



HAL
open science

2/3 Le décubitus dorsal et ses variantes

Marie-José Bernard

► **To cite this version:**

Marie-José Bernard. 2/3 Le décubitus dorsal et ses variantes. Inter bloc, 2017, 36, pp.187 - 189. <10.1016/j.bloc.2017.07.013>. <hal-03487576>

HAL Id: hal-03487576

<https://hal.science/hal-03487576v1>

Submitted on 20 Jul 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire HAL, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons CC BY-NC 4.0 - Attribution - Non-commercial use - International License

Dochead en fiches

Sous-dochead les installations chirurgicales

2/3 Le décubitus dorsal et ses variantes

Marie-José Bernard, cadre de santé, formatrice Ibode

Centre hospitalier universitaire de Montpellier, Instituts de formation aux métiers de la santé,
1146 avenue du Père Soulas, 342995 Montpellier cedex 5, France

Adresse e-mail : mj-bernard@chu-montpellier.fr ([MJ. Bernard](#)).

Pour toute intervention chirurgicale, le patient repose sur une table d'opération. Cette installation doit répondre aux exigences de l'acte opératoire mais comporte aussi des risques importants. Elle doit être réalisée avec le plus grand soin par l'ibode, l'anesthésiste et le chirurgien pour respecter l'intégrité du corps et la sécurité de l'opéré. Tout manque d'attention à ce niveau peut être préjudiciable, entraînant dommages et complications. Si les règles d'installation peuvent être les mêmes pour différentes interventions, l'ibode doit prendre en compte les caractéristiques et difficultés propres à chaque patient.

Sommaire

1. Les tables d'opération
2. **Le décubitus dorsal et ses variantes**
3. Le décubitus latéral et ses variantes

Dans la marge sous le plug kar_plug

T1. Introduction

La position sur la table d'opération est un compromis qui doit permettre :

- **le geste chirurgical** : position confortable de l'opérateur et bonne exposition de la zone opératoire ;
- **le respect de la physiologie** : aspect hémodynamique, ventilatoire et anatomique.

T1. Définition et variantes

TEG1 Le décubitus dorsal consiste à allonger le patient sur le dos en respectant l'alignement tête/cou/tronc (*figure 1*). C'est la position opératoire de base utilisée au cours de la majorité des interventions chirurgicales. Position de référence, elle précède toute autre installation pour le temps de l'induction du patient.

Elle peut être complétée par un ou plusieurs billots et comporte plusieurs variantes selon l'inclinaison ou la nature de la table d'opération.

TEG1 Proclive : tête plus haute que les pieds, cette position provoque l'abaissement des organes pour libérer un espace opératoire plus important, par exemple en chirurgie digestive.

TEG1 Déclive ou de Trendelenburg : tête plus basse que les pieds, ceci permet de refouler les anses intestinales en chirurgie gynécologique ou dans la chirurgie du petit bassin.

TEG1 Latéralisé droit ou gauche selon l'organe visé par l'intervention, il est obtenu par inclinaison de la table.

TEG1 Avec membres inférieurs en abduction (écartés de l'axe médian du corps), utile lors de certaines chirurgies sous coelioscopie ou pour les endoscopies (*figure 2*).

TEG1 Sur table orthopédique, lorsque l'intervention nécessite qu'un membre inférieur soit en traction (*figure 3*).

T1. Répercussions physiologiques ventilatoires

TEG1 Pour une installation en décubitus dorsal horizontal, en phase d'éveil, 60 % de la ventilation est assurée par le diaphragme. Les fibres musculaires postérieures du diaphragme sont les plus raccourcies et les plus étirées, les zones pulmonaires postéro-inférieures sont les mieux ventilées et les mieux perfusées. C'est la situation optimale.

TEG1 En cours d'anesthésie, le diaphragme assure 100 % de la ventilation. Sa courbure se trouve modifiée et l'amplitude des fibres antérieures est maximale. Les zones pulmonaires antérieures sont les mieux ventilées mais les moins perfusées créant un effet espace mort et un effet "shunt".

TEG1 La position proclive se rapproche de la position verticale optimale et a peu d'incidence ventilatoire.

TEG1 En Trendelenburg, le poids des viscères contre le diaphragme est maximal. Cette installation engendre une augmentation des pressions d'insufflation, une diminution de la course diaphragmatique, de la capacité vitale de 15 à 20 % et de la compliance pulmonaire. Elle génère aussi un risque d'atélectasie et une congestion vasculaire des sommets pouvant entraîner un œdème pulmonaire.

T1. Répercussions physiologiques hémodynamiques

TEG1 Le décubitus dorsal horizontal est favorable au plan hémodynamique par la diminution des résistances périphériques et l'augmentation du débit cardiaque. Il peut provoquer une diminution du retour veineux par compression de la veine cave inférieure lors de la mise en place d'un billot

excessif en exposition de la zone hépatique, ou en cas d'utérus gravide proche du terme ou à terme (il faut alors favoriser le décubitus latéral gauche).

TEG1 La position proclive crée une séquestration sanguine dans les zones déclives avec diminution du volume sanguin intra-thoracique et du débit cardiaque ainsi qu'une augmentation de la résistance vasculaire pulmonaire.

TEG1 La déclive de Trendelenburg place le patient selon une inclinaison supérieure à 20°. Elle provoque une hyperpression thoracique avec diminution du débit cardiaque et surcharge volémique thoracique. Le poids des viscères entraîne une diminution de la perfusion du territoire cave supérieur et du retour veineux cérébral avec augmentation de la pression intracrânienne.

T1. Mode opératoire

TEG1 L'installation du patient en décubitus dorsal ne tolère pas d'improvisation ni de précipitation : il faut se coordonner et être en nombre suffisant. L'installation constitue un moment essentiel qui requiert anticipation, concentration et vigilance.

Le matériel doit être préparé et contrôlé, son intégrité et sa propreté doivent être vérifiées : matelas, attelles, cales, billots, gélouses, sangles, têtère, etc.

Toutes les parties du corps doivent être isolées des parties métalliques de la table. Les piquets de Toupet ou les fixe-cuisses ne doivent pas être en contact avec le corps.

Les règles d'ergonomie doivent être respectées, en travaillant de préférence avec une table baissée.

TEG1 Une fois le patient en position, une vérification clinique des différents points de vigilance (**tableau 1**) doit être effectuée avant le drapage opératoire [1].

En fin d'intervention, il faut procéder à un examen clinique à la recherche d'éventuelles lésions ou déficits.

Tableau 1. Risques et points de vigilance.

Risques	Points de vigilance
Lésions nerveuses	
Au niveau du membre supérieur, protection du plexus brachial et du nerf ulnaire	Les membres supérieurs doivent être placés : <ul style="list-style-type: none">- soit le long du corps, soit en abduction toujours inférieure à 90° (attention à la mobilisation per opératoire des appuie-bras) ;- avant-bras en supination ;- éviter le coude en flexion.
Au niveau des épaules : risque de lésion du plexus brachial si tirées trop en arrière (billot inter scapulaire) ou trop vers les pieds	En position de Trendelenburg : <ul style="list-style-type: none">- possibilité d'utiliser un matelas antiglisser, préférable aux épaulières ;

	<ul style="list-style-type: none"> - en cas de mise en place d'épaulières, celles-ci devront être positionnées sur la jonction acromio-claviculaire, pas trop internes vers la base du cou pour éviter la compression et l'étirement des racines du plexus - mettre les bras le long du corps pour éviter le risque d'abduction forcée ou la chute d'un bras s'ils sont posés sur les appuie-bras (la solidité de leur fixation doit être vérifiée)
Au niveau des membres inférieurs	<p>En déclive, si une sangle de maintien pour éviter le glissement du corps est nécessaire, la placer sur les cuisses ou les jambes et éviter les genoux (compression du sciatique poplitée externe)</p> <p>Pour un décubitus dorsal en position abdomino-périnéale, jambes écartées, éviter l'hyperextension des genoux</p>
En position "grenouille" (sur le dos membres inférieurs fléchis) : risque sur l'articulation fémorale et le nerf obturateur	Éviter une abduction des hanches trop prononcée, mettre des coussins sous les genoux
Risque de lésion du nerf sciatique ou du nerf fémoral	En position de lithotomie ou gynécologique si la flexion de la cuisse est supérieure à 90°
Risque de lésion des nerfs honteux et périnée par appui périnéal	Protéger la région pubienne lors des tractions sur table orthopédique
Risque de lésion nerveuse centrale : Cérébrale Médullaire	<p>Éviter l'hyperflexion ou l'hyperextension de la tête</p> <p>Éviter l'hyperlordose : veiller au choix et positionnement des billots</p>
Lésions musculo-cutanées	
<p>Points de compression :</p> <p>Le poids repose sur l'occiput, les omoplates, les coudes, le sacrum, les mollets, les talons avec possibilité de lésions cutanées sur ces zones en cas de contact prolongé non matelassé</p> <p>Risque d'alopecie transitoire (rarement définitive sur l'occiput)</p> <p>L'hypothermie, l'hypotension sont des facteurs favorisants.</p>	<p>Distribuer les pressions sur une surface la plus large possible, par exemple en choisissant le plateau de table adapté à la morphologie de la personne</p> <p>Respecter la position physiologique du corps</p> <p>Utiliser un matelas à mémoire de forme ou mettre en place des géloses de protection</p> <p>Éviter les plis formés par les draps</p> <p>Maintenir la normothermie de la personne : contrôler la température de la salle d'opération, utiliser un matelas soufflant...</p> <p>Vérifier les pouls périphériques</p> <p>Pour la position proclive : ajouter des repose-pieds sous la voûte plantaire et prévoir des bas de contention</p>
Douleur postopératoire	

Douleurs ostéo-articulaires	Recueillir les données cliniques, respecter la position de repos notamment chez le sujet arthrosique
Incidence psychologique	
En cas d'anesthésie locale ou loco régionale En cours d'induction	Vérifier le confort, notamment chez la personne âgée peu sédaturée Ne pas installer avant narcose complète, veiller au bien être de la personne

Référence

- [1] Molliex S, Ripart J. Postures en anesthésie : données récentes. 53^e congrès national d'anesthésie et de réanimation. Sfar. 2011.
http://sofia.medicalistes.org/spip/IMG/pdf/Postures_en_anesthesie_donnees_recentes.pdf

Déclaration de liens d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

Figures

ber_fig1

Figure 1. Décubitus dorsal.

© Trumpf Medical

ber_fig2

Figure 2. Décubitus dorsal avec membres inférieurs en abduction.

© Trumpf Medical

ber_fig3

Figure 3. Décubitus dorsal orthopédique avec membre inférieur en traction.

© Trumpf Medical





