

GUIDE DE PRATIQUE CLINIQUE

TRAITEMENT DE L'INFECTION À CLOSTRIDIODES DIFFICILE (ICD)

Validé par Comité d'antibiogouvernance du CIUSSS de l'Estrie-CHUS

Date d'entrée en vigueur 2025-05-14

Références Oui Non

Approuvé par Direction adjointe des services professionnels – Soutien qualité

Date de révision 2025-05-14

Date de péremption 2029-05-14

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, pharmaciens et personnel infirmier.

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.
- S'assurer que la diarrhée est bien installée avant de prendre un échantillon.
→ 3 selles liquides en 24 heures
- Isoler le patient et appliquer les mesures de préventions des infections.

3. Principes de traitement ou d'intervention

- Initier rapidement les investigations et le traitement approprié lors de la prise en charge de l'infection à *C. difficile*.
- Cesser les antibiotiques non essentiels autant que possible, ainsi que les laxatifs et les agents antipéristaltiques (lopéramide, diphenoxylate).
- Réévaluer la nécessité de poursuivre un traitement aux inhibiteurs de la pompe à protons.

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.
- 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 poursuivre la vancomycine 125 mg par la voie orale QID jusqu'à 7 jours après la fin de l'antibiotique.
 - ➔ Cette stratégie de traitement ne s'applique pas à la fidaxomicine, puisque son remboursement en externe est autorisé pour une période de 10 jours seulement par épisode d'infection.
- Une récidive 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.
- Pour les patients ayant une assurance privée, s'assurer de la couverture de la fidaxomicine par l'assureur privé avant le début du traitement en milieu hospitalier, afin d'assurer une poursuite du traitement en externe dans le cas d'un congé à domicile.

5. Choix de traitement

1^{er} ÉPISODE

Si au moins un des facteurs de risque de récidive suivants :

- Âge ≥ 65 ans;
- Immunosuppression grave;
- une allergie à la vancomycine

Fidaxomicine 200 mg po BID x 10 jours
 code médicament exception RAMQ AI 582

OU

Vancomycine 125 mg po QID x 10-14 jours

1^{ere} RÉCIDIVE

Vancomycine 125 mg po QID x 14 jours
 Vancomycine 125 mg po BID x 7 jours
 Vancomycine 125 mg po DIE x 7 jours
 Vancomycine 125 mg po q 2 jours x 7 jours
 Vancomycine 125 mg po q 3 jours x 14 jours

OU

Fidaxomicine 200 mg po BID x 10 jours

code médicament exception RAMQ AI 582 pour une première récidive d'infection, soit la réapparition des symptômes nécessitant un traitement dans les 12 semaines suivant la guérison clinique de l'infection initiale

≥ 2 RÉCIDIVES (Référer en infectiologie)

Vancomycine 125 mg po QID x 14 jours
 Vancomycine 125 mg po BID x 7 jours
 Vancomycine 125 mg po DIE x 7 jours
 Vancomycine 125 mg po q 2 jours x 7 jours
 Vancomycine 125 mg po q 3 jours x 14 jours

OU

Fidaxomicine 200 mg po BID x 10 jours
 (patient exception RAMQ)

OU

Vancomycine 125 mg po QID x 14 jours
 Vancomycine 125 mg po BID x 7 jours
 Vancomycine 125 mg po DIE x 7 jours
 Vancomycine 125 mg po q 2 jours x 7 jours
 Vancomycine 125 mg po q 3 jours x 14 jours

PUIS

Rifaximine (Zaxine^{MC}) 550 mg po BID x 14 jours
 (patient d'exception RAMQ)

OU

Considérer greffe de selles ou Rebyota^{MC} si échec aux deux mesures précédentes

COLITE FULMINANTE- SOINS INTENSIFS

(Hypotension, choc, iléus ou perforation colique)
Consultation en médecine interne, infectiologie et en chirurgie

Vancomycine 500 mg po QID + Métronidazole 500 mg IV q 8h

Si mégacôlon toxique ou iléus :

Ajouter de la Vancomycine 500 mg dans 100 ml NS 0.9% IR par tube rectal q 6h

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

7. 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*. Juin 2017, 73 pages.
- https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Inscription_medicaments/Avis_au_ministre/Decembre_2022/Decembre_2022_avis_28_nov/Difidic_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.

8. Processus d'élaboration**8.1 Rédaction**

Nom : LeBlanc, Michaud

Prénom : Michel, Sophie

Pharmacien

Md, microbiologiste-infectiologue

Date : 2019

8.2 Consultation/collaboration

Nom : Comité d'antibiogouvernance du CIUSSS de l'Estrie-CHUS

Date : 04-2024

Nom :

Prénom :

, Titre du collaborateur

Date :

Nom :

Prénom :

, Titre du collaborateur

Date :

8.3 Approbation

- Comité pharmacologique (si le guide implique l'utilisation de médicament)
- Comité de Gestion des outils cliniques (CGOC)

9. Processus d'autorisation

Nom, prénom :	Dr Viens, Mario	Signature :	Document original signé	, Directeur DSMP	Date : 2019-06-28
---------------	-----------------	-------------	-------------------------	------------------	-------------------

Nom, prénom :	Signature :	, Titre de l'autorisateur	Date :
---------------	-------------	---------------------------	--------

10. Historique des révisions

Nom :	LeBlanc	Prénom :	Michel	Date :	2022-05-19
Nom :	Valiquette	Prénom :	Louis	Date :	2024-04-17
Nom :	Gilbert	Prénom :	Mélanie	Date :	2024-12-11
Nom :	Gilbert	Prénom :	Mélanie	Date :	2025-04-15
Nom :	Gilbert	Prénom :	Mélanie	Date :	2025-05-14
Nom :		Prénom :		Date :	
Nom :		Prénom :		Date :	
Nom :		Prénom :		Date :	