

## 이중고리 동종 아킬레스건을 이용한 후방십자인대 재건 - 예비 보고 -

고려대학교 구로병원 정형외과

임홍철·유재철·한상환

---

### Anatomic Double-Bundle Posterior Cruciate Ligament Reconstruction Using Achilles Allograft - Preliminary Report -

Hong Chul Lim, M.D., Jae Chul Yoo, M.D., Sang Hwan Han, M.D.

Department of Orthopaedic Surgery, Korea University, Guro Hospital, Seoul, Korea

**ABSTRACT : Purpose :** Preliminary report of the technique and trial of double bundle PCL reconstruction using Achilles allograft.

**Materials and Methods :** From May 1999 to July 2000, 8 cases of PCL insufficient patients were treated with Achilles allograft reconstruction using the double bundle and double femoral tunnel technique. The tibial tunnel was prepared anteromedially. All other combined injuries within the knees were treated accordingly. Minimal follow-up period was 1 year. The results was assessed from the point of function and stability using Lysholm knee score and KT-2000 arthrometer.

**Results :** Up to present follow up, 8 patients showed good sign of recovery with no instability (translation less than 2 mm) except one that has been grafted-ligament rupture. In addition, none showed any sign of infection nor ROM limitation. Two complications were seen, which one had grafted-bone fracture and the other grafted-ligament rupture. The former occurred during operation and the latter occurred due to improper protection.

**Conclusion :** Presently the follow up period is too short to draw any conclusive opinion but it is essential to select healthy and well sterilized allografts for successful outcome. Double femoral tunnel technique seems to be more physiologic in PCL reconstruction. With these prerequisites, it seems to be a good alternative to use Achilles allografts for the reconstruction of PCL. However, a longer follow-up is needed.

**KEY WORDS :** Posterior cruciate ligament, Reconstruction, Achilles allografts

---

## 서 론

\* Address reprint requests to

**Hong Chul Lim, M.D.**

Department of Orthopaedic Surgery, University Guro  
Hospital 80 Gurodong, Guroku, Seoul, Korea  
Tel : 82-2-818-6680, Fax : 82-2-863-4605  
E-mail : thc2455@kumc.or.kr

\* 본 논문의 요지는 2001년도 한일정형외과학회 학술대회에서 발표되었음.

동종 아식건을 이용한 슬관절 인대 재건술은 1986년부터 전방십자인대 재건술에서 성공적인 임상결과를 보고하기 시작하면서부터 관심의 대상이 되어 왔다. 현재까지 주된 임상결과는 전방십자인대 재건에서 보고되고 있고 그 결과들도 3년에서 최고 10년 이상의 추시된 결과들이 보고되고

있다. 그 외 후방십자인대, 내측인대, 외측인대, 그리고 후 외측 슬관절 인대를 재건 또는 보강하는 술식이 간헐적으로 보고되고 있다<sup>8)</sup>.

최근 들어 슬관절 주위의 인대손상에 대한 많은 논란은 전방십자인대에서 후방십자인대로 전환되었다. 전방십자인대 재건술에 대한 많은 이견이 좁혀진 반면, 상당한 빈도를 차지하지만 많이 보고되지 않은 후방십자인대 손상과 치료에 대한 기술과 그 처치 및 재건에 대한 논란이 많이 보고되고 있다. 특히 그 중에서도 후방십자인대 손상 후 재건에 대한 생역학, 대체이식건, 고정위치, 그리고 고정방법 등에 대해 현재 다양한 임상경험이 보고되고 있는 상태이며, 장기간 추시가 이루어질 때까지 논란은 계속될 것으로 사료된다. 본 논문은 현재 주목을 받고 있는 동종이식건을 이용한 대퇴골의 이중 고리 술식의 후방십자인대 재건술후의 결과에 대한 예비보고 및 술식을 보고하고자 하였다.

## 연구 대상 및 방법

### 1. 연구 대상

1999년 5월부터 2000년 7월까지 본원 정형외과학 교실에서 수술한 후방십자인대 손상 환자 8명을 대상으로 하였다(Table 1). 이들은 모두 두개의 동종 아킬레스건 다발을 이용하여 대퇴골측은 대퇴골 이중 터널(dual femoral tunnel) 방법으로 이식건을 흡수성 간섭나사못으로 고정하였고, 경골측은 한 개의 터널로 통과된 이식건을 각각 신전과 굴곡위치에서 격쇄로 고정하는 관절경적 후방십자인대 재건술을 시행하였다. 수술 후 1년 이상 추시 관찰하였으며, 수술결과를 Lysholm Knee Score와 KT-2000 관절계측기를 이용한 도수 전위 검사법으로 건측과 비교하여 안정성 여부 및 기능을 평가하였다.

### 2. 수술 방법

전신 또는 척추 마취하에서 환자를 양와위로 눕혀 지혈대를 착용시킨 후, 양측다리를 수술대에서 90°이상의 각이 나오게 떨어뜨린다. 슬관절의 불안정성에 대한 이학적 검사를 다시 한번 시행한 뒤 관절경 검사를 실시하여 슬관절의 전반적인 구조의 손상 여부와 후방십자인대 손상을 확인한다. 이때 반월상 연골판이나 다른 슬관절 구조물의 이상이 있으면 이들을 치료하는 것을 원칙으로 하였다.

#### 1) 이식건의 준비

이식건은 KBB(Korea Bone Bank) 수입상을 통해 20-35세의 사이의 신선 냉동법으로 처리된 동종 아킬레스건을 사용하였다. 이식건은 우선 골 연결부위(중골부)를 두개의 8x8x25 mm크기로 골 연결 다발을 만들고 두가닥으로 계속 분리한 후 끝은 두가닥을 매듭을 지어 약 10 mm 두께의 건을 형성하여 Y자 모양이 되게 하되 양 다발의 길이가 충분하여 대퇴골 고정 후에 경골터널 입구에서 두가닥으로 나오게 할 수 있도록 하였다. 이는 경골에 고정시 슬관절의 신전 및 굴곡 상태에서 이식건의 긴장도를 다르게 하기 위함이다(Fig. 1).

#### 2) 대퇴골 터널

관절경하에 슬관절을 80°굴곡시킨 상태에서 후방십자인대를 과간 절흔(intercondylar notch)으로 부터 제거하였다. 그 일부를 남겨 전체적인 대퇴골부의 죽문을 파악한 후 보다 근위부에 전외측 다발이 위치하는 터널을 위해 12시 방향에 top of roof 및 후방관절 연골(posterior articular cartilage)로 부터 13 mm 떨어진 지점에 awl 로 입구를 만들었다. 그 후 보다 원위부에 후내측 다발이 위치하는 터널을 위해 3시 혹은 9시 방향에 top of roof 로 부터 20 mm, 후방 관절 연골로부터 8 mm 떨어진

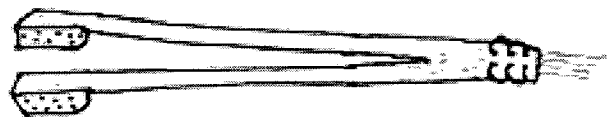


Fig. 1. (A) Achilles allograft before preparation, (B) Schematic drawing of Achilles allograft after preparation.

어진 위치에 입구를 만든다. 허부 전외방 portal을 통해 8 mm blade dilator을 삽입하여 먼저 표시한 대퇴골 터널 입구에 도달하여 입구를 실린더 형으로 만든다(Fig. 2).

3) 경골측 준비

관절경하에 후방십자인대 경골 drill guide protector를 전내방 portal을 통해 삽입한 후 경골 고평부에서 1 cm 하방에 고정 시키고 후내측 portal을 통해 정위치에 있는지 확인한다. 경골 터널의 입구는 경골결절의 바로 내측부에 있으며 이 부분을 통해 2.4 mm K-강선을 삽입하여 먼저 위치한 protector의 중앙에 오도록 한다. 이 때

삽입 각도는 60-70도 정도가 되도록 한다. 그 후 tibial drill guide를 중심으로 transtibial tube saw를 이용하여 지름 1 cm의 터널이 될 때까지 연골 하골을 제거한다. 또한 일부 남아있던 후방십자인대를 제거한 후 터널입구의 변연부를 부드럽게 하여 이식건의 통과를 용이하게 하고, 이식건의 손상을 방지하도록 한다(Fig. 3). 동반된 후외방 불안정의 경우에는 corner sling technique을 사용하여 보강술을 시행하였다”.

4) 이식건의 고정

Beath pin의 끝부분에 이식건의 대퇴골부(건-골 연결

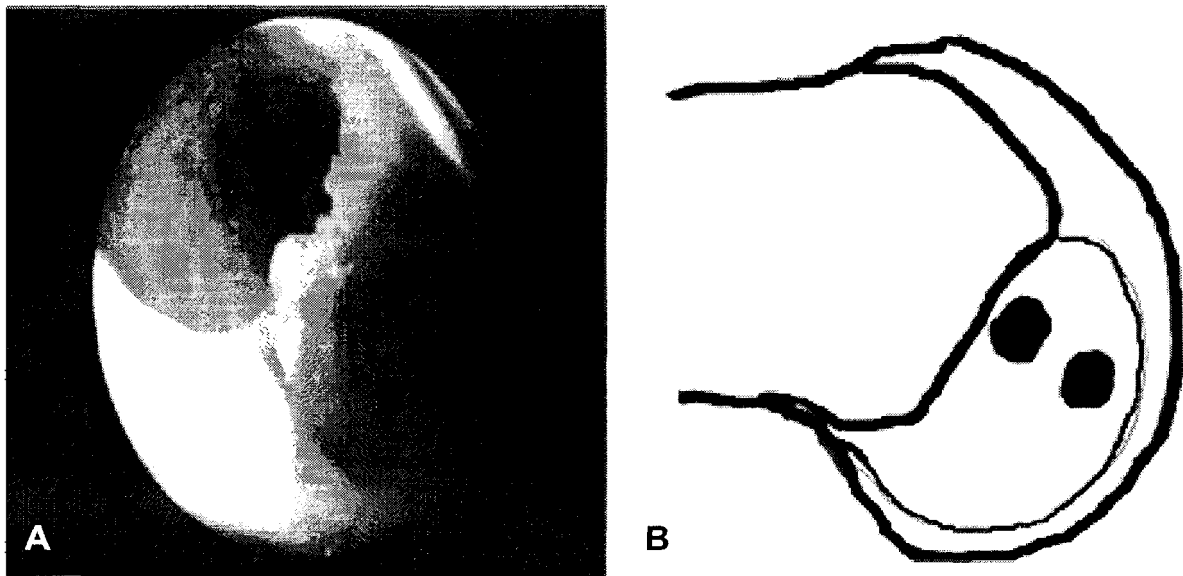


Fig. 2. (A) Position of the femoral two tunnel view through the arthroscopic portal, (B) The entrance of femoral tunnels.

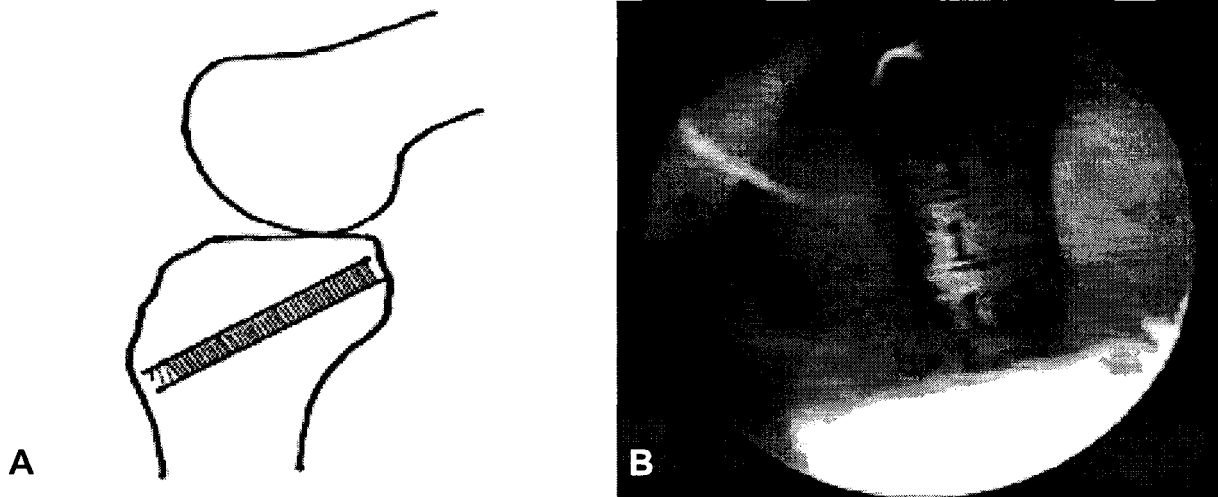


Fig. 3. (A) Position of the tibial tunnel and its angle, (B) Guide is inserted through the arthroscopic portion, over the posterior border of the tibial plateau.

부)를 비흡수성 실을 이용하여 고정시킨 후 beath pin을 전외방 porta를 통해 미리 준비하였던 대퇴골부 터널로 통과시킨다. 이식건이 정확히 대퇴골부 터널안에 위치함을 관절경을 이용하여 확인한 후 흡수성 간섭 나사못으로 각각 고정시킨다. 그 이후 경골부 터널로 철사 고리를 통과시킨 후 전외방 porta를 통해 삽입한 이식건 경골부의 비흡수성 실을 철사 고리에 연결하여 경골부 터널로 통과시킨다. 경골을 통과한 이식건의 두 가닥은 슬관절의 굴곡 및 신전의 위치에 따라 긴장을 주면서 고정하는데 후방십자인대 이식건의 후내측 다발을 슬관절의 0-30도 신전상태에서 긴

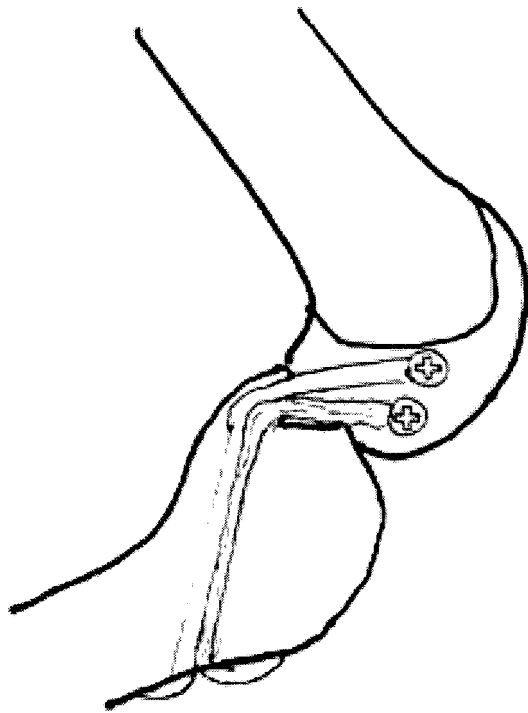


Fig. 4. Final reconstruction of the double bundle PCL and its fixations with the interference screw.

장정도를 느끼면서 꺾개를 이용하여 이식건을 고정시킨다. 고정 후 슬관절이 완전히 신전되는지를 확인한 다음 70-90도로 슬관절을 굴곡시킨 후 이식건의 전외측 다발에 긴장을 주면서 마찬가지로 꺾개를 이용하여 경골부를 고정시킨다(Fig. 4). 그 후 관절경하에 충돌(impingement)나 이완(laxity)이 있는지 확인하고 경골부의 두 다발을 방향전환을 하여 꺾개로 같이 고정하였다. 마지막으로 굴신운동, Lachman test, 후방전위검사법(posterior draw test), 및 후방 전위 장후(posterior sag sign)등을 통하여 안정성을 검사 하였다.

5) 수술 후 재활치료

수술 직후 슬관절이 완전한 신전 상태에서 장하지 부목으로 고정하였고 술 후 1일부터 대퇴사두근 강화운동 및 직거상운동을 실시하였다. 술 후 1주일째 경골 근위부가 후방으로 처지는 것을 방지하는 보조기(posterior tibial support brace)를 착용 시켰으며 closed chain 슬관절 굴신운동 및 복와위에서의 슬관절 굴신 운동을 추가하였다. 술 후 6주까지는 부분적 체중부하만 허용하였고 술 후 6주 후부터 완전 체중부하를 허용하였다.

결 과

1. 슬관절 운동 범위

총 8례의 환자에서 모두 전측과 동일한 슬관절 운동 범위를 보였다.

2. Lysholm knee score

술 전 총 8례의 환자에서 Lysholm knee score는 평균 54점으로 측정되었으나 술 후 다시 측정한 score는 84.3으로 향상된 소견을 보이고 있었다.

Table 1. Summary of cases.

Case No	Age/Sex	Cause of Injury	Site	Combined Injury
1	40/M	T.A.	Lt	PLR+Tibia condyle Fx
2	19/M	Fall down	Rt	Femur and Tibia Fx, ACL inj
3	30/M	Slip down	Lt	PLR+Discoid LM
4	20/M	Belt injury	Lt	Dislocation
5	23/M	T.A.	Lt	None
6	25/M	Slip down	Rt	Dislocation
7	50/M	T.A.	Lt	None
8	19/M	Foot ball	Lt	ACL

### 3. 불안정성

모든 레에서 술 전 이학적 검사상 불안정성 및 도수 최대 전위 검사법 (KT-2000 관절 계측기)상 10 mm 이상의 전측과의 전위차이가 관찰 되었다. 술 후 이학적 검사상 신전 및 90도 굴곡 상태에서 이완을 보이지 않았고, 최대 전위 검사법상 정상측과 3 mm 이내의 차이를 보였다. 다만 이식건의 과열이 있었던 1레에서는 최대 전위 검사법상 정상측에 비해 10 mm 이상의 전위차이를 보이고 있었다.

## 고 찰

후방십자인대는 평균길이 약 38 mm이며, 폭은 13 mm로 전방십자인대보다 약간 두꺼우며, 대퇴골의 기시부의 형태가 반원 형태(semi-circular shape)로 장축의 길이는 32 mm 이고, 관절면에 평행하게 위치하며, 경골 부착부는 관절면 후방 1 cm 하방에 존재하는 함몰된 부위(fovea)에 종지하며 폭은 13 mm 정도에 높이는 20 mm 내외 정도이다<sup>2)</sup>. 인대 기시부가 종지부보다 굵지만, 기시부와 종지부의 단면적은 중간 부위 단면적의 3-4배에 이르며, 강도는 전방십자인대보다 2배 이상 강하다고 알려져 있다. 또한 기능적인 구성 성분상 두 종류의 섬유상 구조를 가진다. 이는 각각의 기시-부착부의 위치에 따라 전외측과 후내측부 다발로 나뉘어지며 전외측부는 대퇴 내과의 기시부에서 좀더 전방으로, 경골후면의 부착부에서는 좀더 외측에 위치하며, 슬관절 굴곡 시 긴장된다. 반면 후내측부 다발은 대퇴 내과의 기시부에서 좀더 후방으로, 경골후면의 부착부에서 좀더 내측에 위치하며, 슬관절 신전 시 긴장된다. Craig 등<sup>1)</sup>은 인공관절 전치환술을 시행한 20례의 슬관절에서 두 개의 대퇴다발의 해부학적인 위치에 대해 언급하였으며 이러한 해부학적 및 기능적 특성 때문에 후방십자인대 손상 후 후방십자인대 재건술에 있어서 걱정 대퇴골의 터널점에 대한 논란은 계속되고 있는 실정이며 이는 특히 후방십자인대의 넓은 대퇴골 부착부위 때문에 단일 다발 재건 시 완전한 해부학적 및 기능적인 회복이 어려움을 알 수 있다. 또한 단일 등장점(isometric point) 재건은 연구 결과 슬관절의 생리적인 요소에 부합하지 않는 것으로 보고되고 있다. 이는 보통 슬관절 굴곡 60도에서 이식된 후방십자인대의 적정 긴장도가 결정되기 때문에 신전 시는 과긴장하는 반면 60도를 넘는 굴곡에서는 느슨해지는 단점이 있었다. 그 외 단일 다발 재건은, 즉 전외측(aPC) 또는 후내측(pPC) 다발, 슬관절 굴신 운동 시 전자는 60도 이상에서 후자는 60도 이내에서 후방 이완(laxity) 전이되는 단점이 있다<sup>3)</sup>. Race & Amis<sup>4)</sup>는 이중 터널을 이용한 좀더 생리적인 두 개의 bundle을 모두 재건해주는 것이 후방십자인대의 정상적인 생리역학을 모두 회복시켜

준다고 보고하였으며 Andreas 등<sup>5)</sup>역시 두 개의 다발을 모두 재건하는 것이 한 개의 다발을 이용한 재건술보다 생역학적이라 하였다.

동종건 이식은 최근까지 긍정적인 일부 보고에도 불구하고 그 사용이 제한적으로 이용되고 있는 실정이다. 그 주된 사용은 슬관절 탈구에서 다발성인대 손상에서 자가건 재건이 불가능 또는 용이하지 않는 경우, 성장이 멈추지 않은 소아에서의 인대 재건, 연령이 40세 이상, 후방십자인대 재건, 그리고 자가건 이식이 불가능한 경우 등이 주된 적응증이었다.

Goode 등<sup>6)</sup>에 의하면 1984 년 전방십자인대 재건술에 아킬레스 동종건을 사용하였으며 현재까지 상당히 좋은 결과를 보고하면서, 재건 이식물의 종류 보다는 올바른 시술과 이식터널의 적정 위치가 성공된 결과를 보인다고 하였다. Linn 등<sup>7)</sup>도 아킬레스 동종 이식건을 이용한 전방십자인대 재건 후 2년 이상 추시결과 임상적, 관절경적, 그리고 생검적 결과는 모두 양호한 결과를 보이고 있다고 보고 하였다. 그러나 이들은 방사선학적으로 풀터널이 추시 2년동안 넓어지는 것을 관찰하였으며 이것이 전체적인 결과에 어떤 영향을 미칠지는 더 많은 추시가 되어야 한다고 하였고 꼭 필요한 적응증외에는 동종건 이식에 신중을 기여할 것을 권유하였다.

자가 슬개골건을 이용한 슬관절 재건술은 기여부에 대한 병변 즉 동통, 슬개골골절, 슬개건염, 반흔조직형성, 사두근기능의 변화, 그리고 복재신경의 슬하 분지의 손상에 따른 감각저하 등이 올 수 있다. 반면 동종 건은 기여부에 대한 병변은 없으나 공급성(tissue availability), 멸균소독 처리(sterilization), 가격, 자연된 이식건의 융합(delayed graft incorporation), 질병이환(disease transmission), 그리고 장기 추시 긴장력(long-term graft strength)의 약화 등<sup>2,3)</sup> 문제점이 있으며 동종건 이식시 질병이환은 주로 간염과 후천성 면역결핍증에 대한 우려가 높고, 특히 후천성 면역결핍증의 위험도는 160만분의 1정도로 보고하고 있다<sup>8)</sup>.

또한 동종건 이식시 중요시 생각되고 있는 강도와 그 내구성(strength and durability)에 대해 많은 초점이 주어지고 있으며 현재 동종이식이 비교적 보편화된지 10-15년되었지만 대규모의 전향적 연구는 보고 되고 있지 않으며, 동종건을 이용한 전방 십자인대 재건술 후 5년이상 추시되어 보고 되고 있는 실정이다<sup>9)</sup>. 현재까지 4-5년 이상 추시된 동종건을 이용한 전방십자인대 재건술은 만족할 만한 결과를 보이고 있으며 특히 자가건이식과 비교할 만한 좋은 결과를 보여주고 있다<sup>10)</sup>. 하지만 Shino 등<sup>6)</sup>과 Jackson 등<sup>7)</sup>은 동종건에서 자가건보다 훨씬 늦은 이식물의 융화와 성숙(incorporation and maturity)를 보인다고 보고 하였고 이는 결과적으로 자가건 보다는 술 후 재활치료 시 좀더 많은 기간의 보호가 필요할 것을 예측할 수 있었으며 본 연구에서도 한 레(이식건의 과열)가 불충분한

보호로 인한 합병증을 나타냈다.

이에 본 저자들은 동종건이식을 이용한 후방십자 인대 재건술을 시행하였으며, 그 재건술은 좀더 해부학적 및 생리역학적으로 부합되는 대퇴골 이중 터널을 만들어 주어 생체와 가장 가까운 기능을 하게 하였다. 실제적으로 이런 이중 터널은 후방십자인대 재건술 후 볼 수 있었던 한 각도에서 슬관절 이완과 다른 각도에서의 지나친 긴장을 최소화 할 수 있어 좀더 생리적임을 알 수 있었다. 앞으로 장기적인 추시 후 그 결과가 주목된다.

### 결 론

1999년 5월부터 2000년 7월까지 8명의 후방십자인대 손상환자에 대해 아킬레스 동종이식건으로 만든 두 개의 건을 이용한 후방십자인대 재건술을 시행 후 1년 이상 추시 결과 이식건의 파열을 보였던 1례 외에는 이학적 검사 및 최대 도수 전위 검사법상 슬관절의 불안정성을 나타내는 환자는 없었다. 또한 슬관절 운동 시 모든 각도에서 지나친 긴장이나 이완을 볼 수 없었다. 이에 동종건을 이용한 대퇴골의 이중 터널 이중 다발 재건은 보다 생역학적이며 효과적인 술식으로 사료되나 향후 장기 추시에 따른 결과가 필요하리라 생각되어진다.

### REFERENCES

- 1) Aronowitz ER, Ganley TJ, Goode JR, Gregg JR, and Meyer JS : Anterior Cruciate ligament reconstruction in adolescents with open physes. *Am J Sports Med*, 28(2):168-75, 2000.
- 2) Shelton WR, Papendick L, Dukes AD : Autograft versus allograft anterior ligament reconstruction. *Arthroscopy*, 13:446-449, 1997.
- 3) Jackson DW, Corsetti J, Simon TM : Biologic incorporation of allograft anterior cruciate ligament replacements. *Clin Orthop*, 324:126-133, 1996.
- 4) Buck BE, Malinin TI, Brown MD : Bone transplantation and human immunodeficiency virus. *Clin Orthop*, 240:129-136, 1989.
- 5) Peterson RK, Shelton WR, Bomboy AL : Allograft ver-

- sus autograft patellar tendon anterior cruciate ligament reconstruction: A 5year follow up. *Arthroscopy*, 17:9-13, 2001.
- 6) Shino K, Inoe M, Horibe S, et al : Reconstruction of the anterior cruciate ligament using allogeneic tendon. *Am J Sports Med*, 18:457-465, 1990.
- 7) Jackson DW, Grood ES, Goldstein JD, et al : A comparison of patellar tendon autograft and allograft used for anterior cruciate ligament reconstruction in the goat model. *Am J Sports Med*, 21:176-185, 1993.
- 8) Noyes FR, Barber-Westin SD, Butler DL, Wilkins RM : The Role of Allografts in Repair and Reconstruction of knee joint ligaments and menisci. *Inst Course Lect*, 47:379-396, 1998.
- 9) Linn RM, Fischer DA, Smith JP, Burstein DB, and Quick DC : Achilles tendon allograft reconstruction of the anterior cruciate ligament-deficient knee. *Am J Sports Med*, 21:825-831, 1993.
- 10) Race A and Amis AA: PCL reconstruction : In vitro biomechanical comparison of 'isometric' versus single and double-bundled anatomic' grafts. *J Bone Joint Surg*, 88-B:173-179, 1998.
- 11) Albright JP and Brown AW : Management of chronic posterolateral rotatory instability of the knee: Surgical technique for the posterolateral corner sling procedure. *Inst Course Lect*, 47:369-378, 1998.
- 12) Girgis FG, Marshall JL, and Al Monajem ARS : The cruciate ligaments of the knee joint. Anatomical, functional and experimental analysis. *Clin Orthop*, 106:216-231, 1975.
- 13) Levitt RL, Malinin T, Posada A, and Michalow A : Reconstruction of anterior cruciate ligaments with bone-patellar tendon-bone and achilles tendon allografts. *Clin Orthop*, 303:67-78, 1994.
- 14) Craig DM, Victor RK and Daniel MG : The anatomic origin of the posterior cruciate ligament: Where is it? Reference landmarks for PCL reconstruction. *Arthroscopy*, 13:325-331, 1997.
- 15) Andreas CS, Norbert PS and Andreas W : Anatomic double-bundle posterior cruciate ligament reconstruction using hanstring tendons. *Arthroscopy*, 17:88-97, 2001.

## 요약

**목적 :** 후방십자인대 손상과 치료에 대한 기전과 처치 및 재건에 대한 여러 가지 술식이 보고되고 있다. 이에 본 저자들은 후방십자인대 손상 환자에서 이중 고리 아킬레스 동종이식건을 이용한 후방십자인대 재건술을 보고하고자 한다.

**대상 및 방법 :** 1999년 5월부터 2000년 7월까지 본원 정형외과학 교실에서 수술한 후방십자인대 손상 8명을 대상으로 하였다. 이들은 모두 아킬레스 동종이식건으로 만든 두 개의 건 다발을 이용하여 대퇴골측은 대퇴골 이중 터널(dual femoral tunnel) 방법으로 고정하였고, 경골측은 한 개의 터널로 고정하는 관절경적 후방십자인대 재건술을 시행하였다. 수술 후 1년 이상 추시 관찰하였으며, 결과는 Lysholm Knee Score와 KT-2000관절 계측기를 이용한 도수 최대 전위 검사법으로 구축과 비교하여 안정성 여부 및 기능을 평가하였다.

**결 과 :** 후방십자인대 재건술을 시행 받은 8명을 1년 이상 추시한 결과 이식건 파열이 관찰되었던 한례를 제외하고는 불안정성을 보이지 않았다. 술 후 감염 등의 중대한 합병증을 보이는 환자는 없었으며 다만 한 예에서 술 중 이식골의 골절이 있었고 다른 한 예에서 술 후 부적절보호로 인한 이식건의 파열을 관찰할 수 있었다.

**결 론 :** 후방십자인대 손상에 대한 아킬레스 동종이식건으로 만든 두 개의 건 다발을 이용한 대퇴골 이중 터널 고정술은 이전의 방법들에 비해 생역학적으로 안정적인 방법으로 간주되거나 보다 장기적인 추시 관찰 결과가 필요할 것으로 사료된다.

**색인단어 :** 후방십자인대, 재건술, 아킬레스 동종이식건