

# İLİAK KEMİK GREFTİ DONOR ALANINDAKİ İNSİZYONEL HERNİ GELİŞİMİ

Hakan AĞIR, Cenk ŞEN, Deniz İ. ÇEK

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı, Kocaeli

Sayın Editör,

İliak kemikten greft alınması plastik cerrahi ve ortopedide sık uygulanan cerrahi girişimlerden ve komplikasyon oranları %49'a kadar çıkmaktadır<sup>1-3</sup>. Bu komplikasyonlar arasında parestezi, ilioinguinal veya lateral femoral kutanöz sinir yaralanması, arter veya üreter yaralanması, insizyonel herni gelişimi, fraktür, pelvik unstabilite, kontür düzensizliği ve tümör transplantasyonu sayılabilir<sup>1</sup>. Bunlardan insizyonel herninin görülme sıklığı %5 civarı bildirilmekle beraber büyük boyutlarda herni literatüründe çok nadirdir<sup>4-7</sup>.

Altmış sekiz yaşında erkek hasta üst dudak orta hat ve sağ taraf yerleşimli nüks deri kanseri lezyonu nedeni ile görüldü (Şekil.1). Hasta bir yıl önce burun dorsum ve uç kısmından başlayıp yanak sağ tarafa doğru uzanım gösteren benzer karakterde lezyonu nedeni ile başka bir plastik cerrahi kliniğinde opere olmuştu. Eksizyon sonrası oluşan kemik eksikliğini gidermek ve taşman flebin altına destek için sol iliak krestten kemik grefti alınmıştı. İliak bölge muayenesinde, insizyon skarı zemininde abdomende ortaya yaklaşan lateralde posterior aksiller çizgiyi geçen inferiorda kasık bölgesine ulaşan büyük bir herni saptandı (Şekil.2). Herni kesesi içinde barsak ansları ve iliak sırtı palpe edildi. Orta-ön kemik sırt kısmında tam kat kalınlıkta kontur düzensizliği vardı. Olgunun öyküsünde insizyon skarının altında ameliyattan 2 ay sonra başlayıp 6.ayda belirginleşen ve ağrıya yol açan bir şişlik ile herniyi provoke edebilecek

risk faktörü olarak sık ve güçlü öksürmelere neden olan kronik obstruktif akciğer hastalığı vardı. Tetkik ve değerlendirme sonrası hastaya nüksü ve hernisi için ameliyat önerildi ancak hasta bunları reddederek takibimizden çıktı.

İliak kemik grefti alınması superior pelvik kenarın korunmasını sağlayan, superior krest "trapdoor" veya "splitting" gibi yeni modifikasyonları ile birlikte literatürde çok iyi tanımlanmıştır<sup>8-11</sup>. Ancak bu popüler yöntem uygulaması kolay sorunları az bir cerrahi girişim değildir. Komplikasyonlarından insizyonel abdominal herninin insidansı vaskularize kemik greftlerinde %9.7 ye kadar çıkabilmektedir<sup>12</sup>.

Herni sıklıkla orta sırt iliumdan tam kat kalınlıkta kemik grefti alınması sonrası görülmektedir<sup>6,13</sup>. Bu olasılık 4cm'in üzerindeki greftlerde daha da artmaktadır<sup>1,2</sup>. Risk faktörleri arasında çok doğum yapmış olma, ileri yaş, obezite ve karın duvarında zayıflık da vardır. Olgumuzda herni gelişimine ileri yaş, zayıf karın duvarı, kronik öksürük ve/veya orta bölgeye yakın alandan tam kat greft alınması yol açmış olabilir.

İnsizyonel herni postoperatif erken dönemde görülebileceği gibi 15 yıl sonra da ortaya çıkabilmektedir<sup>7</sup>. Çoğunlukla, hastalar bu bölgede dolgunluk ve/veya künt karın ağrısı hissetmekte daha sonra dinlemekle barsak seslerinin duyulması gibi bulgular ortaya çıkmaktadır. Bazı olgularda strangulasyon ve inkarasyon bildirilmiştir<sup>1,5</sup>. Görüntüleme ise



Şekil 1: Hastanın nüks lezyonunun ve flebinin önden görünümü



Şekil 2: Hastanın sol taraf iliak bölgesinde gelişmiş insizyonel abdominal herninin görünümü

bilgisayarlı tomografi önerilmektedir<sup>14</sup>.

Herni gelişimini azaltmak için insizyonun pelvik brimin aşağısına yapılması, greftin anterior (anterior superior iliak spine'dan itibaren en az 2 cm bırakılması) veya posteriordan alınması, krest bütünlüğünün bozulmaması, vaskularize kemik alınan olgularda split tarzda flep tercih edilmesi, kesilen fibromuskuler yapıların kalın geç eriyen tipte dikiş malzemesi ile tercihen iki kat kapatılması ve yaralanmış ise inguinal ligamentin onarılması tavsiye edilmektedir<sup>1-3,6,12</sup>.

Ayrıca yüksek risk taşıyan olgularda primer kapatım sırasında prolen veya politetrafluoroetilen (Goretex®) "mesh" kullanımı gerekebilmektedir<sup>4</sup>. Tedavide elle redüksiyon ve yakın izlem, "mesh"le veya lokal muskulofasiyal fleplerle onarım tercih edilebilir.

Kemik verici alan olarak kranium ve fibulanın tercih edilmeye başlanması, alloplastik alternatiflerin ortaya çıkması ve biyoteknolojideki ilerlemeler yakın gelecekte iliak bölgenin verici alan kullanımını ve buna bağlı morbiditeleri azaltacağına benzemektedir.

*Dr. Hakan AĞIR*  
*Kocaeli Tıp Fakültesi*  
*Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi A.D.*  
*41900, Derince, KOCAELİ*

#### KAYNAKLAR

- Seiler III J.G., Johnson J. Iliac crest autogenous bone grafting: donor site complications. J. South. Orthop. Assoc. 9(2):91, 2000.
- Arrington E.D., Smith W.J., Chambers H.G., et al. Complications of iliac crest bone graft harvesting. Clin. Ortop. 329:300, 1996.
- Fowler B.L., Dall B.E., Rowe D.E. Complications associated with harvesting autogenous iliac bone graft. Am. J. Orthop. 24:895, 1995.
- Auleda J., Bianchi A., Tibau R., Rodriguez-Cano O. Hernia through iliac crest defects. Int. Orthop. 19:367, 1995.
- Danikas D., Theodorou S.J.V., Stratoulis C., Constantinopoulos G., Ginalis E. Hernia through an iliac crest bone-graft donor site. Plast. Recons. Surg. 110:1612, 2002.
- Boyne N.P., Lambrianides A.L., Pollard C. Incisional hernia through iliac crest bone graft donor sites. ANZ J. Surg. 72:156, 2002.
- Cowley S.P., and Anderson L.D. Hernias through donor sites for iliac-bone grafts. J. Bone Joint Surg. (Am) 65:1023, 1983.
- Teichgraebler J.F. Iliac crest and rib bone grafts. Gregory R.D. Evans. Operative Plastic Surgery. New York. McGraw-Hill p73, 2000.
- Wolfe S.A., Kawamoto H.K. Taking the iliac-bone graft. J Bone Joint Surg. Am. 60:411, 1978
- Polley J.W. Bone grafts. Mimis Cohen. Mastery of Plastic and Reconstructive Surgery. Vol11. Boston/New York/Toronto/London. Little, Brown and Company. s105, 1994.
- Cutting B.C., McCarthy J.G., Knize D.M. Repair and grafting of bone. Joseph G. McCarthy. Plastic Surgery. Vol.1. Philadelphia. London. Toronto. Montreal. Sydney. Tokyo.W.B.Saunders. p583., 1990.
- Forrest C, Boyd B, Manktelow R, Zuker R, Bowen V. The free vascularised iliac crest tissue transfer: donor site complications associated with eighty-two cases. Br J Plast. Surg. 45:89, 1992.
- Hammond M.M., Majeed S.A. Incisional hernia at iliac crest defects. Arch Orthop. Trauma Surg. 108:383, 1989.
- Baker M.E., Weirnerth J.L., Andriani R.T., Cohan R.H., Dunnick N.R. Lumbar hernia: diagnosis by CT. A J. R. Am. J. Roentgenol. 148: 565, 1987.

## TIRNAK ALTI YERLEŞİMLİ GLOMUS TÜMÖRLERİNİN TANISINDA ALTERNATİF BİR YAKLAŞIM: POWER DOPPLER ULTRASOUND

Mübin HOŞNUTER, Hüseyin ÖZDEMİR, Eksal KARGI, Orhan BABUÇÇU, Rafet KOCA, Cevdet ALTINYAZAR

*Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Radyoloji Anabilim Dalı, Dermatoloji Anabilim Dalı*

Glomus tümörleri elin ağrılı fakat iyi huylu tümörleridir. Bu neoplazm, tüm el tümörlerinin %1-5'ini oluşturur. Etiyoloji bilinmemektedir. Elde görülen glomus tümörleri %25-65 gibi bir oranda subungual bölgede yerleşim gösterirler<sup>1</sup>. Glomus tümörünün tanıya götüren klinik bulguları bir triad ile karakterizedir: Ağrı, hassasiyet ve ısı duyarlılığı. Diğer taraftan basit röntgenografi, manyetik rezonans görüntüleme, arteriografi, sintigrafi ve ultrasonografi gibi teknikler, genellikle yardımcı tanı yöntemleri olarak kullanılırlar.

Bu yöntemlerin hiçbiri glomus tümörü tanısında spesifik tanı koydurucu özellikte olmasa bile, her birinin değişik derecelerde faydası vardır<sup>1</sup>.

Glomus tümörlerinin yerleşim yerinin cerrahi öncesinde tam olarak saptanması gelişmiş görüntüleme tekniklerine rağmen her zaman mümkün olmamaktadır. Bu problem, özellikle subungual yerleşimlerde cerrahi sonrası nükslerle kendini gösterir.

Gerçekte glomus tümörleri; nöromyoarteriyel glomus cisminin hiperplazisi sonucunda oluşan