



Rupture de VO : Antibiotiques obligatoires ?

Gupta A et al. EASL 2023, abstract GS-006

	Absence d'antibiothérapie prophylactique	Antibiothérapie prophylactique Ceftriaxone	Différence de risque (95% CI)	p
Infections	6 (7,1) (2,8-15,1 %)	10 (12,3) (6,02-20,8 %)	-4,7 % (-13,3 % ; 4,0 %)	0,373
Type d'infection				
• Infection spontanée d'ascite	3 (3,5)	7 (8,6)		0,29
• Infection urinaire	3 (3,5)	4 (4,9)		0,948
• Infection pulmonaire	0 (0,0)	2 (2,5)		0,456
Bactériémie	1	3		0,561
Ascite	10 (12,3)	13 (14,5)		
Ictère	0 (0,0)	2 (2,5)	-2,3 % (-5,5 % ; 0,9 %)	0,456
Encéphalopathie hépatique	6 (7,1)	8 (9,9)	-2,3 % (-10,5 % ; 5,8 %)	0,726
Resaignement très précoce	0 (0,0)	4 (4,9)	-4,6 % (-9,1 % ; 0,2 %)	0,117
Mortalité	0 (0,0)	2 (2,5)	-2,3 % (-5,5 % ; 0,9 %)	0,456

	Absence d'antibiothérapie prophylactique	Antibiothérapie prophylactique Ceftriaxone	Différence de risque (95% CI)	P
6 semaines plus tard (de J5 à S6)	0 (0,0)	2 (3,1)		0,426
Ictère	0 (0,0)	1 (1,5)		0,954
Resaignement précoce	4 (5,5)	7 (10,8)	-4,9% (-13,9 % ; 4,0 %)	0,406
Ascites			-0,4% (-8,2 %; 7,2 %)	0,754
• Pas d'ascites	69 (94,5)	61 (93,8)		
• Ascites Grade 1	1 (1,4)	2 (3,1)		
• Ascites Grade 1	3 (4,1)	2 (2,5)		
Mortalité à S6	1 (1,4)	2 (2,5)	-1,6% (-6,5 % ; 3,2 %)	0,93