

Fasciální excize

Fasciální excize (neboli **avulze**) odstraňuje devitalizované tkáně v celém rozsahu, kůži, podkoží a tuk až k fascii (někdy včetně svalové fascie). Je indikována u velmi hlubokých popálenin (zuhelnatění, kontaktní popáleniny s dlouhou expozicí, elektrotraumata) a dále u velmi rozsáhlých, život ohrožujících postižení se ztrátou kůže v celé tloušťce. Provádí se buď formou **ostré disekce** nebo **tupé avulze**.

Provedení

Je výhodné kombinovat oba způsoby, tj. ostrou disekci za použití chirurgického skalpelu a velkých, tupých preparačních nůžek střídavě s tupou avulzí, podle průběhu operace. Tupá avulze se provádí manuálně vždy za použití nitěných rukavic, navlečených přes gumové, aby se tkáně daly dobře uchopit. Prsty odpreparovávají nekrotickou kůži i s podkožím v úrovni těsně nad fascií. Zde je krvácení minimální, pouze z perforujících cév, které lze snadno zachytit. Většímu krvácení je nutno čelit pouze v přechodné zóně do zdravého okolí, kde vzniká strmý přechod mezi partií zdravou a nekrektomovanou a bývá později patrný při hodnocení trvalých následků.

Výhody

- *operační doba je kratší*, což je v rozporu s některými zahraničními údaji.
- *krevní ztráty* jsou podstatně *menší* ve srovnání s tangenciální excizí povrchnějších popálenin;
- *lůžko* (spodina) po fasciální excizi je obvykle *bezpečně zdravé* a vhodné k časně autotransplantaci

Nevýhody

- *délka operační doby* závisí samozřejmě na zkušenostech, zručnosti a sebranosti operačního týmu.
- *kosmetické deformace*, které vznikají při fasciální excizi v místě přechodu ve zdravou tkáň se jeví jako nápadný strmý přechod zvláště u obézních pacientů. Pokud je část podkožní tukové tkáně zachována, někdy se, podle našich zkušeností, do dvou let i později téměř vyrovnávají, jindy ale zůstávají jako trvalý následek (viz příložené obrázky).
- *distální edémy* vznikající při cirkulárních excizích závisí na individuální dispozici pacienta, na systému rehabilitace a na tom, jak se mu pacient podřizuje. Ve srovnání se zahraničními zprávami, které udávají vysoký výskyt edémů, je tato komplikace v naší praxi méně častá. Vyskytuje se častěji na dolních končetinách.
- poškození povrchových nervů a šlach při fasciální excizi a s tím související *kožní denervace* může, ale nemusí být reverzibilní;
- *avaskulární fascie nad klouby* (loket, koleno, kotníky) nezajišťují dostatečnou výživu štěpu a mohou způsobit jeho ztrátu. V těchto lokalizacích je pak třeba vyčkat růstu granulací, aby transplantace byla úspěšná. Stav si ale v dalším průběhu může vyžádat opakované operační zákroky.

Krytí těchto problémových oblastí může být *indikací k užití lalokových plastik*, které však u popáleninového traumatu mají určitá omezení: jednak je u rozsáhlého popáleninového traumatu obvykle nedostatek zdravých partií a jednak prodělané systémové komplikace kontraindikují mnohahodinovou celkovou anestezii, která je třeba k přenosu volných laloků mikrocirururgickou technikou. Proto jsou u těžkých popálenin vhodnější klasické válcové laloky dvoustopkové nebo jednostopkové. Jejich nevýhodou je sice několikaetapové řešení, ale některé etapy přenosů lze provádět v místní anestezii, a tedy bez celkového ohrožení pacienta.

Odkazy

Související články

- Chirurgická léčba popálenin
- Popáleniny



Avulze v oblasti dolní končetiny



Týž pacient 2 roky po avulzi. Podkožní tuk téměř regeneroval.



Otoky dolních končetin rok po avulzi

Zdroj

- KÖNIGOVÁ, Radana a Josef BLÁHA, et al. *Komplexní léčba popáleninového traumatu*. 1. vydání. Praha : Karolinum, 2010. ISBN 978-80-246-1670-4.



Nápadné trvalé následky rok po avulzi u obézní pacientky



Chronický trofický defekt se opakovaně obnovuje několik let po avulzi na dolní končetině