



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

Janvier 2005

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

GÉNÉRALITÉS

- Prévalence de porteurs asymptomatiques :
 - 5% dans la population générale
 - 20 à 40% chez les patients hospitalisés
- 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
- Émergence clinique de l'infection, précipitée par la prise d'antibiotique chez les porteurs silencieux

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.
- L'environnement doit également être désinfecté avec une solution à base d'hypochlorite (eau de javel, etc.).
- Aucune donnée solide favorisant une utilisation 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 relié aux 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 sévérité des cas de colites à *C. difficile* chez les enfants
- Porteurs asymptomatiques :
 - 15 - 63% des nouveau-nés
 - 3 - 33% des nourrissons et enfants < 2 ans
 - 8,3% des enfants ≥ 2 ans
- 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

DIAGNOSTIC

- Symptôme le plus fréquent : diarrhée aqueuse (> 3 selles en 24 heures) avec odeur caractéristique et 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
- Détection de l'effet cytopathogène (ECP) de la toxine B en culture cellulaire (résultats en 48-72h). Spécificité 100%, sensibilité 85 - 90%
- Test rapide (ELISA) (résultats en 24h pour toxine A). Sensibilité : 33 - 82%
- Colite diagnostiquée par endoscopie digestive ou investigation radiologique



RÉFÉRENCES

1. Bédard L, Carle S, Dionne GD, et al. Prévention et contrôle des diarrhées nosocomiales à *Clostridium difficile* au Québec. Lignes directrices intérimaires pour les centres hospitaliers. Comité sur les infections nosocomiales du Québec. Novembre 2004. www.inspq.qc.ca/infectionsnosocomiales/default.asp?id=20
2. Poutanen SM et Simor AE. *Clostridium difficile*-Associated Diarrhea in Adults. CMAJ 2004; 171(1): 51-8.
3. Comité des maladies infectieuses et d'immunisation, Société canadienne de pédiatrie (SCP). Le *Clostridium difficile*: pathogène ou parasite? Paediatr Child Health 2000; 5: 349-352.

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

PRINCIPES DE TRAITEMENT

- Mesures générales :
 - Réhydrater le patient et corriger les électrolytes
 - Éviter les agents antipéristaltiques (Iopéramide [Imodium®], diphénoxylate [Lomotil®] et opiacés)
 - Cesser les antibiotiques si possible
 - Ne pas traiter les porteurs asymptomatiques

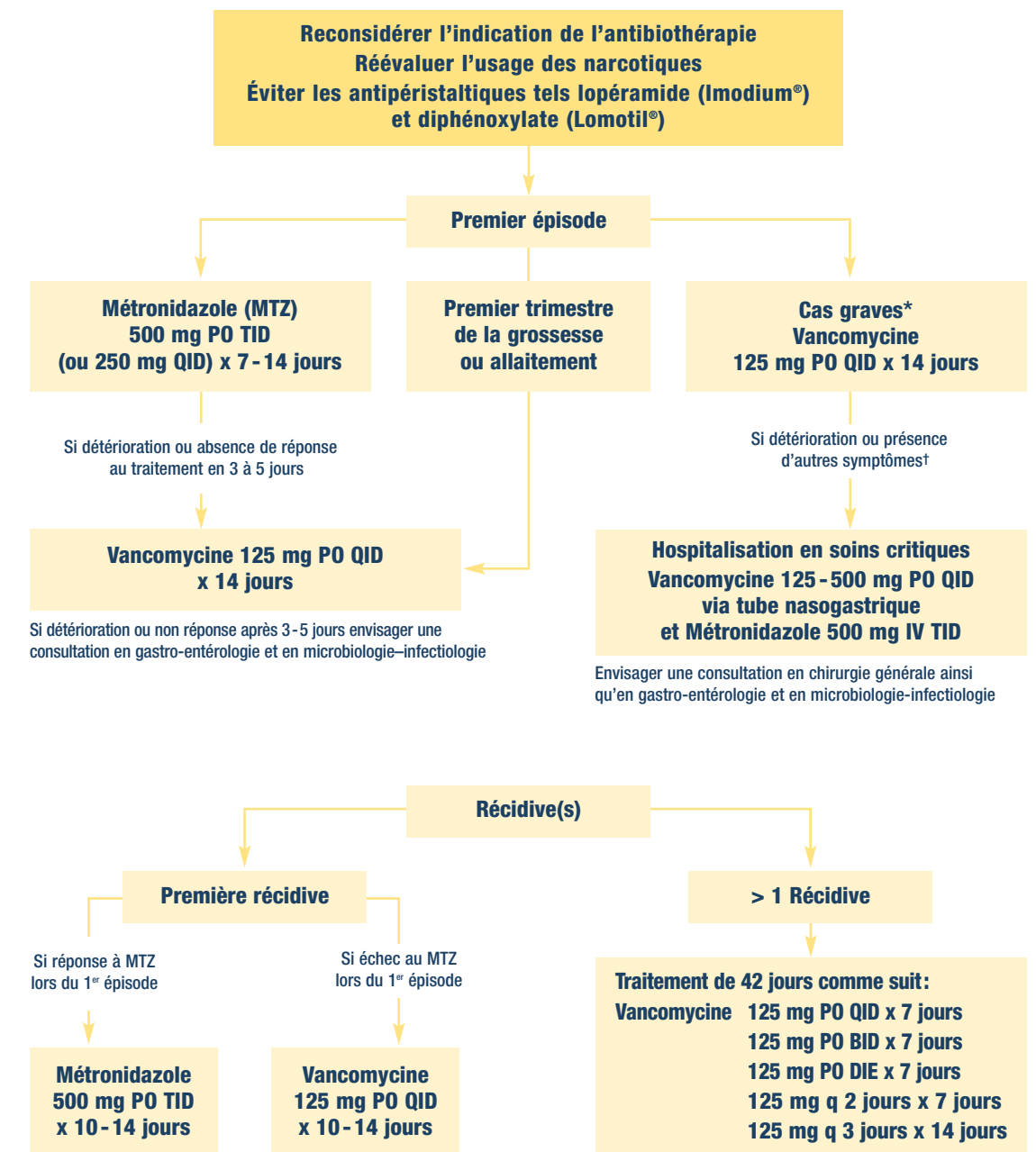
Antibiothérapie : (VOIR ALGORITHME)

Traitement d'un premier épisode :

- Le métronidazole (Flagyl®) représente le traitement de première intention pour la majorité des infections initiales sauf chez la femme enceinte au cours du premier trimestre de grossesse
- La vancomycine est favorisée au premier trimestre de grossesse, durant l'allaitement et pour les cas graves

Traitement des infections récidivantes :

- Majorité des patients répondent à un premier traitement, 10-30% récidiveront
- Récurrence des symptômes avec une infection documentée à l'intérieur de 30 jours d'une thérapie efficace :
 - soit une rechute (infection par la même souche bactérienne)
 - soit par une réinfection du patient avec une nouvelle souche de *Clostridium difficile*
- Si réponse au traitement initial, répéter le même traitement car la résistance est rare



* 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 mégacolon, de perforation du côlon ou de septicémie secondaire à la colite, les patients doivent être admis en soins critiques