MICI et infection à CMV

Denis Constantini

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 diagnostiquée sur les biopsies coliques
 - par immunohistochimie (IHC) ou PCR
 - la positivité des biopsies coliques à la coloration Hématoxyline Éosine (HE), moins sensible, traduit une forte infestation
- L'infection colique à CMV est plus fréquente dans les poussées sévères
- La virémie CMV est souvent faiblement positive (50 %) dans les RCH sous immunosuppresseur, modérées à sévères, sans conséquence clinique, et disparaît spontanément
- Mais l'infection colique à CMV n'est pas toujours 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, peut 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 très probable dans les colites sévères, sous immunosuppresseurs (corticoïdes inclus)
- L'intensité de l'infestation colique (avec positivité en HE des biopsies) serait également à prendre en compte pour déterminer le rôle pathogène du CMV

Recommandations

- Quand rechercher le CMV ?
 - lors des poussées de colites sévères, sous immunomodulateurs (corticoïdes inclus)
 - lors des MICI coliques actives sous immunosuppresseurs, avant le renforcement de l'immunosuppression
- Comment le rechercher ?
 - sur biopsies coliques préférentiellement par IHC ou PCR
- Que faire en cas de positivité ?
 - lors des poussées sévères : traitement antiviral et discuter la suspension du traitement immunosuppresseur

MICI et infection à Clostridium difficile

Épidémiologie

- Incidence croissante de l'infection à *Clostridium difficile (Cd)* 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 Clostridium difficile 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 durée d'hospitalisation

Quand rechercher C. difficile ?

Lors de toutes les poussées de MICI colique

Comment le rechercher ?

Recherche des toxines A et B par EIA et du Clostridium sur coproculture spécifique

Comment traiter ?

- STOPPER l'antibiothérapie éventuellement en cours
- Dans les formes non sévères: Vancomycine per os ou Métronidazole (250 mg x 4/ j ou 500 mg x 3 pendant 10 à 14 jours)
- Dans les formes sévères et récidivantes : Vancomycine per os (125 à 500 mg/ 6 h)
- La suspension des immunosuppresseurs est discutée en fonction du bénéfice/risque
- Prévention : S boulardii à discuter, risque d'infection fongique chez les patients immunodéprimés



Réalisée avec le soutien financier de Schering-Plough

ISSN: 2116-3103 ISBN: 978-2-35833-046-6 EAN: 9782358330466

bialec / 06/2011