

Info-antibio N°94: Novembre 2021

Lettre d'information sur les antibiotiques. Tous les numéros sur infectiologie.com. Abonnement gratuit à partir de ce lien

Le bon usage des antibiotiques limite le développement des résistances et préserve l'efficacité des antibiotiques

Infections à *Clostridioides difficile* : Recommandations ESCMID 2021

C. difficile reste une des principales causes de diarrhées chez les patients hospitalisés, en particuliers ceux recevant, ou ayant reçu des antibiotiques. Il s'agit de la première actualisation depuis 2014 pour la prise en charge des infections à *C. difficile* (ICD).

2 points sont importants dans ces recommandations :

- L'abandon du métronidazole (sauf si la fidaxomicine et la vancomycine sont indisponibles)
- La stratégie de traitement est maintenant guidée par le risque de récurrence plus que par la gravité initiale

Facteurs de risque de récurrence :

Âge > 65 ans, ATCD d'ICD, ICD liée aux soins et hospitalisation dans les 3 mois, poursuite de l'antibiothérapie, traitement par IPP

Facteurs de risque de gravité :

Âge > 65 ans et présence de multiples comorbidités (augmentation de risque avec le nombre de comorbidités)

Traitement d'un premier épisode d'ICD

1^{er} choix : fidaxomicine: 200 mg x2/j pendant 10 jours ou

Alternative : vancomycine PO : 125 mg x4/j pendant 10 jours

Traitement d'une 1^{ère} récurrence:

Si fidaxomicine en 1^{er} choix : vancomycine 125 mg x4/j pendant 10 jours + bezlotoxumab (1 dose) si dispo

Si vancomycine en 1^{er} choix : fidaxomicine: 200 mg x2/j pendant 10 jours ou 200mg x2/j 5j puis 200mg 1j/2 – 20j

Si fidaxomicine et bezlotoxumab non disponibles : Vancomycine en schéma décroissant : 125mg 4x/j 14j puis 125mg x2/j 7j, puis 125mg x1/j 7j puis 125mg 1j/2 7j puis 125mg 1j/3 7j.

Traitement pour une x^{ème} récurrence :

Transplantation de microbiote fécal (TMF) ou (vancomycine 125 mg x4/j pendant 10 jours + bezlotoxumab) si fidaxomicine en traitement antérieur.

Traitement chez un patient à risque élevé de récurrence :

1^{er} choix : fidaxomicine, si possible : 200mg x2/j 5j puis 200mg 1j/2 – 20j

Alternative : vancomycine 125 mg x4/j pendant 10 jours + bezlotoxumab (1 dose)

ICD grave

Vancomycine PO : 125 mg x4/j pendant 10 jours ou fidaxomicine: 200 mg x2/j pendant 10 jours

Pas d'association systématique avec le métronidazole

ICD compliquée, ou ICD grave réfractaire :

Discuter l'ajout de tigécycline IV (charge 100mg puis 50 mg x2/j)

Prendre un avis chirurgical

ICD réfractaire :

Non compliquée et stable : revoir le diagnostic

Si aggravation : avis chirurgical. Discussion TMF si chirurgie récusée

Si un traitement oral n'est pas possible :

Vancomycine ou fidaxomicine en intraluminal

Discuter l'ajout de métronidazole IV 500 mg x3/j ou tigécycline IV charge 100mg puis 50 mg x2/j

Autres points pour le traitement :

- Ces propositions dépendent de la disponibilité des molécules et/ou de la TMF
- Arrêt des antibiotiques inutiles
- Hydratation adéquate
- Eviter les ralentisseurs du transit
- Eviter les IPP
- Prudence sur le bezlotoxumab chez les patients ayant une insuffisance cardiaque congestive
- La rifaximine est non recommandée devant une possible résistance croisée avec la rifampicine.
- Il n'est généralement pas recommandé de faire une prophylaxie médicamenteuse des ICD
- Les probiotiques ne sont pas recommandés (études contradictoires et risque de retard de reconstitution de microbiote)

Perspectives : plusieurs molécules sont en cours d'essai dont une bêta-lactamase orale non absorbable qui pourrait limiter le risque d'ICD et un inhibiteur d'ADN polymérase IIIIC.

Sources d'information nationales sur l'utilisation des antibiotiques

Recommandations sur les ATB: infectiologie.com. Evaluation et sécurité d'emploi des ATB: ANSM. Évaluation des pratiques et RBP : HAS - SPILF.

Sites régionaux d'information sur les ATB : Grand Est – Hauts de France – Normandie - Pays de la Loire - Site « ATB » du Ministère de la Santé