

Compte-rendu

# Raccourcir ou se passer des antibiotiques prophylactiques dans les hémorragies digestives de cirrhotiques ?

## Mots-clés

antibiotiques, cirrhose, antibioprophylaxie

Prophylactic Antibiotics for Upper Gastrointestinal Bleeding in Patients With Cirrhosis

Prosty C et al., JAMA Internal Med., 11.08.2025

[10.1001/jamainternmed.2025.3832](https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2025.3832)

## Introduction

Les recommandations internationales proposent depuis 2010 d'administrer des antibiotiques prophylactiques chez les patients cirrhotiques présentant une hémorragie digestive haute. Cette pratique découle d'un rationnel physiopathologique et d'études issues d'une revue systématique Cochrane publiée par Chavez-Tapia en 2010. Les guidelines recommandent d'administrer une céphalosporine de 3ème génération par voie intraveineuse durant 5 à 7 jours, afin de prévenir les péritonites bactériennes spontanées et autres infections bactériennes, ainsi que de réduire le risque de re-saignement. Cette étude cherchait à déterminer si un régime antibiotique plus court (voire sans antibiotiques) était non-inférieur à la durée standard de 5-7 jours.

## Méthode

Revue systématique et méta-analyse incluant uniquement des études randomisées et contrôlées avec comme sujet : antibioprophylaxie vs absence d'antibioprophylaxie, ou comparaison de différentes durées d'antibioprophylaxie chez les patients cirrhotiques présentant une hémorragie digestive (durée courte vs standard). Analyse statistique bayésienne de non-infériorité. **Issue primaire** : mortalité. **Issues secondaires** : récidive précoce de saignement et infections bactériennes.

## Résultats

14 études ont été incluses, dont 12 comparant une antibioprophylaxie à l'absence d'antibioprophylaxie et 2 comparant la durée standard (5-7 jours) à une durée plus courte (2-3 jours). Le risque de biais était modéré à important dans toutes les études. Le groupe « prophylaxie courte » (incluant les patients n'ayant reçu aucune prophylaxie) a montré une non-infériorité à une durée standard en termes de mortalité (probabilité de 97.3%). L'absence complète de prophylaxie était possiblement non-inférieure (probabilité de 89.2%, seuil non-atteint) à une prophylaxie standard. Les seuils de non-infériorité n'ont pas été atteints pour le risque de re-saignement et d'infections.

## Discussion

Cette méta-analyse suggère qu'une antibioprophylaxie de 5-7 jours est probablement excessive et qu'une durée plus courte pourrait être envisagée. Cependant, l'absence totale d'antibiotiques n'a pas démontré de non-infériorité en termes de mortalité ou de re-saignement. Les auteurs soulignent que la différence de mortalité était quasiment nulle dans les études plus récentes (à l'ère des TIPS, de la terlipressine et de stratégies transfusionnelles

restrictives), ce qui suggère un bénéfice désormais limité des antibiotiques dans la prise en charge moderne de ces patients. Notons également une faible proportion totale de patients atteint de cirrhose Child-Pugh C et l'absence d'évaluation des effets indésirables liés aux antibiotiques.

## Conclusion

L'antibioprophylaxie en cas d'hémorragie digestive haute chez un patient cirrhotique est justement remise en cause dans cette méta-analyse, avec plusieurs limitations importantes dans la littérature disponible. Une nouvelle étude prospective pourrait fournir des données permettant de décider si l'antibioprophylaxie peut être raccourcie ou évitée dans ces situations.

Date de publication	Auteurs
20.10.2025	