

# L'oxygène est-il efficace pour soulager l'essoufflement?

## Article de référence

Booth S, Anderson H, Swannick M, Wade R, Kite S, Johnson M. *The use of oxygen in the palliation of breathlessness. A report of the expert working group of the scientific committee of the association of palliative medicine. Respiratory Medicine 2004; 98: 66-77.*

## Référence

- <sup>1</sup> American Thoracic Society. *Dyspnea mechanisms, assessment, and management: a consensus statement. Am J Respir Crit Care Med 1999; 159: 321-40.*
- <sup>2</sup> Mak VH. *Effect of arterial oxygen desaturation on perceived breathlessness. Thorax 1993; 48: 33-38.*
- <sup>3</sup> Booth S, Kelly MJ, Cox NP et coll. *Does oxygen help dyspnea in patients with cancer? Am J Respir Crit Care Med 1996; 153: 1515-18.*

**Équipe de rédaction de l'UMF Laval**  
**Dr Michèle Aubin**  
**Dr Jean-Marie Auger**  
**Dr Stéphane Rioux**  
**Dr Danielle Saucier**

**Comité de révision**  
**Dr Michel Labrecque,**  
 coordonnateur  
**Dr Michel Cauchon,**  
 coordonnateur adjoint  
**Dr Michèle Aubin**  
**Dr Sylvie Dodin**  
**Dr Pierre Frémont**  
**Dr France Légaré**  
**Dr Isabelle Marc**  
**Dr Julien Poitras**

## Faites-nous part de vos commentaires

Toute correspondance doit être adressée à:  
 L'actualité médicale  
 « Critique et pratique »  
 1200, avenue McGill College,  
 bureau 800  
 Montréal (QC) H3B 4G7

**Nous vous invitons également à communiquer**  
 par courrier électronique avec l'auteur:  
[lise.tremblay.2@ulaval.ca](mailto:lise.tremblay.2@ulaval.ca)

## Résumé

### Objectif

Réviser la documentation médicale afin de fournir un outil de référence pour la prescription de l'oxygène dans le soulagement de la dyspnée dans un contexte de soins palliatifs.

### Options

Tous les aspects de l'oxygénothérapie touchant les patients en phase avancée de néoplasie, de maladie pulmonaire obstructive chronique et d'insuffisance cardiaque chronique.

### Résultats

Des recommandations sur l'utilisation à domicile de l'oxygène afin de soulager la dyspnée tant à l'effort qu'au repos.

### Conception

Il s'agit d'un guide de pratique rédigé par un groupe d'experts britanniques travaillant en médecine palliative, dont au St. Catherine Hospice. Ils ont effectué une revue des essais cliniques randomisés publiés entre 1966 et 2003 et répertoriés sur Medline, EMBASE et Cochrane Library. On a sélectionné les articles à l'aide des mots-clés suivants: « COPD », « oxygen », « oxygen therapy », « breathlessness », « dyspnea », « cancer », « heart failure ». Ils ont retenu les articles comportant une évaluation spécifique de la dyspnée par des échelles spécifiques (Borg, Visual Analogue Scale).

### Valeurs

Les conclusions de ce guide de pratique ont été élaborées par le groupe d'experts en médecine palliative et le comité de l'oxygénothérapie à domicile du Royal College of Physicians. Les auteurs ne font aucune mention des critères utilisés pour l'évaluation des essais cliniques randomisés. Il y a peu de détails sur la force et la valeur des recommandations.

### Avantages, préjudices et coûts

L'utilisation judicieuse de l'oxygénothérapie a pour but de limiter les coûts, tout en privilégiant le bien-être du patient.

### Recommandations

Toutes les études incluses dans cette revue sont des essais comportant un petit nombre de participants. L'oxygène était comparé à l'air comprimé ou l'air de la pièce dans la plupart des études. La majorité des études sur l'utilisation de l'oxygène dans la maladie pulmonaire obstructive chronique n'ont pas évalué la dyspnée de façon spécifique. Ils ont analysé cinq études portant sur l'oxygénothérapie au repos. On a trouvé une amélioration significative de la dyspnée en comparaison

à l'air comprimé dans une seule étude. Les autres études n'ont pu mettre en évidence une supériorité de l'oxygène par rapport à l'air. Pour ce qui est de l'effet de l'oxygène sur la dyspnée lors de l'effort, 22 études ont été trouvées. Une diminution significative de l'essoufflement a été objectivée dans sept études. Une amélioration de l'endurance à l'effort a été notée dans huit études. Enfin, l'oxygénothérapie à long terme a clairement montré, dans la maladie pulmonaire obstructive chronique hypoxémique, un bénéfice sur la survie. Toutefois, il y a peu de données sur l'évaluation de la dyspnée, les études s'attardant davantage sur les mesures de qualité de vie. Ils ont analysé seulement quatre études. Une amélioration modeste de la dyspnée a été rapportée dans deux études. L'utilisation de l'oxygène chez les patients atteints de cancer a été très peu étudiée. Les auteurs ont inclus trois études dans leur revue. Il s'agit de très petites études contrôlées. Dans deux études, l'oxygène a entraîné un certain soulagement.

Les auteurs n'ont pas trouvé d'études analysant spécifiquement l'impact de l'oxygène sur la dyspnée dans l'insuffisance cardiaque grave. Seules deux études ont inclus une mesure de la dyspnée dans leurs issues secondaires. La dyspnée a été améliorée d'environ 50 % dans une de ces études. La plupart des participants de ces études avaient une insuffisance cardiaque légère à modérée (NYHA II-III). Il est donc difficile d'extrapoler ces résultats aux patients avec une insuffisance cardiaque grave.

1. L'oxygène doit faire partie d'un ensemble de mesures afin de soulager la dyspnée.
2. L'oxygène peut être utilisé au repos plutôt qu'à l'effort chez le patient avec une néoplasie avancée, en s'assurant de l'efficacité sur l'essoufflement et de l'impact positif sur la qualité de vie.
3. L'oxygénothérapie à long terme dans la maladie pulmonaire obstructive chronique doit être prescrite selon les recommandations déjà publiées. Il n'y a pas assez de données probantes pour favoriser l'utilisation de l'oxygène ambulatoire.
4. Il n'y a pas assez de données probantes dans la documentation médicale pour émettre des recommandations sur l'utilisation de l'oxygène dans l'insuffisance cardiaque chronique.

### Conclusion

L'oxygène peut jouer un rôle dans le soulagement de la dyspnée. Toutefois, il faut individualiser la prescription, afin de s'assurer que l'oxygène améliore le bien-être du patient.

## Commentaire

La dyspnée est un symptôme complexe avec des composantes physiologiques, psychologiques et sociales. On définit la dyspnée comme une expérience subjective d'inconfort lors de la respiration<sup>1</sup>. Lorsque la maladie compromet cette fonction vitale, chaque respiration devient laborieuse. Malheureusement, il est beaucoup plus difficile de soulager la dyspnée que de maîtriser la douleur. L'oxygène fait partie de l'arsenal thérapeutique mis à notre disposition pour tenter d'atténuer l'essoufflement. Il y a une certaine controverse sur son utilisation dans un contexte de soins palliatifs. Il ne faut pas oublier qu'il s'agit d'un équipement qui peut entraîner une dépendance psychologique et amputer la qualité de la vie du patient et de sa famille. La prescription d'oxygène ne se limite donc pas à la simple correction d'une hypoxémie, d'autant plus qu'il n'y a pas de corrélation parfaite entre la saturation en oxygène et la dyspnée<sup>2</sup>. Nous avons besoin, comme clinicien, de données pour nous aider à prédire quel patient peut en retirer un bénéfice.

Ce guide de pratique a examiné systématiquement le peu de documentation accessible sur l'évaluation de l'efficacité de l'oxygène dans le soulagement de la dyspnée. On n'a trouvé que de très petites études randomisées. Malheureusement, on ne mentionne pas avoir utilisé une méthode systématique et standardisée d'évaluation de la qualité des études retenues. Les critères d'inclusion des études analysées ont été restrictifs. La révision d'études observationnelles aurait pu être intéressante dans un contexte de soins palliatifs où le bien-être du patient est privilégié. Dans les études citées, il y avait peu de données sur les caractéristiques des participants. Il aurait été pertinent de pouvoir observer si la présence d'une hypoxémie influençait l'efficacité de l'oxygène ou de l'air à soulager la dyspnée. Une méta-analyse aurait pu augmenter la puissance statistique et proposer une explication sur les résultats contradictoires. De même, on a fourni peu de détails sur la qualité et la force des preuves sur lesquelles s'appuient les recommandations et ils ne font aucune mention qu'une révision a été faite par les pairs. Le guide n'a pas fait l'objet de validation auprès des cliniciens qui l'utiliseront. Toutes ces lacunes diminuent la portée de ces lignes directrices.

Les recommandations émises se basent davantage sur l'expertise des auteurs en médecine palliative que sur les données probantes apportées par les articles révisés. Ils préconisent une approche individualisée pour la prescription de l'oxygène. Il est raisonnable de prescrire de l'oxygène pour les patients dyspnéiques avec une saturation inférieure à 90 %. Un essai peut être entrepris chez les patients avec une saturation normale afin de déterminer si l'oxygène peut atténuer l'essoufflement. Il ne faut pas négliger, à mon avis, l'air frais qui peut soulager la dyspnée aussi bien que l'oxygène chez certains patients. Le mouvement de l'air ambiant, à l'aide d'un ventilateur, soulage l'essoufflement soit par l'action sur les récepteurs des voies aériennes, soit par l'effet placebo<sup>3</sup>.

Cet article à lui seul ne permet pas de modifier notre façon de faire en regard de la prescription d'oxygène. En effet, cette dernière doit être individualisée pour chaque patient. Cette revue permet surtout de mettre en lumière la faiblesse de la documentation médicale sur l'évaluation de l'efficacité de l'oxygène dans le soulagement de la dyspnée. Des études prospectives bien structurées seraient utiles pour mieux établir la place de l'oxygène dans la prise en charge de la dyspnée chez des patients dont l'espérance de vie est limitée.