

Compte-rendu

Equiper rapidement ou équiper mieux ? Le cathéter artériel à l'épreuve de la réanimation moderne

Mots-clés

cathéter artériel, monitoring, choc
Deferring Arterial Catheterization in Critically Ill Patients with Shock

Muller G, et al., NEJM, 29.10.2025

[10.1056/NEJMoa2502136](https://doi.org/10.1056/NEJMoa2502136)

Introduction

Chez les adultes en état de choc, la mise en place précoce d'un cathéter artériel permet un monitoring hémodynamique continu et fiable, facilitant l'initiation rapide des mesures de réanimation. Cette pratique est largement recommandée, bien qu'elle repose principalement sur des avis d'experts et des données observationnelles. Le cathéter artériel est associé à des complications potentielles (ischémie, hématome, pseudoanévrisme et infection) et peut favoriser la multiplication des prélèvements biologiques, contribuant à l'anémie acquise en soins intensifs. La mesure non invasive de la pression artérielle par brassard oscillométrique constitue une alternative moins invasive. Cette étude a évalué si une stratégie de monitoring non invasif est non inférieure à une stratégie invasive en termes de mortalité à 28 jours chez des personnes en état de choc.

Méthode

Etude randomisée contrôlée multicentrique open-label, en France, de non-infériorité, incluant 1'010 patient-es. **Inclusion** : adultes aux soins intensifs avec un état de choc dans les 24h premières heures de leur prise en charge. Randomisation en deux groupes : stratégie invasive (cathéter artériel) ou non invasive (brassard oscillométrique avec pose secondaire d'un cathéter autorisée selon des critères de sécurité). **Exclusion** : impossibilité de port d'un brassard, état de choc réfractaire (seuil fixé dans l'étude à une dose de noradrénaline > 1.25 mcg/kg/min), BMI > 40 kg/m², TCC sévère, grossesse, refus. **Issue primaire** : mortalité à 28 jours. **Issues secondaires principales** : survenue de complications locales et présence de douleurs persistantes au site du cathéter artériel ou du brassard.

Résultats

Dans le groupe non invasif, 14.7 % des adultes ont finalement nécessité la pose d'un cathéter artériel. En analyse en *intention-to-treat*, la mortalité à 28 jours était de 34.3 % dans le groupe non invasif et de 36.9 % dans le groupe invasif (p = 0.006 pour la non-infériorité ; p = 0.20 pour la supériorité). Des résultats similaires ont été observés en analyse *per-protocol*. La présence d'au moins un jour de douleur liée au dispositif était rapportée chez 13 % des patients du groupe non invasif et 9 % de ceux du groupe invasif (p = 0.05). Les complications locales étaient significativement moins fréquentes dans le groupe non invasif (1 % vs 8.2 %, p < 0.001).

Discussion

Retarder la mise en place d'un cathéter artériel en faveur d'une mesure de la pression artérielle non invasive chez des personnes en état de choc n'est pas associé à une augmentation de la mortalité à 28 jours. Elle permet d'éviter la pose d'un cathéter artériel chez environ 85 % des patients, réduisant ainsi les complications locales associées au

dispositif. En revanche, la mesure non invasive par brassard apporte un inconfort plus fréquent. Limites : étude en open-label (biais dans l'évaluation des critères secondaires), impossibilité d'évaluer la douleur chez les patients sédatisés et biais de sélection (sous-représentation des cas chirurgicaux et obèses).

Conclusion

Chez les adultes présentant un état de choc non réfractaire, une stratégie initiale de monitoring non invasif de la pression artérielle est non inférieure à une stratégie invasive en termes de mortalité à court terme, tout en réduisant les complications liées au cathéter artériel. En pratique, les mesures urgentes de réanimation ne doivent pas être retardées par le monitoring, et la prise en charge du choc doit reposer sur une évaluation multimodale de la perfusion tissulaire au-delà de la seule pression artérielle.

Date de publication	Auteurs
28.01.2026	Alexandra Geiser