

# O desafio em diagnosticar *Clostridium Difficile*!

## *The challenge in diagnosing Clostridium Difficile!*

José Cotter

O artigo publicado por Vieira AM *et al*, intitulado "Diarreia associada a *Clostridium Difficile* num hospital central"<sup>1</sup>, mereceu a nossa atenção e uma especial reflexão.

De facto este tipo de diarreia é uma preocupação real<sup>2,3</sup>, acrescida em doentes internados (traduzindo em grande parte dos casos uma infecção nosocomial)<sup>4</sup> onde cerca de 30% daqueles que têm diarreia associada a antibióticos estão exactamente infectados com *Clostridium Difficile*<sup>5</sup>, ocasionando importante aumento da morbilidade. Em alguns casos esta infecção acresce de forma significativa a mortalidade, nomeadamente em situações em que se associam leucocitose, hipoalbuminemia, alimentação por sonda nasogástrica ou em indivíduos idosos<sup>6</sup>.

Neste estudo, o aparente aumento da incidência, independentemente das múltiplas causas claramente expressas por Vieira AM *et al*, traduzem também uma situação prévia de subdiagnóstico da infecção. Este facto terá ficado atenuado desde que o diagnóstico laboratorial passou a ser possível através da identificação da toxina A e/ou B nas fezes por testes de imunoensaio enzimático, que além de fácil utilização e baixo custo, revelam uma elevada sensibilidade (63 - 94%) e especificidade (75 - 100%), tornando-se não só um exame de primeira escolha, mas também permitindo dispensar na maior parte dos casos o recurso a meios de diagnóstico invasivos (colonoscopia, sigmoidoscopia, biópsias). E esta terá sido com toda a probabilidade a razão que levou, no trabalho a que nos referimos, a um aumento exponencial da incidência no ano de 2007, data a partir da qual no hospital a que a série se refere, a identificação da toxina passou a ser efectuada através do método de diagnóstico de imunoensaio enzimático. Tal não invalidou, contudo, que em algumas circunstâncias apenas a conjugação dos exames endoscópico e histológico permitissem chegar ao diagnóstico. De notar ainda que os métodos imagiológicos não invasivos (ecografia e TAC abdominais) não são específicos, representando na maior parte das vezes

sobreposição de exames e aumento de custos, além de outros potenciais inconvenientes, como por exemplo o aumento de radiação acumulada (no caso das TAC). Por último e a propósito, lembrar-se-á que o exame cultural de fezes continua a ser pela sua superior sensibilidade e especificidade, o método de diagnóstico *gold standard*<sup>7</sup>, embora o trabalho intenso que implica, a demora (24 - 48 horas) até ser obtido o resultado final e o seu custo, tornam-no num método para já impensável de utilizar na prática clínica corrente.

Um facto surpreendente nos resultados apresentados por Vieira AM *et al* diz respeito à falta de alusão a qualquer doente com doença inflamatória intestinal (DII) que tenha contraído diarreia associada a *Clostridium Difficile*. Mais surpreendente tal facto se torna quando a casuística respeita a um período de oito anos num hospital de grandes dimensões e com grande volume assistencial, quer de doentes internados quer de ambulatório, entre os quais seguramente se compreenderão muitos com Doença de Crohn ou Colite Ulcerosa em tratamento com imunossuppressores. Sabe-se que desde há alguns anos, em paralelo com a utilização cada vez mais frequente de fármacos imunossuppressores no tratamento da DII, uma das preocupações existentes é a exclusão de infecções oportunistas (entre as quais se enquadra a originada por *Clostridium Difficile*) na presença de agudizações, perda de resposta ao tratamento ou agravamento clínico e/ou analítico<sup>8</sup>. O despiste da infecção por este microrganismo, nessas circunstâncias, tornou-se mesmo imperativo. Nesse sentido e pela importância que tal adquiriu, a *European Crohn's and Colitis Organization* (ECCO) em recente publicação<sup>9</sup>, destaca os cuidados e a abordagem a ter perante a suspeita de infecção por *Clostridium Difficile* em doentes com DII, bem como o respectivo tratamento quando confirmado o diagnóstico.

Em suma, o trabalho de Vieira AM *et al* revela-se importante pelo seu conteúdo, mas também porque nos alerta para a necessidade de ter sempre presente a

Chefe de Serviço de Gastroenterologia do Centro Hospitalar do Alto Ave - Guimarães

possibilidade de em determinados quadros clínicos e na presença de diarreia, ser excluída a existência de infecção por *Clostridium Difficile*. Tal terá uma acuidade ainda maior em doentes imunossuprimidos, obrigando-nos a reflectir que será neste grupo que actualmente se enquadra um número importante de pacientes portadores de doença inflamatória intestinal. Se bem que numa minoria de casos o diagnóstico obrigue à realização de exames endoscópicos e respectivas biópsias, na maioria a simples pesquisa da toxina A e/ou B nas fezes poderá revelar-se suficiente.

#### REFERÊNCIAS

1. Vieira AM, Machado MV, Lito L, et al. Diarreia associada a *Clostridium Difficile* num Hospital Central. GE - J Port Gastr 2010;17:10-17.
2. Kuijper EJ, Van Dissel JT, Wilcox MH. *Clostridium Difficile*: changing epidemiology and new treatment options. Curr Opin Infect Dis 2007;20:376-383.
3. Riley TV, Cooper M, Bell B, et al. Community acquired *Clostridium Difficile*-associated diarrhea. Clin Infect Dis 1995; 20(Suppl 2):S263-257.
4. McFarland LV, Mulligan ME, Kwok RY, et al. Nosocomial acquisition of *Clostridium Difficile* infection. N Engl J Med 1989;320:204-210.
5. Bartlett JG. Clinical practice. Antibiotic-associated diarrhea. N Engl J Med 2002;346:334-349.
6. Moshkowitz M, Ben-Baruch E, Kline Z, et al. Risk factors for severity and relapse of pseudomembranous colitis in an elderly population. Colorectal Dis 2007;9:173-176.
7. Cohen SH, Gerding DN, Johnson S, et al. Clinical Practice Guidelines for *Clostridium Difficile* Infection in Adults: 2010 Update by the Society for Healthcare Epidemiology of America (SHEA) and the Infectious Diseases Society of America (IDSA). Infection Control and Hospital Epidemiology, May 2010, vol. 31, no. 5.
8. Issa M, Vijayapal A, Graham MB, et al. Impact of *Clostridium Difficile* on inflammatory bowel disease. Clin Gastroenterol Hepatol 2007;5:345-351.
9. Rahier JF, Ben-Horin S, Chowers Y, et al. European evidence -based Consensus on the prevention, diagnosis and management of opportunistic infections in inflammatory bowel disease. J Crohn's Colitis 2009;3:47-91.