

EXPERTS : Raphaël Cinotti (coordinateur d'experts, SFAR), Eric Bonnet (SPILF), Nelly Rondeau (SFAR), Hervé Kobeiter (SFR/RI), David Karsenti (SFED), Jérôme Morel (SFAR), Pablo Ortega-Deballon (SFCD), Laure Fieuzal (SFAR), David Moskowitz (SFCD), Hervé Dupont (SFAR), Niki Christou (SFCD), Philippe Montravers (SFAR), Charles Sabbagh (SFCD), Aurélie Gouel (SFAR), Justine Demay (SFAR), Audrey de Jong (SFAR), Régis Souche (SFCD/ACHBT), Bruno Pastene (SFAR), Céline Monard (SFAR), Lilian Schwarz (SFCD/ACHBT), Julie Veziant (SFCD), Frédéric Borie (SFCD), Emilie Lermite (SFCD), et Emmanuel Weiss (organisateur, SFAR).

En cas d'allergie aux bêta-lactamines, si antibioprophylaxie indiquée dans ces tableaux :



Si céfazoline : **vancomycine 20 mg/kg IVL** ou **teicoplanine 12 mg/kg IVL**

Si céfoxitine : **gentamicine 6-7 mg/kg IVL + métronidazole 1g IVL**

●●● (Avis d'experts)



ENDOSCOPIE DIGESTIVE

Actes chirurgicaux ou interventionnels	Molécules	Dose initiale	Réinjections et durée	Force de la recommandation
<u>Cholangio-pancréatographie rétrograde endoscopique (CPRE)</u>				
- Cholangiographie - Pancréatographie - Dilatation et pose de prothèses biliaires ou pancréatiques avec drainage complet satisfaisant - Extraction de calculs biliaires ou pancréatiques, avec ou sans lithotritie mécanique, avec drainage biliaire complet satisfaisant	PAS D'ANTIBIOPROPHYLAXIE			●●● (GRADE 1)
- Cholangioscopie ou pancratoscopie, avec ou sans lithotritie - Dilatation et pose de prothèses biliaires ou pancréatiques avec drainage biliaire incomplet* - Extraction de calculs biliaires ou pancréatiques, avec ou sans lithotritie mécanique, avec drainage biliaire incomplet*	Céfoxitine	2g IVL	Dose unique	●●● (Avis d'experts)
<u>Ponction sous écho-endoscopie</u>				
Ponction de lésion tissulaire pancréatique ou extra pancréatique, para-œsophagienne, para-gastrique, para-duodénale ou para-rectale**	PAS D'ANTIBIOPROPHYLAXIE			●●● (GRADE 2)

▪ Ponction de lésion kystique pancréatique sans facteur de risque d'infection ▪ Ponction de lésion kystique pancréatique avec facteur(s) de risque d'infection liés au geste endoscopique (saignement intra-kystique, absence de vidange complète de la lésion kystique après ponction) et/ou au patient (contexte d'immunosuppression, ou haut risque d'endocardite infectieuse) ▪ Kysto-gastrostomie ▪ Ponction de liquide d'ascite, avec ou sans ponction de nodule péritonéal per-endoscopique (i.e. à travers le tube digestif) ▪ Ponction liquide pleural per endoscopique (i.e. à travers le tube digestif) ▪ Constitution d'une anastomose gastro-jéjunale sous écho-endoscopie	PAS D'ANTIBIOPROPHYLAXIE			●●● (Avis d'experts)
	Céfoxitine	2g IVL	Dose unique	●●● (Avis d'experts)

Endoscopie digestive haute

▪ Fibroscopie œso-gastro-duodénale diagnostique, avec ou sans biopsie ▪ Fibroscopie œso-gastro-duodénale thérapeutique avec dilatation, ou pose de prothèse, ou mucosectomie ou dissection sous-muqueuse.	PAS D'ANTIBIOPROPHYLAXIE			●●● (Avis d'experts)
▪ Pose de gastrostomie, par voie transcutanée avec guidage endoscopique	Céfazoline	2g IVL	Dose unique	●●● (GRADE 1)
▪ Sclérose et/ou ligature de varices œso-gastriques, en dehors de la période hémorragique	PAS D'ANTIBIOPROPHYLAXIE			●●● (Avis d'experts)
▪ Sclérose et/ou ligature de varices œso-gastriques en période hémorragique	Ciprofloxacine 400 mg/IVL x2/j, puis relais per os après 48h si possible (ou norfloxacine per os 400 mg x2/j quand sera à nouveau remboursée), pendant 7 jours, <u>SAUF</u> : - si cirrhose avancée (Child B ou C) - et/ou patient hospitalisé depuis plus de 48h (en raison de la forte prévalence de résistance aux quinolones) - et/ou patient traité par quinolone au long cours en prophylaxie de l'infection de liquide d'ascite > alors Ceftriaxone 1 g/24h IV pendant 7 jours *			●●● (GRADE 1)
* En cas d'allergie aux bêtalactamines : choix pluridisciplinaire d'une molécule et de sa dose en fonction de la fonction rénale souvent altérée chez les patients cirrhotiques [●●● Avis d'experts]				

Endoscopie digestive basse

▪ Coloscopie diagnostique, avec ou sans biopsie ▪ Coloscopie thérapeutique avec dilatation, ou pose de prothèse, ou mucosectomie ou dissection sous-muqueuse.	PAS D'ANTIBIOPROPHYLAXIE			●●● (Avis d'experts)
--	--------------------------	--	--	----------------------

* Le drainage biliaire est considéré comme incomplet en cas d'échec de canulation, de persistance de calculs, de sténose intra ou extra-hépatique non appareillée, ou de clairance non optimale en fin de geste selon l'opérateur.

** Si de l'ascite sépare le tube digestif de la lésion tissulaire ponctionnée, administrer alors une antibioprophylaxie selon les mêmes modalités que la « ponction d'ascite, avec ou sans ponction de nodule péritonéal per-endoscopique ».