

# MICI et infections coliques à Cytomégalovirus (CMV) et *Clostridium Difficile*

Dr Denis Constantini, Dr Patrick Faure

MICI mémo - Avril 2017

## .....► **MICI ET INFECTION À CMV**

### • **Définition**

#### • **Infection à CMV**

- Latente : intégration du génome du CMV sans réplication active.
- Active : réplication dans le sang ou dans les organes cibles ou augmentation des anticorps

#### À distinguer de

#### • **Maladie à CMV**

- Infection à CMV et signes cliniques (fièvre, atteinte viscérale,...)

### • **Infection colique à CMV: diagnostic**

- L'infection colique à CMV est au mieux diagnostiquée sur les **biopsies coliques** :
  - Par immunohistochimie (IHC) ou PCR.
  - La positivité des biopsies coliques à la coloration Hématoxyline Eosine (HE) moins sensible, traduit une forte infestation.
- L'infection colique à CMV est plus fréquente dans les poussées sévères et les poussées cortico-résistantes.
- La virémie CMV est souvent (50%) faiblement positive dans les RCH sous immunosuppresseur, modérées à sévères, sans conséquence clinique, et disparaît spontanément.

### **Mais l'infection colique à CMV n'est pas synonyme de colite à CMV**

### • **Colite à CMV**

- Les critères diagnostiques de la colite à CMV ne sont pas standardisés.
- L'aggravation du pronostic évolutif (taux de colectomies-mortalité), ou son amélioration sous traitement antiviral peuvent attester du rôle pathogène du CMV chez les infectés.
- Les résultats varient selon la sévérité des MICI coliques (surtout RCH) étudiées:
  - ✓ Pas de rôle dans les colites non sévères.
  - ✓ Rôle possible dans les colites sévères ou cortico-résistantes ou actives sous immunosuppresseurs.
- La charge virale **tissulaire** colique quantifiée par l'IHC ou la PCR **quantitative** (seuil non consensuel) est à prendre en compte pour déterminer le rôle pathogène du CMV.

### • **Recommandations**

#### • **Quand rechercher le CMV ?**

- ✓ Lors des poussées de colites sévères.
- ✓ Lors des poussées de colites résistantes aux corticoïdes et/ou aux immunosuppresseurs.

#### • **Comment le rechercher ?**

- ✓ Sur biopsies coliques préférentiellement par IHC ou PCR quantitative

#### • **Que faire en cas de positivité ?**

- ✓ Lors des poussées sévères, résistantes aux corticoïdes ou aux immunosuppresseurs, avec charge virale tissulaire élevée : traitement anti-viral et discuter la suspension du traitement immunosuppresseur.

## .....► MICI ET INFECTION À *CLOSTRIDIUM DIFFICILE*

### • Epidémiologie

- Incidence croissante de l'infection à *C. difficile*, dans la population globale, plus marquée chez les MICI et surtout la RCH (x 2 en 7 ans aux USA pour les RCH hospitalisées).
- Prévalence élevée, MICI hospitalisées aux USA : 1% MC, 5% RCH (x 8 / population hospitalisée non MICI).
- Acquisition communautaire (hors hôpital) 75% des cas.

### • Facteurs de risque de l'infection à CD chez les MICI

- Antibiothérapie : retrouvée dans seulement 60% des cas.
- Immunosuppresseurs (hors biothérapie).
- Localisation colique de la MICI.

### • Présentation clinique atypique

- Pseudomembranes en règle absentes à l'endoscopie +++

### • Infection à CD : conséquences délétères sur l'évolution de la MICI

- Mortalité accrue : taux x 4.
- Taux élevé de colectomies (20%) x 6,6.
- Augmentation de la durée d'hospitalisation.

### • Recommandations

#### • Quand rechercher *C. difficile* ?

- ✓ Lors de **toutes** les poussées de MICI colique.

#### • Comment le rechercher ?

- ✓ Ag GDH très sensible, sa négativité exclut la présence de *C. difficile*, *mais il ne distingue pas les souches toxigènes ou non*.

- ✓ Si Ag GDH > 0 compléter par :

- La recherche de toxine A **et** B par EIA (sensibilité 60%, spécificité 97%).
- Ou la PCR détectant les gènes des toxines A et B, très sensibles mais de spécificité imparfaite (souches possédant les gènes mais ne les exprimant pas).

#### • Comment traiter ?

- ✓ Stopper si possible l'antibiothérapie éventuellement en cours.
- ✓ Dans les formes non sévères : Métronidazole 500 mg x 3/j, ou Vancomycine *per os* 125 à 500 mg x 4/j, pendant 10j.
- ✓ Dans les formes sévères (âge > 65 ans ou GB > 15.10<sup>9</sup>/l ou créatinine > 150 µmol/l ou albumine < 25g/l ou iléus, colectasie) et en cas de première récurrence Vancomycine *per os* 250 à 500 mg x 4/j, 10j.  
Si récurrence ≥2, Fidaxomicine 200 mg x 2/j, 10j.
- ✓ Si échec des antibiotiques ou récurrences multiples, transplantation fécale, très efficace. La suspension des immunosuppresseurs est discutée.