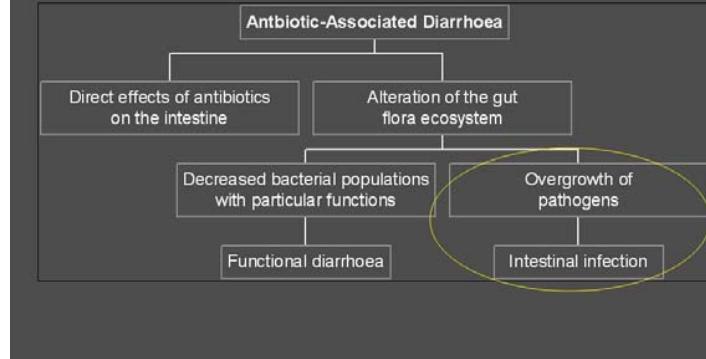


Colites de l'antibiothérapie

Laurent Beaugerie
Service de Gastro-Entérologie et Nutrition
Saint-Antoine Hospital
Paris



Beaugerie L and Petit JC, Best Pract Res Clin Gastroenterol 2004;18:337-52

Colites de l'antibiothérapie (pendant l'antibiotéharpie et dans les 6 semaines suivantes)

Clostridium difficile

Salmonella

Klebsiella oxytoca

Première poussée de MCI au cours ou au décours d'une antibiothérapie

Diarrhée des antibiotiques *Klebsiella oxytoca*

B-lactamase chromosomique

Résistance à l'ampicilline (+++), aux céphalosporines (+), à la pristinamycine (++)

Diarrhée hémorragique débutant entre J1 et J7¹

Colite associée (totale ou segmentaire)

Evolution en général vite et spontanément favorable à l'arrêt de l'antibiothérapie (sinon Ciflox 1g/j/ 5 jours)

Rôle pathogène présumé d'une toxine²



¹ Beaugerie L, Clin Gastroenterol Hepatol 2003;1:370

² Minami J, Infect Immun 1994; 62: 172

Infections à *Clostridium difficile* Colites pseudo-membraneuses

3 à 8 selles/j, crémeuses ou verdâtres, rarement hémorragiques (2 à 5 %)

Fièvre modérée dans 3/4 des cas

Douleurs abdominales habituelles

Biologie: hyperleucocytose à PN, hypoalbuminémie

Endoscopie: plaques jaunâtres surélevées, de 1 à 2 cm de diamètre, séparées par des zones de muqueuse congestive

TDM: épaisseissement pariétal colique

Confirmation diagnostique par recherche de toxine dans les selles

Infections à *Clostridium difficile* Traitement

Diarrhée simple ou de sévérité moyenne

Arrêt de l'antibiotique si possible

Métronidazole (Flagyl(R)): 4 x 250 mg/j per os 10 jours

CPM : selon la gravité anatomo-clinique:

Métronidazole: 4 x 250 mg/j per os 10 jours

Vancomycine (Vancocine(R)):

4 x 250 à 4 x 500 mg/j pendant 10 jours per os ou par instillation colique

(Perfusion d'immunglobulines humaines polyvalentes ?)

Colectomie subtotale

Colites à *Clostridium difficile* Formes graves

Clinique

Absence de diarrhée
Météorisme abdominal

Radio (ASP - TDM)

Dilatation colique aiguë
Pneumopéritoine
Ascite (0% F. bénignes vs 80% F. sévères, Rubin Dis Colon Rectum 1995)
Gaz dans la paroi colique

Endoscopie

Aspect de colite ulcérée grave

Colites à *Clostridium difficile* Formes graves - Traitement

Choix de l'antibiotique

Métronidazole
Vancomycine
Les 2?

Voie d'administration:

Per os - Instillation colique
IV: NON pour la vancomycine

Traitement endoscopique des dilatations coliques

Colites graves à *Clostridium difficile* Traitement médical

Keates et al, Gut 1997; 41: 366-70

2 patients ne répondant pas à 5 et 9 jours de traitement conventionnel

Immunoglobulines humaines: 300 mg/kg

Réponse clinique en 24- 48 heures

Formes graves de colites à *Clostridium difficile* Traitement chirurgical^{1,2}

Méthode

Colectomie subtotale et double stomie

Indications

Péritonite
(Colectasie)
(Non réponse au traitement médical)

Mortalité: 30-40%

¹Lipsett, Surgery 1994; 116: 491-6

²Bradbury, Br J Surg 1997; 84: 150-9

Gestion colite sévère à CD Timing

Eléments de départ

Hyperleucocytose/Neutropénie
CRP
Albuminémie
TDM si pas de diarrhée/ventre douloureux et/ou météorisé

Timing trt colite sévère

48 h métronidazole per os (IV si vom) 4 x 250 mg
Si CRP/symptômes décroissent pas à +48h, VANCO
Si CRP/symptômes décroissent pas à +48h, Immunoglobulines
Si CRP/symptômes décroissent pas à +24-48h, colectomie

Infections récidivantes à *Clostridium difficile* Prévention des rechutes

Antibiothérapie au long cours : à éviter

S. boulardii

Immunisation passive

Vaccin¹

Transplantation de flore²

¹ Sougioultzis S et al. Gastroenterology 2005; 128: 764-70

² Persky SE and Brandl LJ, Am J Gastroenterol 2000; 95: 3283-5