

CENTRE HOSPITALIER DE CAYENNE ANDREE ROSEMON		
REFERENCE : <b>UF3700/15.c.</b>	TITRE : <b>MISE EN DECUBITUS VENTRAL</b>	
Document organisationnel : <input type="checkbox"/> Document opérationnel : <input checked="" type="checkbox"/>	SECTEUR EMETTEUR :  <b>REANIMATION POLYVALENTE</b>	Page :1/3 Date d'émission : 14/03/2019 Date dernière révision : 06/04/2022
<b>Rédaction :</b> Nom : Mme FRANCOIS L. Fonction : IDE Réanimation	<b>Rédaction :</b> Nom : Dr HOUCKE S. Fonction : Médecin réanimateur	<b>Vérification :</b> Nom : Dr COOK F. Fonction : Médecin réanimateur
<b>Approbation :</b> Nom : Mme ROUFOSSE F. Fonction : CS Réanimation	<b>Approbation :</b> Nom : Dr KALLEL H. Fonction : Chef de service Réanimation	<b>Vérification :</b> Nom : M. THIBAUT A. Fonction : IDE Réanimation
<b>Ont collaboré à la rédaction :</b>		<b>Visa qualité :</b>
<b>Services concernés par application:</b> Réanimation		
<b>Attention, seule la version numérique de ce document fait foi</b>		

## I - DEFINITION

Le décubitus ventral, position allongée sur le ventre, est une technique simple et efficace pour traiter les hypoxémies sévères de patients atteints de syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA). Elle nécessite une implication forte des soignants et repose sur une réflexion préalable formalisée par une procédure écrite détaillant non seulement la manœuvre de retournement mais aussi les moyens à mettre en œuvre pour limiter les complications.

## II - PERSONNES CONCERNÉES

La mise du patient en décubitus ventral est une prescription médicale qui engage la participation de 3 soignants **minimum** :

- Le médecin ;
- L'IDE en charge du patient, qui sera responsable de la manœuvre ;
- L'aide-soignant en charge du patient ;
- Autres personnes du corps paramédical si nécessaire (kinésithérapeute, ergothérapeute, ASH, etc.).

## III - OBJECTIFS

- Améliorer l'oxygénation du patient ;
- Prévenir les lésions pulmonaires induites par la ventilation mécanique ;
- Drainer les sécrétions bronchiques.

## IV - INDICATIONS

Le décubitus ventral est indiqué en cas de SDRA modéré à sévère, avec un rapport PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> inférieur à 150 mmHg.

REFERENCE : <b>UF3700/15.c.</b>	TITRE : <b>MISE EN DECUBITUS VENTRAL</b>	
Document organisationnel : <input type="checkbox"/> Document opérationnel : <input checked="" type="checkbox"/>	SECTEUR EMETTEUR :  <b>REANIMATION POLYVALENTE</b>	Page : 1/3 Date d'émission : 14/03/2019 Date dernière révision : 06/04/2022

## V - CONTRE-INDICATIONS

Pas de contre-indications absolues si le pronostic vital du patient est engagé.

## VI - COMPLICATIONS

- Intolérance de la nutrition entérale (régurgitations, vomissements) ;
- Majoration du risque de pneumopathies acquises sous ventilation mécanique (inhalation) ;
- Lésions cutanées type escarre (face, thorax, genoux, muqueuses) ;
- Œdème de la face ;
- Extubation accidentelle ;
- Obstruction de la sonde d'intubation ;
- Ablation accidentelle des cathéters vasculaires ;
- Lignes de perfusion coudées.

## VII - TECHNIQUE DE MISE EN DECUBITUS VENTRAL

### 1. Préparation à la mise en décubitus ventral

**Bien réfléchir avant d'agir, le retournement nécessite une phase de préparation rigoureuse qui permettra de limiter le risque d'incidents et de complications au cours de la manœuvre et durant toute la période de décubitus ventral.**

- Choisir le bon côté pour retourner le patient (si possible sur le côté opposé aux cathéters) ;
- Préparer l'ensemble du matériel nécessaire au retournement et à l'installation du patient (coussin pour mettre sous le thorax et coussin en demi-lune pour la tête, électrodes de l'ECG, drap propre, pansements hydrocolloïdes de protection, 2 alèses) ;
- Vérifier et sécuriser les fixations des différentes sondes et voies d'abords (cathéters, intubation, sonde gastrique, drainage) ;
- Vérifier la perméabilité des cathéters veineux et anticiper la longueur des tubulures ;
- Soins oculaires : vitamine A et bande hydrocolloïde horizontale sur chaque paupière ;
- Soins préventifs de bouche et de nez ;
- Aspiration endotrachéale sans déconnexion (***le patient doit rester ventilé pendant la procédure***) ;
- Appliquer des protections préventives sur les points d'appui par hydrocolloïdes : menton, genoux et thorax ;
- Relever les constantes hémodynamiques et respiratoires ;
- Vérifier la sédation et la curarisation du patient ;
- Interrompre la nutrition entérale le temps de la manœuvre ;
- Si matelas à air, penser à le mettre en pression maximale.

### 2. Retournement

- Minimum 3 personnes, à adapter selon le poids du patient, dont une personne à la tête qui dirige la mise en DV et assure la surveillance des différentes sondes (intubation et gastrique) et cathéters. Présence **obligatoire** du médecin ou d'un interne ;

<b>REFERENCE : UF3700/15.c.</b>	<b>TITRE : MISE EN DECUBITUS VENTRAL</b>	
Document organisationnel : <input type="checkbox"/>	<b>SECTEUR EMETTEUR :</b>  <b>REANIMATION POLYVALENTE</b>	Page :1/3
Document opérationnel : <input checked="" type="checkbox"/>		Date d'émission : 14/03/2019 Date dernière révision : 06/04/2022

- Les autres soignants se placent de chaque côté du patient et assurent la manutention et la surveillance des différentes sondes et drainages de la partie basse du corps ;
- Placer les bras le long du corps, bras du dessous avec paume de la main vers le haut et placée sous la cuisse ;
- Transférer le patient au bord du lit à l'aide du drap de dessous, et tourner sur le côté ;
- Retirer les électrodes de l'ECG mais garder le monitoring de la pression artérielle et de la SpO2 ;
- Disposer un drap propre sur la moitié du lit disponible avec alèses au niveau de la tête et du bassin ;
- Retourner le patient sur le ventre en le basculant et le recentrer ;
- Remettre les électrodes de l'ECG sur le dos.

### 3. Installation

- Positionner un coussin sous le thorax du patient pour limiter la pression au niveau de la face et éviter l'hyperextension de la tête ;
- Positionner un coussin sous les tibias pour avoir une position physiologique des pieds ;
- Tourner la tête sur le côté, positionner le coussin en demi-lune afin de libérer le globe oculaire et la bouche ;
- Vérifier la perméabilité de la sonde d'intubation (elle se coude plus fréquemment) et des cathéters ;
- Vérifier les points d'appui, la position des organes génitaux externes chez l'homme, bien tendre les draps pour supprimer les plis, vérifier l'absence de corps étrangers sous le patient ;
- Mise en proclive à 15-20° ;
- Relevé des constantes hémodynamiques et respiratoires.

**Lien vidéo :** <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1214103>

## VIII - SURVEILLANCES

- Noter le début et la fin de la séance sur la feuille de surveillance et les complications éventuelles ;
- Prévention des escarres :
  - Protection préventive des points d'appui : menton, genoux et thorax, les enlever pour contrôler l'état cutané après chaque séance ;
  - Protection curative des points d'appui dès l'apparition de rougeur ;
  - Changement de position de la tête (la tourner) toutes les 4 heures ;
  - Effleurage des points d'appui toutes les 4 heures : menton, genoux, thorax, dos du pied, crêtes iliaques, nez, oreilles, front...
  - Modification de la position de la sonde d'intubation et de la sonde gastrique entre chaque séance ;
- Surveillance de la tolérance digestive de la nutrition entérale ;
- Surveillance de la perméabilité, fixation des drainages, sondes (la sonde d'intubation se coude plus fréquemment) et cathéters ;
- Surveillance et aspiration des sécrétions bronchiques.