

Compte-rendu

Oxygénothérapie à domicile au long cours : "less is good"

Mots-clés

oxygénothérapie, BPCO, hypoxémie, fibrose pulmonaire, hypertension pulmonaire
Long-Term Oxygen Therapy for 24 or 15 Hours per Day in Severe Hypoxemia
Ekström M. et al., NEJM, 10.09.2024
DOI: [10.1056/NEJMoa24.02638](https://doi.org/10.1056/NEJMoa24.02638)

Introduction

Depuis les années 1970, il a été démontré que l'oxygénothérapie (O₂-thérapie) au long cours chez les patients atteints de BPCO avec hypoxémie sévère permet une réduction de la mortalité. La durée d'O₂-thérapie doit être au moins de 15h/j, mais les études restent controversées quant au bénéfice supplémentaire d'une utilisation sur 24h. D'un autre côté, l'O₂-thérapie limite l'autonomie des patients. Le but de cette étude était d'analyser le bénéfice d'une O₂-thérapie de 24h/j comparée à 15h/j.

Méthode

Etude suédoise randomisée contrôlée, multicentrique, de non infériorité, menée de mai 2018 à avril 2022. **Inclusion** : patient·es >18 ans ayant une indication à une O₂-thérapie au long cours (PaO₂ au repos <55mmHg ou PaO₂ <60 mmHg si associée à une polycythémie ou des signes d'insuffisance cardiaque ou SpO₂ à air ambiant <88%). **Exclusion** : tabagisme actif, contact répété avec du feu, non-adhérence à une O₂-thérapie, absence de sécurité sociale suédoise. Patients randomisés 1:1 pour O₂ thérapie 24h/j ou 15h/j (i.e. arrêt diurne de l'O₂ pendant 9h/j). **Issue primaire** : délai jusqu'à une hospitalisation ou un décès, toutes causes confondues à 1 an (outcome composite). **Issues secondaires** : hospitalisations et/ou décès toutes causes confondues, de cause respiratoire ou cardiaque à 3 et 12 mois, ainsi que symptômes liés à l'hypoxémie (dyspnée, fatigue, bien-être). A noter que certains critères initiaux ont été modifiés en raison d'une lenteur de recrutement (initialement, étude restreinte aux BPCO, issue primaire non-composite et marge de non-supériorité changée de 0.83 à 0.67).

Résultats

Total de 241 patients, dont 117 patients assignés au groupe 24h/j (standard) et 124 patients au groupe 15h/j (expérimental). L'âge moyen était de 76 ans avec 59% de femmes ; 71% avec diagnostic de BPCO et 14% de fibrose pulmonaire (le reste des diagnostics incluait hypertension pulmonaire, maladie thrombo-embolique chronique, cardiopathies, autres). Le temps médian d'O₂-thérapie était bien respecté (23h dans le groupe standard et 15h dans le groupe expérimental). A 1 an, le taux d'événements pour l'issue primaire composite était de 124.7 par personne-année dans le groupe 24h/j et de 124.5 dans le groupe 15h/j, avec toutefois des événements légèrement plus précoces dans le groupe 15h/j (159 jours vs 168 jours pour le groupe 24h/j). Une O₂-thérapie de 24h/j n'était donc pas supérieure à 15h/j, même après ajustement (âge et sexe notamment). Cependant, chez les patients ayant un diagnostic autre que la BPCO, l'intervalle de confiance franchissait le cut-off de non-infériorité. Le taux d'hospitalisation toutes causes confondues à 12 mois atteignait 57.3% dans les 2 groupes et le taux de décès 31.6% dans le groupe 24h/j et 27.4% dans le groupe 15h/j. Les symptômes rapportés étaient similaires dans les deux groupes.

Discussion

Compte tenu du nombre de patients au bénéfice d'une O₂-thérapie dans le monde, l'impact de ces résultats est significatif, permettant une amélioration de l'autonomie chez les patients oxygéo-dépendants, et relativisant une certaine non-adhérence des patients à leur O₂-thérapie. Les limitations de l'étude résident en une adhérence très

élevée à l'O₂ thérapie dans cette étude qui pourrait ne pas refléter la réalité, en résultats limités à une période de 1 an, ainsi qu'en un nombre réduit de patients ayant rapporté leurs symptômes.

Conclusion

Chez les patients hypoxémiques avec indication à une O₂-thérapie au long cours, **une O₂-thérapie de 24h/j ne semble pas apporter de bénéfice supplémentaire par rapport à 15h/j.**

Date de publication	Auteurs
04.11.2024	