion de diarrhées à Cd, demander au laboratoire une recherche de GDH. Si celle-ci est positive, une PCR sera réalisée systématiquement dont l'objectif est de confirmer le caractère toxigène de la souche. Ne plus prescrire de demande de recherche de toxines A et B.

**! Une GDH ne sera pas recherchée sur selle moulée ni en fin de traitement ou en cours de traitement en particulier si le traitement est efficace. Il persiste un portage asymptomatique après traitement**

### Le traitement.

S'il s'agit d'un premier épisode d'infection à CD :

Cas de sévérité légère à modérée	Métronidazole <b>Per os</b> 500 mg /8h pendant 7 à 14 j
Cas sévères ou contre-indication ou échec après 3 à 5j de métronidazole	Vancomycine <b>Per os</b> 250 mg à 500 mg /6h pendant 14 j
Présence d'un iléus ou d'un mégacolon	Vancomycine <b>Per os</b> 250 mg à 500 mg/6h (tube naso-gastrique) + Métronidazole <b>IV</b> 500 mg/8h

S'il s'agit d'une première récurrence :

Si réponse au métronidazole lors du 1er épisode	Métronidazole <b>Per os</b> 500 mg /8h pendant 10-14 j
Si échec du métronidazole lors du 1er épisode	Vancomycine <b>Per os</b> 250 mg à 500 mg /6h pendant 10-14 j

Récidives multiples, vancomycine dégressive et intermittente

Rédaction : Dr Th. Levent

Comité de lecture : F. Lambiotte, M.Vasseur, D.Briffaut, S. Dezorzi, L. Gosteau, F.Delfosse

### Flash hygiène et prévention :

- Lavage des mains à la place des SHA,
- Utilisation de l'eau de Javel pour le bio-nettoyage,
- Lever l'isolement contact au bout de 72H **sans** selles diarrhéiques,
- Si évolution clinique favorable sous traitement, il est **inutile** de rechercher à nouveau une GDH .