

Clostridioides difficile : physiopathologie, diagnostic et prise en charge

Editorial

Dr Julien SCANZI

Praticien hospitalier en hépato-gastroentérologie
CH de Thiers & CHU Estaing de Clermont-Ferrand
Groupe Français de Transplantation Fécale

Infections à *Clostridioides difficile* : leur gravité impose des mesures rigoureuses de prévention

La prise en charge des infections à *Clostridioides difficile* (anciennement *Clostridium difficile*) (*CD*) est un enjeu majeur de santé public, tant ces infections sont fréquentes et potentiellement graves.

Première cause de diarrhée nosocomiale, l'infection à *CD* (ICD) est responsable en France de plus de 1 000 décès par an. Elle doit donc être recherchée en cas de survenue d'une diarrhée chez un malade hospitalisé, même en l'absence d'antibiothérapie récente.

Une antibiothérapie à large spectre reste un facteur de risque majeur d'ICD, mais un malade hospitalisé peut s'infecter à *CD* même en l'absence d'antibiothérapie, notamment s'il est âgé ou porteur de comorbidités.

Le diagnostic repose sur l'association d'une symptomatologie évocatrice (diarrhée > 3 selles liquides/j ou iléus, éventuellement douleurs abdominales et fièvre) et la mise en évidence dans les selles liquides d'une souche de *CD* productrice de toxines.

Une résistance croissante au métronidazole

La tendance est depuis une quinzaine d'années à l'augmentation de l'incidence et de la sévérité des ICD, une résistance croissante au métronidazole, un taux de récurrence de plus de 20%, et des malades atteints de plus en plus jeunes. Cette évolution est notamment liée à l'émergence aux Etats-Unis et au Canada de souches dites hypervirulentes comme le ribotype 027, souches heureusement peu présentes en France.

C'est du fait de ces constatations, et pour rediscuter la place des différents traitements possibles, que les recommandations américaines (IDSA et SHEA) ont été mises à

jour en 2018. Outre le fait que le métronidazole doit être moins utilisé du fait d'une efficacité plus faible que la vancomycine et la fidaxomicine, les recommandations européennes (ESCMID) de 2014 vont être revues très prochainement dans la lignée des recommandations américaines. Cependant, la place de ces deux derniers antibiotiques l'un par rapport à l'autre reste floue et le choix revient au prescripteur.

La transplantation de microbiote fécal encore limitée à quelques centres

Une ICD survenant toujours dans un contexte de dysbiose intestinale sévère, c'est-à-dire en cas de richesse et diversité bactérienne faibles, on comprend mieux pourquoi la transplantation de microbiote fécal, seul traitement permettant une correction de la dysbiose intestinale, s'est imposée comme le traitement de référence des ICD récidivantes, avec une efficacité supérieure à 90% et une excellente sécurité d'emploi (lorsque le screening du donneur a été rigoureusement réalisé). Ce traitement reste cependant encore limité à des centres experts, souvent des CHU, notamment du fait de l'absence de banque de selles et des difficultés à recruter et sélectionner des donneurs.

En relisant cet article de Dossier du CNHIM très complet sur l'ICD, vous comprendrez que la prise en charge des ICD n'est pas simple, notamment en cas d'ICD sévère ou d'ICD récidivante. Il faut donc tout faire pour prévenir les ICD en limitant notamment la prescription d'antibiotiques à large spectre et en mettant en œuvre les mesures d'hygiène (isolement, lavage des mains...) visant à limiter la transmission croisée entre les malades.

Bonne lecture !