

Attitude décubitus ventral SDRA

Auteur(s) : A. Marcovitch, V. Pinto Feliciano
Médecin référent : Dr A-P Meert.

Documents associés : attitude sédation
Date de validation :2016
Date de mise en application : 2016

1. BASES THEORIQUES	2
1.1. DEFINITION.....	2
1.2. INDICATIONS	2
1.3. CONTRE-INDICATIONS.....	2
1.4. EFFETS SUR LA FONCTION PULMONAIRE	3
1.5. COMPLICATIONS POTENTIELLES.....	3
1.6. LA PLACE DU DECUBITUS VENTRAL	3
2. EN PRATIQUE.....	4
2.1. SOINS AU PREALABLE.....	4
2.2. LA TECHNIQUE DE LA POSITION VENTRALE EN 4 ETAPES.....	5
2.3. SURVEILLANCE POST RETOURNEMENT	6
3. SOMMAIRE	6

1. Bases théoriques

1.1. Définition

Le décubitus ventral est une thérapie adjuvante de recours afin d'améliorer l'oxygénation des patients présentant un syndrome de détresse respiratoire aigu modéré à sévère.

Rappel du SDRA¹ (Syndrome de Détresse Respiratoire Aigu)

- Début aigu (7 jours)
- Opacité bilatérale sur la radio du thorax
- Hypoxémie avec 3 grades :
 - SDRA « léger » : $200 \leq \text{PaO}_2 / \text{FiO}_2 < 300$ mm Hg et $\text{Pep} \geq 5$ cm H₂O
 - SDRA « moyen » : $100 \leq \text{PaO}_2 / \text{FiO}_2 < 200$ mm Hg et $\text{Pep} \geq 5$ cm H₂O
 - SDRA « sévère » : $\text{PaO}_2 / \text{FiO}_2 < 100$ mm Hg et $\text{Pep} \geq 5$ cm H₂O

1.2. Indications

- SDRA modéré à sévère avec rapport $\text{PaO}_2 / \text{FiO}_2 < 150$ mm Hg et $\text{Pep} \geq 5$ cm H₂O
- Opacité bilatérale sur radiographie du thorax

1.3. Contre-indications

- Instabilité hémodynamique ($\text{Pam} < 65$ mmHg)
- Hypertension intracrânienne
- Lésion osseuse du rachis
- Drainage thoracique antérieur
- Hémoptysie massive
- Chirurgie trachéale (hors trachéotomie)
- Sternotomie (< 15 jours) ou trachéotomie chirurgicale (< 15jrs)
- Chirurgie faciale (< 15jrs)
- Thrombose étendue ou/et embolie pulmonaire traités depuis moins de 48h
- Stimulateur cardiaque implantable (< 15jrs)
- Femme enceinte
- Fracture instable du fémur ou du bassin
- TVP (< 15jrs)
- Insuffisance respiratoire chronique sous O₂ ou VNI à domicile

¹ En Anglais : ARDS (Acute Respiratory Distress Syndrome)

1.4. Effets sur la fonction pulmonaire

- Améliore l'oxygénation :
 - redistribution de la ventilation vers la zone pulmonaire postérieure ;
 - meilleur ajustement des poumons à la paroi thoracique ;
 - diminution de la compression de la zone pulmonaire par le cœur.
- Préviens les lésions pulmonaires induites par la ventilation mécanique
- Drainage des sécrétions bronchiques

1.5. Complications potentielles

- Lésions cutanées type escarre (front, menton, thorax...)
- Hypotension (si hypovolémie)
- Intolérance à la nutrition entérale
- Œdème de la face
- Extubation accidentelle ou obstruction de la sonde d'intubation
- Ablation accidentelle des cathéters vasculaires
- Plicatures des lignes de perfusions.

1.6. La place du décubitus ventral

Il est nécessaire de préciser qu'avant la mise en place de cette technique, il faut s'assurer que les autres traitements soient correctement mis en place.

1. **Intubation, ventilation** contrôlée protectrice
 Volume courant 6ml/kg du poids corporel idéal
 PEP adaptée à la gravité du SDRA > 5cmH₂O
 Fréquence respiratoire « maximale » à évaluer
 Pression de plateau maximum 30cm H₂O
 I :E = 1 :1 à 1 :3

Recommandations :

FiO ₂ (%)	PEP cmH ₂ O
30	5
40	5-10
50	6-10
60	10
70	10-14
80	14
90	16-18
100	18-24

2. **Sédation +/- curarisation** (Cisatracurium (Nimbex®) 15mg puis 36mg/h pendant 48h environ (soit 0.6mg/k/h)
3. **Décubitus ventral** si persistance d'une oxygénation insuffisante c'est-à-dire SDRA $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 100\text{-}150 \text{ mmHg}$

But : $\text{PaO}_2 = 55\text{-}80 \text{ mmHg}$ ou saturation 88- 95%

Que faut-il pour la réussite de cette technique ?

- Application stricte des éléments fondamentaux d'une bonne stratégie ventilatoire ;
- Sédation, analgésie, curarisation ;
- Séances de 16 à 20 heures (généralement 18 h). Idéalement de 14 h à 8 h.
 - A répéter si nécessaire
 - Thérapie à mettre en place dans les premières 48heures, dès que le patient entre dans les critères SDRA sévère.

2. En pratique

2.1. Soins au préalable

Voici quelques points à vérifier avant toute mise en position ventrale du patient :

- de quel côté retourner le patient ?
- vérifier les différents équipements (longueur, tubulure, rapprocher le respirateur,...) ;
- vérifier la stabilité hémodynamique
- sécuriser la sonde d'intubation et la sonde nasogastrique par un pansement adhésif + cordon ;
- aspirer le patient sans déconnexion du respirateur ;
- appliquer des protections cutanées sur les zones à risques ;
- préparer le matériel.

En ce qui concerne la technique, il faut minimum 3 personnes.

L'infirmier responsable du patient qui sera la personne responsable de la manœuvre se positionne à la tête du patient. Les autres soignants sont de chaque côté du patient afin de procéder au retournement.

Il faut également prévenir le médecin afin qu'il soit disponible si nécessaire. Le matériel de re-intubation doit être disponible sur place. En cas de manque de personnel, le médecin peut prendre la place à la tête du patient assurant ainsi la sécurité du tube endotrachéal, libérant de ce fait un infirmier pour la mobilisation du patient.

2.2. La technique de la position ventrale en 4 étapes.

1. Translation du malade

Déplacement du patient au bord du lit :

- Côté opposé du retournement ;
- Côté Voie Veineuse Centrale prioritaire ;
- Placer la main du patient du côté de la rotation sous la fesse.

2. Décubitus latéral

- Installation du patient sur le côté ;
- Mise en place des électrodes dans le dos et retrait de celles du torse ;
- Placement du drap propre le long du lit.

3. Retournement

Basculer le patient sur le ventre :

- Récupérer le drap propre sous le patient ;
- Tirer sur le drap propre pour amener le patient sur le ventre ;
- Recentrer le patient dans le lit.

4. Réinstallation

La tête et le thorax :

- Tourner la tête sur le côté et la mobiliser toute les 3 heures ;
- Eviter l'hyper extension cervicale ;
- Empêcher la compression oculaire et maintenir l'occlusion palpébrale ;
- Accès facile à la sonde d'intubation ;
- Vérifier la pression du ballonnet du tube endotrachéal (30 mm Hg) ;
- Absence de plicature de l'oreille ;

Les organes génitaux :

- Pénis recalotté, dirigé vers les pieds ;
- Sonde urinaire entre les membres inférieurs fixée par un *Cath-Secure®* sur la face postérieure de la cuisse.

Les membres supérieurs :

- Bras le long du corps ;
- Paume des mains orientées vers le plafond ;

Pensez également à supprimer les plis des draps, éviter la présence de corps étrangers.

Mettre des compresses entre le patient et les cathéters.

Une position proclive à 20°/30° est recommandée pour une meilleure tolérance digestive ainsi qu'une diminution des pressions et des œdèmes au niveau de la face.

2.3. Surveillance post retournement

- Respiratoire : les aspirations trachéales sont généralement plus fréquentes. Le drainage des sécrétions est favorisé.
- Hémodynamique
- Cutanée : point d'appui : front, menton, thorax (si besoin placement d'un pansement hydrocolloïde)
- Sédation
- Tolérance de l'alimentation entérale
- Œdème de la face
- Soins des yeux en veillant à les hydrater et les occlure par un *Curity™ Eye Pad* et un sparadrap de façon systématique afin d'éviter les ulcères de cornée induits par le frottement.

3. Sommaire

C. Eude, C. Turcot, « Le décubitus ventral : procédure et rôle infirmier »
http://www.srlf.org/wp-content/uploads/2015/11/1002-Reanimation-Vol19-N1-p029_034.pdf

Thierry Sotiaux, « Poumon de choc »
file:///C:/Users/asti/Documents/Downloads/sottiaux_siz_nursing_sympo_avril.pdf

SENECHAL EMMANUEL, « Rôles infirmier dans la stratégie ventilatoire du patient en état de choc »
file:///C:/Users/asti/Documents/Downloads/senechal_la_ventilation_dans_les_etats_de_chocs.pdf