Traitement de l'infection à *Clostridioides difficile* (*C.difficile*)

Principes
- Débuter le traitement empiriquement si une infection sévère (leucocytes > ou = 15 X 10^9/L, créatinine sérique > 1,5 X la valeur de base, température > 38.5 C, albumine < 30 g/L) ou compliquée est suspectée.
- Reconsidérer l'indication de l'antibiothérapie.
- Si possible, éviter les antipéristaltiques tels que lopéramide et diphénoxylate.

Présence d'au moins un des critères suivants :
- instabilité hémodynamique, hyperlactatémie
- iléus, mégacôlon toxique, péritonite

NON → **Infection non compliquée**

Autre(s) épisode(s) dans les 3 derniers mois ?

NON → **1er épisode**

- 65 ans et plus
  ou
- Immunosuppression grave
  ou
- Allergie à la vancomycine

→ Fidaxomicine 200 mg po BID x 10 jours
- Code RAMQ : AI582
- Max. : 20 co./épisode infectieux

1er épisode → Vancomycine 125 mg po QID x 10 jours

OUI → **Récidive(s)**

Première récidive

Vancomycine 125 mg po QID x 14 jours suivi de vancomycine
- 125 mg po BID x 7 j puis
- 125 mg po DIE x 7 j puis
- 125 mg po q 2 j x 7 j puis
- 125 mg po q 3 j x 7 j et cesser.

(Durée totale = 42 jours)

OU

Fidaxomicine 200 mg PO BID x 10 jours
ou
Fidaxomicine 200 mg po BID du jour 1 à 5 puis 200 mg po q 2 j du jour 7 à 25
- Code RAMQ : AI582
- Max. : 20 co./épisode infectieux

≥ 2 récidives

Évaluation / suivi recommandé en microbiologie-infectiologie
- Vancomycine à doses décroissantes sur 6-12 semaines
- D'autres traitement peuvent être envisagés tels que :
  - Bezlotoxumab : nécessite une demande au programme d'accès spécial de Santé Canada.

OUI → **Infection compliquée (fulminante)**

Vancomycine 500 mg po / via TNG QID avec métronidazole 500 mg IV q 8 h

Considérer une consultation en :
- Chirurgie générale
- Microbiologie-infectiologie
- Soins intensifs

En présence d'iléus, considérer l'ajout :
- Lavement intra-rectal de vancomycine (500 mg dans 100 mL de NS q 6 h)

S'il s'agit d'une récidive, compléter le traitement → **Récidive(s)**

Autres considérations :
- Le métronidazole ne fait plus partie des recommandations de traitement de 1ère ligne en raison de son efficacité inférieure. Cependant, il peut être une alternative acceptable pour des raisons économiques s'il s'agit d'un 1er épisode non sévère chez les personnes de moins de 65 ans.

Probiotiques
- "...l'usage de probiotiques dans les établissements de santé, fondé sur une approche populationnelle, est déconseillé, sauf dans un contexte de recherche." Extrait tiré de l'avis de l'INESSS sur les probiotiques, juin 2017.
- Pour leur utilisation en prévention de la diarrhée associée aux antibiotiques (DAA) dans le CEMTL, se référer au document du PRAG, soit "Probiotique chez l'adulte dans la prévention de la DAA".

Prophylaxie secondaire
- Le métronidazole n'est pas recommandé.
- Les données prospectives sont insuffisantes pour émettre des recommandations officielles sur l'usage de la vancomycine (posologie, durée).
- Après le traitement d'une infection à C.difficile chez un usager recevant une antibiothérapie concomitante, considérer prolonger l'usage de la vancomycine orale pendant la durée de celle-ci et ce, jusqu'à 7 jours après l'arrêt des autres antibiotiques.
- Chez les usagers à haut risque de récidive*, considérer l'ajout de vancomycine à raison de 125 mg po 1 à 2 fois par jour ad 5 jours après la fin d'une antibiothérapie. * 65 ans et plus, immunodépression significative et hospitalisation pour infection sévère dans les 3 derniers mois.

Ces décisions sont laissées au jugement du prescripteur en fonction du contexte clinique.

CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal, Hôpital Maisonneuve-Rosemont, **PR**ogramme d'**A**ntibio**G**ouvernance (PRAG) / 2024.

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal
Québec