

Compte-rendu

OHD : un bénéfice clinique sans impact sur la mortalité ?

Mots-clés

OHD, mortalité, insuffisance respiratoire hypoxémique
High-Flow or Standard Oxygen in Acute Hypoxemic Respiratory Failure

JP. Frat et al, NEJM, 17.03.2026

[10.1056/NEJMoa2516087](https://doi.org/10.1056/NEJMoa2516087)

Introduction

L'insuffisance respiratoire aiguë constitue le motif d'admission le plus fréquent aux soins intensifs (SI). Plusieurs études de taille modeste ont comparé les différents dispositifs utilisés -- l'oxygénothérapie à haut débit (OHD), la ventilation non invasive et l'oxygénothérapie standard -- chez les patients présentant une insuffisance respiratoire hypoxémique sévère. Elles suggèrent que l'OHD pourrait réduire le recours à l'intubation orotrachéale (IOT) à court terme, avec un impact incertain sur la mortalité. La pandémie de Covid-19 a confirmé que l'OHD diminuait le taux d'IOT sans bénéfice clair sur la mortalité. Dans ce contexte, cette étude a évalué l'effet de l'OHD comparé à l'oxygénothérapie standard sur la mortalité à 28 jours.

Méthode

Essai randomisé multicentrique réalisé dans 42 services de SI en France, avec analyse en *intention-to-treat*. L'étude compare l'OHD (≥ 50 L/min, FiO_2 adaptée à une saturation cible) à l'oxygénothérapie standard (masque à haute concentration avec > 10 L/min d' O_2). **Population** : 1'110 adultes admis en SI pour insuffisance respiratoire hypoxémique définie par $PaO_2/FiO_2 \leq 200$ mmHg, fréquence respiratoire > 25 /min et infiltrat pulmonaire radiologique. **Exclusion** : $PaCO_2 > 45$ mmHg, exacerbation de maladie pulmonaire chronique avec support ventilatoire au long cours, oedème aigu pulmonaire, instabilité hémodynamique, GCS < 12 , indication d'IOT urgente, insuffisance respiratoire < 7 jours après chirurgie ou extubation.

Issue primaire : mortalité à 28 jours.

Issues secondaires : IOT à 28 jours, durées de séjour, événements indésirables, évolution de la dyspnée, de la fréquence respiratoire et des besoins en oxygène.

Résultats

L'âge moyen des patients était de 62 ± 13 ans. La pneumonie était la cause principale d'hypoxémie (88.1 %), majoritairement d'origine virale (53.3 % dont Covid-19). La mortalité à 28 jours était identique dans les deux groupes (14.6 %). En revanche, le recours à l'IOT à 28 jours était plus faible dans le groupe OHD (42.4 % vs 48.4 %). L'OHD permettait également une diminution plus rapide de la fréquence respiratoire et de la dyspnée dès les premières heures. Les événements indésirables sévères (pneumothorax, arrêt cardiorespiratoire) restaient rares mais légèrement plus fréquents avec l'OHD (2.3 % vs 1.1 %). Par ailleurs, l'inconfort lié à l'OHD entraînait plus souvent l'arrêt du traitement (30 patients vs 14 patients). Les durées de séjour étaient comparables entre les deux groupes.

Discussion

Cette étude montre que l'OHD réduit la dyspnée, la fréquence respiratoire et le recours à l'intubation, sans effet sur la mortalité. Ces résultats sont cohérents avec les mécanismes physiopathologiques de l'OHD : délivrance d'un débit élevé permettant une FiO₂ stable, effet PEP modéré et diminution de l'espace mort. **Points forts** : taille importante de la cohorte, faible taux de cross-over. **Limitations** : étude en open-label (biais possible dans la décision d'IOT), déséquilibres initiaux entre les groupes (sexe, tabagisme, dyspnée), nombre d'événements inférieur aux prévisions limitant la puissance statistique, surreprésentation des pneumonies virales (biais possible), validité externe limitée (population plus jeune que dans la pratique courante) .

Conclusion

Dans cette étude, l'OHD n'a pas permis de réduire la mortalité à 28 jours par rapport à l'oxygénothérapie standard chez les patients présentant une insuffisance respiratoire hypoxémique. Elle permet toutefois de diminuer le recours à l'IOT et d'améliorer rapidement le confort respiratoire en SI. Il est important de souligner que son utilisation ne doit pas retarder une intubation en cas d'évolution défavorable. Le ROX index reste un outil pertinent pour évaluer le risque d'échec de l'OHD.

Date de publication	Auteurs
14.04.2026	Alexandra Geiser