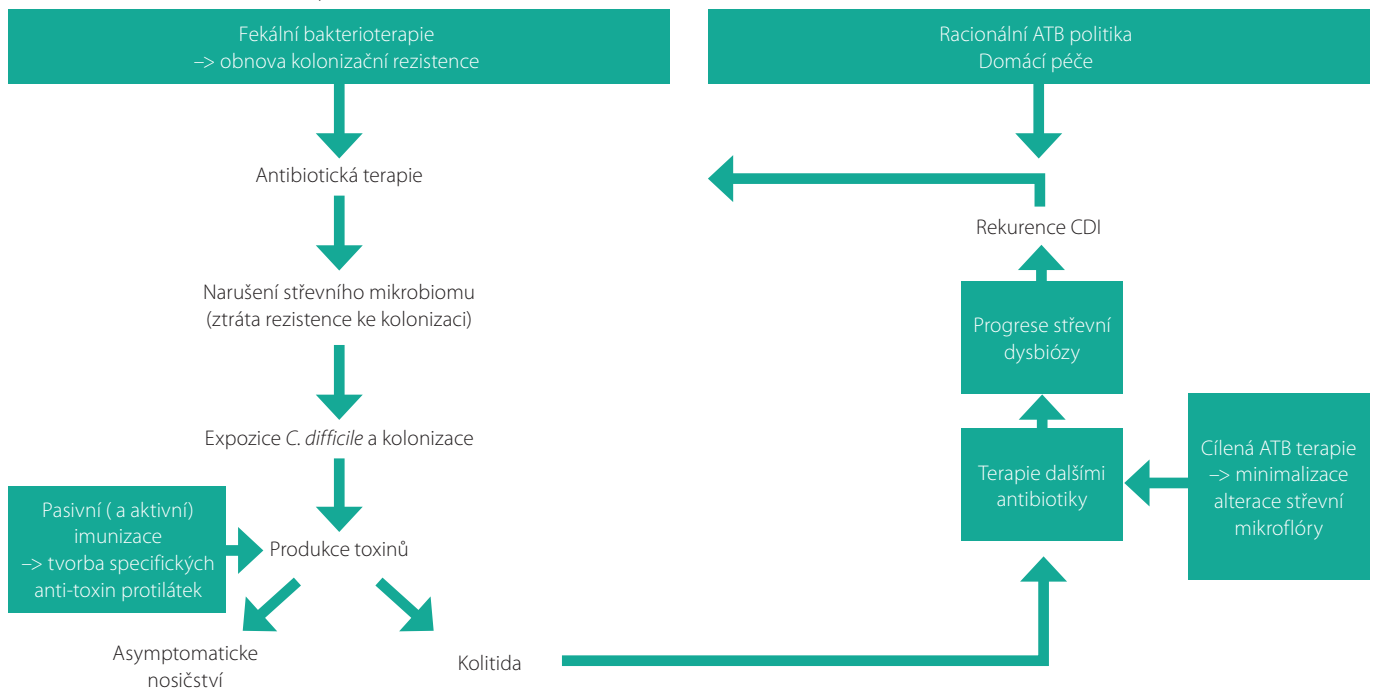


Schéma 1. Možnosti sekundární prevence rekurentní CDI

není metronidazol již považován za lék volby žádné z forem CDI (6). Odlišně je nyní přístupováno i k použití fidaxomicinu. Mechanismus jeho účinku spočívá v inhibici proteosyntézy na bakteriálních ribozomech, u CDI tedy současně zastavuje syntézu klostridiových toxinů. Klinické studie ve srovnání s vankomycinem prokazují u fidaxomicinu obdobné výsledky v léčbě ataky CDI, nicméně použití fidaxomicinu je spojeno se statisticky významně nižším rizikem rekurence (5–7). Guery et al v roce 2017 publikoval studii srovnávající počet rekurencí CDI u pacientů léčených vankomycinem (standardně 125 mg à 6 hod. po dobu 10 dnů) s fidaxomicinem podávaném v tzv. pulzním režimu (prvních 5 dnů klasicky 200 mg à 12 hod., následně 200 mg ob den 7.–25. den). Absence recidivy CDI během 30 dnů byla zaznamenána u 124 (70 %) ze 177 pacientů léčených fidaxomicinem, ve skupině léčených vankomycinem bylo bez rekurence 106 (59 %) ze 179 pacientů ($p = 0,03$). Fidaxomicin by měl být dnes zvažován i u prvních epizod CDI, zejména u polymorbidních pacientů s již vstupně vysokým rizikem recidivy. Nižší riziko rekurence CDI po léčbě fidaxomicinem je vysvětlováno zachováním přirozené rozmanitosti střevní mikroflóry (6).

V rámci klinických studií III. fáze bylo testováno několik nových léčiv. U přípravků surotomycin a cadazolid nebyla i přes slibné výsledky z předchozích fází studií prokázána non-inferiorita v léčbě CDI oproti vankomycinu. Další vývoj těchto léčiv byl ukončen. Na začátku klinické studie III. fáze je nyní ridinilazol, ATB s vysoce selektivním účinkem proti *Clostridioides difficile* (3, 6).

Samostatnou kapitolou je léčba nejtěžších forem CDI, včetně ileózního stavu a toxického megakolon. Lékem volby je v tomto případě perorální vankomycin spolu s metronidazolem intravenózně. V případě porušené peristaltiky lze dávkování vankomycinu navýšit na 250–500 mg à 6 hod. Vankomycin lze podávat i prostřednictvím nazo-gastrické sondy nebo v podobě retenčních klyzmat (500 mg à 4–12 hod.). V případech těžké kolitidy s rizikem rozvoje toxického megakolon indikujeme tzv. „bowel rest“ a ordinujeme parenterální výživu (7).

Alternativně je možné místo metronidazolu podat tigecyklin – širokospektré parenterální ATB patřící do skupiny glycylycyklinů. Jedná se o derivát tetracyklinového ATB minocyklinu, spektrum jeho účinku zahrnuje grampozitivní, gramnegativní, anaerobní i atypické agens, včetně některých multirezistentních kmenů. Výhodné může být jeho využití při koincidenci klostridiové kolitidy s jinou bakteriální infekcí. Mechanismus účinku spočívá v inhibici proteosyntézy, podobně jako fidaxomicin i tigecyklin tedy inhibuje syntézu toxinů *Clostridioides difficile*. Kombinace intravenózního tigecyklinu spolu s intrakolonicky aplikovaným vankomycinem by tak teoreticky měla představovat maximální konzervativní farmakologickou terapii CDI. Použití tigecyklinu je však prozatím podloženo pouze jednotlivými kazuistikami. Jedná se tak o podání tzv. off-label (6).

V okamžiku selhávání konzervativní terapie je na zvážení terapie chirurgická. Chirurgickým řešením je ve většině případů provedení subtotalní kolektomie s vyvedením terminální ileostomie. Méně invazivní alternativu ke kolektomii představuje vyvedení derivační dvouhlavňové (axiální) ileostomie. Střevo pak může být peroperačně i pooperačně proplachováno v orálním i aborálním směru roztokem vankomycinu (3).

Primární preventivní opatření

Pod pojmem primární prevence rozumíme opatření, která mají za cíl zabránit rozvoji primoatky CDI. Včasně rozpoznání pacientů s CDI a jejich následná izolace představují v nemocničním prostředí základní opatření zamezující přenos *Clostridioides difficile* na vnímavé jedince. V zahraničí se již můžeme setkat s automatizovanými screeningovými nástroji a dotazníky, které jsou vyhodnocovány při příjmu pacienta a dále pravidelně během hospitalizace s cílem co nejčasněji zachytit rozvoj CDI a zavést adekvátní izolační opatření (8). Jedná se zejména o izolaci pacienta na samostatném pokoji nebo v kohortě pacientů se stejným onemocněním. V rámci bariérového režimu ošetřování jsou používány jednorázové rukavice, pláště a vlastní vyšetřovací pomůcky.