Clostridium difficile-diagnostik i förändring

Martin Sundqvist

Överläkare, Med Dr

Laboratoriemedicinska kliniken, Klinisk Mikrobiologi, Universitetssjukhuset, Örebro

Nationella referenslaboratoriet *C.difficile*

Varför letar vi efter *C.difficile*?

- Förklara patientens symtom
  - Kunna erbjuda rätt behandling
  - Kunna avstå annan utredning

- Förebygga smittspridning
  - Förbättra vårdhygieniska insatser/städning mm
  - Inför Fecestransplantation

- Epidemiologisk övervakning
  - Ffa viktigt lokalt för att identifiera förebyggbar spridning
  - Nationellt

Vem ska provtas?

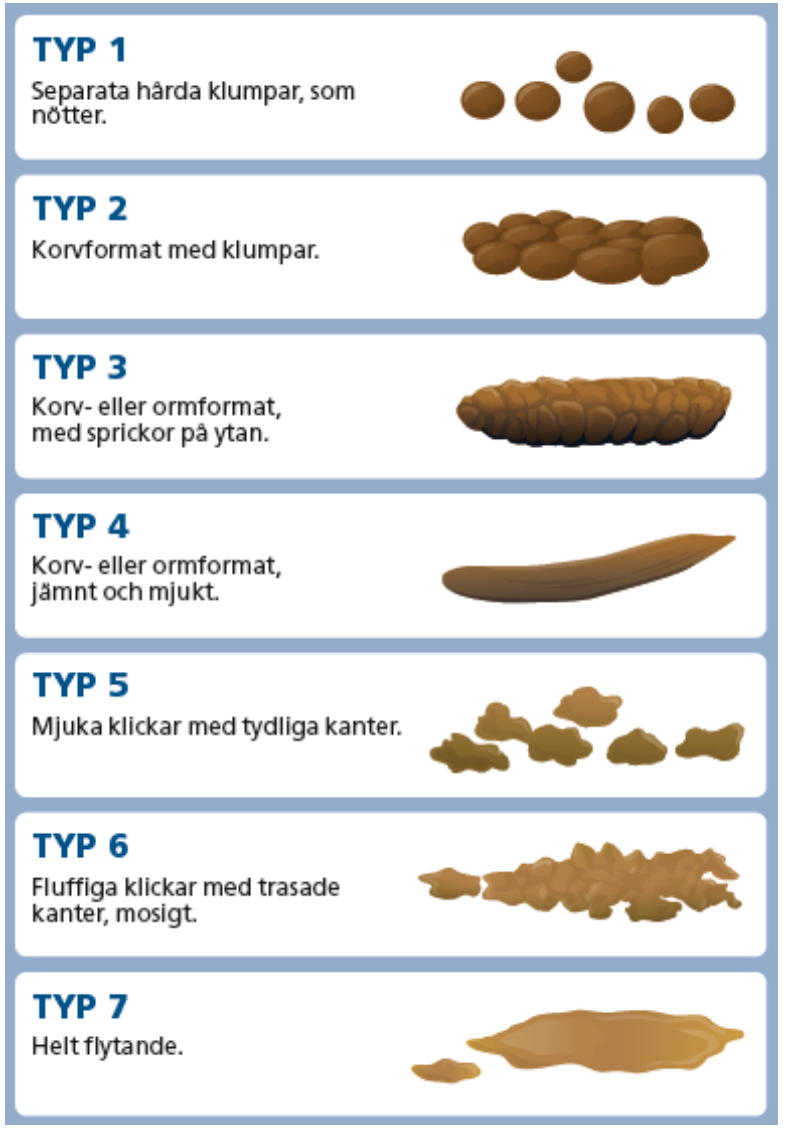
- Patient med klinisk misstanke om CDI

→ ökat positivt prediktivt värde

- Detta är inte helt i linje med Europeiska guidelines som föreslår att samtliga prover med lös avföring ska testas. Bedömningen är att medvetenheten om CD i Sverige är högre än internationellt.

Provtagning

- Fecesburk med sked
- Förvaras i kylskåp innan analys
- Ett prov räcker
- Barn ska bara provtas vid stark misstanke*
- Provta inte för behandlingskontroll
- Rektalsvabb kan användas vid t.ex ileus
- Endast lös avföring ska analyseras (Bristol Stool Chart ≥4?)



* I Europeiska rekommendationen ”Ingen provtagning på barn <3 år”. CID finns hos barn men också mycket bärarskap hos de små barnen. Tolkning av diagnostiken blir således svår.

Crobach et al CMI 2016

Diagnostiska approacher

Metod	Sensitivitet (påvisning av toxinprod. CD)	Specificitet (påvisning av toxinprod. CD)	Kliniskt prediktivt värde	Tid till svar	Kostnad	Möjlighet till Point of Care test
Cell cytotoxicitets neutralisationstest*	++ (?)	+++	+++	Dagar	Hög	Nej
Odling + A/B toxintest	+++	+++	+++	Dagar	Måttlig-hög	Nej
A/B Toxintest*	+	++	++	Min-h	låg	Ja
NAAT*	+++	++	+	h	Måttlig-hög	Nja
GDH*	+++	+	+	Min-h	låg	Ja
NAAT + A/B toxintest*	+++	+++	+++	h	hög	Nja
GDH + A/B toxintest*	+++	+++	+++	Min-h	Låg-måttlig	Ja

*kan kompletteras med odling eller frysning av prov för möjlighet till epidemiologisk övervakning

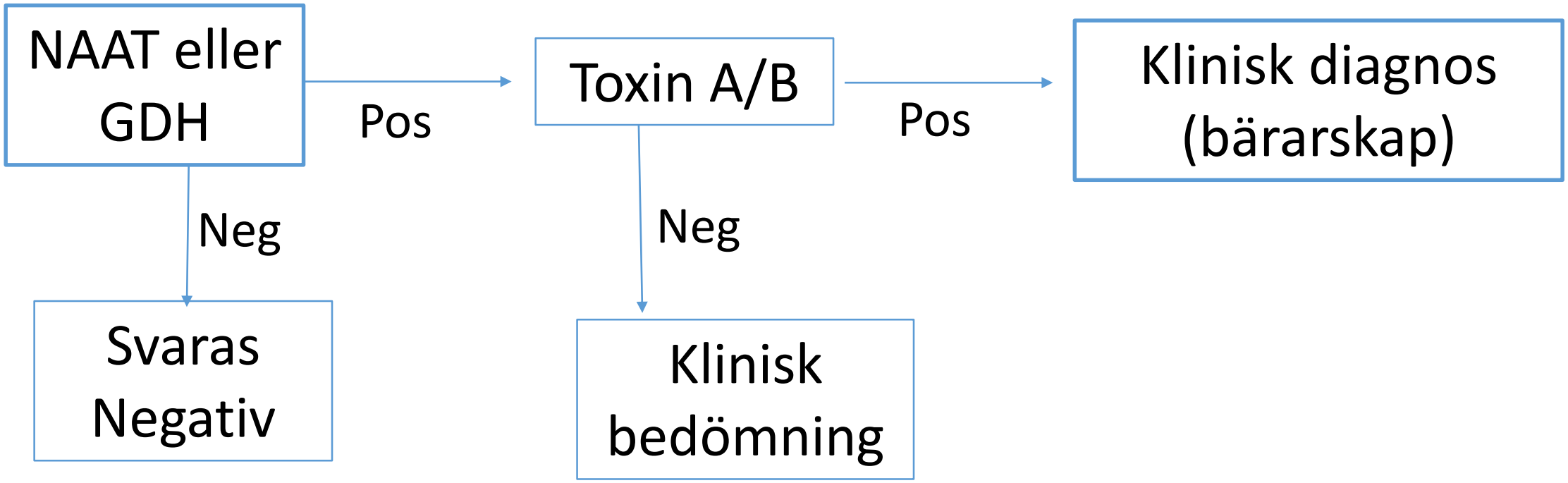
Betydelsen av prevalens i populationen för olika testers prediktiva värde

	CDI prevalens 5%		CDI prevalens 10%		CDI prevalens 20%	
	PPV %	**NPV %**	**PPV %**	**NPV %**	**PPV %**	**NPV %**
EIA GDH	38	100	54	99	72	98
Membran-EIA GDH	34	100	52	100	71	99
EIA toxin A/B	69	99	83	98	91	96
Membran-EIA toxin A/B	81	99	90	98	95	95
NAAT	46	100	64	100	80	99

Ur tabell 9, Crobach et al CMI 2016

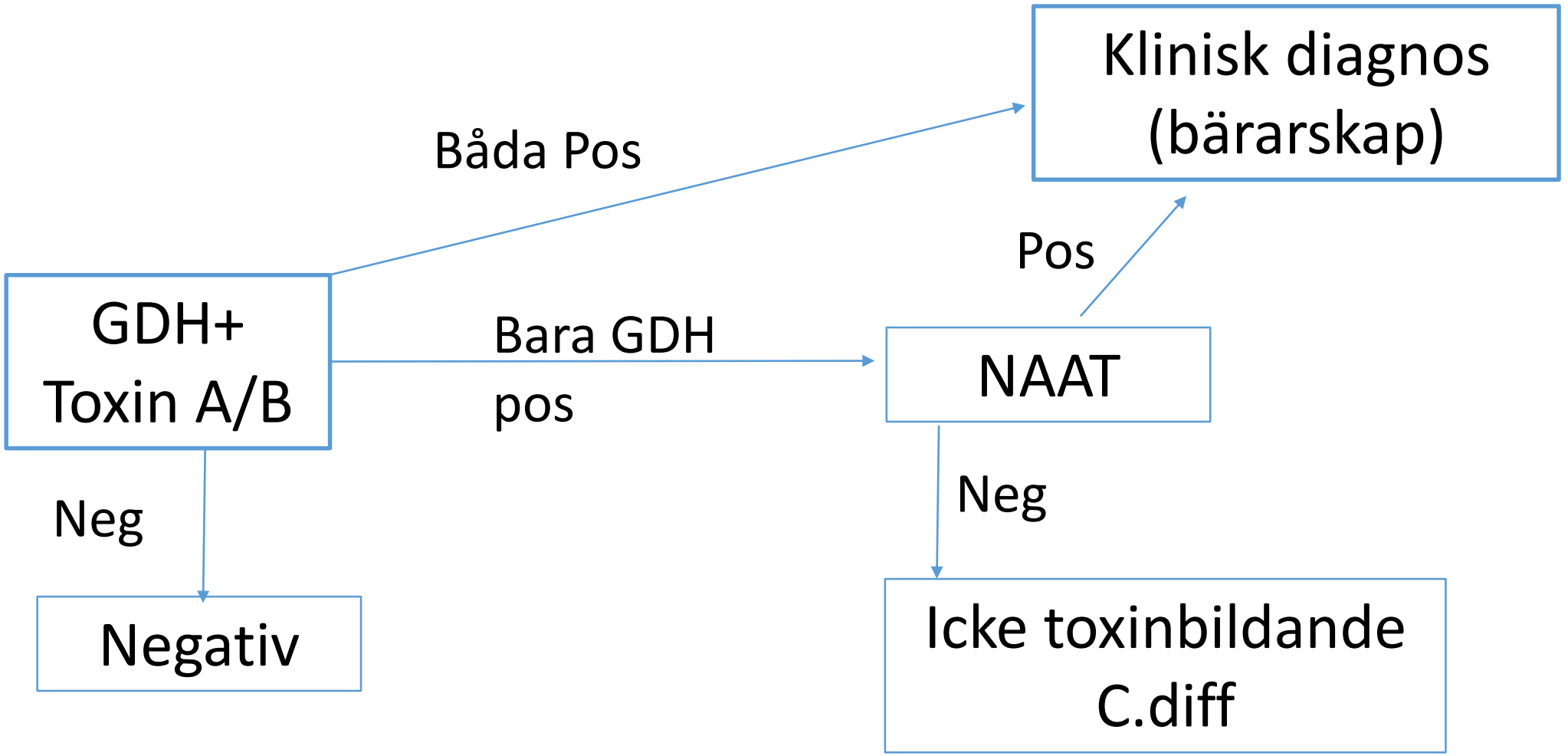
Rekommenderad strategi

(Crobach et al CMI 2016 samt Vårdprogram Infektionsläkarföreningen 2017)



Rekommenderad strategi

(Crobach et al CMI 2016 samt Vårdprogram Infektionsläkarföreningen 2017)



Tack!