

Håndtering af *Clostridium difficile* er så meget andet end vancomycin

Clostridium difficile-infektioner (CDI) er i dag en af de hyppigst forekommende nosokomielle infektioner. Spredningen af den hypervirulente CDI ribotype 027 har været en af årsagerne til den øgede forekomst. I perioder har CDI 027, med nogen ret, trukket dramatiske overskifter i pressen såsom »Dødsdiarré hærger hospitaler«. Det er velbeskrevet, at de hypervirulente subtyper er associeret med øget sygelighed og dødelighed [1] som illustreret i artiklen af Sommer *et al* i dette nummer af Ugeskrift for Læger. Stigende alder, komorbiditet, indlæggelser og eksponering for antibiotika er blandt de klassiske risikofaktorer. I en tid, hvor befolkningen bliver ældre og ældre, lever længere med komorbiditet og bliver eksponeret for mere og tiltagende bredspektret antibiotika, kan det ikke undre, at antallet af CDI-episoder har været stigende. Samtidig er der stigende fokus på asymptomatiske bærere som årsag til både de sygehus- og de samfundserhvervede episoder [2].

Hvis vi skal knække CDI-kurven, skal vi tænke bredt. Det drejer sig om dels den forebyggende indsats for at nedsætte risikoen for eksponering for CDI og risikoen for udvikling af sygdom, dels en optimering af behandlingsregimerne hos den enkelte patient. I dette nummer af Ugeskrift for Læger bringes fire artikler om håndteringen af CDI. I to artikler i dette nummer af Ugeskrift for Læger af Arpi *et al* og Jarlov & Arpi beskrives de forebyggende tiltag, man har iværksat på Herlev Hospital for at reducere bl.a. CDI. Tiltagene på Herlev Hospital kan beskrives med fire underemner: *antibiotic stewardship*, hygiejne, hurtig diagnostisk og synliggørelse. Resultaterne taler deres eget sprog: en reduktion af CDI-tilfældene med en tredjedel. Hvor meget, de enkelte delelementer har bidraget med, er uvist, men det er næppe et element alene der gør forskellen. Tiltagene er for så vidt simple og burde være en del af den daglige rutine, men i en travl klinisk hverdag er de ikke helt enkle alligevel. Derfor kan man kun anerkende, at Herlev Hospital i et forsøg på at reducere forekomsten af CDI har allokeret resurser til at reducere uhensigtsmæssig (bredspektret) antibiotikaanvendelse og optimere rengøring og hygiejneprocedurer. Man kan spørge sig selv, om ikke netop et program som det på Herlev Hospital burde udbredes til andre hospitaler. Har vi råd til at lade være?

Uanset hvor effektiv forebyggelsen er, vil der stadig være patienter med CDI. Et stort problem er, at op

mod 25% af patienterne får mindst et recidiv, uanset om de har fået behandling efter gældende rekommandationer eller ej. Netop til gruppen af patienter, der har haft talrige recidivtilfælde, har fæcestransplantation (FMT) som beskrevet af Carstens & Hansen og Fløe & Leutscher i dette nummer af Ugeskrift for Læger tiltrukket sig stor international opmærksomhed over de senere år. Selvom man i talrige caseserier har påvist endog særdeles gode resultater, mangler der med en enkelt undtagelse randomiserede studier, hvor effekten dokumenteres [3]. En stor bekymring ved FMT er trods grundig screening af donor risikoen for overførsel af patogener og resistensgener. En måde at minimere denne risiko på er at indgive bakteriekultur med kendte naturligt forekommende tarmbakterier, der er dyrket under kontrollerede laboratorieforhold, den såkaldte rektale bakterieinstillation [4], der har været anvendt i Danmark siden 1980'erne hos mere end 200 patienter med op mod 80% behandlingssucces afhængigt af. Metoden mangler dog i lighed med FMT randomiserede undersøgelser til dokumentation af effekten, men en sådan undersøgelse bliver p.t. planlagt.

Foreløbigt er hospitalerne vest for Storebælt gået næsten fri af CDI 027-epidemien, uden at nogen foreløbig har kunnet give en forklaring på det. Måske en nærmere analyse af regionale forskelle kan bidrage til vores forståelse af denne »succesbakterie«. Vi skal som tidligere nævnt agere bredt, hvis vi skal nedbringe forekomsten af CDI. Det er ikke gjort med at give patienten ti dages vancomycinbehandling.

LITTERATUR

1. Bacci S, Molbak K, Kjeldsen MK *et al*. Binary toxin and death after *Clostridium difficile* infection. *Emerg Infect Dis* 2011;17:976-82.
2. Curry SR, Muto CA, Schlackman JL *et al*. Use of multilocus variable number of tandem repeats analysis genotyping to determine the role of asymptomatic carriers in *Clostridium difficile* transmission. *Clin Infect Dis* 2013;57:1094-102.
3. Kassam Z, Lee CH, Yuan Y *et al*. Fecal microbiota transplantation for *Clostridium difficile* infection: systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol* 2013;108:500-8.
4. Tvede M, Rask-Madsen J. Bacteriotherapy for chronic relapsing *Clostridium difficile* diarrhoea in six patients. *Lancet* 1989;1:1156-60.

LEDER

Morten Helms

Ugeskr læger
2014;176:V64912

KORRESPONDANCE:

Morten Helms,
Infektionsmedicinsk Afdeling,
Hvidovre Hospital,
Kettegård Alle 30,
2650 Hvidovre. E-mail:
morten.helms@regionh.dk

INTERESSEKONFLIKTER:

ingen. Forfatterens ICMJE-formular er tilgængelig sammen med lederen på Ugeskriftet.dk