

GUIDE DE PRATIQUE CLINIQUE

TRAITEMENT DE L'INFECTION À CLOSTRIDIUM DIFFICILE (ICD)

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

Approuvé par Direction adjointe des services professionnels – Soutien qualité

Date de révision [Choisissez la date](#)

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 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.
- S'assurer que la diarrhée est bien installée avant de prendre un échantillon (3 selles liquides en 24 h).
- Isoler le patient et appliquer les mesures de prévention 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, diphénoxylate).
- Réévaluer la nécessité de poursuivre un traitement aux inhibiteurs de la pompe à protons.

3.1 Recommandations générales :

- Combiner un traitement avec le métronidazole PO et la vancomycine PO n'est jamais indiqué.
- Chez certains patients avec des diarrhées profuses, il est possible d'augmenter la dose de vancomycine à 250 mg PO QID pour 48 à 72 heures afin de s'assurer d'obtenir des niveaux adéquats de vancomycine dans le côlon.
- Outre dans la colite fulminante, le bénéfice de donner une dose supérieure à vancomycine 125 mg PO QID est marginal et devrait être individualisé.
- Si le patient doit absolument prendre des antibiotiques en même temps pour une autre raison que l'ICD, poursuivre la vancomycine 125 mg PO QID jusqu'à 7 jours après la fin de l'antibiotique.

1^{er} ÉPISODE

Vancomycine 125 mg PO QID x 10-14 jours

1^{re} RÉCIDIVE (Référer tous les cas en infectiologie pour suivi en externe)

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

2 RÉCIDIVES OU PLUS (Référer en infectiologie)

Vancomycine 125 mg PO QID en attendant de recevoir l'approbation de la fidaxomicine (Dificid^{MC}) 200 mg PO BID x 10 jours
 (médicament d'exception si cas d'allergie à la vancomycine, sinon : remplir une demande de patient d'exception)

OU

Vancomycine 125 mg PO QID x 14 jours, **puis**
 Rifaximine (Zaxine^{MC}) 550 mg PO BID x 14 jours (patient d'exception)

OU

Considérer greffe de selles 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 q8h

***Si mégacôlon toxique ou iléus :**

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

4. 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.
- Si une antibiothérapie doit être débutée chez un patient avec antécédent d'ICD dans la dernière année, considérer l'ajout d'une prophylaxie avec vancomycine 125 mg PO QID jusqu'à 7 jours après la fin de l'antibiotique.

5. Principales références

- McDonald CL et al. Clinical practice guidelines for *Clostridium difficile* infection in adults and children : 2017update by the Infectious Diseases Society of America (IDSA) and Society for Healthcare Epidemiology of America (SHEA). Clinical Infectious Diseases, 2018, XX (00) :1-48.
- INESSS - Traitement de la diarrhée ou de la colite associée à Clostridium difficile. Juin 2017, 73 pages.
- 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.

6. Processus d'élaboration

6.1 Rédaction

Nom : LeBlanc Prénom : Michel , Pharmacien Date :

Nom : Michaud Prénom : Sophie , Médecin, microbiologiste-infectiologue Date :

6.2 Consultation/collaboration

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

6.3 Approbation

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

7. Processus d'autorisation

Nom, prénom : D^{re} Grégoire, Édith Signature : Document original signé , Directrice adjointe Soutien qualité, DSP Date : 2019-06-28

8. Historique des révisions

Nom : LeBlanc Prénom : Michel Date : 2019-06-07
 Michaud Prénom : Sophie

Nom : Prénom : Date :

Nom : Prénom : Date :

Nom : Prénom : Date :

Nom : Prénom : Date :

Nom : Prénom : Date :

Nom : Prénom : Date :