

Regional medicinsk riktlinje

Behandling av Clostridioides difficile, CDI

Huvudbudskap

Avsluta om möjligt utlösande antibiotikabehandling. Undvik onödig behandling med protonpumpshämmare.

Peroral behandling med kapsel vankomycin används i första hand vid primärinfektion.

Vid hög risk för recidiv övervägs användning av fidaxomicin.

Fekal mikrobiotatransplantation, FMT, rekommenderas som behandling vid första och multipla recidiv. FMT utförs vid regionens infektionskliniker.

Bakgrund

Behandling av tarminfektionen CDI har förändrats på senare år på grund av nya preparat och reviderade internationella och nationella riktlinjer.

Regionala riktlinjer saknas för VGR. Vissa preparat, fidaxomicin, som rekommenderas nationellt innebär en kostnadsökning, och det finns olika praxis i den medicinska professionen avseende bruk. Dessutom har behandling med fekal mikrobiota transplantation, FMT, lyfts fram i riktlinjer. Även här finns skillnader i användandet mellan sjukhus/kliniker.

Detta dokument syftar till att ge behandlande läkare stöd för val av adekvat terapi, både avseende farmakologisk som icke-farmakologisk behandling. Dessutom ska dokumentet bidra till en likvärdig behandling i regionen avseende CDI.

Vårdnivå och samverkan

Patienter med CDI handläggs och behandlas såväl inom primärvården som sjukhusvården. Inför behandling med fidaxomicin bör konsultation

ske med infektionsläkare. Behandling med FMT sker vid regionens infektionskliniker.

Utredning

Faecesprov för PCR-diagnostik enligt aktuellt laboratoriums provtagningsanvisningar.

Farmakologisk behandling

Primärinfektion

Avsluta om möjligt utlösande antibiotikabehandling. Undvik onödig behandling med protonpumpshämmare. I vissa milda fall kan infektionen läka spontant utan behandling.

I första hand: Vankomycin 125 mg x 4 i 10 dagar.

I andra hand: Metronidazol 500 mg x 3 i 10 dagar vid mild-måttlig CDI.

Primärinfektion vid hög risk för recidiv

Vid hög risk för recidiv (ålder >70 år) samt något av följande

- tidigare sjukhusvård senaste 3 månaderna
- CDI senaste 6 månaderna
- fortsatt behandling med icke-CDI antibiotika
- njursvikt
- immunsuppression.

överväg fidaxomicin 200 mg x 2 i 10 dagar. Vid behandling med fidaxomicin bör infektionsläkare konsulteras.

Recidiv

Recidiv inträffar oftast första veckorna efter avslutad CDI-behandling, men ibland efter 1–2 månader eller mer. Recidiverande CDI är vanligt då det drabbar cirka 25 % av de som insjuknat tidigare. Efter ett första recidiv ökar risken ytterligare återfall till cirka 40–60 %.

Första recidiv

I första hand: Vankomycin 125 mg x 4 i 10 dagar följt av FMT*.

I andra hand: Fidaxomicin 200 mg x 2 i 10 dagar alternativt 200 mg x 2 i 5 dagar, därefter 200 mg v.a.d. i 20 dagar. Vid behandling med fidaxomicin bör infektionsläkare konsulteras.

* FMT (fekal mikrobiota transplantation) utförs efter 5 – 10 dagars behandling med vankomycin när patienten blivit förbättrad. Fortsätt med minsta möjliga dos (suppressionsdos) fram till FMT.

Multipla recidiv

I första hand: Vankomycin 125 mg x 4 i 10 dagar följt av FMT.

I andra hand: Vankomycin i nedtrappningsschema**.

** Om FMT inte är lämpligt med hänsyn till patientens tillstånd och fidaxomicin prövats vid tidigare CDI episoder: vankomycin i nedtrappningsschema (125 mg x 4 i 1 v, därefter 125 mg x2 i 1 v, därefter 125 mg x 1 i 1v, därefter 125 varannan eller var tredje dag i 3 v).

Vid svår CDI, fulminant CDI eller refraktär CDI

Peroral behandling ej möjlig. Se Nationellt vårdprogram.

Remissrutiner FMT

Patient med recidiv av CDI med indikation för FMT remitteras till närmaste infektionsklinik.

Innehållsansvarig

Samordningsråd infektion.

Referenser

Clostridioides difficile-infektion Vårdprogram på uppdrag av Svenska Infektionsläkarföreningen 2023.

Baunwall, Simon Mark Dahl, et al. "Faecal microbiota transplantation for first or second Clostridioides difficile infection (EarlyFMT): a randomised, double-blind, placebo-controlled trial." *The Lancet Gastroenterology & Hepatology* 7.12 (2022): 1083-1091.

Information om handlingen

Handlingstyp: Regional medicinsk riktlinje, RMR

Gäller för: Västra Götalandsregionen

Innehållsansvar: Erik Backhaus, (eriba2), Processchef

Granskad av: Gunnar Jacobsson, (gunja4), Överläkare

Godkänd av: Karin Looström Muth, (karlo2), Direktör

Dokument-ID: SSN11800-2140136717-952

Version: 1.0

Giltig från: 2026-06-08

Giltig till: 2028-06-08