



PRISE EN CHARGE DES INFECTIONS À CLOSTRIDIODES DIFFICILE (ICD) CHEZ L'ADULTE >>

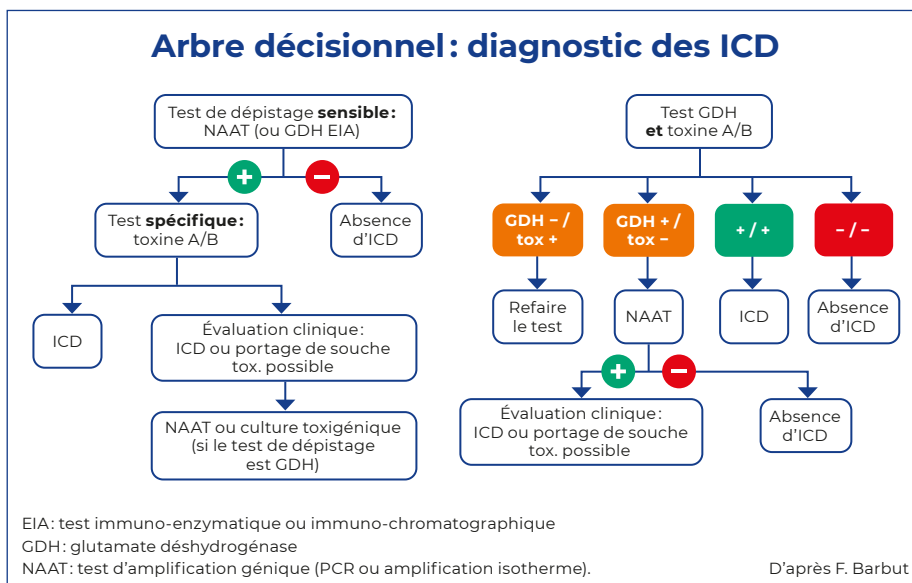
>> RECOMMANDATIONS DE LA COMAI CENTRALE AP-HP

Définitions

- **Infection à C. difficile:**
 - **tableau clinique compatible + présence de toxine libre dans les selles (test EIA);**
 - **OU tableau clinique compatible + mise en évidence d'une souche toxigénique par amplification génique (PCR) ou culture toxigénique;**
 - **OU présence de pseudomembranes à l'examen endoscopique et présence d'une souche toxigène.**
 - **Forme grave = au moins un des critères suivants:**
 - fièvre > 38,5 °C;
 - leucocytose > 15.10⁹/L;
 - créatinine > 50 % valeur de base et/ou créatinine ≥ 132 μmol/L (1,5 mg/dL);
 - et à l'imagerie (si disponible): distension colique, infiltration de la graisse péri-colique, épaissement de la paroi colique.
 - **Forme grave compliquée = au moins un des critères suivants:** hypotension, choc septique, élévation des lactates, iléus, mégacolon toxique, perforation intestinale, évolution fulminante.
 - **Forme réfractaire:** diarrhées persistantes après 10 jours de traitement.
 - **Réponse clinique au traitement:** ↓ fréquence des selles avec amélioration de la consistance des selles et absence d'apparition de critères de gravité de la maladie à 72 heures.
- La consistance des selles et la fréquence peuvent rester anormales pendant des semaines!**
- **Échec:** tous les autres cas.
 - **Récidive:** ICD survenant dans les 8 semaines suivant le début d'un précédent épisode à condition que les symptômes du précédent épisode aient disparu à l'issue du traitement initial. **Récidives multiples:** à partir du 3^e épisode.

SYMPTÔMES	DÉFINITION
Diarrhée	Selles liquides fréquence ≥ 3/j
Iléus	Vomissements + absence de selles + signes radiologiques de distension intestinale
Mégacolon toxique	Distension colique radio (Ø > 6 cm) + SIRS

N.B.: la culture n'est pas obligatoire mais il est fortement recommandé de conserver les selles des patients positifs à -80 °C pour pouvoir, si nécessaire en cas de cas groupés, isoler et comparer les souches (CNR).



Hygiène

Les SHA n'agissent pas sur les spores de C. difficile!

- **Précautions complémentaires contact de type C. difficile à mettre en place dès la suspicion.**
- **Chambre individuelle sans sanitaires partagés.**
- **Hygiène des mains:**
 - **avant les soins:** friction hydro-alcoolique (FHA) systématique et entre chaque changement de gants;
 - **après les soins:** lavage simple des mains au savon doux suivi d'une FHA.

• **Équipements de protection individuelle:**

- **port systématique:** sur-blouse à manches longues + gants à usage unique dès l'entrée dans la chambre;
- **tablier:** soins souillants, mouillants.
- **Bionettoyage avec un produit sporicide** (type Oxy'Floor® [Anios] ou eau de javel diluée au 1/5^e): selon le protocole de l'établissement.
- **Circuit dédié du linge (sacs rouges) et des déchets (filière DASRIA).**

Critère de levée de l'isolement = 48-72 heures après l'arrêt de la diarrhée.

Mesures générales

- Mesures d'hygiène spécifiques.
- Arrêt antibiothérapie inductrice si possible.
- Arrêt des IPP (sauf indication formelle).
- Pas de traitement ralentisseur du transit.

Pas de recherche de *C. difficile* de contrôle après les 10 jours de traitement.

L'évaluation de l'efficacité d'un traitement repose sur l'amélioration clinique de patient.

Prise en charge des ICD

		STRATÉGIE DE TRAITEMENT DÉSORMAIS GUIDÉE PAR LE RISQUE DE RÉCIDIVE PLUS QUE PAR LA GRAVITÉ INITIALE	EXCEPTÉ POUR LES FORMES COMPLIQUÉES
Durée du traitement	Absence de facteur de risque de récurrence (cf. ci-contre)	Haut risque de récurrence (≥ 1 parmi) : <ul style="list-style-type: none"> • âge ≥ 65 ans • épisode antérieur d'ICD • traitement par inhibiteur de la pompe à protons (IPP) ne pouvant être suspendu • antibiothérapie en cours, de durée prévue > 7 jours • hospitalisation dans les 3 derniers mois, en dehors de l'hospitalisation actuelle 	Forme compliquée*
1^{ER} ÉPISODE DOCUMENTÉ			
10 jours (‡)	Vancomycine PO 125 mg x 4/j	Fidaxomicine PO 200 mg x 2/j schéma pulsé possible si antibiothérapie en cours (§)	Vancomycine PO* 125 mg x 4/j + Métronidazole IV 500 mg x 3/j
1^{RE} RÉCIDIVE DOCUMENTÉE			
10 jours (‡)	Fidaxomicine PO 200 mg x 2/j	Procédure vancomycine + TMF (\$) ou Fidaxomicine PO 200 mg x 2/j + Bezlotoxumab, perfusion IV unique de 10 mg/kg, sur avis référent anti-infectieux	Vancomycine PO* 125 mg x 4/j + Métronidazole IV 500 mg x 3/j
2^E RÉCIDIVE : PROCÉDURE VANCOMYCINE + TRANSPLANTATION DE MICROBIOTE FÉCAL (TMF) (§)			
Téléphone TMF center: 01 49 28 31 66 – Fax: 01 86 69 70 90 – E-mail: thuman.truong@aphp.fr			

* En cas d'iléus, vancomycine par voie intra-rectale possible: 125 mg dans 100 mL de NaCl 0,9% x 4/j.

(‡) En cas d'ICD réfractaire (diarrhées persistantes après 10 jours de traitement): avis référent anti-infectieux/avis chirurgical.

(§) Discuter de la possibilité d'un schéma pulsé si l'antibiothérapie en cours doit être prolongée plus de 2 semaines: fidaxomicine 200 mg/12 h de J1 à J5, puis 200 mg/24 h un jour sur deux de J7 à J25, soit un total de 20 comprimés.

(\$) Procédure vancomycine + TMF: vancomycine PO 125 mg x 4/j → arrêt antibiotique 0-72 h → PEG → TMF.

Bibliographie

- McDonald LC, Gerding DN, Johnson S, Bakken JS, Carroll KC, Coffin SE, 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). Clin Infect Dis. 2018 Mar 19;66(7):987-994..
- Ooijevaar RE, van Beurden YH, Terveer EM, Goorhuis A, Bauer MP, Keller JJ, et al. Update of treatment algorithms for *Clostridium difficile* infection. Clin Microbiol Infect. 2018 May;24(5):452-462.
- <https://www.infectiologie.com/fr/recommandations.html>
- van Prehn J, Reigadas E, Vogelzang EH, Bouza E, Hristea A, Guery B, Krutova M, et al. Guideline Committee of the European Study Group on *Clostridioides difficile*. European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases: 2021 update on the treatment guidance document for *Clostridioides difficile* infection in adults. Clin Microbiol Infect. 2021 Dec;27 Suppl 2:S1-S21.