



ALGORITHMES

TRAITEMENT DE LA DIARRHÉE À *CLOSTRIDIUM DIFFICILE* (DACD)



 CENTRE HOSPITALIER
UNIVERSITAIRE DE QUÉBEC

ALGORITHME 1

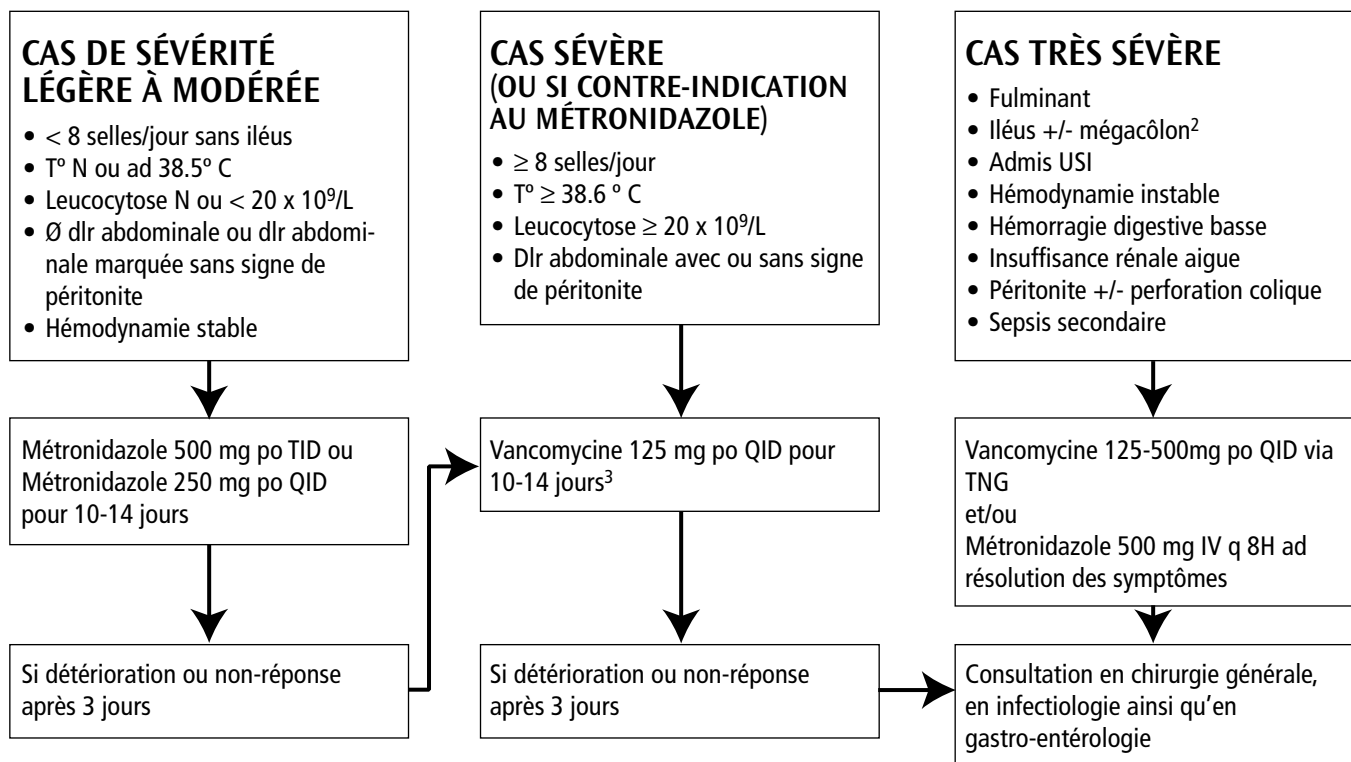
TRAITEMENT DE LA DIARRHÉE À *CLOSTRIDIUM DIFFICILE* (DACD) CHEZ L'ADULTE

MESURES GÉNÉRALES

- Hydratation et correction des anomalies électrolytiques.
- Reconsidérer l'indication de l'antibiothérapie, si doit être poursuivie, considérer de prolonger le traitement contre le *C. difficile* d'une semaine après l'arrêt de celle-ci.
- Réévaluer l'usage des opioïdes.
- Éviter les antipéristaltiques (lopéramide [Imodium™], diphénoxylate [Lomotil™]).
- Ne pas traiter les porteurs asymptomatiques.

PREMIER ÉPISODE ET PREMIÈRE RÉCIDIVE¹ DE DACD

La présence de souches de *C. difficile* hypervirulentes, la comorbidité du patient et la rapidité de l'évolution peuvent faire en sorte que le praticien décide d'agir plus rapidement si détérioration ou non réponse et décide aussi de changer son approche de traitement initial selon son jugement clinique.



¹ Lors de première récurrence, la Vancomycine à doses décroissantes peut être envisagée selon le jugement clinique

² Si iléus +/- mégacôlon, considérer option empirique : Vancomycine 500mg dans 1 litre NS via cathéter Foley 18" instillation intra-rectale aux 6 heures, clamber cathéter 60 minutes après chaque dose.

³ Certains cliniciens suggèrent de considérer des doses de Vancomycine 250mg po QID initialement selon la sévérité de la DACD.

ALGORITHME 2

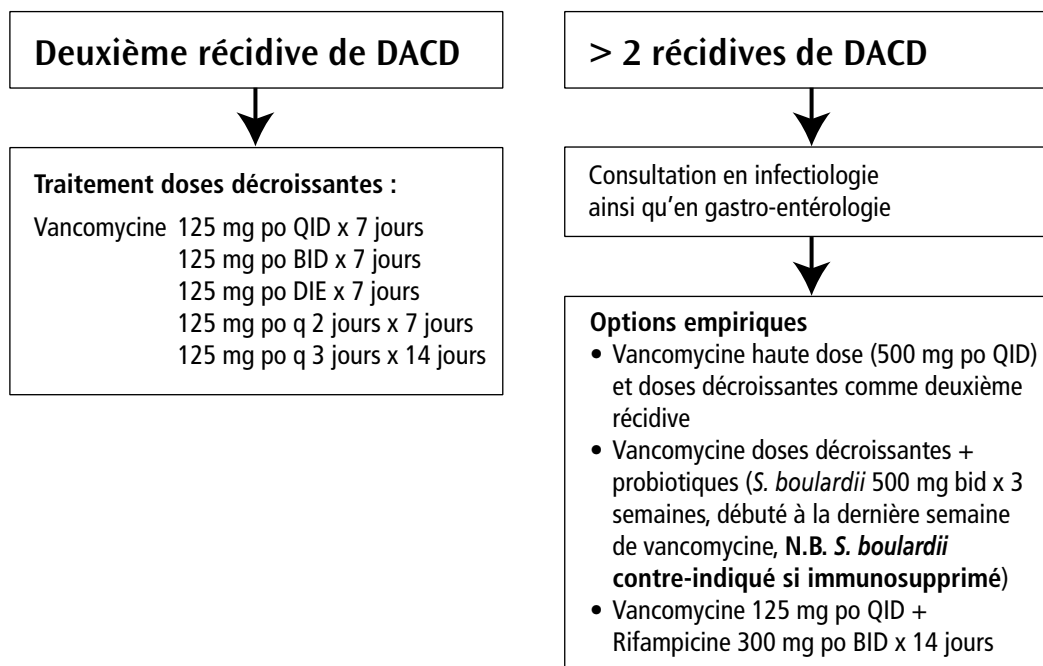
TRAITEMENT DE LA DIARRHÉE À *CLOSTRIDIUM DIFFICILE* (DACD) CHEZ L'ADULTE

MESURES GÉNÉRALES

- Hydratation et correction des anomalies électrolytiques.
- Reconsidérer l'indication de l'antibiothérapie, si doit être poursuivie, considérer de prolonger le traitement contre le *C. difficile* d'une semaine après l'arrêt de celle-ci.
- Réévaluer l'usage des opioïdes.
- Éviter les antipéristaltiques (Iopéramide [Imodium™], diphénoxylate [Lomotil™]).
- Ne pas traiter les porteurs asymptomatiques.

DEUXIÈME RÉCIDIVE ET PLUS DE DACD

L'approche initiale de traitement lors de récurrence subséquente, doit toujours tenir compte de la sévérité de la présentation clinique (voir algorithme 1)



ALGORITHME 3

TRAITEMENT DE LA DIARRHÉE À *CLOSTRIDIUM DIFFICILE* (DADC) CHEZ L'ENFANT

La Société Canadienne de pédiatrie a fait les recommandations suivantes au sujet du diagnostic et du traitement de la CDAD chez l'enfant :

1. Le diagnostic de colite associée au *C. difficile* devrait être envisagé chez tous les patients qui reçoivent ou ont reçu des antibiotiques au cours des deux semaines précédentes et qui présentent les symptômes suivants : diarrhée sanglante accompagnée ou non de toxicité systémique, fièvre et douleurs abdominales spasmodiques.
2. Le diagnostic de diarrhée associée au *C. difficile* devrait être envisagé chez les patients immunocompromis qui reçoivent ou ont reçu des antibiotiques ou une chimiothérapie au cours des deux semaines précédentes et qui souffrent d'une maladie diarrhéique (profuse ou sanglante).
3. Le diagnostic de diarrhée associée au *C. difficile* ne devrait être posé que si une toxine est décelée dans les selles. La culture de la bactérie ne suffit pas à soutenir le diagnostic.
4. D'ordinaire, chez les patients immunocompétents présentant une diarrhée profuse bénigne à modérée et des toxines du *C. difficile* dans les selles, la suppression de l'antibiotique déclenchant constitue un traitement pertinent.

CONSIDÉRER UNE CONSULTATION AVEC UN INFECTIOLOGUE-PÉDIATRE

TABLEAU 1 : LE TRAITEMENT DE L'ENTÉRITE ASSOCIÉE AU *CLOSTRIDIUM DIFFICILE* CHEZ L'ENFANT

Médicament	Dose pédiatrique recommandée	Durée du traitement	Commentaires
Métronidazole PO	30 mg/kg/ jour PO qid	7 à 10 jours	Médicament de choix et mode privilégié d'administration du médicament
Vancomycine PO	40 mg/kg/jour PO qid max : 125 mg/dose	7 à 10 jours	Tout aussi efficace que le métronidazole, mais peut favoriser l'émergence d'une bactérie antibiorésistante. Ne devrait être utilisée que dans des situations exceptionnelles
Métronidazole IV	30 mg/kg/jour IV qid	7 à 10 jours	À n'utiliser que si l'administration orale est impossible. Excrété en petites quantités dans l'intestin

ALGORITHME 4

TRAITEMENT DE LA DIARRHÉE À *CLOSTRIDIUM DIFFICILE* (DACD) CHEZ L'ADULTE

MARQUEUR DE SÉVÉRITÉ, DE RÉCIDIVE ET DE MORTALITÉ

PATIENTS À RISQUE DE DÉVELOPPER DACD SÉVÈRE

Patient > 65 ans
T° > 38,5° C
Leucocytose $\geq 20 \times 10^9/L$
Hypoalbuminémie < 25 g/L
IRA avec créatinine > 200 $\mu\text{mol/L}$
Nutrition entérale
Si antibiothérapie poursuivie
Pseudomembranes à l'endoscopie
Admission USI
Hypotension

PATIENTS À RISQUE DE RÉCIDIVE (10-30 %)

Patient > 65 ans
Durée hospitalisation > 16 jours
Admission USI
Comorbidité présente
IRA avec créatinine > 200 $\mu\text{mol/L}$
Si premier épisode DACD = sévère
Chirurgie gastro-intestinale récente
Antibiothérapie poursuivie ou réexposition à
un antibiotique
Prise IPP/Anti-H₂
Hypoalbuminémie < 25 g/L

PATIENT À RISQUE DE MORTALITÉ À 30 JOURS

Patient > 74 ans
Leucocytose > 50 $\times 10^9/L$
Lactate $\geq 5 \text{ mmol/L}$
Immunosuppression
Hypotension
Choc traité avec vasopresseur

Références :

1. INSPQ 2005
2. CDM 2005
3. Miller MA. Clinical management of *clostridium difficile*-associated disease. CID 2007;45 :S122-8
4. McMaster-Baxter NL et al *Clostridium difficile* : recent epidemiologic findings and advances in therapy. Pharmacotherapy 2007;27(7):1029-39
5. Adams SD et al Fulminant *Clostridium difficile* colitis. Curr Opin Crit Care 2007;13:450-55
6. Balagopal A et al *Clostridium difficile* : new therapeutic options. Curr Opin Crit Care 2007;7 :455-58
7. Nelson R Antibiotic treatment for *Clostridium difficile*-associated diarrhea in adults. (Review) The cochrane Library 2007 issue 4
8. McFarland LV et al Breaking the cycle: Treatment strategies for 163 cases or recurrent *Clostridium difficile* disease. Am J Gastroenterol 2002;97:1769-75
9. Pépin J et al Outcome of *Clostridium difficile*-associated disease treated with Metronidazole or Vancomycine before and after the emergence of NAP1#027. Am J Gastroenterol 2007;102:1-8
10. Le *Clostridium difficile* : pathogène ou parasite? Comité des maladies infectieuses et d'immunisation, Société Canadienne de pédiatrie (SCP). Paediatrics & Child Health 2000; 5(6): 349-52