

GUIDE DE PRATIQUE CLINIQUE

TRAITEMENT DE L'INFECTION À CLOSTRIDIODES DIFFICILE (ICD)

Date d'entrée en vigueur 2019-07-02

Date de révision 2026-05-11

Période de validité (48 mois)

1. Généralités

1.1 Considérations importantes

- Ce guide sert à proposer une ligne de conduite en fonction des meilleures pratiques existantes dans la prise en charge d'une infection à *Clostridioides difficile* (ICD). En aucun cas, le guide de pratique ne doit être considéré comme une ordonnance. Toutefois, le jugement du clinicien a toujours sa place lors de la prise de décision.

1.2 Professionnels visés

- Médecins, médecins résidents et pharmaciens.

2. Diagnostic, problématique ou besoin identifié

- Confirmer le diagnostic clinique par la recherche de toxines dans les selles.
- Les choix de traitements proposés s'appliquent lorsque la recherche de toxines dans les selles est positive.
 - Si suspicion importante et présentation clinique sévère, le traitement peut être débuté sans attendre
- S'assurer que la diarrhée est bien installée avant de prendre un échantillon.
 - Plusieurs selles liquides par jour, correspondant à un changement significatif des habitudes intestinales du patient
- Isoler le patient et mettre en place les précautions additionnelles en vigueur (Contact-E)
- Particularités pédiatriques chez les moins de 2 ans
 - Dépistage non recommandé sauf en présence de facteurs de risque particuliers vu colonisation au *C. difficile* fréquente et infection symptomatique rare. D'autres causes infectieuses et non infectieuses de diarrhée doivent d'abord être exclues.
- Particularités pédiatriques chez les 2 ans et plus
 - Dépistage recommandé en cas d'apparition récente d'une diarrhée prolongée et aggravée, en présence de facteurs de risques.

3. Principes de traitement ou d'intervention

- Cesser les antibiotiques non essentiels autant que possible, ainsi que les laxatifs et les agents antipéristaltiques (lopéramide, diphénoxylate).
- Réévaluer la nécessité de poursuivre un traitement aux inhibiteurs de la pompe à protons.
- Les gels à base d'alcool sont inefficaces contre les spores. Privilégier l'eau et le savon.

4. Perles cliniques

- Combiner un traitement oral de métronidazole et de vancomycine n'est jamais indiqué.
- Outre dans la colite fulminante, le bénéfice de donner une dose de vancomycine supérieure à 125 mg par la voie orale QID est marginal et devrait être individualisé. Toutefois, chez certains patients avec des diarrhées profuses, il est possible d'augmenter la dose de vancomycine à 250 mg par la voie orale QID pour 48 à 72 heures afin de s'assurer d'obtenir des niveaux adéquats de vancomycine dans le côlon.
- Pendant le traitement d'une ICD, si d'autres antibiotiques sont indiqués en même temps pour une autre condition que l'ICD, on suggère de :
 - Ne pas poursuivre au-delà de 10 jours le traitement de l'ICD si la réponse clinique est adéquate et ce même si l'autre antimicrobien systémique ne peut être interrompu.
 - A la suite du traitement de 10 jours, une prophylaxie secondaire de vancomycine peut être utilisée jusqu'à 7 jours après la fin de l'antibiotique. Se référer au point 8.
- Une récurrence d'infection est la réapparition de symptômes nécessitant un traitement dans les 12 semaines suivant la guérison clinique de l'infection initiale. Au-delà de ce délai, on considère que c'est un nouvel épisode.
- La recherche de toxines dans les selles demeure positive plusieurs semaines après le traitement de l'infection. Ainsi, le diagnostic de la récurrence d'infection à *C. difficile* en deçà de 6 semaines du diagnostic initial est un diagnostic clinique, i.e. l'absence d'autre cause identifiée pour expliquer les symptômes et amélioration de la diarrhée sous traitement de vancomycine ou fidaxomicine. De plus, il n'est pas recommandé de procéder à un test de guérison.
- Pour les patients ayant une assurance privée, s'assurer des démarches à effectuer pour la couverture de la fidaxomicine par l'assureur privé avant le début du traitement en milieu hospitalier, afin de faciliter une poursuite du traitement en externe dans le cas d'un congé à domicile.

5. Choix de traitement (adulte)

1^{er} ÉPISODE Si <u>au moins un</u> des facteurs de risque de récurrence est présent: • Âge ≥ 65 ans; • Immunosuppression grave; • une allergie à la vancomycine Fidaxomicine 200 mg po BID X 10 jours code médicament exception RAMQ AI 582 Si aucun facteur de risque de récurrence n'est présent : Vancomycine 125 mg po QID X 10 jours
1^{ère} RÉCIDIVE 1^{er} choix : Fidaxomicine 200 mg po BID X 10 jours Code médicament exception RAMQ AI 582 pour une première récurrence d'infection, soit la réapparition des symptômes nécessitant un traitement dans les 12 semaines suivant la guérison clinique de l'infection initiale 2^e choix : Vancomycine 125 mg po QID X 10 jours
2^e RÉCIDIVE Considérer l'une des options suivantes : Vancomycine 125 mg po QID X 7 jours puis Vancomycine 125 mg po BID X 7 jours puis Vancomycine 125 mg po DIE X 7 jours puis Vancomycine 125 mg po q2 jours X 7 jours puis Vancomycine 125 mg po q3 jours X 14 jours puis cesser Fidaxomicine 200 mg po BID X 10 jours (patient exception RAMQ)
PLUS DE DEUX RÉCIDIVES Obtenir l'avis d'un microbiologiste- infectiologue Considérer l'une des options suivantes : Vancomycine 125 mg po QID X 7 jours puis Vancomycine 125 mg po BID X 7 jours puis Vancomycine 125 mg po DIE X 7 jours puis Vancomycine 125 mg po q2 jours X 7 jours puis Vancomycine 125 mg po q3 jours X 14 jours PUIS Rifaximine (Zaxine^{MC}) 550 mg po BID X 14 jours (patient d'exception RAMQ) Rebyota^{MC} (demande de nécessité médicale particulière)

INFECTION COMPLIQUÉE

(Hypotension, niveau élevé de lactate sérique, choc, iléus ou perforation colique)

Consultation infectiologie ou médecine interne et en chirurgie

Vancomycine 500 mg po QID + Métronidazole 500 mg IV q8h X 10 jours

Si mégacôlon toxique ou iléus confirmé ou suspecté :

Ajouter de la Vancomycine 500 mg dans 100 mL NS 0,9 % IR par tube rectal q6h

Une discussion avec l'équipe de chirurgie est souhaitable avant l'initiation du traitement par voie IR.

6. Choix de traitement (pédiatrie)

1^{er} ÉPISODE

Vancomycine 10 mg/kg/dose po QID X 10 jours (maximum 125 mg par dose)

1^{ère} RÉCIDIVE

Deux alternatives possibles :

Vancomycine 10 mg/kg/dose po QID X 10 jours (maximum 125 mg par dose)

Fidaxomicine (âge > 6 mois)

- Poids 12,5 kg ou plus : 200 mg po BID X 10 jours
- Poids de moins de 12,5 kg : 16 mg/kg/dose BID
 - *Pas de suspension orale disponible au Québec*
 - *Pas de recette magistrale*
 - *Comprimé de 200 mg sécable en 2. La forme rend difficile de le couper en 4. Difficile de faire la dose juste de 16 mg/kg/dose.*
 - *À arrondir ou faire des sachets selon situation clinique.*

Code médicament exception RAMQ AI 582

2^e RÉCIDIVE ET PLUS

Deux alternatives possibles :

Vancomycine 10 mg/kg/dose po (maximum 125 mg/dose)

Vancomycine QID X 14 jours puis

Vancomycine BID X 7 jours puis

Vancomycine DIE X 7 jours puis

Vancomycine q2 jours X 14 à 56 jours selon avis infectiologue

Fidaxomicine (âge > 6 mois)

- Poids 12,5 kg ou plus : 200 mg po BID X 10 jours
- Poids de moins de 12,5 kg : 16 mg/kg/dose BID
 - *Pas de suspension orale disponible au Québec.*
 - *Pas de recette magistrale.*
 - *Comprimé de 200 mg sécable en 2. La forme rend difficile de le couper en 4. Difficile de faire la dose juste de 16 mg/kg/dose.*
 - *À arrondir ou faire des sachets selon situation clinique.*

Patient exception RAMQ

INFECTION COMPLIQUÉE

(Hypotension, niveau élevé de lactate sérique, choc, iléus ou perforation colique)

Consultation en infectiologie ou en médecine interne et en chirurgie

Vancomycine 10 mg/kg/dose (max 500 mg/dose) po QID X 10 jours

ET

Métronidazole 10 mg/kg/dose (max 500 mg/dose) IV q8h X 10 jours

Si mégacôlon toxique ou iléus confirmé ou suspecté :

Ajouter de la Vancomycine IR par tube rectal q6h

Une discussion avec l'équipe de chirurgie est souhaitable avant l'initiation du traitement par voie IR

Préparation de vancomycine intra-rectal:

Vancomycine 500 mg dans 100 mL NS 0,9 %; volume à administrer selon l'âge

- 1 à 3 ans = 50 mL;
- 4 à 9 ans = 75 mL;
- 10 ans et plus = 100 mL

7. Choix de traitement (Grossesse / allaitement)

- La vancomycine et le métronidazole peuvent être utilisés à tous les trimestres et pendant l'allaitement.
- Éviter la fidaxomicine, en raison de données insuffisantes en grossesse et allaitement chez l'humain. Données animales rassurantes. Biodisponibilité très faible diminue le risque d'exposition significative pour l'enfant. Obtenir l'avis d'un spécialiste avant d'initier le traitement.
- Éviter la rifaximine en raison de données insuffisantes en grossesse et allaitement chez l'humain. Données animales montrent de la tératogénicité. Ne recommandons pas son utilisation pour cette indication.

8. Prophylaxie secondaire

Si une antibiothérapie doit être débutée chez un patient avec antécédent d'ICD dans les 3-6 derniers mois, considérer l'ajout de vancomycine 125 mg po DIE jusqu'à 7 jours après la fin de l'antibiotique.

9. Suivi

Il n'y a pas d'indication de contrôler la recherche de *C. difficile* dans les selles pour confirmer l'éradication microbiologique après un traitement adéquat, car la toxine peut être détectable pendant plusieurs mois après le traitement.

10. Principales références

- McDonald CL et al. Clinical practice guidelines for *Clostridium difficile* infection in adults and children: 2017 update by the Infectious Diseases Society of America (IDSA) and Society for Healthcare Epidemiology of America (SHEA). Clinical Infectious Diseases, 2018, XX (00) :1-48.
- Johnson S et al. Clinical Practice Guideline by the Infectious Diseases Society of America (IDSA) and Society for Healthcare Epidemiology of America (SHEA): 2021 Focused Update Guidelines on Management of Clostridioides difficile Infection in Adults. Clinical Infectious Diseases, 2021: 1-16.

- INESSS - Traitement de la diarrhée ou de la colite associée à *Clostridium difficile*. Mars 2025.
- https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Inscription_medicaments/Avis_au_ministre/Decembre_2022/Decembre_2022_avis_28_nov/Dificid_2022_11.pdf
- Carignan A. et al. Efficacy of secondary prophylaxis with vancomycin for preventing recurrent *Clostridium difficile* infections. *Am J Gastroenterol*. 2016 Sep 13.
- Pépin J. et al. *Clostridium difficile*-associated diarrhea in a region of Québec from 1991 to 2003 : a changing pattern of disease severity. *CMAJ* 2004;171(5) :466-72.
- Gonzales M. et al. Faecal pharmacokinetics of orally administered vancomycin in patients with suspected *Clostridium difficile* infection. *BMC Infect Dis* 2010;10 :363.
- Mattiila E. et al. Rifaximin in the treatment of recurrent *Clostridium difficile* infections. *Aliment Pharmacol Ther* 2013;37 :122-128.
- Kelly CR, Fischer M, Allegretti JR, LaPlante K, Stewart DB, Limketkai BN, et al. ACG Clinical Guidelines: Prevention, Diagnosis, and Treatment of Clostridioides difficile Infections. Official journal of the American College of Gastroenterology | ACG. 2021;116(6).
- Nguyen J, Madonia V, Bland CM, Stover KR, Eiland LS, Keating J, et al. A review of antibiotic safety in pregnancy-2025 update. *Pharmacotherapy*. 2025;45(4):227–37. doi: 10.1002/phar.70010.
- Ferreira E, Martin B, Morin C. Grossesse et allaitement guide thérapeutique 2e édition: Éditions du CHU Sainte-Justine; 2013.
- Gnocchi M, Gagliardi M, Gismondi P, Gaiani F, De' Angelis GL, Esposito S. Updated Management Guidelines for Clostridioides difficile in Paediatrics. *Pathogens*. 2020;9(4). doi: 10.3390/pathogens9040291.
- Shirley D-A, Tornel W, Warren CA, Moonah S. Clostridioides difficile Infection in Children: Recent Updates on Epidemiology, Diagnosis, Therapy. *Pediatrics*. 2023;152(3):e2023062307. doi: 10.1542/peds.2023-062307.
- Campbell CT, Poisson MO, Hand EO. An Updated Review of Clostridium difficile Treatment in Pediatrics. *J Pediatr Pharmacol Ther*. 2019;24(2):90–8. doi: 10.5863/1551-6776-24.2.90.
- DeVine MN, MacBrayne CE, Child J, Blackmer AB. Pharmacological Management of Pediatric Clostridioides difficile Infection: Clarifying the Controversies. *Journal of Pediatric Health Care*. 2022;36(2):181–92. doi: 10.1016/j.pedhc.2021.06.005.
- NICE. Clostridioides difficile infection: antimicrobial prescribing. Public Health England. 2021.

11. Processus d'élaboration

11.1 Rédaction

Nom/Prénom	Titre/Fonction	Date
LeBlanc, Michel Michaud, Sophie	Pharmacien MD microbiologiste-infectiologie	2019-07-02

11.2 Consultation/collaboration

Nom/Prénom	Titre/Fonction	Date
Comité d'antibiogouvernance du CIUSSS de l'Estrie-CHUS		2022-05
Comité d'antibiogouvernance du CIUSSS de l'Estrie-CHUS		2024-04
Comité d'antibiogouvernance du CIUSSS de l'Estrie-CHUS		2026-05

11.3 Approbation

- ☒ Comité pharmacologique (si le guide implique l'utilisation de médicament)
- ☒ Comité de Gestion des outils cliniques (CGOC)
- ☒ Comité des médecins, dentistes, pharmaciens et sages-femmes (CMDPSF)

12. Processus d'autorisation

Nom/Prénom	Signature	Titre/Fonction	Date
Frenette, Adam	Document original signé	Directeur de la direction médicale et des services professionnels (DMSP)	2026-08-18
Lacerte, Mélanie	Document original signé	CMDPSF	2026-07-15

13. Historique des révisions

Description	Auteur/Responsable	Date / Période
Révision	LeBlanc, Michel, Pharmacien	2022-05-19
Révision	Gilbert, Mélanie, pharmacienne Valiquette, Louis, MD microbiologie-infectiologie	2024-12-11
Révision	LeBlanc, Michel, Pharmacien Gilbert, Mélanie, pharmacienne St-Germain, Rémi	2025-05-14
Révision	Tilmanne, Anne, MD microbiologie-infectiologie Gilbert, Mélanie, pharmacienne	2026-05-11
Description (Création, Adoption, Révision avec modification, Révision sans modification, etc.)	Nom, fonction (Acronyme de la direction)	Cliquez ici pour entrer une date.
Description (Création, Adoption, Révision avec modification, Révision sans modification, etc.)	Nom, fonction (Acronyme de la direction)	Cliquez ici pour entrer une date.