

Et ailleurs...?

Infections récurrentes à *Cl. difficile*: un traitement surprenant

La question

15 à 25% des patients infectés par *Cl. difficile* ne répondent pas au traitement antibiotique. Des prescriptions répétées et de longue durée de vancomycine sont souvent nécessaires et leur efficacité ne fait que diminuer. Les causes sont mal connues: spores bactériennes? Appauvrissement du microbiote intestinal? Est-il utile de «réensemencer» ces patients avec une flore microbienne normale?

La méthode

Dans cette étude ouverte randomisée, 3 groupes de patients ont été définis:

Groupe I (n = 17): Après un traitement bref de vancomycine (500 mg 4x/j) et un lavage intestinal avec 4 L d'une solution osmotique, une infusion de 150 g de selles normales diluées dans 500 ml de solution saline est instillée par sonde nasogastrique.

Groupe II (n = 13): Traitement standard par vancomycine 500 mg pendant 14 jours.

Groupe III (n = 13): Traitement standard avec lavage intestinal au jour 4 ou 5.

L'issue primaire était la guérison sans rechute à la 10^e semaine définie par trois recherches de toxine de *Cl. difficile* négative et l'absence de diarrhée.

Les résultats

L'étude, qui devait inclure 40 patients dans chaque groupe, a été interrompue prématurément à cause du haut de rechutes des

groupes II et III. 94% des patients du groupe I ont été guéris contre 31% du groupe II et 23% du groupe III (p <0,001). Les patients des groupes II et III ont récidivés entre 23 et 25 jours après l'arrêt du traitement. L'infusion de selles a été bien tolérée mis à part des crampes intestinales chez 1/3 le jour de l'infusion associées à un épisode de diarrhées bref. L'analyse des selles du groupe I a montré une reconstitution du microbiote intestinal normal.

Les problèmes

Les patients gravement immunocompromis, principales victimes des infections à *Cl. difficile*, ont été exclus des même que les patients de soins intensifs. Le traitement est esthétiquement peu agréable et bien des patients le refusent en première intention.

Commentaires

C'est déjà en 1953 que les premiers essais d'infusion de selles normales par lavement ont été tentés chez les patients atteints de colite pseudo-membraneuse fulminante avec des résultats positifs parfois immédiats. Vu l'importance grandissante des diarrhées parfois mortelles à *Cl. difficile*, le traitement par infusion de selles normales devrait prendre de l'importance du moins chez les patients qui rechutent après un traitement standard. Il est aussi possible qu'à l'avenir un cocktail de bactéries adéquates remplacent l'infusion de selles pour le plus grand soulagement du personnel chargé de préparer l'infusion et pour une meilleure acceptation par les patients!

Van Noord E, et al. *New Engl J Med*. 2013;368:407-15. / AdT

Revascularisation coronaire chez les diabétiques: pontage ou stent?

Certaines études avaient montré une supériorité du pontage aorto-coronarien sur les stents chez les diabétiques. Cette étude compare le pontage avec la pose de stents dans un groupe de 1900 patients dont >80% avaient une maladie des trois vaisseaux. Tous avaient un traitement médical maximal. L'issue primaire était un composite de décès de toute cause, d'un infarctus du myocarde non fatal ou d'un AVC. L'issue primaire à 5 ans survient plus fréquemment dans le groupe avec stent, 26,6% vs 18,7% (p <0,005). Par contre, à 5 ans, les AVC surviennent chez 2,4% dans le groupe stent contre 5,2% (p = 0,049). Le bénéfice du pontage semble tout de même l'emporter!

Farkouh ME, et al. *New Engl J Med*. 2012;367:2375-84. / AdT

Hémorragie digestive haute sévère: moins = plus

921 victimes d'hémorragie digestive haute sévère ont été randomisés. 50% avaient un ulcère peptique et ~30% une rupture de varices œsophagienne. 461 ont été traités avec une politique transfusionnelle restrictive (Hb visée 70 g/l) et 460 avec une poli-

tique libérale (Hb visée 90 g/l). Dans le groupe restrictif, 225 patients n'ont pas été transfusés contre 15 dans le groupe libéral (p <0,001). A 6 semaines, la probabilité de survie était supérieure dans le groupe restrictif et la récurrence d'hémorragie plus nombreuse dans le groupe libéral. Il est possible que dans le groupe libéral l'augmentation du volume circulant ait favorisé les récurrences. Il est aussi possible que les effets secondaires de l'administration de sang stocké au-delà de 15 jours dans le groupe libéral ait joué un rôle. Plus n'est pas toujours mieux.

Villanueva C, et al. *New Engl J Med*. 2013;368:11-21. / AdT

Gonorrhée: résistance

Dans une clinique de Toronto traitant les MST, 7% des gonocoques sont résistants au cefixime (Cephoral®). La concentration minimale inhibitrice limite est de 0,12 µg/ml. Avec l'émergence des résistances à la ciproxine, cela devient préoccupant. Le Center for Disease Control recommande 250 mg de Ceftriaxone i-m plus 1 g d'azithromycine per os.

Allen VG, et al. *JAMA*. 2013;309:163-70. / AdT

Auteur dans ce numéro: Antoine de Torrenté (AdT)