

Logo GH si le document concerne tout le GH, Logo Site si le document concerne le site	TITRE du MODE OPERATOIRE ou de la FICHE TECHNIQUE <i>Arial 14 noir maj</i>	Référence : <i>Arial narrow 9</i>	
		Date <i>Arial narrow 9</i>	Page : 1/11 <i>Arial narrow 9</i>

	PRÉNOM - NOM	FONCTION	DATE	SIGNATURE
REDACTION	Aude Bringas Aurélie Crettin Virginie Laurent Stéphanie LY	IDE IDE PHC IDE	20/06/2016	
VALIDATION				
APPROBATION				

Groupe de travail : s'il y a lieu

Version	Date de création ou de modification	Date de diffusion
V1	20/06/2016	

DESTINATAIRES	Réanimation chirurgicale
----------------------	--------------------------

MOTS CLES : Décubitus Ventral, SDRA, Hypoxémie

I. OBJECTIF(S)

Décrire la procédure de décubitus ventral en place dans le service de réanimation chirurgicale.
Rappel les indications du décubitus ventral, ses contre-indications, ses risques et les précautions à prendre.

II. DOMAINE D'APPLICATION

Réanimation chirurgicale.
Sur prescription et coordination médicale.
Concerne la mise d'un patient en décubitus ventral

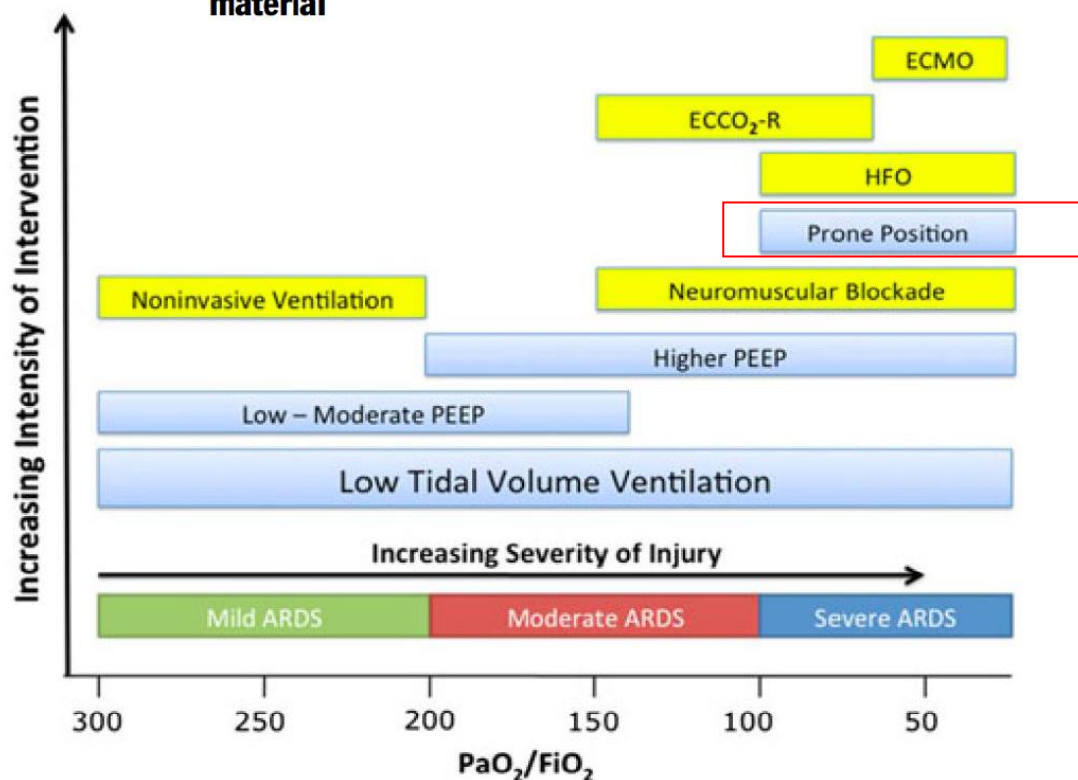
III. DEFINITION(S) ET ABREVIATION(S)

SDRA : *Syndrome de détresse Respiratoire Aigue*
DV : *Décubitus Ventral*
PEEP : *Positive End Expiratoire Pressure (Pression positive de fin d'expiration)*
FiO2 : *Fraction inspirée en Oxygène*
PaO2 : *Pression partielle en Oxygène artériel*
HTIC : *Hypertension intracrânienne*
VVC : *Voie Veineuse Centrale*
Concerne les SDR Sévère et moyennement sévère selon la Définition de Berlin.

Acute Respiratory Distress Syndrome	
Timing	Within 1 week of a known clinical insult or new or worsening respiratory symptoms
Chest imaging ^a	Bilateral opacities—not fully explained by effusions, lobar/lung collapse, or nodules
Origin of edema	Respiratory failure not fully explained by cardiac failure or fluid overload Need objective assessment (eg, echocardiography) to exclude hydrostatic edema if no risk factor present
Oxygenation ^b	
Mild	200 mm Hg < PaO ₂ /FIO ₂ ≤ 300 mm Hg with PEEP or CPAP ≥5 cm H ₂ O ^c
Moderate	100 mm Hg < PaO ₂ /FIO ₂ ≤ 200 mm Hg with PEEP ≥5 cm H ₂ O
Severe	PaO ₂ /FIO ₂ ≤ 100 mm Hg with PEEP ≥5 cm H ₂ O

Indications retenues : selon le papier PROSEVA
P/F ≤150mmgh, PEEP >6, FIO₂>60% pendant plus de 12h.

The Berlin definition of ARDS: an expanded rationale, justification, and supplementary material



Intensive Care Med (2012) 38:1573–1582

IV. RESPONSABILITE(S)

Concerne tout le personnel médical et paramédical de réanimation.

Malgré la rigueur apportée à la conception de cette procédure, des erreurs sont possibles. Chaque prescripteur est responsable de sa prescription.

Logo GH si le document concerne tout le GH, Logo Site si le document concerne le site	TITRE du MODE OPERATOIRE ou de la FICHE TECHNIQUE Arial 14 noir maj	Référence : Arial narrow 9	
		Date Arial narrow 9	Page : 3/11 Arial narrow 9

V. DESCRIPTION

Qui est concerné ?

Les patients en SDRA sévères ou modérés.

P/F < 150 mmhg, peep > 6, FIO2 > 60% pendant plus de 12h.

Quand ?

Précocement (SDRA -36h), durée prolongée (>16h/24h jusqu'à arrêt des critères)

Quand arrêter ?

P/F ≥ 150 mmhg, peep ≤ 10, fiO2 ≤ 60% après la mise en décubitus pendant 4H.

Baisse de plus de 20% du rapport P/F pendant 2 séances de DV.

Risques

Escarres (matelas anti escarres, protection des points de ponction, changements de position, effleurage)

Œdème de la face (proclive 20°)

Arrachement KT, sonde (bien préparer la manœuvre)

Aspirations plus fréquentes (contrôler les pressions de crêtes)

Intolérance alimentaire (suaez de la fuente 2016 pas différence, clin nut 2009, J Reignier Before-after study of a standardized ICU protocol for early enteral feeding in patients turned in the prone position)

Contre-indications :

HTIC

Hémodynamique instable

Fractures instables (colonne, fémur, bassin, face)

Hémoptysie massive

Chirurgie trachéale ou sternotomie récente (<15 jours)

Drainage thoracique antérieur seul avec bullage permanent

Thrombose veineuse profonde traitée depuis moins de 12h

En cas d'hypertension intraabdominale, discuter le rapport bénéfice risque

Nombre de personnes nécessaire à la manœuvre :

3 à 5 personnes selon le poids du patient : le médecin à la tête, l'infirmier et l'aide-soignant du patient, et une ou deux autres personnes qui viennent aider.

Position de DV retenue :

- Bras le long du corps, paumes des mains vers le haut
- Tête sur le côté avec un coussin à air à mettre par-dessus le matelas à air (Repose®, Frontiermedical group,). (cf. photo jointe)
- Prévoir sous les chevilles un coussin à air Repose® ou prévoir un traversin sous les chevilles pour éviter les équins.
- Dégonfler le matelas au niveau des chevilles. (décharge talonnière).

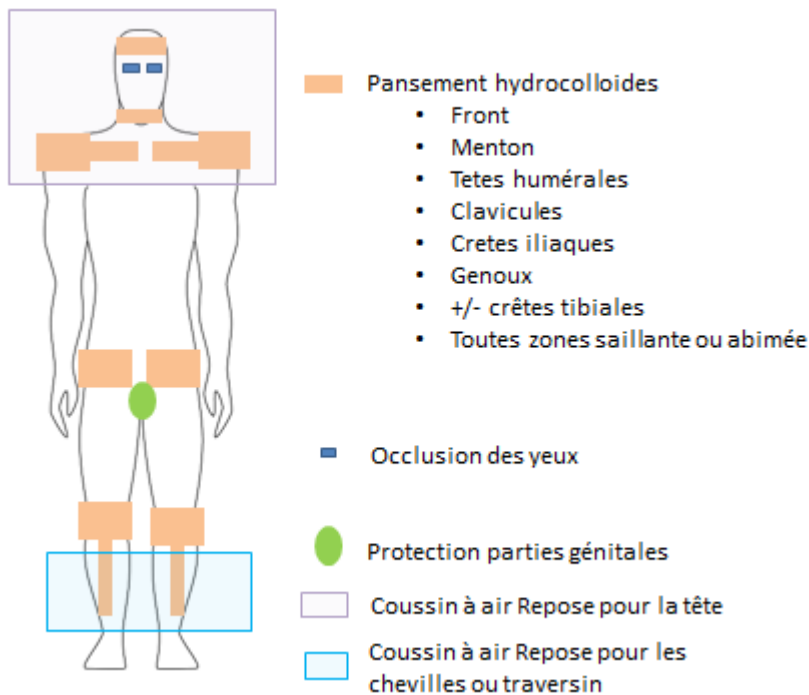
Pas d'intérêt respiratoire à mettre des billots épaules et hanches pour décharger l'abdomen. Les seules indications restent une pression intraabdominale élevée avec syndrome du compartiment intra abdominal ou risque de développer un syndrome intraabdominal et au cas par cas, en cas de stomie ou de zone chirurgicale à risque, le rapport bénéfice risque du billot pourra être discuté.



Logo GH si le document concerne tout le GH, Logo Site si le document concerne le site	TITRE du MODE OPERATOIRE ou de la FICHE TECHNIQUE Arial 14 noir maj	Référence : Arial narrow 9	
		Date Arial narrow 9	Page : 5/11 Arial narrow 9

Matériel à prévoir :

1. Un drap propre, un ou deux carrés bleus (Ne mettre que ceux qui sont absolument nécessaires)
2. Pansements hydro colloïdes sur toutes les saillies osseuses : (minimum : front, menton, têtes humérales, genoux, clavicules crêtes iliaques, plus ou moins crêtes tibiales et tout endroit considéré à risque ou déjà abimé lors des séances précédentes).



3. 5 électrodes
4. Le coussin à air Repose® pour la tête
5. Le coussin à air Repose® pour les chevilles ou traversin si coussin Repose indisponible
6. Sparadrap pour les yeux après gel de vitamine A.

Anticiper

- Vérifier que le patient a bien un circuit de ventilation adapté au SDRA
 - Système clos,
 - Humidificateur chauffant,
 - EtCo2
- Le sens du retournement
 - Sens des drains thoraciques ou abdominaux en aspiration en priorité,
 - Si absence de drain, sens de la voie veineuse centrale
- Vérifier les pansements,
- La perméabilité des cathéters,

Logo GH si le document concerne tout le GH, Logo Site si le document concerne le site	TITRE du MODE OPERATOIRE ou de la FICHE TECHNIQUE <i>Arial 14 noir maj</i>	Référence : <i>Arial narrow 9</i>	
		Date <i>Arial narrow 9</i>	Page : 6/11 <i>Arial narrow 9</i>

- Le repère et la fixation de la sonde d'intubation,
- Vérifier la longueur des perfusions
- Anticiper les relais de catécholamines
- Anticiper les changements de seringues de sédation et curares

Préparer

- Soins de bouche avant le retournement car impossibles après
- Soins des yeux puis occlusion
- Retirer les boucles de sécurité des différentes sondes et cathéters
- S'assurer de la qualité du monitoring
- Pré oxygénation à 100%
- Prévoir des pansements hydro colloïdes sur tous les points de pressions
- Mettre des compresses entre un kT et la peau du patient s'il repose dessus
- Arrêt de la nutrition entérale après aspiration, à reprendre après la mise en DV.

Etapes du retournement :

Minimum 3 personnes

La personne à la tête est le médecin ou l'infirmière en charge du patient



Les autres soignants sont de chaque côté du patient
Mettre le matelas en position plan dur

1) TRANSLATION

On tourne le patient en donnant priorité aux drains thoraciques, puis à la VVC. (Si VVC à droite, on déplace le patient vers la droite du lit puis on le retourne afin que le KT passe sur le patient, et inversement)

1. Translation

Déplacement du patient au bord du lit

- Côté opposé au retournement
- Côté drains prioritaires puis VVC
- Placer la main du patient sous sa fesse



2) **LATERALISATION** effectuer le changement d'électrodes à ce moment-là, préparer le drap propre et les carrés

2. Décubitus latéral

- Installation du patient sur e 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

3. Retournement

- Bascule du 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) INSTALLATION

Tourner la tête sur le côté et la mobiliser toutes les 4h

Accès à la sonde d'intubation facile

Absence de plicature de l'oreille

Maintenir l'occlusion palpébrale

Organes génitaux: pénis recalotté, dirigé vers les pieds sonde urinaire entre les membres inférieurs

Paumes des mains orientées vers le plafond

Bras écartés le long du corps

Supprimer les plis des draps

Proclive à 20°- 30°

Positionner les coussins Repose°

Remettre le matelas en position air

Mettre le matelas en décharge talonnière.

(1 coussin à air visage/thorax + 1 rehausseur à air pied/genou)

Rehausseur pied/
genou positionné en
bas du lit



Coussin visage/thorax
positionné en haut du lit

Valve de gonflage en
bas à gauche sur le
dessous

Valve de gonflage en
haut à gauche sur le
dessous

Mise en place du coussin Visage/thorax



1- Soulever le patient en DV sur le haut du corps pour introduire le coussin de visage sous le drap.



2- Positionner le coussin de visage, jusqu'au niveau de la ligne mammaire, ce qui permet de diminuer les pressions au niveau de la face et évite l'hyperextension de la tête.



3- La tête est tournée sur le côté en veillant à la bonne perméabilité des voies aériennes et des cathéters. Le coussin de visage ainsi positionné limitera les escarres de la face (menton, nez, pommettes), des muqueuses (lèvres

Mise en place du coussin rehausseur pied/genou



4- Soulever le bas des jambes du patient pour introduire le rehausseur pied/genou sous le drap. Positionner le rehausseur pied/genou boudins larges au fond du lit.



5- Les genoux doivent reposer sur les boudins d'air. Cette position permet de limiter les positions vicieuses et les équins des pieds en maintenant une position phy-



6- Rabattre les draps sans les border ou en les bordant très lâche (plusieurs centimètres de jeu de chaque côté).

Surveillance infirmière

Soins d'escarres/ 4H minimum (effleurer les points de compression)

Changer la position de la tête toutes les 4 h

Surveillance de la tolérance digestive

Mesure des résidus gastriques

Surveillance de l'augmentation des sécrétions bronchiques

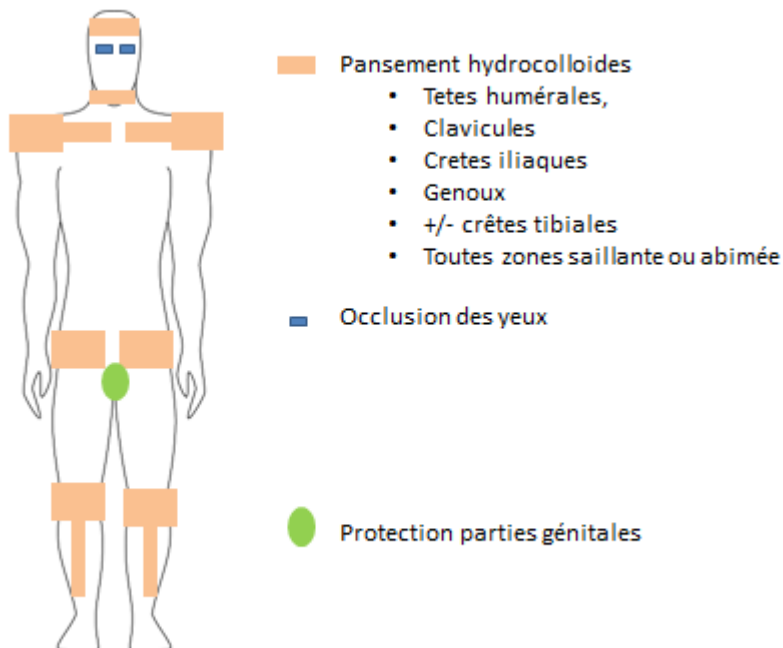
Logo GH si le document concerne tout le GH, Logo Site si le document concerne le site	TITRE du MODE OPERATOIRE ou de la FICHE TECHNIQUE <i>Arial 14 noir maj</i>	Référence : <i>Arial narrow 9</i>	
		Date <i>Arial narrow 9</i>	Page : 10/11 <i>Arial narrow 9</i>

Surveillance de la perméabilité et de la fixation des drainages, sondes et voies d'abord vasculaires.

Surveillance de la sédation (BIS)

Mesure de la pression intraabdominale si chirurgie récente ou risque de syndrome du compartiment.

VI. DOCUMENT(S) ASSOCIE(S)



Liste des documents, avec les titres exacts et les références, sur lesquelles s'appuient le mode opératoire ou la fiche technique pour être réalisé.

Arial Narrow 11

VII. TEXTES DE REFERENCE

- JPEN J Parenter Enteral Nutr. 2016 Feb;40(2):250-5. doi: 10.1177/0148607114553232. Epub 2014 Oct
Enteral Nutrition in Patients Receiving Mechanical Ventilation in a Prone Position. Saez de la Fuente I1, Saez de la Fuente J2, Quintana Estelles MD3, Garcia Gigorro R3, Terceros Almanza LJ3, Sanchez Izquierdo JA3, Montejo Gonzalez JC3.
- N Engl J Med. 2013 Jun 6; 368(23):2159-68. doi: 10.1056/NEJMoa1214103. Epub 2013 May 20.
Prone positioning in severe acute respiratory distress syndrome.
Guérin C, Reignier J, Richard JC, Beuret P, Gacouin A, Boulain T, Mercier E, Badet M, Mercat A, Baudin O, Clavel M, Chatellier D, Jaber S, Rosselli S, Mancebo J, Sirodot M, Hilbert G, Bengler C, Richecoeur J, Gainnier M, Bayle F, Bourdin G, Leray V, Girard R, Baboi L, Ayzac L; PROSEVA Study Group

Logo GH si le document concerne tout le GH, Logo Site si le document concerne le site	TITRE du MODE OPERATOIRE ou de la FICHE TECHNIQUE Arial 14 noir maj	Référence : Arial narrow 9	
		Date Arial narrow 9	Page : 11/11 Arial narrow 9

- Clin Nutr. 2010 Apr;29(2):210-6. doi: 10.1016/j.clnu.2009.08.004. Epub 2009 Aug 26. Before-after study of a standardized ICU protocol for early enteral feeding in patients turned in the prone position. Reignier J1, Dimet J, Martin-Lefevre L, Bontemps F, Fiancette M, Clementi E, Lebert C, Renard B.
- Crit Care Med. 2004 Jan;32(1):94-9. Early enteral nutrition in mechanically ventilated patients in the prone position. Reignier J1, Thenoz-Jost N, Fiancette M, Legendre E, Lebert C, Bontemps F, Clementi E, Martin-Lefevre L
- Crit Care. 2006; 10(3):R87. Epub 2006 Jun 8. Effects of thoraco-pelvic supports during prone position in patients with acute lung injury/acute respiratory distress syndrome: a physiological study. Chiumello D1, Cressoni M, Racagni M, Landi L, Li Bassi G, Polli F, Carlesso E, Gattinoni L.
- Intensive Crit Care Nurs. 2015 Feb; 31(1):38-43. doi: 10.1016/j.iccn.2014.07.002. Epub 2014 Sep 26. Administration of enteral nutrition to adult patients in the prone position. Linn DD1, Beckett RD2, Foellinger K

VIII.

IX. ARCHIVAGE

Désignation du lieu et de la durée d'archivage en fonction des textes réglementaires ou des pratiques

– Arial Narrow 11