

L'oxygène en soins palliatifs, qui soignons-nous? Le patient ou le docteur?

Isabelle Lord Poitras

CLSC Bordeaux-Cartierville

Superviseurs: Dre Vandelli & Dre Isabelle Tardif

Université de Montréal 30 mai 2014

Les faits

- Oxygène pour confort
- **77%** des médecins considèrent que la dyspnée est une raison suffisante pour prescrire de l'oxygène
- **47-76%** des patients en soins palliatifs rapportent de la dyspnée
- La population âgé de > 65 ans
 - Représente **14%** de la population
 - Utilise **44%** des fonds en santé
- **30%** des coûts reliées à l'O₂ à domicile sont engendrés par les soins palliatifs

Introduction

- Est-ce que l'oxygène comparé à l'air apporte un soulagement de la dyspnée dans la population en soins palliatifs?
 - P: Patients en fin de vie
 - I: Oxygène
 - C: Air ambiant
 - O: Soulagement de la dyspnée

Méthode

- Bases de données
 - Medline (1946 à novembre 2013)
 - EBM review - Cochrane Database of Systematic Reviews (2005 to november 2013)
- Termes MeSH:
 - Dyspnea
 - Palliative care
 - Oxygen

Méthode

- 20 articles trouvés
- Restrictions
 - Anglais et français et >1995
 - 19 articles
- Critères d'exclusion
 - Méta-analyses, revues et opinions d'experts
 - Articles sur population de patient MPOC
 - Sujets divergents
 - 4 articles conservés et 15 articles exclus
- Révisions des méta-analyses et des revues
 - 1 article supplémentaire

Résultats

Comparaison signification statistique		
Études	Mesure	Résultats (valeur p)
Currow 2009	SAS moyen (0-10)	0.25
Clemens 2009	NRS moyen	0.564/0.096
Booth 1996	VAS moyen(0-100) Borg moyen (0-10)	n/a Pas statistiquement significatif
Philip 2006	Différence de VAS moyen	0.622
	EPRTC	0.888
Abernethy 2010	Différence de NRS (0-10)	0.504 0.554
	Différence de Qol	0.966

* Comparaison état avant oxygène ou avant air

Does palliative home oxygen improve dyspnoea? A consecutive cohort study^b (Currow 2009)

- Service Soins Palliatifs à domicile – utilisation des données d’une cohorte de 5862 patients
- 413 participants – étude de cohorte
- Intervention: administrer de l’oxygène par lunette nasale à domicile pendant 7 à 14 jours
- Mesure: Symptoms Assessment scale (SAS)

• Résultats:

À l’entrée dans l’étude	7 jours avec traitement (N=413)	14 jours avec traitement (N= 230)
5.3	5.1	5.2

▫ SAS:

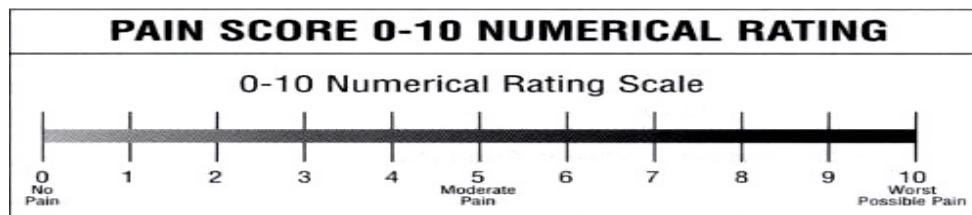
No shortness of breath 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Worst possible shortness of breath

Use of oxygen and opioids in the palliation of dyspnea in hypoxic and non-hypoxic palliative care patients: a prospective study (Clemens 2009)

- Unité de soins palliatifs de patients hospitalisés
- 46 participants
- Intervention: administrer oxygène par lunette nasale à 4L/minutes pendant 60 minutes au repos
- Mesure: « Numeric rating Scale » (NRS)

	Admission		Après oxygène	
	Opioïde naïf	Pré-traité	Opioïde naïf	Pré-traité
Non-hypoxique				
Hypoxique				

▫ NRS:



Does oxygen help dyspnea in patients with cancer? (Booth 1996)

- Patients recrutés à l'hôpital
- 38 participants, étude randomisée croisée à simple insu
- Intervention: O₂ vs air ambiant par lunette nasale 15 minutes chacun
- Mesure: « Visual analogue scale » et le Score de Borg modifié

Résultats:	De base	Oxygène	Air
VAS	59	45	48
Borg			

Échelle de Borg

0	Pas du tout de dyspnée
0,5	Très, très légère
1	Très légère
2	Légère
3	Modérée
4	Un peu sévère
5	Sévère
6	} Très sévère
7	
8	
9	} Très, très sévère
10	

Échelle visuelle analogique

Dyspnée maximale
100mm



Absence de dyspnée

A randomized, double-blind, crossover trial of the effect of oxygen on dyspnea in patients with advanced cancer (Philip 2006)

- Patients hospitalisés ou suivis en externe
- 51 participants; étude randomisée croisée à double-insu
- Intervention: oxygène vs air ambiant via lunette nasale pour 15 minutes avec une période de sevrage thérapeutique de 30 minutes

- Mesures: VAS

Résultats:	Oxygène	Air
Changement moyen du VAS	8.7mm	10.5 mm

Effect of palliative oxygen vs room air in relief of breathlessness in patients with refractory dyspnea: a doubled-blind, randomise controlled trial (Abernethy 2010)

- Patients suivis à domicile
- 210 participants, étude randomisée à double-insu
- Intervention: oxygène vs air ambient via lunette nasale à 2L/min 15h/24h sur période de 7 jours
- Mesure: NRS
- Résultats:

	Oxygène	Air
Changement du NRS		
Matin	0.9	0.7
Soirée		
Changementement du Qol		

Analyse

- Validité interne est bonne.
 - Aucun biais de sélection
 - Absence de groupe de control ou randomisées
 - Biais d'information
 - Ne s'applique pas ou double-insu
 - Booth - simple-insu
- Validité externe
 - Faible puissance - N assez petit
 - Population soins palliatifs hétérogène, précaire

Tableau 1					
<u>Titre</u>	<u>Intervention</u>	<u>Comparaison</u>	<u>Critère d'inclusion</u>	<u>Critère exclusion</u>	<u>ad score</u>
<u>Currow 2009</u>	Oxygène à domicile chez patients en soins palliative	Niveau de dyspnée initiale du même patient	Patient ayant dyspnée chez qui aucune oxygénothérapie n'avait pas été prescrite avant l'entrée dans le programme	Patient ayant déjà de l'oxygène avant leur entrée dans le programme; patient qui n'avait pas d'évaluation initiale ou 7 jours après le début de l'oxygénothérapie	non applicable
<u>Clemens 2009</u>	Oxygène via lunette nasale à 4L/min.	Niveau de dyspnée initiale du même patient	Patients souffrant de maladie terminale, dyspnéique au repos, ayant une Hb >100 et des fonctions mentales préservées	Patient présentant une décompensation cardiaque, hépatique ou rénale, des symptômes non contrôlés, nécessitant utilisation d'opiacé	non applicable
<u>Booth 1996</u>	Oxygène via lunette nasale pour 15 minutes (cross-over)	Air ambiant via lunette nasale pour 15 minutes (cross-over)	Patients présentant un cancer stade avancé, dyspnée de repos	Utilisation courante d'oxygène avant l'étude	
<u>Philip 2006</u>	Oxygène via lunette nasale pour 15 minutes (cross-over avec intervalle de 30 minutes entre les deux gazs)	Air ambiant via lunette nasale pour 15 minutes (cross-over avec intervalle de 30 minutes entre les deux gazs)	Patients cancéreux présentant une dyspnée (30mm sur échelle de 100mm), ayant des fonctions mentales préservées, >18 ans, traitement stable, pas de contre-indication à l'oxygénothérapie	Patients présentant une détresse respiratoire aiguë, patient recevant déjà de l'oxygène avant le début de l'étude	
<u>Abernethy 2010</u>	Oxygène via lunette nasale à 2L/min (15h/24h) pendant 7 jours	Air ambiant via lunette nasale à 2L/min (15h/24h) pendant 7 jours	Patient souffrant de dyspnée réfractaire (au repos/effort) relié à une maladie terminale (>1 mois d'espérance de vie) non éligible à l'oxygénothérapie à long terme à domicile, >18 ans, PaO2 >7.3pKa, traitement stable	Patients présentant des troubles mnésique, de l'anémie, une hypercapnie ou remplissant les critères pour de l'oxygène à domicile	

Discussion


- **Dyspnée**
 - N'est pas une valeur dichotomique
 - Est dynamique
 - Subjective
- **Thérapie oxygène**
 - Ignorance sur la durée de traitement idéale
 - Exploration diverses possibilités
- **Considération éthique**

Discussion

- Est-ce que l'oxygène comparé à l'air apporte un soulagement de la dyspnée dans la population de soins palliatif?
 - NON, mais ...
 - Seulement pour une portion des patients en soins palliatifs
 - Un gaz, oxygène ou air, vs rien pourrait être bénéfique
 - Cliniquement ?
 - Statistiquement
 - Certains patients démontraient une amélioration plus marquée
- Hypoxie - dyspnée
 - Aucun lien

Conclusion

- Une prescription universelle d'oxygène ayant pour objectif de soulager la dyspnée n'est pas recommandée.
- Individualiser le traitement
- Avec nos moyens actuels → l'important est de soulager
- Étude:
 - À grande échelle, randomisée, double-insu
 - Population hétérogène – sous-groupe
- Développer technologie permettant d'administrer air ambiant
- Étude Journal of Pain and Symptom Management mai 2010 – « handheld fan »



« Expérience subjective qui comprend des interactions multiples: physiologique, psychologique, sociale et environnementale »

Bibliographie

- CM. Respective limits in palliative care and oncology in the supportive care of cancer patients. *Support Care Cancer* 1999; 7:321.
- Qaseem A. Evidence-based interventions to improve the palliative care of pain, dyspnea, and depression at the end of life: a clinical practice guideline from the American College of Physicians., *Ann Intern Med.* 2008;148(2):141.
- Abernethy AP, C. D. (2005, Mars). Prescribing palliative oxygen: a clinician survey of expected benefit and patterns of use. *Palliat Med*, pp. 168-70.
- Guyatt GH, McKim DA, Austin P, et al. Appropriateness of domiciliary oxygen delivery. *Chest* 2000; 118:1303–1308
- Institut canadien d'information sur la santé, Facteurs d'accroissement des dépenses de santé : les faits, Ottawa (Ont.), ICIS, 2011.
- Currow DC1, A. M. (2009, June). Does palliative home oxygen improve dyspnoea? A consecutive cohort study. *Palliat Med*, pp. 309-316.
- Clemens KE1, Q. I. (2009, Apr). Use of oxygen and opioids in the palliation of dyspnoea in hypoxic and non-hypoxic palliative care patients: a prospective study. *Support Care Cancer*, pp. 367-377.
- Booth S1, K. M. (1996, May). Does oxygen help dyspnea in patients with cancer? *Am J Respir Crit Care Med.*, pp. 1515-1518.
- Jennifer Philip, M. M. (2006, Décembre 6). A Randomized, Double-Blind, Crossover Trial of the Effect of Oxygen on Dyspneain Patients with Advanced Cancer. *J Pain Symptom Manage*, pp. 541-550.
- Abernethy AP1, M. C. (2010, sept 4). Effect of palliative oxygen versus room air in relief of breathlessness in patients with refractory dyspnoea: a double-blind, randomised controlled trial. *Lancet*, pp. 784-793.
- Galbraith S1, F. P. (2010, May). Does the use of a handheld fan improve chronic dyspnea? A randomized, controlled, crossover trial. *J Pain Symptom Manage*, pp. 331-338



Remerciements

- Dre Stefania Vandelli
- Dre Isabelle Tardif
- Mathieu Montpetit Tourangeau
- Résidents(e) Bordeaux-Cartierville
- Médecins Bordeaux-Cartierville



Questions!?