



Conseil Scientifique
Domaine de la Santé

Prise en charge des infections à **Clostridioides difficile** (anciennement **Clostridium difficile**) chez l'adulte

EN MILIEU HOSPITALIER

Remarque générale

Lors de la prescription d'antibiotiques, il faut tenir compte de leurs profils de tolérance et des interactions médicamenteuses.

1. DIAGNOSTIC

- Chez un patient hospitalisé (\pm sous traitement antibiotique) développant une diarrhée, il faut réaliser:
 - Test de recherche rapide de *C. difficile* (antigène GDH et/ou toxine et/ou PCR, selon algorithme défini par le laboratoire).
 - Coproculture : la présence de *C. difficile* en culture en l'absence de toxines est sans signification si le patient est asymptomatique, mais doit être considérée en cas de diarrhée inexpliquée par ailleurs.
 - La coproculture est indispensable à la détermination du ribotype de la souche (p.ex. : O27).
- Dès la suspicion d'une infection à *C. difficile*, il faut appliquer les mesures d'hygiène appropriées.

2. PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE

- Le traitement repose avant tout, si possible, sur l'arrêt de l'antibiothérapie ou la réduction de la durée de traitement. La poursuite de l'antibiothérapie favorise des récurrences de l'infection à CD.
- Éviter les antipéristaltiques tel que le loperamide, considérer l'arrêt des inhibiteurs de pompe à protons si possible.
- Assurer un apport d'électrolytes et une hydratation suffisante.
- L'adjonction de probiotiques (*Saccharomyces boulardii*) à tous les stades, n'a qu'une évidence très faible et doit être évitée chez les patients neutropéniques.
- L'usage approprié des antibiotiques est la pierre angulaire dans la lutte contre les résistances aux antibiotiques, mais aussi dans la lutte contre les infections à *C. difficile*, dont il s'agit de retenir les agents exposant à un risque plus élevé :
 - Clindamycine (effet prolongé sur la flore intestinale)
 - Céphalosporines 2e/3e génération
 - Fluoroquinolones

Définition clinique	Paramètres cliniques	Traitement	Durée
Episode initial sans signes de gravité	Leucocytose \leq 15 G/L et Créatinine \leq 1,5 mg/dL	Métronidazole* per os 500mg 3x/jour Ou Vancomycine per os 125mg 4x/jour	10 à 14 jours 10 jours
Episode initial sévère	Leucocytose $>$ 15 G/L ou Créatinine $>$ 1,5 mg/dL	Vancomycine per os 125mg 4x/jour Ou Fidaxomicine per os 200mg 2x/jour	10 jours
Episode initial fulminant	<ul style="list-style-type: none"> hypotension ou choc iléus mégacolon 	Vancomycine 500mg 4x/jour per os ou par sonde gastrique ou par voie rectale** en cas d'iléus <u>Plus</u> Métronidazole IV 500mg 3x/jour	\geq 10 jours
Première récurrence		Vancomycine per os 125mg 4x/jour Ou Fidaxomicine per os 200mg 2x/jour	10 jours
Récurrence ultérieure		Schéma dégressif de vancomycine: 125mg per os 4x/jour pendant 10 à 14 jours 125mg per os 2x/jour pendant 7 jours 125mg per os 1x/jour pendant 7 jours 125mg per os 1x/2jours pendant 7 jours 125mg per os 1x/3jours pendant 14 jours Ou Fidaxomicine per os 200mg 2x/jour pendant 10 jours Ou Transplantation du microbiote fécal (TMF)	

*Au Luxembourg, le métronidazole reste le premier choix, alors que dans les pays à haute incidence de souches NAP1/B1/O27, la vancomycine est préconisée.

** Usage rectal de la vancomycine : 500mg dans 100 à 500mL de solution physiologique toutes les 6 heures

Remarques

- Il est essentiel d'administrer la vancomycine per os dans le traitement d'une infection à Clostridioides difficile, la voie IV étant totalement inefficace.
- La vancomycine orale et la fidaxomicine sont exclusivement délivrées par les pharmacies hospitalières.
- Le métronidazole est contre-indiqué pendant le 1er trimestre de la grossesse et pendant l'allaitement
- En absence de données, la fidaxomicine est contre-indiquée pendant la grossesse et l'allaitement
- Dès la 2e récurrence, le recours à une transplantation du microbiote fécal (TMF) dans un centre spécialisé constitue une option à évaluer.
- Le bezlotoxumab, un anticorps monoclonal anti-toxine B de C. difficile associé au traitement antibiotique, n'a pas montré de supériorité dans la maîtrise de l'épisode aigu, mais diminue de manière modeste (10%) le risque de récurrence.

3. ANNEXES

Références

- Antibioguide du CHEM (2016)
- 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). CID 2018;66, 987-994.
- BAPCOC : Recommandations de traitements anti-infectieux en milieu hospitalier 2017 élaborées par la SBIMC.
- The Sanford Guide To Antimicrobial Therapy 2019. editors, David N. Gilbert, M.D., George M. Eliopoulos, M.D., Henry F. Chambers, M.D., Michael S. Saag, M.D., Andrew T. Pavia, M.D.
- DynaMed [Internet]. Ipswich (MA): EBSCO Information Services. 1995 - . Record No. T114378, Clostridioides (Clostridium) Difficile Infection in Adults; [updated 2018 Nov 30].

Grades de recommandation et niveaux d'évidence

Cf. Méthodologie du Conseil scientifique
Toutes les recommandations ci-dessous sont des recommandations fortes. Pour plus de détails concernant les données cliniques disponibles et les niveaux d'évidence, prière de consulter les sources ci-dessus.

GROUPE DE TRAVAIL

GT Antibiothérapie hospitalière :

M. Yves Bruch, coordinateur du GT
membre du Conseil scientifique
Contrôle médical de la Sécurité sociale

Dr Vic Arendt, Centre Hospitalier du Luxembourg

Mme Viviane Knepper, Centre Hospitalier Emile Mayrisch

Dr Jacqueline Parmentier, Centre Hospitalier du Nord

Dr Gérard Schockmel, Hôpitaux Robert Schumann

Dr Thérèse Staub, Centre Hospitalier du Luxembourg

Les membres du GT ont déclaré les conflits d'intérêt éventuels en relation avec la thématique de cette recommandation.

Secrétariat du Conseil Scientifique
conseil-scientifique.public.lu | csc@igss.etat.lu
B.P. 1308 | L-1013 Luxembourg
26, rue Ste Zithe | L-2763 Luxembourg | T +352 247-86284 | F +352 247-86225

**PRISE EN CHARGE DES INFECTIONS A CLOSTRIDIODES DIFFICILE EN MILIEU
HOSPITALIER CHEZ L'ADULTE**

conseil-scientifique.public.lu

8.7.2020