

Le Décubitus Ventral (DV)



CHANGE\Site Annecy

Mode opératoire
Surveillance et prise en charge

GH-MO-056 V02

Date d'application : 01/04/2019

Page : 1/8

1 - Objet

Ce protocole a pour objet d'expliquer la mise en œuvre et la surveillance du Décubitus Ventral (DV) en service de réanimation.

2 - Personnes concernées

- * Ensemble du personnel des services de réanimation

3 - Définition

Le Décubitus Ventral (DV) est indiqué en cas de Syndrome de Détresse Respiratoire Aiguë (SDRA) afin d'améliorer l'oxygénation au cours de la Ventilation Mécanique (VM).

Il permet :

- l'augmentation de la ventilation par le recrutement alvéolaire des zones postérieures des poumons, qui ne supportent plus le poids des organes intra-thoraciques quand le patient est positionné sur le ventre.
- la conservation des zones de perfusion
- l'augmentation du drainage des sécrétions bronchiques

Le DV est une prescription médicale et dure 16h

4 - Indications et Contre-indications

4.1 Indications du DV :

- SDRA sévère (rapport PaO₂/FiO₂ < 100)
- SDRA avec présence de condensations postérieures particulièrement importantes à l'imagerie

4.2 Contres indications à la réalisation du DV :

- Hypertension intra-crânienne non contrôlée
- Hémoptysie massive
- Chirurgie trachéale
- Lésion orthopédique instable
- Sternotomie récente
- Grossesse

5 - Technique de retournement

5.1 Préparation du patient et du matériel :

- Réalisation des soins de base : soin de bouche, de nez, des yeux. Pour cela se référer aux protocoles « soins de bouche et de nez » et « soins des yeux ».
- Réalisation de la toilette intime.
- S'assurer de la fixation correcte de la sonde d'intubation et de la sonde naso gastrique. Mettre le système de support de sonde d'intubation à velcro ainsi que la lacette textile blanche.



- Fermer les yeux du patient avec des stérstrip® en bande horizontale.
- S'assurer que le circuit respiratoire est un humidifiant chauffant
- S'assurer de la longueur suffisante des tubulures, tuyaux...
- Discuter avec le médecin de l'arrêt de la nutrition entérale.
- Aspirer le patient avant le retournement, si nécessaire
- Aspirer la sous-glottique
- Effectuer la prévention d'escarre. Avec cette pratique de retournement, ne plus mettre de pansement hydro colloïde.
- S'assurer avec le médecin que le patient est bien sédaté : dans la plupart des cas, il sera curarisé (sur prescription médicale)
- Le patient sera déscoché au moment du retournement : il faut donc vérifier le bon fonctionnement du cathéter artériel et de la pince à saturation (élément essentiel de la tolérance du DV) sur laquelle sera rajoutée la fréquence cardiaque.
- S'assurer qu'aucunes seringues (amines, sédation ou autre) ne soient à changer pendant la manœuvre.
- Positionner les pousses seringues électriques, pompes à perfusion à la tête du patient sur un pied lesté et le cathéter artériel sur le côté opposé.

- Gonflez les deux coussins nécessaires à la mise en DV en respectant la technique suivante:
 - Retirez le dispositif de l'intérieur de la pompe et relier les 2 tubes afin de former une pompe.
 - Raccordez la valve se trouvant sur la pompe, à la valve se trouvant sur le dispositif. Veillez à bien les ajuster.
 - Gonflez le dispositif jusqu'à ce que vous entendiez de l'air s'échapper de la valve de la pompe.
 - Couvrez la valve se trouvant sur le dispositif avec l'extrémité pleine du bouchon
 - Retournez le dispositif en veillant à ce que la valve se retrouve en dessous, et éloigné du patient.



Coussin à positionner sous le thorax



Coussin à positionner sous les jambes

Attention : les coussins supportent un **poids maximum de 139 kilos**.

5.2 La mise en décubitus ventral

Le binôme IDE-ASDE responsable du patient prend les commandes. Le **médecin est averti et présent** dans la chambre.

Le retournement nécessite la présence **de 5 personnes** :

- Le binôme responsable du patient
- Le médecin
- 2 personnes supplémentaires (IDE ASDE, kiné, médecin, interne ...)

Il est indispensable d'organiser ce soin afin de s'assurer de la disponibilité de chaque personne. L'indication du DV en extrême urgence est possible mais rarissime.

Chaque intervenant est responsable du matériel à sa proximité :

- 1 personne (IDE de la chambre ou le médecin) à la tête du lit : il s'occupe de l'intubation et dirige la manœuvre
- 2 personnes au niveau des membres supérieurs
- 2 personnes au niveau des membres inférieurs

5.3 Retournement et installation

Les lits avec un matelas nimbus, doivent être mis en statique durant la cure. Pour les Hill Room mettre le lit en P Max juste le temps du positionnement, pour assurer la facilité de la mise en place des coussins.

- Le patient est déplacé vers le bord du lit opposé au sens du retournement. La main coté retournement doit être posée à plat sur la fesse, paume contre la peau de la cuisse (afin d'éviter la luxation d'épaule).
- Anticiper la mise en place du nouveau drap (soit 1/3 du drap sur le lit)
- Latéraliser le patient, enlever les électrodes
- Retourner le patient sur le ventre, le centrer sur le lit, repositionner les électrodes sur le dos du patient.
- S'assurer de la bonne position des différentes lignes et tubulures : voies veineuses, sonde d'intubation, sonde urinaire.



- L'installation en DV est un moment critique, qui peut être mal toléré par le patient, il faut donc demander aux différents intervenants de ne pas s'éloigner. En effet la remise en décubitus dorsal en urgence peut être nécessaire.

5.4 Mise en place des coussins de positionnement

Ces coussins sont dotés de 2 faces différentes, une face antidérapante (coté valve) à placer contre le lit, une autre plus douce à placer coté patient.

- Coussin du thorax :
 - **Le positionner au niveau du plexus solaire.** Attention de ne pas le descendre plus bas, car risque de compression de l'estomac.
 - Bien positionner le coussin sous le drap. La valve doit se trouver en haut, côté lit. La tête du patient est posée à plat sur le côté et uniquement sur le coussin, celui-ci dépasse le haut du lit, c'est normal.
- Coussin des jambes :
 - Le positionner sous le drap. La valve doit se trouver en bas, côté lit.



5.5 Vérification immédiate

- Attention à la compression des organes génitaux chez l'homme. **Le pénis est placé vers le bas et la sonde urinaire entre les membres inférieurs** (idem chez la femme).
- **S'assurer que les globes oculaires ne sont pas comprimés** (de nombreux cas de cécités sont rapportés après DV) et cela à chaque changement de position.

6 - Les Risques et les surveillances du patient en Décubitus Ventral

- **Altération de l'état cutané**

Il est donc impératif de varier la position de la tête **toutes les 2 heures** et de changer l'absorbex sous la tête le plus souvent possible afin d'éviter des phénomènes de macération (hypersécrétion salivaire).

Un **effleurage** doit être réalisé toutes les 2 heures en même temps que le repositionnement de la tête.

Tout changement de position doit être réalisé avec délicatesse et nécessite 3 soignants (un à la tête, les deux autres de chaque côté du patient pour permettre de dégager la tête, et de la faire pivoter, veiller à ne pas trop cambrier le patient).

- **Risque de compression vasculaire**

Membres supérieurs : les bras doivent être positionnés le long du corps.

Membres inférieurs : risque de compression des vaisseaux ilio fémoraux par diminution du retour veineux : vérifier la coloration, la chaleur et les pouls des membres inférieurs toutes les 4 heures.

- **Le risque d'œdème de la face**

Placer le lit légèrement en proclive (environ 10°) : cela permet de minimiser la formation des œdèmes de la face.

- **Obstruction de la sonde**

L'accès à la sonde doit être facilité et les aspirations trachéales réalisées **que si besoin et aussi souvent que nécessaire**

- **Plicature des voies d'abord, cathéter artériels, des drainages**

S'assurer de la bonne position et du fonctionnement des voies veineuses S'assurer de la perméabilité, fixation, accessibilité des voies veineuses et artérielles

Tout au long de la cure de Décubitus ventral la surveillance de l'état hémodynamique, neurologique et respiratoire continue.

7 - Retour en décubitus dorsal

Profiter de ce moment pour faire la toilette du patient.

Recommencer la même technique en sens inverse (déplacer le patient, le mettre sur le flanc, retournement).

Le visage est la plupart du temps oedématié, n'oubliez pas de prévenir les proches avant de les faire entrer dans la chambre.

8 - Dégonflage et entretien des coussins

- Insérez l'extrémité ouverte du bouchon de la valve en forme de 8 dans la valve du dispositif. L'air peut alors s'échapper de la valve et le dispositif peut se dégonfler.
- Roulez le dispositif en commençant par le point le plus éloigné de la valve. Continuez jusqu'à ce que tout l'air se soit échappé.
- Nettoyez le dispositif avec le DDS et laissez le sécher. Un séchage au torchon ne suffit pas, laissez le sécher sur l'étendage. Ils ne doivent être en aucun cas pliés s'ils sont humides.

Important : ne jamais faire tremper car la valve même fermée n'est pas étanche.

- Remettre le dispositif dans la pompe.
- Reliez les 2 tubes, et faites tourner le tube extérieur jusqu'à ce que vous entendiez le clic de fermeture.

9 - Documents associés

- ✓ [GH-MO-048](#) : Les soins de bouche et de nez en service de réanimation et d'unité de surveillance continue.
- ✓ [GH-MO-049](#) : Les soins de yeux en réanimation et à l'unité de surveillance continue.

10 - Documents de référence

- ✓ Utilisation du kit décubitus ventral repose® au cours d'un SDRA

Diffusion	
-	Service de réanimation

Rédaction	Julien BADARD (Pôle Soins critiques - Annecy - REA/USC - IDE), David ORSO-MANZONETTA (NCI Réa/USC Membres), Amelie PANCZYK (Pôle Soins critiques - Annecy - REA/USC - AS)	22/11/2018, 17/09/2018, 17/09/2018
Vérification	Marlene MILLET (Pôle Soins critiques - Annecy - REA/USC - IDE), Sabrina TRESALLET (Pôle Soins critiques - Annecy - REA/USC - AS)	01/04/2019, 30/11/2018
Approbation	Michel MULLER (Pôle Soins critiques - Annecy - REA/USC - Médecin)	01/04/2019