

Fiche à paraître

La perfusion sous-cutanée (LRI n°198)

Techniques de soins

Mettre un patient en décubitus ventral

Aymeric Lapp (Infirmier)

Centre psychothérapique de Nancy, 1 rue du Dr Archambault, BP 11010, 54520 Laxou, France
Adresse e-mail : alertofeu@voila.fr (A. Lapp).

Le décubitus ventral consiste à mettre le patient à plat ventre dans un objectif thérapeutique. C'est une manœuvre délicate qui s'organise et qu'il convient d'opérer à plusieurs. Une fois le patient installé, il bénéficie d'une surveillance attentive pour éviter toute complication durant le maintien de la posture.

La principale indication de la mise en décubitus ventral est le traitement des hypoxémies sévères chez les patients atteints d'un syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA). Cette position permet une amélioration de l'oxygénation artérielle, sans toutefois améliorer la survie globale, et de mobiliser les sécrétions bronchiques. Elle est par conséquent réservée aux patients les plus sévèrement hypoxémiques, malgré un réglage optimal de la ventilation mécanique.

Contre-indications

Les contre-indications sont examinées en fonction de l'évaluation médicale du bénéfice/risque pour le patient :

- grande instabilité hémodynamique ;
- hypertension intra crânienne non contrôlée ;
- instabilité rachidienne (dont rachis rhumatoïde) ;
- fracture de la face, du bassin, brûlures et/ou plaies de la face antérieure du tronc, chirurgie trachéale ou sternotomie récente ;
- grossesse avancée.

Risques

Les risques sont multiples, d'autant plus si le patient est intubé ou porteur de multiples perfusions.

♦ **Risque d'extubation** : l'infirmière préparera le plateau d'intubation et la présence d'un médecin sera nécessaire durant cette manœuvre.

♦ **Risque de débranchement des sondes, drains ou de déperfusion** : l'infirmière doit s'assurer que la longueur des tubulures et tuyaux est assez longue, que les rampes et têtes de pression sont débranchées des potences, la poche de recueil d'urines et/ou l'éventuelle valise de drainage seront mises entre les jambes du patient.

♦ **Risque de compression des yeux** : en prévention, l'infirmière instillera un collyre ou un gel et procédera à l'occlusion des yeux par compresses ophtalmiques. Les autres

points de compression (pommettes, front, etc.) pourront être également protégés.

Technique de retournement en position ventrale

Afin de réaliser un retournement en toute sécurité, la présence de six personnes, dont au minimum un médecin et une infirmière, est requise [1].

Préparation

Avant le retournement, l'infirmière s'assure de la perméabilité des différentes sondes et des drains ; elle vérifie la propreté des pansements. Chez le patient intubé, après avoir réalisé une aspiration bronchique, elle clôt le système d'aspiration, vérifie la profondeur de la sonde d'intubation dans la trachée et règle la fraction inspirée en oxygène (FiO₂) à 100 %. Le patient devant être parfaitement sédaté, l'infirmière en évalue la profondeur grâce à l'échelle de Ramsay [2]. Au besoin, la profondeur de sédation et de curarisation pourra être augmentée.

Elle demande à un aide-soignant de préparer les mousses et gélatines de soutien et de prévoir de nouveaux draps.

Sur prescription médicale, elle stoppe la nutrition entérale, vérifie le résidu gastrique et, si besoin, vidange l'estomac. La nutrition, clampée, sera reconduite ultérieurement selon l'avis médical.

Retournement en trois temps

Le côté du retournement est décidé en fonction de la situation des cathéters et drains. Le retournement se fait du côté opposé au(x) cathéter(s). Le médecin se met à la tête du patient, deux soignants de part et d'autre du lit, tandis qu'une dernière personne vérifie que les tubulures "suivent" bien à chaque étape. C'est également elle qui placera, en temps voulu, les mousses sous les points d'appuis. En période de garde, l'aide des brancardiers peut être requise.

L'opération de retournement comprend trois temps.



Phase dorsale

La manœuvre est initiée alors que le patient demeure à plat dos :

- translater le patient vers le bord du lit opposé au retournement ;
- placer les bras le long du corps en position neutre, mains contre la face latérale des cuisses ;
- commencer à retirer l'ancien drap et à mettre en place un nouveau drap "côté face".

Phase latérale

Le retournement débute :

- placer prudemment le patient en décubitus latéral ;
- l'infirmière place des électrodes ECG neuves sur le dos et retire toutes les électrodes antérieures ;
- le bras supérieur peut déjà être placé à 90° ;
- continuer la mise en place du nouveau drap ;
- si besoin l'infirmière aspire le patient dans la trachée, la bouche et le nez ;
- avec le médecin, elle s'assure de la stabilité des paramètres vitaux.

Phase ventrale

Il s'agit de terminer la rotation et de replacer le patient au centre du lit à l'aide du nouveau drap. Pour ce faire, il convient :

- à 4 personnes, de soulever le tronc et placer les mousses d'épaules et de bassin, en s'assurant d'une bonne libération de l'abdomen et, chez l'homme, des organes génitaux. Placer les mousses des membres inférieurs et surélever les pieds ;
- placer la gélatine sous la tête (\pm draps sous la gélatine) et tourner la tête pour permettre les éventuels écoulements ;
- placer (éventuellement) l'autre bras à 90° ;
- si besoin, l'infirmière peut aspirer à nouveau ;
- elle replace tout le monitoring, dont le curamètre ;
- le médecin ausculte les 2 champs pulmonaires pour s'assurer de l'absence d'intubation sélective accidentelle pendant la mobilisation.

Surveillances infirmières

✦ **À l'issue du retournement, l'infirmière vérifie les réglages du respirateur** et la spirométrie, et procède éventuellement à des manœuvres de recrutement. Elle s'assure de la stabilité des fonctions vitales (fréquence cardiaque, pression artérielle, saturation en oxygène) en sachant qu'une désaturation transitoire peut survenir. Celle-ci ne signifie pas obligatoirement l'échec de la manœuvre et doit être surveillée. Sur prescription médicale, le lit peut être mis en proclive (10 à 30°) et un contrôle de la gazométrie artérielle réalisé 30 à 60 minutes après le retournement.

✦ **Outre les fonctions vitales**, l'infirmière va s'assurer au moins une fois par heure de l'absence :

- d'extension ou de position vicieuse persistante, en particulier des bras, du cou, et des genoux, afin de prévenir tout risque de lésion nerveuse plexulaire ;
- de compression de loges nerveuses, en particulier des coudes, afin de prévenir tout risque de lésion nerveuse tronculaire ;
- de compression du nez, des globes oculaires, et des oreilles, des seins chez la femme, et des organes génitaux chez l'homme ;
- de couture de la sonde d'intubation et des tubulures de perfusion ;

Elle surveille également la présence des pouls distaux.

✦ **La durée du maintien du patient en position ventrale** varie entre 6 et 8 heures et peut aller jusqu'à 12 heures. Il est légitime de vérifier, voire de modifier, la position de la tête toutes les 2 à 4 heures pour changer ainsi les points de compression.

✦ **Le retournement en position dorsale** suit l'ordre inverse des manœuvres précédentes et nécessite les mêmes précautions.

Conclusion

Le retournement en décubitus ventral est une technique souvent très efficace pour traiter une hypoxémie sévère. Les équipes expérimentées qui le pratiquent au quotidien s'accordent à dire que c'est une technique facile à mettre en œuvre, mais qui requiert une organisation sans faille et une réflexion préalable formalisée par une procédure écrite, spécifique et complète. La complexité réside dans l'installation optimale du patient et la prévention des complications potentielles inhérentes au décubitus ventral. ●

Références

- [1] Eude C. Turcot C. Le décubitus ventral, procédure et rôle infirmier. Réanimation 2010 Fev;19(1):29-34
[2] www.antalvite.fr/pdf/Score%20de%20Ramsey.pdf

Déclaration d'intérêts. L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.