

Witold Bartnik

Klinika Gastroenterologii Onkologicznej, Centrum Onkologii — Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie

Komentarz do artykułu: „*Clostridium difficile* — narastający problem diagnostyczny i terapeutyczny”

Commentary on the article "*Clostridium difficile* — a growing diagnostic and therapeutic problem"

Przedruk z: *Onkologia w Praktyce Klinicznej* 2013; 9, 1: 32

Komentowany artykuł wszechstronnie przedstawia różne aspekty zakażenia *Clostridium difficile* (*C. difficile*). Kilka spraw związanych z tym zakażeniem wymaga jednak szczególnego podkreślenia. Po pierwsze, w ostatnich latach obserwuje się nie tylko stały wzrost liczby zakażeń szpitalnych, ale także zwiększanie się liczby zakażeń środowiskowych (pozaszpitalnych) [1]. Chorują przy tym osoby młodsze, często płci żeńskiej, nieprzyjmujące wcześniej antybiotyków oraz pacjenci z nieswoistymi zapaleniami jelit [2]. Przyczyna wzrostu liczby zakażeń środowiskowych nie jest do końca wyjaśniona, ale jednym z czynników mogą być inhibitory pompy protonowej [3]. Po drugie, zakażenie *C. difficile* stanowi istotne zagrożenie dla chorych na nowotwory. W związku z chemioterapią i zmniejszoną odpornością jest to grupa szczególnie narażona na zakażenie, które w przypadku nowotworów ma gorszy przebieg kliniczny i trudniej poddaje się leczeniu. Po trzecie, jesteśmy obecnie świadkami znacznego postępu w leczeniu zakażeń *C. difficile*, co znalazło odpowiedni wyraz w komentowanym artykule. Wprowadzenie do leczenia fidaksomycyny może oznaczać lepsze odległe wyniki leczenia w porównaniu z dotychczas stosowaną wankomycyną, wyrażające się głównie mniejszą liczbą nawrotów choroby. Lepsze wyniki leczenia fidaksomycyną dotyczą też zakażeń towarzyszących nowotworom. Bardzo interesujące są próby leczenia zakażenia *C. difficile* na drodze ekologicznej, czyli poprzez przywracanie normalnej flory jelitowej. Przeszczepianie bakterii

jelitowych ma znaczenie lecznicze także w nieswoistych zapaleniach jelit (*colitis ulcerosa* i choroba Leśniowskiego-Crohna) bez towarzyszącej infekcji *C. difficile* [4]. Metoda ta nie jest bardzo skomplikowana, chociaż dawcy stolca muszą być poddani licznym testom świadczącym ich zdrowiu. W przyszłości może się okazać, że wystarczające jest przeszczepienie mieszaniny wybranych szczepów bakteryjnych zamiast zawiesiny wszystkich drobnoustrojów zawartych w pełnym stolcu [5].

W zakresie zapobiegania zakażeniom największe znaczenie ma racjonalne stosowanie antybiotyków. Szczegółowe badania amerykańskie wykazują, że ponad połowa zakażeń *C. difficile* pojawia się w ciągu miesiąca od kuracji antybiotykami, a wśród osób przyjmujących antybiotyki blisko jedna trzecia otrzymuje je niepotrzebnie [6]. Zbędne zalecanie antybiotyków wynikało przeważnie z chęci zapobiegania zakażeniu ran chirurgicznych oraz leczenia infekcji dróg moczowych lub zapalenia płuc, chociaż nie było pewnych dowodów na te choroby. Najczęściej używano niepotrzebnie fluorochinolonów i antybiotyków β -laktamowych. W Polsce sytuacja może być podobna i dlatego, biorąc pod uwagę narastające zagrożenie zakażeniami *C. difficile*, stosowanie antybiotyków powinno być zgodne ze wskazaniami. Należy bezwzględnie przestrzegać zasady niewprowadzania antybiotyków do leczenia chorób o niepewnej etiologii, stanów gorączkowych u dzieci i dorosłych oraz infekcji, których przyczyną są raczej wirusy niż bakterie.

Adres do korespondencji:

Prof. dr hab. n. med. Witold Bartnik
Klinika Gastroenterologii
Onkologicznej
Centrum Onkologii — Instytut
im. M. Skłodowskiej-Curie
ul. Roentgena 5, 02–781 Warszawa
tel.: 22 546 23 21, faks: 22 546 30 35
e-mail: wbartnik@coi.waw.pl