

BÖLÜM 18

İNSİZYONEL HERNİLERDE KOMPONENT SEPERASYON TEKNİĞİ

Ramazan TOPCU¹

GİRİŞ

Büyük veya kompleks karın duvarı defekti artan bir şekilde hastalarda görülmektedir. Bu tür defektler, çoklu karın operasyonları, karın duvarının cerrahi rezeksiyonu, nekrotizan karın duvarı enfeksiyonları veya terapötik açık karın ile ilişkili insizyon fıtığı nedeniyle ortaya çıkabilir (Resim 1).

Komponent seperasyon tekniği(KST), büyük ventral veya insizyonel herni gibi orta hat karın duvarı defektleri için yeterli kapama sağlamak için kullanılan bir tekniktir. Bu cerrahi teknik subkutan lateral diseksiyon, rektus abdominis kasına lateral fasiyotomi ve rektus kası ve fasyasını içeren bloğun medial ilerlemesi ile external ve internal oblik kaslar arasındaki düzlemde diseksiyona dayanır.Sonuçta, komponent ayırma tekniği kullanılarak karın duvarının medial translokasyonu epigastriumda 5 cm, belde 10 cm ve suprapubik bölgede 3 cm tek taraflı hareketi sağlar. Bu nedenle, iki taraflı salınımlar bel seviyesinde orta hatta 20 cm'ye kadar kusurları kapsayabilir. Komponent seperasyon tekniğinin avantajları, karın duvarının fonksiyonel ve yapısal bütünlüğünü geri kazandırması, stabil yumuşak doku kapsamı sağlaması ve estetik görünümü optimize etmesidir.

¹ Dr. Öğr.Üyesi,Hitit Üniversitesi Tıp Fak.Genel Cerrahi ABD topcur58@gmail.com

Seroma / hematoma Seroma veya hematoma oluşumu, bir fitik onarımını takiben geride kalan boşlukta meydana gelebilir, ancak genellikle kendiliğinden düzelir, nadiren drenaj gerektirir. Bunlar hastaların yaklaşık yüzde 2'sinde görülür.

Deri flebi nekrozu Bileşen ayırma onarımını takiben morbiditenin çoğu, açık yaklaşımla deri fleplerindeki iskemi ile ilgilidir. Deri nekrozu, rektus kılıfı içinde ortaya çıkan ve karın ön duvarı derisini besleyen perforatörlerin bölünmesi ile ilgili bileşen ayırma prosedürlerinin yaklaşık yüzde 1'inde meydana gelir (13). Bu komplikasyon riski, ön flebin boyutunu azaltan ve perforatörleri koruyan laparoskopik destekli bir teknik kullanılarak azaltılabilir.

KAYNAKLAR

- Ramirez O M, Ruas E, Dellon A L. "Components separation" method for closure of abdominal-wall defects: an anatomic and clinical study. *Plast Reconstr Surg*. 1990;86(3):519-526.
- Holihan JL, Henchcliffe BE, Mo J, et al. Is Nonoperative Management Warranted in Ventral Hernia Patients With Comorbidities?: A Case-matched, Prospective, Patient-centered Study. *Ann Surg* 2016; 264:585.
- Kokotovic D, Sjølander H, Gögenur I, Helgstrand F. Watchful waiting as a treatment strategy for patients with a ventral hernia appears to be safe. *Hernia* 2016; 20:281.
- Liang MK, Holihan JL, Itani K, et al. Ventral Hernia Management: Expert Consensus Guided by Systematic Review. *Ann Surg* 2016.
- Vargo D. Component separation in the management of the difficult abdominal wall. *Am J Surg* 2004; 188:633.
- Diaz JJ Jr, Cullinane DC, Khwaja KA, et al. Eastern Association for the Surgery of Trauma: management of the open abdomen, part III-review of abdominal wall reconstruction. *J Trauma Acute Care Surg* 2013; 75:376.
- Poulakidas S, Kowal-Vern A. Component separation technique for abdominal wall reconstruction in burn patients with decompressive laparotomies. *J Trauma* 2009; 67:1435.
- Van Eijck FC, de Blaauw I, Bleichrodt RP, et al. Closure of giant omphaloceles by the abdominal wall component separation technique in infants. *J Pediatr Surg* 2008; 43:246.
- Garvey PB, Bailey CM, Baumann DP, et al. Violation of the rectus complex is not a contraindication to component separation for abdominal wall reconstruction. *J Am Coll Surg* 2012; 214:131.
- Nguyen V, Shestak KC. Separation of anatomic components method of abdominal wall reconstruction--clinical outcome analysis and an update of surgical modifications using the technique. *Clin Plast Surg* 2006; 33:247.
- Sanchez-Manuel FJ, Lozano-García J, Seco-Gil JL. Fitik onarımı için antibiyotik profilaksisi. *Cochrane Veritabanı Syst Rev* 2012; : CD003769.
- Ellis H. Applied anatomy of abdominal incisions. *Br J Hosp Med (Lond)* 2007; 68:M22.
- de Vries Reilingh TS, van Goor H, Charbon JA, et al. Repair of giant midline abdominal wall hernias: "components separation technique" versus prosthetic repair : interim analysis of a randomized controlled trial. *World J Surg* 2007; 31:756.
- Shestak KC, Edington HJ, Johnson RR. The separation of anatomic components technique for the reconstruction of massive midline abdominal wall defects: anatomy, surgical technique, applications, and limitations revisited. *Plast Reconstr Surg* 2000; 105:731.
- Shell DH 4th, de la Torre J, Andrades P, Vasconez LO. Open repair of ventral incisional hernias. *Surg Clin North Am* 2008; 88:61.
- Ramirez OM. Inception and evolution of the components separation technique: personal recollections. *Clin Plast Surg* 2006; 33:241.
- Clarke JM. Incisional hernia repair by fascial component separation: results in 128 cases and evolution of technique. *Am J Surg* (2010) 200(1):2-8. 10.1016/j.amjsurg.2009.07.029
- Butler CE, Campbell KT. Minimally invasive component separation with inlay bioprosthetic mesh (MIC-SIB) for complex abdominal wall reconstruction. *Plast Reconstr Surg* 2011; 128:698.
- Carbonell AM, Cobb WS, Chen SM. Posterior components separation during retromuscular hernia repa-

- ir. *Hernia* (2008) 12(4):359–62. 10.1007/s10029-008-0356-2
20. Novitsky YW, Elliott HL, Orenstein SB, Rosen MJ. Transversus abdominis muscle release: a novel approach to posterior component separation during complex abdominal wall reconstruction. *Am J Surg* 2012; 204:709.
 21. Novitsky YW, Fayeziadeh M, Majumder A, et al. Outcomes of Posterior Component Separation With Transversus Abdominis Muscle Release and Synthetic Mesh Sublay Reinforcement. *Ann Surg* 2016; 264:226.
 22. Albalkiny S, Helmy M. Anterior component separation versus posterior component separation with transversus abdominis release in abdominal wall reconstruction for incisional hernia. *Egypt J Surg* 2018;37:335-43
 23. Blatnik JA, Krpata DM, Novitsky YW. Transversus Abdominis Release as an Alternative Component Separation Technique for Ventral Hernia Repair. *JAMA Surg* 2016; 151:383.
 24. Luijendijk RW, Hop WC, van den Tol MP, de Lange DC, Braaksma MM, Ijzermans JN, et al. A comparison of suture repair with mesh repair for incisional hernia. *N Engl J Med* (2000) 343(6):392–8.
 25. Burger JW, Luijendijk RW, Hop WC, Halm JA, Verdaasdonk EG, Jeekel J. Long-term follow-up of a randomized controlled trial of suture versus mesh repair of incisional hernia. *Ann Surg* (2004) 240(4):176–83.
 26. Tong WM, Hope W, Overby DW, Hultman CS. Comparison of outcome after mesh-only repair, laparoscopic component separation, and open component separation. *Ann Plast Surg* (2011) 66(5):551–6.
 27. Reilingh Tsdev, van Goor H, Charbon JA, Rosman C, Hesselink EJ, van der Wilt GJ. Repair of giant midline abdominal wall hernias: “components separation technique” versus prosthetic repair. *World J Surg* (2007) 31(4):756–63.
 28. Liang MK, Holihan JL, Itani K, Alawadi ZM, Gonzalez JRF, Askenasy EP, et al. Ventral hernia management. *Ann Surg* (2017) 265(1):80–9.
 29. Maas SM, van Engeland M, Leeksa NG, Bleichrodt RP. A modification of the “components separation” technique for closure of abdominal wall defects in the presence of an enterostomy. *J Am Coll Surg* 1999; 189:138.
 30. Jensen KK, Henriksen NA, Jorgensen LN. Endoscopic component separation for ventral hernia causes fewer wound complications compared to open components separation: a systematic review and meta-analysis. *Surg Endosc* 2014; 28:3046.