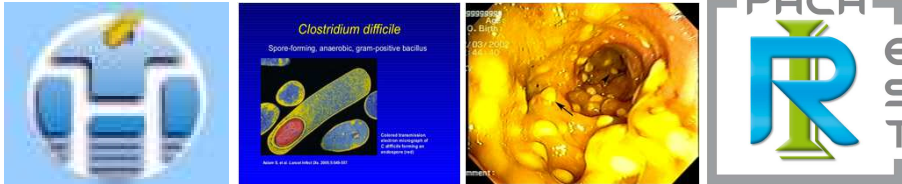


Infection à Clostridium Difficile



Propositions pour le RésO InfectiO PACA EST
Véronique Mondain
Antibes, 20 11 2015

Diagnostic microbiologique

- Consensus de technique?
- Comment affirmer une infection active?
- Consensus de message « pédagogique »
 - Thérapeutique
 - Hygiène

Coordonnateur?

Mesures d'hygiène

- Fiche spécifique Azur clin?
- validation
- A diffuser et utiliser au sein du RÉSO

Traitement : réponse au pré-test- 8

Quel est le traitement de première intention d'une ICD chez un patient hospitalisé?

- | | |
|-----------------------------------|---|
| – Metronidazole 500 mg x 3 PO 10j | 4 |
| – Vancomycine 500 mg x 3 PO 10j | 0 |
| – Vancomycine 125 x 4 PO 10j | 2 |
| – Metronidazole 500mg x 3 IV 10j | 2 |

Traitement : Réponse au pré-test

En cas de rechutes itératives quels sont les alternatives que vous utilisez?

- | | |
|--|---|
| – Bithérapie Vancomycine Métronidazole | 2 |
| – Tigecycline IV | 0 |
| – Fidaxomicine PO | 5 |
| – Vancomycine dose dégressive sur 4 semaines | 6 |

Traitement : Réponse au pré-test

Quelles sont les situations où l'usage de la fidaxomicine vous semble justifié? 7

- | | |
|--------------------------------|---|
| – ICD chez le patient en EHPAD | 1 |
| – ICD chez l'immunodéprimé | 2 |
| – ICD sévère | 2 |
| – ICD récidivante > 3 épisodes | 7 |

Traitement : réponse au pré-test

Le développement de la transplantation fécale vous semble t il une priorité?

- Oui 4
- Non 2

Forme sévère : 1

Clinique : > 38°5, frissons
Signes de gravité, iléus,
péritonite

Biologiques : L> 15,
alb < 30, creat > 1.5 133

Terrain : Age > 65,
Comorbidités sérieuses,
ID

Nécessité
d'antibiothérapie
Épisode précédent

IPP

**Forme à risque de
récurrence : 1**

Souche , virulence

Métronidazole ?? A1
ICD non sévère

Vancomycine A1
Fidaxomicine B1
Formes sévères

Vancomycine B1
Fidaxomicine B1
1^{ère} récurrence

Vancomycine L B2
Fidaxomicine B2
Greffe fécale A1
> 1 récurrence

Etudes 103 et 104 comparant vancomycine et fidaxomicine

- Essentiellement USA Canada (impact des souches??)
- Pas de différence ds l'efficacité en terme de guérison
- Allégation de différence de mortalité non reprise ds analyse ECCMID
- Différence dans le sous groupe ATCD d'ICD : 128 patients avec 35% de rechutes groupe vanco versus 20% groupe fidaxo

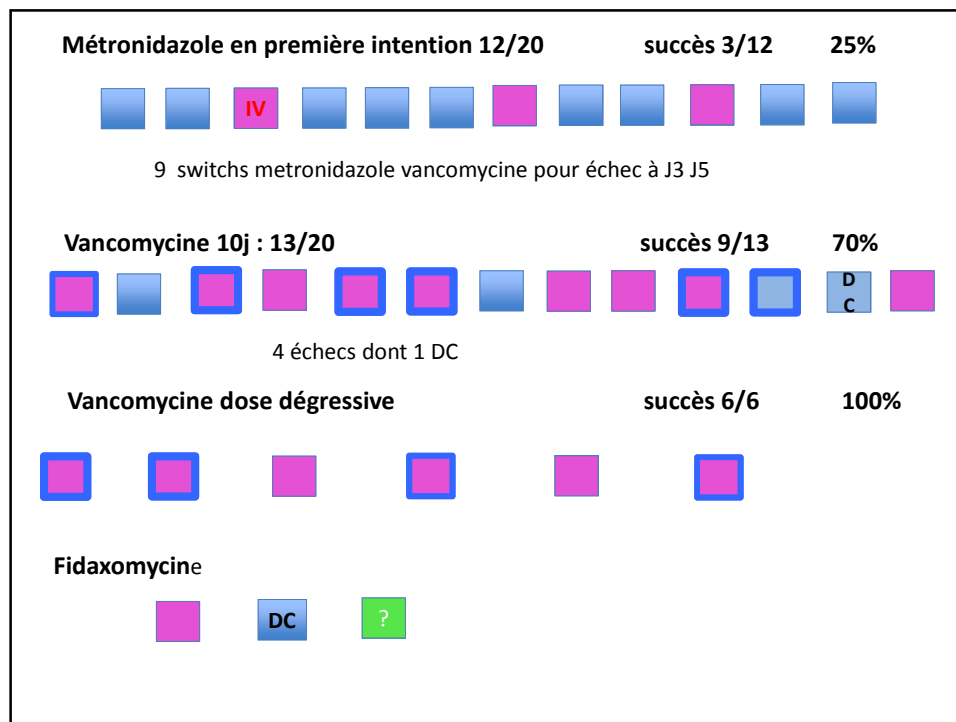
Audit de 20 dossiers issus de la valisette Cs Infectio

- Méthode : alerte par l'hygiène
- Conseil téléphonique tracé dans dossier informatisé patient
- De janvier à juin 2015
- Données issues CR, absence de réhospitalisation

Facteurs déterminants du conseil

- Guidelines, référencement
- Eléments propres à l'Infectiologue :
 - Âge :
 - résistance au changement/ nouveaux joujous..
 - distance/littérature (méthodo, industrie..)
 - Valeurs ou représentations :
 - Tolérance
 - Coût : 6^E/ 48^E/ 1380 E.direct? Indirect?. Pas d'étude sur DMS *Is fidaxomicine worst the cost? Souches 2011, 50% 027, Bartsch S. NON (oui je suis radine)*
 - Sobriété « heureuse » en balance avec progrès médical?

- Âge moyen 87 ans (10, 35, 61, ..
- Comorbidités 20/20
- 13F/ 7H
- 2 DC (choc hypovolémique, troubles ioniques)
- 19/20 ATB dans les 20 jours
 - amox acide clav 11, C3G 5
- 6/20 ATB en cours nécessaire
- IPP 14/20 (inutile??)
- Forme sévère... 16/20...??
- ID : greffés, chimiothérapie : 5
- 16 premiers épisodes, 4 rechutes



Vieille, pingre... mais écolo...

- Risque de sélection d'ERV sous vancomycine?
 - Une épidémie par souche clonale de VRE 20 mois après changement de protocole préférant vanco pour ICD
 - Moins de sélection de VRE sous fidaxo (mais phénomène existe)
 - Surveillance?
 - AAC 2014, Clutter D, fidaxo/ vanco + metronidazole chez transplantés de moelle Resultat équivalent mais 36% de colonisation à VRE et 2 bactériémies.

En résumé

- Vanco = fidaxo
- Fidaxo > vanco pour
 - Première récurrence (ID)
 - Risque écologique par épargne microbiote (ID)
 - Si nécessité de traiter par ATB

Présentation CLAI pour référencement de la fidaxomicine au CHU nice

- Indication de première intention:
 - Nécessité de poursuivre un ATB
 - Efficacy of F vs V as therapy for CDI in individuals taking concomitant antibiotics for other concurrent infection*
Mullane K 2014. efficacité supérieure p= . 04, moins de récurrence 16% vs 29%
 - > 2 critères de sévérité en ajoutant institutionnalisation...
Mais AUCUNE ETUDE EHPAD ??
 - ID.. ? Anti TNF?
- Indication de 2^{ème} intention :
 - Inefficacité de la vanco à J5 ?? Rechercher autre cause
 - Rechute précoce < 4 sem

Position fidaxomicine au CHU de Nantes

- Première intention:
 - Patient institutionnalisé
 - Nécessité de poursuivre ATB
 - Rechute précoce < 14J
 - > 2 critères
- 2^{ème} intention :
 - Persistance des symptômes à J10 M ou V
 - > 1 rechute en 3 mois
- Pas d'indication :
 - Formes chirurgicales ou très sévères (réa)
 - Récidives multiples
 - MICI

Autres traitements??

- Tigecycline :
 - Forme IV, 1 étude sur formes sévères
 - 7 patients, 5 sous trithérapie, 80% de succès
- Catazolid Oxazolidinone *AMJ 2015*
- Greffe fécale par suspension « commercialisée »
 - *Safety and durability of RBX 2660, results of PUNCH CD study CID 2015, nov 12*
 - 40 patients > 2 récurrences, 11 centres US 2013, lavement, 87 % succès avec une à 2 doses, qq effets secondaires digestifs recul 6 mois
 - Prix??

Propositions du RéSO



Le KIT CD

- Sur le modèle du KIT BLSE

- Financement

- Rédacteur ?

- Accueil

- Épidémiologie

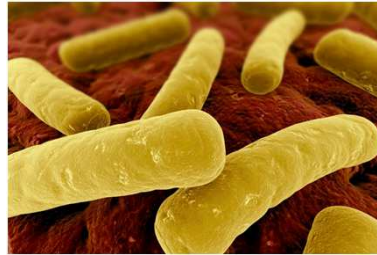
- Diagnostic microbiologique

- Recommandations d'hygiène

- Protocoles thérapeutiques

- Etiquette check-list pour évaluation

- Si circuit d'alerte



étiquette

- Forme clinique

non sévère sévère a risque de récurrence

ID?

Poursuite ATB

IPP

arrêt IPP

Premier épisode

rechute précoce

Deuxième épisode

rechute multiple

- Information patient

PCC

- Traitement

- Réévaluation J3 J5

- modification

- A la sortie :

- Info MT

- Codage

- Prévention