

Le décubitus ventral

Méthode Sushi

5^{ème} Symposium séduno-fribourgeois de médecine intensive
octobre 2023 - HFR

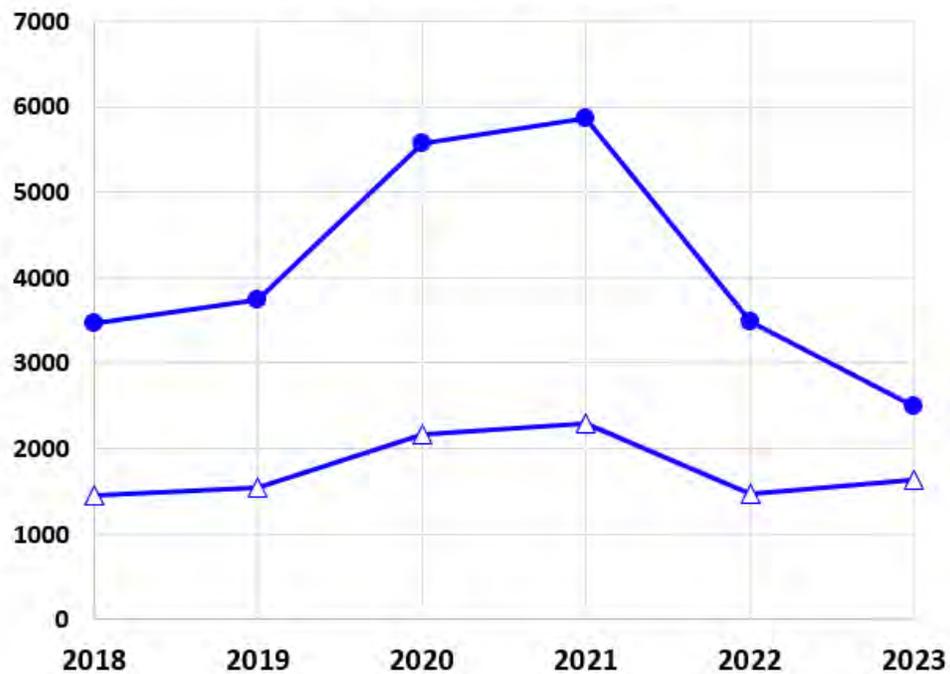
Sommaire

- Réflexion pendant la période COVID-19
- Avant...
- Méthode Sushi
 - Principe
 - Avantages
 - Phases
 - Vidéo
- Conclusion



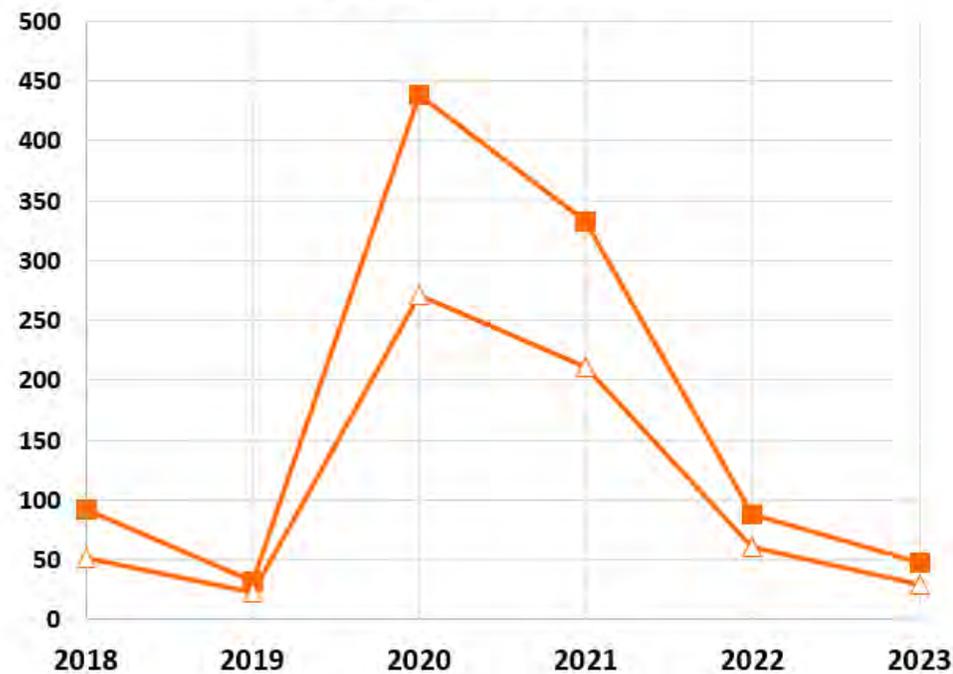
Réflexion pendant la période COVID-19

Ventilation invasive



- Horaires de ventilation invasive (8h)
- △ Journées de ventilation invasive

Décubitus ventral



- Horaires de décubitus ventral (8h)
- △ Journées de décubitus ventral

Réflexion pendant la période COVID-19

- ↑ des patients en DV
- Manque de compétences
- Chronophage

➔ assurer la qualité des soins



Généralités et définitions

Le décubitus ventral est un traitement adjuvant à la ventilation mécanique pour traiter les hypoxémies sévères de patients atteints de syndrome de détresse respiratoire aiguë (ARDS).

Les séances durent de 12 à 18 heures.

Indications

Syndrome de détresse respiratoire aiguë (ARDS):

- sévère P/F < 100mmHg
- modéré P/F < 150mmHg si persistant après 12-24h de traitement optimal

Buts et bénéfices recherchés :

Amélioration de l'oxygénation par

- Recrutement alvéolaire des zones dorsales
- Distribution homogène de la ventilation et de la perfusion pulmonaires
- Des effets bénéfiques sur l'hémodynamique
- Le drainage des sécrétions bronchiques

Contre-indications

- Hypertension intracrânienne non contrôlée
- Hémoptysie massive
- Chirurgie trachéale (hors trachéotomie)
- Chirurgie faciale ou trauma facial sévère < 15 jours
- Stenotomie récente (<15 jours)
- Thrombophlébite étendue et /ou embolie pulmonaire traitées depuis moins de 48 heures
- Stimulateur cardiaque implantable récent (< 48 heures)
- Lésion osseuse (rachis, pelvis, fémur) non fixée
- Drainage thoracique antérieur unique avec bullage persistant
- Femme enceinte, implants mammaires

Préparation

Voies aériennes (A)	
Positionnement du TOT en position médiane	
Fixation du TOT avec un lacet + fixation standard	
Contrôle du ballonnet	
Aspiration endotrachéale, nasale et fond de gorge	
Respiration (B)	
Ambu prêt	
Pré-oxygénation à 100%	
Circuit fermé	
Tonalité du pouls sur la saturation	
Vaisselle d'intubation	
Cascade d'humidification	
Hémodynamique (C)	
Stabilisation HD (remplissage, amines...)	
Médicament d'urgence sur O.M	
Patch défibrillation sur O.M	
Vérifier, sécuriser les cathéters, identifier la voie d'urgence	
Retirer les cathéters/tubulures superflus susceptibles de provoquer des lésions	
Longueur des tubulures suffisantes	
Neurologique (D)	
Adapter analgo-sédation (SAS=1)/ curarisation sur OM	
BIS et neurostimulateur à disposition	
Contrôle pupilles (symétrie)	

GENERALITES	
Soins ORL (yeux, nez, bouche)	
Protection des points d'appui avec pst hydrocellulaire type mousse	
Protection des tubulures, sondes avec du ligasano fin	
Contrôler positionnement de la SNG (pas d'arrêt de la nutrition nécessaire)	
Homme : pénis recalotté Femme : attention à la position des seins	
Prévoir 3-5 personnes, définir les rôles et préciser heure	
Déterminer le sens du retournement en fonction des cathéters	
Relever les constantes de référence (paramètres ventilatoires)	
Optimiser l'environnement (accès lit, plan dur matelas...)	
MATERIEL	
Lit avec matelas à air	
Alèse +/- drap housse	
Electrodes	
Coussins de positionnement	
S'assurer qu'aucun équipement supplémentaire ne soit nécessaire dans les 12-18h	

5

Présence d'au moins un médecin sénior (cadre ou CDC) obligatoire pour les manœuvres de retournement

Procédure



1. Translation

- Activer le plan dur du lit.
- Le leader est à la tête du patient.
- Déterminer le sens de rotation en fonction de l'équipement.
- Positionner la main qui est au centre du lit sous le sacrum.
- Enlever et pousser le drap sale sous le patient, installer le drap propre et l'alèse.
- Retirer la chemise.
- Déplacer le patient au bord du lit, côté opposé au retournement.

2. Décubitus latéral

- Changer les électrodes (enlever celles du torse et positionner les nouvelles sur le dos).
- S'assurer du suivi de la main côté matelas.
- Retirer le drap usagé et positionner l'alèse.

3. Pivotement sur le ventre

- Freiner le mouvement à l'aide de l'alèse.
- Récupérer et tirer le drap propre.
- Installer la tête sur le côté.
- Recentrer le patient dans le lit.

4. Installation

→ nécessite du temps et de l'adaptation en fonction de la morphologie du patient

- Libérer l'accès au TOT en adaptant la taille du coussin de tête.
- Vérifier l'absence de plicature de l'oreille.
- Positionner le lit en proclive 10°-15° puis évaluer la nécessité d'installer des coussins sous le torse et les épaules.
- Positionner les bras le long du corps ou en « nageur ».
- Glisser un coussin sous les tibias.
- Vérifier et réinstaller tous les cathéters, sondes et drains
- Dégager les parties génitales et disposer la SV entre les jambes.

Avant ...

Désavantages

- Risque de lésions au patient lors du retournement
- Risque d'arrachage d'équipement
- Préparation et surtout une procédure longue

4. Installation

→ nécessite du temps et de l'adaptation en fonction de la morphologie du patient

- Libérer l'accès au TOT en adaptant la taille du coussin de tête.
- Vérifier l'absence de plicature de l'oreille.
- Positionner le lit en proclive 10°-15° puis évaluer la nécessité d'installer des coussins sous le torse et les épaules.
- Positionner les bras le long du corps ou en « nageur ».
- Glisser un coussin sous les tibias.
- Vérifier et réinstaller tous les cathéters, sondes et drains
- Dégager les parties génitales et disposer la SV entre les jambes.

1. Translation

- Activer le plan dur du lit.
- Le leader est à la tête du patient.
- Déterminer le sens de rotation en fonction de l'équipement.
- Positionner la main qui est au centre du lit sous le sacrum.
- Enlever et pousser le drap sale sous le patient, installer le drap propre et l'alèse.
- Retirer la chemise.
- Déplacer le patient au bord du lit, côté opposé au retournement.

2. Décubitus latéral

- Changer les électrodes (enlever celles du torse et positionner les nouvelles sur le dos).
- S'assurer du suivi de la main côté matelas.
- Retirer le drap usagé et positionner l'alèse.

3. Pivotement sur le ventre

- Freiner le mouvement à l'aide de l'alèse.
- Récupérer et tirer le drap propre.
- Installer la tête sur le côté.
- Recentrer le patient dans le lit.

Avant ...

- Insécurité +++ pour le patient
- Soignants en difficulté = **responsabilité**



La méthode Sushi



La méthode Sushi

Principe

- Emballé le patient à l'aide d'alèzes
- Compacter et **sécuriser** tous les cathéters en un seul endroit
- Gagner du temps



La méthode Sushi

Avantages

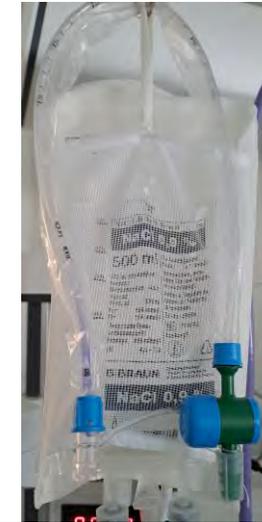
- Augmentation de la sécurité
- Diminution des manœuvres préalables
- Gain de temps
- Diminution des incidents
- Diminution de la pénibilité
- Meilleures répartitions des compétences



La méthode Sushi

1^{ère} étape – LA PREPARATION

- Pas de grand changement
- Simplification de tous les équipements (électrodes) et de l'environnement
- Mettre les alèzes
- Emballé le patient



La méthode Sushi

2ème étape – LE RETOURNEMENT

- Gain en sécurité (cathéter, tube...)
- Meilleure ergonomie
- Diminution du temps
- Répartition des compétences facilitée

2. Décubitus latéral

- Changer les électrodes (enlever celles du torse et positionner les nouvelles sur le dos).
- S'assurer du suivi de la main côté matelas.
- Retirer le drap usagé et positionner l'alèse.

3. Pivotelement sur le ventre

- Freiner le mouvement à l'aide de l'alèse.
- Récupérer et tirer le drap propre.
- Installer la tête sur le côté.
- Recentrer le patient dans le lit.

La méthode Sushi

3ème étape – L'INSTALLATION

- Même procédure
- Minimiser les coussins sous le patient



La méthode Sushi

Vidéo



La méthode Sushi

Vidéo



La méthode Sushi

Inconvénients



Conclusion

BUT: augmenter la qualité des soins

Procédure sûre, facile à mettre en place et surtout

...

0 incident depuis la mise en place de cette procédure



A vous de jouer



MERCI