

# Traitement de la diarrhée ou de la colite associée au *Clostridium difficile*

Octobre 2009

Ce **guide clinique** est présenté à titre indicatif et ne remplace pas le jugement du praticien.

## GÉNÉRALITÉS

- Prévalence de porteurs asymptomatiques :
  - 1 % dans la population générale
  - ~ 5 % en CHSLD
  - ~ 10 % d'acquisition/semaine d'hospitalisation pour atteindre un plateau de 50 %
- Infection de la muqueuse du côlon par le *C. difficile*, une bactérie anaérobie Gram+ productrice de spores.
- Principalement transmise par les spores présentes dans l'environnement du patient, d'où l'importance du lavage des mains.
- L'émergence clinique de l'infection est précipitée par la prise d'antibiotiques chez les porteurs asymptomatiques.
- La majorité des patients répondent à un premier traitement, 25 % connaîtront une récurrence.

### Prévention

- **Lavage des mains** : mesure la plus fondamentale pour éviter la propagation. Utiliser un savon et frotter vigoureusement les mains sous l'eau après un contact avec une personne atteinte ou avec son environnement afin d'éliminer mécaniquement la majorité des bactéries sporulées. À noter que les spores de *C. difficile* sont résistantes à l'action bactéricide des gels ou des désinfectants à base d'alcool.
- L'environnement doit également être désinfecté avec une solution à base d'hypochlorite (eau de javel, etc.).
- L'emploi judicieux des antibiotiques, qui agissent en général comme facteur déclencheur, est recommandé.
- Actuellement, il n'est pas recommandé d'utiliser des probiotiques (*Saccharomyces boulardii*, *Lactobacillus GG*, yogourt, etc.) dans la prévention primaire de la colite à *C. difficile* ou comme traitement adjuvant de cas prouvés.

### Considérations en pédiatrie

- Diarrhée : effet indésirable lié à la prise d'antibiotiques, fréquemment rencontré en pédiatrie.
- Contrairement à ce qui a été rapporté chez les adultes, il n'y a pas d'augmentation observée de la fréquence ou de la gravité des cas de colites à *C. difficile* chez les enfants.
- Porteurs asymptomatiques :
  - 15 à 63 % des nouveau-nés
  - 3 à 33 % des nourrissons et des enfants < 2 ans
  - 8,3 % des enfants ≥ 2 ans
- Il est compliqué de préciser le rôle du *C. difficile* dans les infections gastro-intestinales bénignes.
- Manifestation de l'infection à *C. difficile* : diarrhées profuses et sanglantes.



### RÉFÉRENCES

- Comité des maladies infectieuses et d'immunisation, Société canadienne de pédiatrie (SCP). Le *Clostridium difficile* : pathogène ou parasite? Paediatr Child Health. 2000;5:349-52.
- Gerding DN et al. Treatment of *Clostridium difficile* infection. Clin Infect Dis. 2008 Jan 15;46 Suppl 1:S32-42.
- Gilca R et al. Surveillance des diarrhées associées à *Clostridium difficile* au Québec. Bilan du 17 août 2008 au 6 décembre 2008. [www.inspq.qc.ca/infectionsnosocomiales/](http://www.inspq.qc.ca/infectionsnosocomiales/)
- Heinrich TJ et al. Clinical risk factors for severe *Clostridium difficile* associated disease. Emerg Infect Dis. 2009 Mar;15(3):415-22.
- Nelson RL. Antibiotic treatment for *Clostridium difficile*-associated diarrhea in adults. Cochrane Database Syst Rev. Issue 4, 2008;CD004610.
- Pillai A, Nelson RL. Probiotics for treatment of *Clostridium difficile*-associated colitis in adults. Cochrane Database Syst Rev. Issue 4, 2008;CD004611.
- Il est à noter que d'autres références ont été consultées.

## DIAGNOSTIC

- Symptôme le plus fréquent : diarrhée aqueuse (> 3 selles en 24 heures) de gravité variable allant de diarrhées simples transitoires à des formes graves de colite pseudomembraneuse avec fièvre, douleurs abdominales diffuses, distension et atteinte systémique s'accompagnant d'hypotension et suivant la prise d'un antibiotique.
- Suspicion clinique selon les antécédents du patient (exposition à l'antibiothérapie dans les 3 derniers mois).
- Le diagnostic devrait être confirmé par la recherche de toxines par différentes méthodes, dont les tests rapides.
- Indices de sévérité : âge > 70 ans; leucocytose > 20 000; albumine < 2,5; insuffisance rénale aiguë ou exacerbation.
- Complications à surveiller : iléus, mégacôlon toxique, perforation, septicémie.

## PRINCIPES DE TRAITEMENT

### Mesures générales :

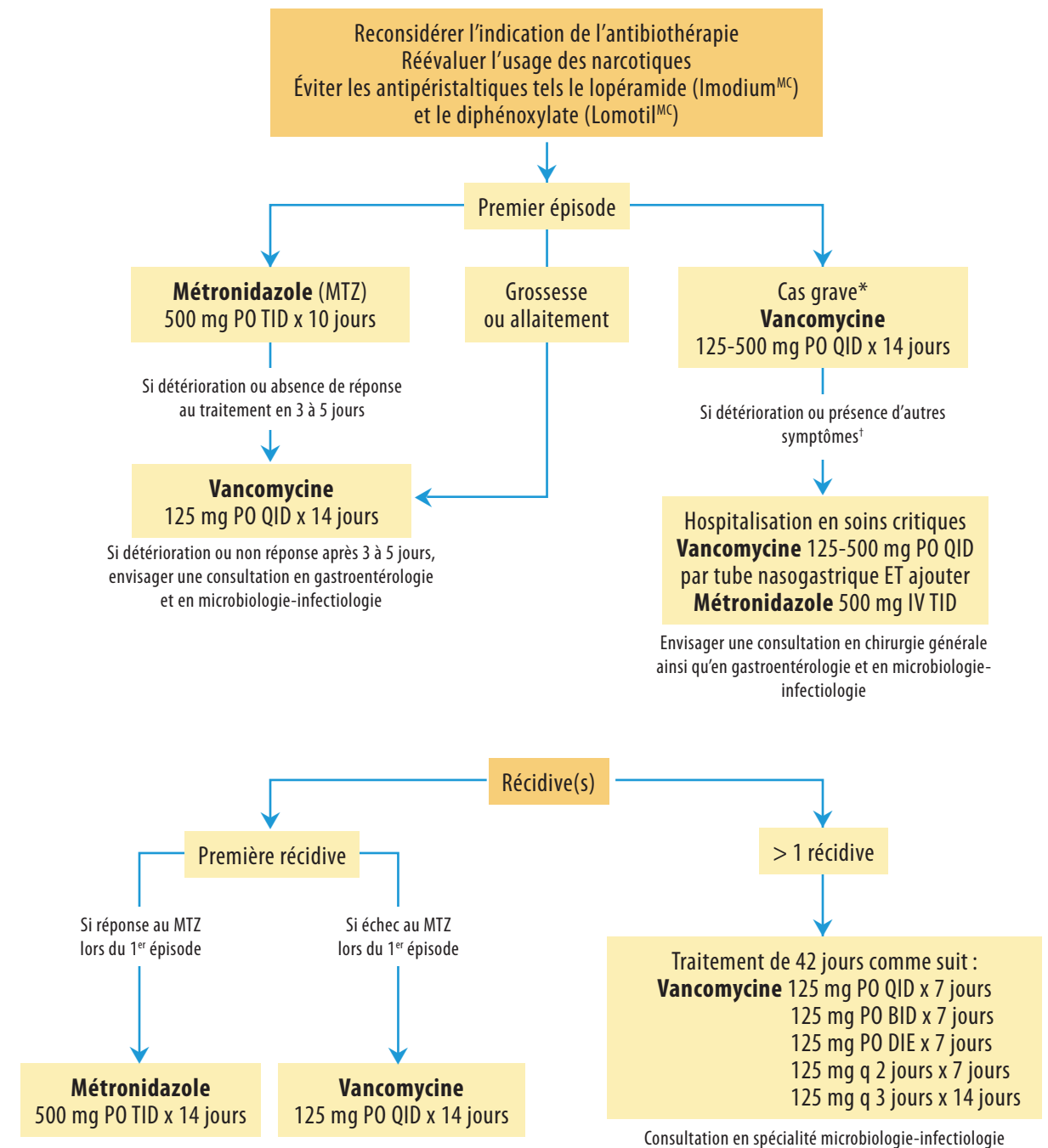
- Réhydrater le patient et corriger les électrolytes.
- Effectuer un monitoring clinique étroit.
- Éviter les agents antipéristaltiques (lopermamide [Imodium<sup>MC</sup>], diphénoxylate [Lomotil<sup>MC</sup>] et opiacés) pour réduire au minimum le risque de mégacôlon toxique.
- Cesser les antibiotiques si possible.
- Ne pas traiter les porteurs asymptomatiques.

### Antibiothérapie : voir algorithme

#### Traitement d'un premier épisode :

- Le métronidazole (Flagyl<sup>MC</sup>) représente le traitement de première intention pour la majorité des infections initiales légères à modérées.
- La vancomycine est indiquée durant la grossesse, durant l'allaitement et pour les cas graves.
- Lorsque la voie orale n'est pas possible à cause d'un iléus paralytique, d'une obstruction intestinale ou d'une diverticulite, le métronidazole par voie IV est recommandé. La vancomycine par voie IV est inefficace et ne devrait pas être utilisée pour cette indication.
- Chez les patients pour lesquels on n'a pas accès à la voie orale, on peut administrer la formulation de la vancomycine IV par voie nasogastrique ou rectale.

## ALGORITHME DE TRAITEMENT DE LA COLITE À CLOSTRIDIUM DIFFICILE CHEZ L'ADULTE



\* Il n'y a pas de critères de gravité clairement établis pour la diarrhée à *Clostridium difficile*. Toutefois, on peut considérer comme graves les cas présentant une diarrhée profuse (> 10-12 selles/jour), de la fièvre et de la douleur abdominale marquée.

† Lorsque la vie du patient est en danger, en présence d'iléus ou de mégacôlon, de perforation du côlon ou de septicémie secondaire à la colite, les patients doivent être admis en soins critiques.