

Avertissement : notes prises au vol... erreurs possibles... prudence !

Mardi 6 février 2018

Hôpital cantonal de Genève

Oxygène pour infarctus du myocarde : obsolète après DETOX2 ?

Dr F. Rigamonti

L'article en question est le suivant : « Oxygen Therapy in Suspected Acute Myocardial Infarction. Hofmann R, N Engl J Med. 2018 Jan 11;378(2):201-202. ».

L'hypothèse c'est que de donner de l'O₂ chez les patients non hypoxémiques avec une suspicion de syndrome coronarien aigu (SCA) devrait diminuer la mortalité par rapport à l'administration d'air ambiant.

En ce qui concerne les pratiques actuelles une enquête « on-line », confirme que même si 25% des médecins ne croient pas que ce soit très utile, 75% pensent que ça contribue à diminuer la mortalité, et la plupart donnent de l'O₂ dans l'urgence.

Une revue Cochrane en 2016 ne permet pas d'affirmer un avantage significatif à l'administration d'O₂.

En 2012 les Guidelines pour les STEMI (ST elevation myocardial infarction) recommandaient l'administration d'O₂ seul si la saturation en O₂ (SatO₂) était inférieure à 90%, ou si détresse respiratoire... Idem en 2015-2016... en 2017... on rajoute une PaO₂ < 60 mmHg en plus de la Sat < 90%...

Apparemment tout n'est pas si simple... L'augmentation de la PaO₂ entraîne une vasoconstriction périphérique, entraînant une augmentation des résistances vasculaires, et une augmentation de la tension artérielle (TA).

Ensuite il y a des histoires de radicaux libres qui augmentent...

L'étude AVOID « Air Versus Oxygen in ST-Segment Elevation Myocardial Infarction Dion Stub, Circulation. 2015; CIRCULATIONAHA.114.014494 » avait montré que chez les patients ayant reçu de l'O₂ (satO₂=94%) l'IRM cardiaque à 6 mois tendait à montrer une augmentation de la taille de l'infarctus par rapport à ceux qui n'en recevaient pas... donc plutôt néfaste...

DETOX2 est une étude randomisée, contrôlée, prospective suédoise... chez des patients avec suspicion de SCA.

Avec une mortalité attendue due au SCA de 14.4%, l'échantillon nécessaire calculé a été estimé à 6600 patients...

L'O₂ était administrée par masque (6l' pendant 6-12h), versus air ambiant (pas de masque) si la satO₂ > 90%... Le groupe « O₂ » arrivait donc à des sat +ou-99%.

Les résultats ne montrent aucune différence entre les groupes : mortalité, réhospitalisation, pic de troponine....

(juste un peu moins d'inotropes utilisés dans le groupe O2).

Conclusion des auteurs : l'O2 ne réduit pas la mortalité...

Discussions...

Il semble que la mortalité du SCA estimée à 14.4% par les auteurs est exagérée et qu'à Genève en tout cas on l'estime plus proche de de 5%...ce qui fait que l'échantillon statistique aurait dû être 17'000 patients (au lieu de 6'600)....

La différence de satO2 entre le groupe O2 (Sat 99%) et le groupe air ambient (Sat97%) est somme toute très petit...et il est peu probable qu'un véritable effet puisse se mesurer...

Les auteurs ne se sont pas intéressés à la taille de l'infarctus, ou à la contractilité myocardique (IRM carda. ou US card.).

Tous les SCA ont été mis dans le même sac, sans différencier les STEMI des NSTEMI...

Tout ça c'est trop subtil pour moi...

Je retiens que lorsque la satO2>90% l'O2 est obsolète, mais que si la satO2<90% sans doute elle ne l'est pas...

L'enfer est pavé de bonnes intentions...



Compte-rendu du Dr Eric Bierens de Haan
ericbdh@bluewin.ch

transmis par le laboratoire MGD
colloque@labomgd.ch