

| Syndrome | Agents habituels | Bilan | Tx initial avant résultat de culture | | Commentaires |
|--|---|---|---|--|---|
| | | | Adulte | Enfant | |
| Diarrhée du voyageur | Idem à extra-hospitalière mais viral plus rare ⊕ <i>E. coli</i> entérotoxigénique <i>E. histolytica</i> (amibiase) | Idem à extra-hospitalière | Traitement empirique habituellement justifié (selon sévérité) Azithromycine 500 mg po die X 3 jours OU Cipro 500 mg po BID X 5 jours (2e choix) | TMP/SMX 5-10 mg/kg/jour div BID (max 500 mg TMP/jour) | L'amibiase nécessite un traitement spécifique au métronidazole 750 mg TID X 10 jours |
| Diarrhée nosocomiale (> 3 jours après admission) et/ou post-antibiotique | <i>C. difficile</i> | Recherche de Toxine <i>C. difficile</i> dans selles. Ne pas rechercher de parasite et entéropathogène sauf si Crohn ou situation spéciale à discuter avec microbiologiste. | Cesser antibiotiques si possible ; suivre l'algorithme ci-bas | Cesser antibiotiques si possible ; Vancomycine po 10mg/kg/dose qid (max 125mg/dose) OU Métronidazole 30 mg/kg/jour p.o. div q 6h X 10 jrs (max. 1g/jour) | Isolement de contact PLUS <i>N.B. Enfants porteurs asymptomatiques :</i> • 15-63% des nouveau-nés • 3-33% des enfants < 2ans • 8% des enfants > 2ans |

N.B. L'utilisation d'Imodium ou de Lomotil prédispose aux complications graves comme le mégacolon toxique et la perforation intestinale. À utiliser avec circonspection si diarrhée bactérienne suspectée.

Algorithme de traitement de la diarrhée associée au *C. difficile* (DACD)

- ◆ Réhydrater le patient et corriger les électrolytes
- ◆ Reconsidérer l'indication de l'antibiothérapie
- ◆ Réévaluer l'usage des narcotiques
- ◆ Éviter les antipéristaltiques tels l'opéramide (imodium) et diphénoxylate (lomotil)

Ajouts dans l'algorithme de traitement : La fidaxomicine a été ajoutée dans l'algorithme de traitement. La Fidaxomicine est un antibiotique de type macrolide ayant une absorption minimale et ayant démontré une efficacité pour la résolution des symptômes cliniques et une réduction de récurrence de la DACD. Étant donné le coût beaucoup plus élevé que les autres traitements de la DACD, l'INESS a défini des critères d'utilisation de cette molécule (critères nécessaires pour que le médicament soit remboursé par la RAMQ) : voir algorithme ci-bas.

● PREMIER ÉPISODE

- ◆ Épisode non sévère
 - ➔ Si patient de moins de 65 ans, sans immunosuppression et sans comorbidités : vancomycine PO 125mg qid X10 jours.
 - Si vancomycine impossible, métronidazole 500 mg po tid X 14 jours.
 - ➔ Si patient de moins 65 ans connu avec immunosuppression non sévère et/ou avec comorbidités : vancomycine 125 mg PO QID x 10 jours
 - Si détérioration ou absence de réponse en 3 jours, envisager consultation en gastro-entérologie ou microbiologie
 - ➔ Si patient ≥ 65 ans ou connu avec immunosuppression sévère (greffe organe solide, greffe de moelle osseuse, greffe de cellule souche hématopoïétique, chimiothérapie cytotoxique, immunothérapie, neutropénie profonde, VIH avec CD4 ≤ 200) ou allergique à la vancomycine : Fidaxomicine 200 mg PO BID x 10 jours.
 - Si détérioration ou absence de réponse en 3 jours, envisager consultation en gastro-entérologie ou microbiologie

- ◆ **Épisode sévère** (> 10-12 selles/jour, fièvre, leucocytose >15000)
 - **Vancomycine 125 mg PO QID X 14 jours**
 - * Si détérioration ou absence de réponse en 3 jours, envisager consultation en gastro-entérologie ou microbiologie
 - ➔ Si patient ≥ 65 ans ou connu avec immunosuppression sévère (greffe organe solide, greffe de moelle osseuse, greffe de cellule souche hématopoïétique, chimiothérapie cytotoxique, immunothérapie, neutropénie profonde, VIH avec CD4 ≤ 200) ou allergique à la vancomycine : Fidaxomycine 200 mg PO BID x 10 jours
- ◆ **Épisode sévère compliqué** (Ileus, mégacolon, perforation colique, septicémie secondaire)
 - Admission USI
 - **Vancomycine 500 mg PO QID via tube nasogastrique ET Métronidazole 500 mg IV q 8h**
 - Consultation en gastro-entérologie ou microbiologie
 - Consultation en chirurgie générale suggérée
- ◆ **Femme enceinte au premier trimestre ou qui allaite**
 - **Vancomycine 125 mg PO QID X 10 jours**
 - * Si détérioration ou absence de réponse en 3 jours, envisager consultation en gastro-entérologie ou microbiologie
- **PREMIÈRE RÉCIDIVE**
 - ➔ Si récurrence d'infection (récurrence de symptômes dans les 12 semaines suivant la guérison clinique initiale)
 - **Fidaxomycine 200 mg PO BID x 10 jours**
OU
 - **Fidaxomycine 200 mg PO BID x 5 jours, puis 200mg PO q 2 jours pour 20 jours (total de 20 CO en 25 jours)**
OU
 - **Traitement de 42 jours de vancomycine en doses décroissantes :**
 1. 125 mg PO QID X 14 jours
 2. 125 mg PO BID X 7 jours
 3. 125 mg PO DIE X 7 jours
 4. 125 mg PO q 2 jours x 7 jours
 5. 125 mg PO q 3 jours X 7 jours
- **RÉCIDIVES MULTIPLES (Consultation en gastro-entérologie ou microbiologie suggérée)**
 - **Fidaxomycine 200 mg PO BID x 10 jours**
OU
 - **Fidaxomycine 200 mg PO BID x 5 jours, puis 200mg PO q 2 jours pour 20 jours (total de 20 CO en 25 jours)**
OU
 - **Traitement de 42 jours de vancomycine en doses décroissantes :**
 6. 125 mg PO QID X 14 jours
 7. 125 mg PO BID X 7 jours
 8. 125 mg PO DIE X 7 jours
 9. 125 mg PO q 2 jours x 7 jours
 10. 125 mg PO q 3 jours X 7 jours
- **Échec/intolérance/allergie vancomycine**
 - Fidaxomycine 200mg po bid X 10 jours (médicament d'exception non codé)
- **Prophylaxie chez patient hospitalisé devant recevoir une antibiothérapie systémique, et ayant eu ≥2 épisodes de DACD, dont le dernier survenu dans les 3 derniers mois**

Si récurrence de diarrhée en cours de sevrage, augmenter la dose de vancomycine et ralentir la vitesse de sevrage

Si récurrence de diarrhée en cours de sevrage, augmenter la dose de vancomycine et ralentir la vitesse de sevrage

- ♦ Vancomycine 125 mg PO BID jusqu'à une semaine après la fin des autres antibiotiques

Infections intra-abdominales légères à modérées, acquises en communauté

(Stable hémodynamiquement, source contrôlée, avec ou sans péritonite localisée, APACHE II < 15)

| Syndrome | Agents habituels | Bilan | Tx initial avant résultat de culture | Alternative | Commentaires |
|--|---|---|---|--|---|
| Appendicite Cholécystite Sans perforation | Entérobactéries +/- Anaérobies (appendicite) | Echo/ CTscan | Antibioprophylaxie chirurgicale avec : Céfazoline 2g IV q 8h +/- Métronidazole 500 mg q 8h (indiqué si appendicite) | Antibioprophylaxie chirurgicale avec : Tobramycine +/- Métronidazole 500 mg IVq 8h | Pour ≤ 24h |
| Diverticulite Chez les patients sans comorbidités ni signe de sepsis, et avec une diverticulite gauche non compliquée au scan, il est possible de <u>ne pas donner d'antibiothérapie</u> et de faire un suivi clinique. | Entérobactéries Anaérobies | CTscan abdominal (peut être omise si récurrence de symptômes identiques avec CTscan lors épisode antérieur) | Amoxicilline-clavulanate 2g IV q 8h OU Ceftriaxone 2g IV q 24h ⊕ Métronidazole 500 mg q 8h | Tobramycine ⊕ Métronidazole 500 mg q 8h OU Tx p.o. d'emblée si diverticulite non compliquée au scan et tractus GI fonctionnel : Ciprofloxacine 500 mg p.o. BID + Métronidazole 500 mg p.o. TID pour compléter 4-5 jours. | Relai po dès qu'afébrile depuis 24-48h et que tractus GI fonctionnel avec : Amoxicilline/clavulanate 875 mg po BID OU Ciprofloxacine 500 mg p.o. BID + Métronidazole 500 mg p.o. TID pour compléter 4-5 jours (incluant le traitement IV initial) après contrôle de la source (drainage). Si bactériémie à entérobactérie associée, un traitement de 7 jours suffit si absence de complication suppurative amélioration clinique. |

| | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|
| Abscesses OU Perforation OU Péritonite localisée Diverticulite, appendicite ou cholécystite compliquées avec Cx différée | Entérobactéries Anaérobies surtout <i>Bacteroides</i> . | CTscan abdominal +/- écho Hémocultures X 2 si fièvre Culture de pus abdominal à faire lors de la chirurgie | Chirurgie ou drainage dans les meilleurs délais | Tobramycine ⊕ Métronidazole 500 mg IVq 8h OU Ertapemem 1 g IV q 24h | Relai po dès qu'afébrile depuis 24-48h et que tractus GI fonctionnel avec : Amoxicilline/clavulanate 875 mg po BID OU Ciprofloxacine 500 mg p.o. BID + Métronidazole 500 mg p.o. TID pour compléter 4-5 jours (incluant le traitement IV initial) après contrôle de la source (drainage). Si pas de contrôle de la source, traitement de 7 jours. Réévaluer le besoin du contrôle de la source si pas de réponse clinique. Si bactériémie à entérobactérie associée, un traitement de 7 jours suffit si absence de complication suppurative amélioration clinique. |
| | | | Amoxicilline-clavulanate 2g IV q 8h OU Ceftriaxone 2g IV q 24h ⊕ Métronidazole 500 mg IVq 8h | | |

Infections intra-abdominales sévères, acquises en communauté

(Instable hémodynamiquement, USI, patient immunocompromis, APACHE II > 15)

| Syndrome | Agents habituels | Bilan | Tx initial avant résultat de culture | Alternative | Commentaires |
|---|---|---|---|----------------------|---|
| Diverticulite, appendicite ou, cholecystite/ cholangite compliquées et avec critères de sévérité (USI, APACHE II >15,...) | Entérobactéries Anaérobies Entérocoque | CTscan abdominal Culture de pus abdominal à faire lors de la chirurgie | Chirurgie ou drainage dans les meilleurs délais ⊕ Tazocin 4,5g IV q 6h | Meropenem 1g IV q 8h | Relai po dès qu'afébrile depuis 24-48h et que tractus GI fonctionnel avec : Amoxicilline/clavulanate 875 mg po BID OU Ciprofloxacine 500 mg p.o. BID + Métronidazole 500 mg p.o. TID pour compléter 4-5 jours (incluant le traitement IV initial) après contrôle de la source (drainage). Si pas de contrôle de la source, traitement de 7 jours. Réévaluer le besoin du contrôle de la source si pas de réponse clinique. Si bactériémie à entérobactérie associée, un traitement de 7 jours suffit si absence de complication suppurative amélioration clinique. |
| Pancréatite sévère avec suspicion de surinfection | Entérobactéries <i>Pseudomonas</i> Staphylocoques Entérocoques Anaérobies | CTscan ET avis en spécialité pour évaluer pertinence de ponction pour culture de la zone suspecte d'infection | Après la ponction*, débiter pipéracilline-tazobactame 4g IV q 6h | | Infection rare dans les premiers 10 jours : traitement de support Ne débiter les antibiotiques empiriquement que si la condition clinique du patient est inquiétante sur le plan infectieux- |

Infections intra-abdominales nosocomiales

| Syndrome | Agents habituels | Bilan | Tx initial avant résultat de culture | Alternative | Commentaires |
|---|--|---|---|----------------------|---|
| Complications post-op Hospitalisation ≥ 5 jours Infection récidivante | Entérobactéries <i>Pseudomonas</i> Staphylocoques Entérocoques Anaérobies Levures | CTscan abdominal ET culture de pus intra-abdominal | Chirurgie ou drainage dans les meilleurs délais ⊕ Tazocin 4,5 g IV q6 *Si patient connu porteur SARM ou si | Meropenem 1g IV q 8h | Relai po dès qu'afébrile depuis 24-48h et que tractus GI fonctionnel avec : Amoxicilline/clavulanate 875 mg po BID OU |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | une infection à levures est soupçonnée, consultation en microbiologie recommandée. | | Ciprofloxacine 500 mg p.o. BID + Métronidazole 500 mg p.o. TID pour compléter 4-5 jours (incluant le traitement IV initial) après contrôle de la source (drainage). Si pas de contrôle de la source, traitement de 7 jours. Réévaluer le besoin du contrôle de la source si pas de réponse clinique. Si bactériémie à entérobactérie associée, un traitement de 7 jours suffit si absence de complication suppurative amélioration clinique. |
|--|--|--|--|--|--|

Infections gastriques à *Helicobacter pylori*

| Syndrome | Bilan | Tx initial | Alternative | Commentaires |
|---|--|---|---|---|
| Ulcère gastrique Cancer gastrique Lymphome MALT | Sérologie si moins de 50 ans Breath test à l'urée Biopsie gastrique pour urée/pathologie/culture | IPP + amoxicillin 1000mg po BID + metronidazole 500mg po TID + clarithromycine 500mg po BID | IPP + bismuth subsalicylate 2 capsules croquables QID + metronidazole 500mg po TID + tetracycline 500 mg po QID | Considérer l'historique d'exposition du patient aux antibiotiques |

Références

- ◆ « Practice Guidelines for the Management of Infectious Diarrhea », IDSA Guidelines, CID 2001 ;32 :331-350
- ◆ « Traitement de la diarrhée ou de la colite associée au Clostridium difficile », Conseil du médicament du Québec, Janvier 2009
- ◆ « AMMI CANADA Guidelines. Canadian practice guidelines for surgical intra-abdominal infections », Can J infect Dis Med Microbiol. 21 (1): 11-37, 2010.
- ◆ « IDSA Guidelines. Diagnosis and management of complicated intra-abdominal infection in adults and children: Guidelines by the surgical infection Society and the infectious diseases society of America. », Clinical infectious diseases 50: 133-64, 2010.
- ◆ « Guide d'utilisation des antibiotiques de l'hôpital Charles LeMoine », 4^e édition, Novembre 2011
- ◆ « INFECTIONS INTRA-ABDOMINALES CHEZ L'ADULTE », INESSS, juin 2012
- ◆ « Efficacy of Secondary Prophylaxis With Vancomycin for Preventing Recurrent Clostridium difficile Infections », Am J Gastroenterol. 2016 Dec;111(12):1834-1840.
- ◆ « TRAITEMENT DE LA DIARRHÉE OU DE LA COLITE ASSOCIÉE À CLOSTRIDIUM DIFFICILE », INESSS, juin 2017
- ◆ « 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) », Clinical Infectious Diseases, 2018;66(7)
- ◆ DIFFICID infection à clostridium difficile, avis transmis au ministre, novembre 2023 INESSS
- ◆ Clinical Practice Guidelines by IDSA and SHEA: 2021 Focused Update Guidelines on Management of Clostridioides difficile Infection in Adults
- ◆ Management of Clostridioides difficile infection in adult and challenges in clinical practice: review and comparison of current IDSA/SHEA, ESCMID and ASID guidelines, JAC novembre 2023 (78): 21-30.
- ◆ ACG Clinical Guidelines : Prevention, Diagnosis and Treatment of Clostridioides difficile Infections; The American Journal of Gastroenterology, juin 2021 (116).
- ◆ « The Surgical Infection Society Revised Guidelines on the Management of Intra-Abdominal Infection », SURGICAL INFECTIONS, Volume 18, Number 1, 2017
- ◆ « The management of intra-abdominal infections from a global perspective: 2017 WSES guidelines for management of intraabdominal infections », World Journal of Emergency Surgery (2017) 12:29
- ◆ «Association of Medical Microbiology and Infectious Disease Canada treatment practice guidelines for Clostridium difficile infection», Official Journal of the Association of Medical Microbiology and Infectious Disease Canada 3.2, 2018 doi:10.3138/jammi.2018.02.13
- ◆ The Toronto Consensus for the Treatment of Helicobacter pylori Infection in Adults, Gastroenterology 2016;151:51–69
- ◆ «Rethinking Carbapenems: A Pharmacokinetic Approach for Antimicrobial Selection in Infected Necrotizing Pancreatitis», Annals of Pharmacotherapy 2021, Vol. 55(7) 902–913

Comité d'usage optimal des antibiotiques, regroupant des microbiologistes-infectiologues, des pharmaciens et des médecins de diverses spécialités

Révisé le 2001-09-27 MC6 | 2007-02-28 MC6,YK | 2013-02-01 MC6 (comité ATB du 1^{er} nov 2012) | 2017-03-23 ALL | 2017-06-12 ALL | 2019-10-23 ALL | 2020-01-31 ALL | 2020-10-15 ALL | 2022-02-02 ALL | 2022-12-16 ALL | 2024-03-18 SB, ALL

[Début](#)