rappels INFECTION et PORTAGE :

Il existe un **portage asymptomatique de *Clostridioides difficile* :**

- env 3 % dans la population générale
- 30 % dans la population hospitalisée ou âgée
- 30 à 80 % chez les enfants < 3 ans (rôle pathogène non prouvé)

Infection à *Clostridioides difficile* (ICD)

Prévalence ~ 10% chez hospitalisés avec diarrhée

Critères diagnostiques :

- Colite pseudo membraneuse (d'autre étiologie dans 5%)
- ou tableau clinique compatible (diarrhée, ileus, mégacolon toxique) **ET** critères biologiques :
  - soit toxines positives dans les selles,
  - soit souche toxinogène **sans autre cause**

Précisions sur les INDICATIONS :

- **uniquement sur les selles diarrhéiques** afin de ne pas traiter des portages :
  les prélèvements qui ne prennent pas la forme du pot sont annulés au labo, sauf information particulière (recueil sur couche) transmise.

- **âge ≥3 ans** (sauf exceptions = maladie de hirschprung ou exploration épidémie)

- prelevement **AVANT DEBUT de traitement**, car risque de faux négatif dès J1.

- **Pas de controle en fin de traitement** car persistance observée pendant plusieurs semaines chez des patients guéris **:**
  Les critères de guérison sont uniquement cliniques

STRATEGIE DIAGNOSTIQUE ET INTERPRETATION :

Aucun test diagnostique isolé ne permet actuellement d'affimer le diagnostic d'ICD.
La recommandation est une **stratégie diagnostique en plusieurs étapes,** pour combiner sensibilité (dépistage) et spécificité (tests de confirmation). Nous utilisons l'association :

- **dépistage**, très sensible, par **GDH** (Ag de *Clostridioides difficile*)
- **confirmation** par méthodes très spécifiques :
  - **toxines libres, dans les selles**
  - **PCR** (Genexpert : **toxines B, toxine binaire** associée au clone 027 et déletion associée au ribotype 027, 1er clone responsable d' épidémie.

1ère étape = dépistage : test GDH (à J0 en journée)

Si GDH nég, son excellente VPN permet d'affimer l'absence de *C. diff* dans les selles et donc d'ICD (pas de recherche de toxines en PCR dans ces cas ; STOP)

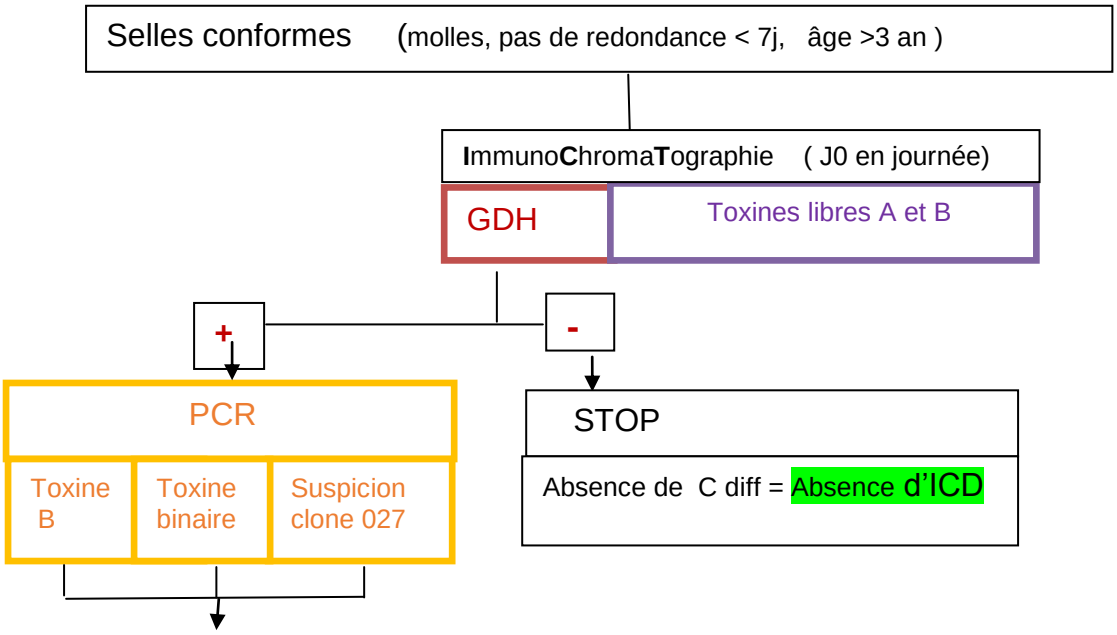
2ème étape, si GDH + : **recherche de toxines** par 2 méthodes

2-1 détection de toxines libres dans les selles par ICT (immunochromatographie)

Sa positivité permet la **CERTITUDE étiologique d'ICD**
Elle est moins sensible que la PCR mais **correlée à la sévérité de l'infection**.

2-2 détection de toxines par PCR

Détecte les gènes de toxines B ou binaire, et la suspicion du clone 027
La PCR, plus sensible permet de détecter les toxines présentes en faible quantité : l'ICD est PROBABLE (on ne peut exclure un portage associé à autre cause de diarrhée en l'absence de détection de toxines libres)



INTERPRETATION :

		toxines libres (ICT)	
		-	+
PCR	-	Absence d'ICD C diff absent ou non toxinogène	Exceptionnel (probable toxine A isolée, de faible pathogénicité)
	+	**ICD ou portage :** **Evaluation clinique +++**	**ICD certaine** (et plus sévère)

Références Biblio : *- REMIC 2018 Référentiel en Microbiologie, p 537-538, Barbut et coll (CNR).*
- 2021 : webinars Remic's de la Société Française de Microbiologie, F Barbut