

EPIDEMIOLOGIE

Clostridium difficile, bactérie Gram négatif anaérobie strict sporulée, est responsable de :

- 15 à 25 % des diarrhées post antibiotiques
- plus de 95 % des colites pseudomembraneuses

Les ICD sont la **1ère cause de diarrhées infectieuses nosocomiales chez l'adulte.**

Depuis 2003, on note une **constante augmentation des ICD** sous la forme d'épidémies dans les services à risque avec émergence **de clones à virulence élevée** (ribotype O27 ou 078/126) responsable de tableaux cliniques sévères avec près de 1000 décès par an.

PHYSIOPATHOLOGIE

Le pouvoir pathogène de *C. difficile* est en rapport avec la sécrétion des **toxines A (entérotoxines) et toxines B (cytotoxines)**, les souches non toxigènes n'étant pas pathogènes.

L'antibiothérapie favorise la prolifération de *C. difficile* par rupture de l'effet barrière, la production de toxines entraînant les lésions de la muqueuse colique responsables des symptômes cliniques.

Il existe des porteurs sains parmi les adultes en milieu communautaire de l'ordre de 3 à 8 % et de 20 à 40 % en milieu hospitalier (mais les souches toxigènes sont rares : < 1% des adultes). Chez le nouveau-né et l'enfant de moins de 2 ans, ce portage chronique atteint 20 à 70 % (souches toxigènes sans effet délétère).

DIAGNOSTIC CLINIQUE D'UNE ICD

1) Diarrhée induite par la prise d'une antibiothérapie : les antibiotiques incriminés sont : amoxicilline +++, céphalosporines, clindamycine, quinolones, macrolides, sulfamides.

La diarrhée est modérée sans signes généraux, **pouvant persister jusqu'à deux mois après l'arrêt de l'antibiothérapie.**

2) Une colite pseudomembraneuse (7 à 9 % des infections) : tableau plus sévère avec diarrhée liquide abondante accompagnée de fièvre, douleurs abdominales, déshydratation et d'une hyperleucocytose. L'examen endoscopique montre un aspect caractéristique avec la présence de pseudomembranes.

3) Mégacolon avec ileus reflexe, choc septique

Terrain à risque : personnes âgées >65 ans, très jeunes enfants, immunodéprimés, insuffisants rénaux...

DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE

Il nécessite un échantillon de selles fraîches diarrhéiques éventuellement conservées à +4°C (toxines thermolabiles). Les écouvillons rectaux et les biopsies ne sont pas recommandés.

La coproculture standard ne comprenant pas à la nomenclature la recherche de *C. difficile*, la prescription doit mentionner clairement les deux éléments ci-dessous :

1. **Recherche de GDH** (glutamate déshydrogénase) **couplée à la recherche des 2 toxines A et B.** Si GDH négative, excellente valeur prédictive négative de 98 % absence d'ICD (réponse à J0)

2. **Si GDH positive, à confirmer par la culture** avec recherche toxigénique sur la souche isolée mais délai >48H.

TRAITEMENT

- **Arrêt de l'antibiotique responsable** (guérison obtenue en 3 jours dans 25 % des cas).

- Traitement symptomatique avec réhydratation, traitement d'éventuelles complications (réanimation, chirurgie colectomie)

Si l'arrêt de l'antibiothérapie initiale est impossible ou devant la persistance des symptômes :

- Métronidazole per os : 500 mg 3 fois/jour en 1^{ère} intention
- Vancomycine per os 0,5 à 2 g / jour devant colite sévère ou échec métronidazole à J3

Traitement pendant 10 jours à répéter si récidives

La coproculture de contrôle n'est pas nécessaire après traitement.

Importance de la prévention des ICD par une prescription raisonnée des antibiotiques, une recherche systématique devant une diarrhée nosocomiale et un signalement précoce des cas afin de limiter d'éventuelles épidémies.

T. CALIEZ