

Clostridium difficile enterit - behandling

Gäller för: Region Kronoberg

Faktaägare: Anna Wimmerstedt, specialistläkare, infektionskliniken,
Christian Blomkvist bitr Smittskyddsläkare infektionskliniken

Innehållsförteckning

1	Inledning.....	2
2	Utredning.....	2
2.1	Diagnostik.....	2
3	Behandling.....	2
3.1	Åtgärder vid CDI.....	2
3.2	Farmakologisk.....	2
3.2.1	Mild – måttlig enterit.....	2
3.2.2	Allvarlig enterit.....	3
3.2.3	Mycket allvarlig enterit.....	3
3.2.4	Recidiverande clostridium difficile enterit.....	3
3.2.5	Oral läkemedelsbehandling om man inte kan svälja tabletter.....	4
4	Relaterade dokument.....	4
4.1	Interna länkar.....	4
4.2	Externa länkar.....	4

1 Inledning

Clostridium difficile infektion (CDI) är en av de vanligaste vårdrelaterade infektionerna och en ökande orsak till morbiditet och mortalitet bland vår allt äldre population av patienter på sjukhus. All antibiotika utgör risk för clostridium infektion. Störst risk ger behandling med cefalosporiner, klindamycin och kinoloner. Alla clostridium difficile ribotyper ska behandlas på samma sätt. Val av terapi avgörs utifrån allvarlighetsgrad av infektionen, se nedan. Typning utföres utifrån epidemiologiska läget. Tänk på att recidiverande diarré även kan orsakas av colonmalignitet och andra bukåkommor.

2 Utredning

2.1 Diagnostik

CDI = diarré + pos CD-test

Symtomfri patient anses ej smittsam och ska ej provtas! Patient med CDI anses under pågående utbrott smittfri efter tre dygns symtomfrihet. Positivt clostridietest kan kvarstå länge efter infektion utan säker betydelse. Vid positivt test hos symtomfri patient finns ej behov av särskilda vårdhygieniska åtgärder.

3 Behandling

3.1 Åtgärder vid CDI

- **Vårdhygieniska rutiner är av avgörande betydelse!!** Se särskild riktlinje: "Clostridium difficile - vårdhygieniska rutiner vid misstänkt eller verifierad infektion". Sammanfattningsvis används förutom basala hygienrutiner **eget rum med egen toalett och långärmat engångsplastförkläde** i vårdnära arbete. Tvätta händerna med **tvål och vatten**, även om handskar använts. Händerna torkas torra, desinfektera därefter händerna. **Rum städas med klorinbaserat medel.**
- **Utsätt alla antibiotika** om möjligt.
- **Undvik motilitetshämmande medel**, tex loperamid.
- **Protonpumpshämmare bör sättas ut** om möjligt.
- Vid **allvarlig enterit eller recidiverande** infektion ska **infektionskliniken** alltid vara inkopplad.

Kontakta infektionsläkare om patient som **nyligen haft CDI** behöver **antibiotikabehandling** av annan orsak.

3.2 Farmakologisk

3.2.1 Mild – måttlig enterit

Sätt ut all antibiotika om möjligt. Behövs läkemedelsbehandling, sätt in T metronidazol 400 mg x 3 el K vankomycin 125 mg x 4 i 10 dagar. Om antibiotikabehandling pågår för annan infektion överväg förlängd behandling med vankomycin ca en vecka.

3.2.2 Allvarlig enterit

Definition: Feber > 38,5, frossa, hemodynamisk påverkan, leukocytos LPK > 15, CRP stegring, buksmärta mm.

Behandling: K vankomycin 125 mg x 4 i 10 dagar. Om antibiotikabehandling pågår för annan infektion överväg förlängd behandling med vankomycin ca en vecka.

3.2.3 Mycket allvarlig enterit

Definition: Svår sepsis alt septisk chock, toxisk dilatation av kolon, ileus, pseudomembranös kolit.

Behandling: infusion metronidazol 500 mg x 3 iv + infusion vankomycin 500 mg x 4 via sond, se nedan. **Akut kirurgkonsultation!**

Vankomycinlösning till sond: 1 ampull vankomycin 500 mg (till infusionsvätska) löses i 10 ml sterilt vatten och blandas sedan med 90 ml NaCl, totalmängd 100 ml. Mallar finns i cc, infektionskliniken. Ur farmakokinetisk synvinkel verkar det inte spela roll om det ges i ventrikeln eller duodenum. Läkemedlet blir inte skadat av miljön i magsäcken och är redan en sur lösning. Däremot är det en fördel att undvika risk för retention genom att ge läkemedlet längre ner i tarmen. Tillför i första hand i befintlig nasogastrisk sond. Vid retentionsproblem så ska tillförsel ske via en sond belägen i tunntarmen men kan även ges rektalt. Vid rektal tillförsel ges detta via foleykateter eller befintlig rektalsond t.ex FlexiSeal.

3.2.4 Recidiverande clostridium difficile enterit

Informera patienten tidigt om feceslavemang, som med fördel kan användas så tidigt som möjligt i förloppet av en recidiverade CDI. I väntan på feceslavemang används behandlingstrappa enligt nedan.

Recidiv 1: T metronidazol 400 mg x 3 el K vankomycin 125 mg x 4 i 10-14 dagar.

Recidiv 2: K vankomycin i nedtrappningschema.

K vankomycin, nedtrappningsschema	
Vecka 1	125 mg x 4
Vecka 2	125 mg x 3
Vecka 3	125 mg x 2
Vecka 4	125 mg x 1
Vecka 5	125 mg varannan dag
Vecka 6	125 mg var tredje dag

Preparatet fidaxomicin har i vissa studier visat mindre risk för recidiv av clostridium difficile, dock inte vid ribotyp 027. Fidaxomicin bör endast användas i undantagsfall och endast förskrivs av infektionläkare.

3.2.5 Oral läkemedelsbehandling om man inte kan svälja tabletter

De som ej kan svälja kapslar kan få metronidazolmixtur (gäller även barn).

Vankomycinkapslar ska sväljas hela.

APL (extemporeapotek) kan tillverka en oral vankomycinlösning med koncentrationen 50 mg/ml som patienten kan få inom högkostnadsskyddet. Alternativ för patienter som inte kan svälja kapslarna och inte vårdas på sjukhus.

För oral administrering till ineliggande patienter kan spädd injektionsvätska användas. 1 ampull vankomycin 500 mg (till infusionsvätska) löses i 10 ml sterilt vatten vilket ger en lösning med koncentration 50 mg/ml. Denna lösning späds vidare med vatten till minst 30 ml och kan ges som dryck i undantagsfall (smakar inte gott!).

4 Relaterade dokument

4.1 Interna länkar

[Patientinformation om C difficile](#)

[C diff vårdhygieniska rutiner vid misstänkt eller konstaterad smitta](#)

[Smittsamhet - tillstånd med behov av enkelrum](#)

[Clostridium difficile infektion och överflyttning av patient](#)

[Förmedling av typnings svar avseende Clostridium difficile](#)

[Feceslavemang](#)

4.2 Externa länkar

[ESCMID treatment guidance C diff 2014](#)

Vid upptäckt av felaktig information eller länk, vänligen meddela faktaägare.