

Bölüm 27

SÜNNET ENDİKASYONLARI VE DİKKAT EDİLMESİ GEREKEN DURUMLAR

Ali SEZER¹

GİRİŞ

Prepisyumun cerrahi olarak çıkarılması olarak tariflenen sünnet işlemi yüzyıllardır dini veya kültürel amaçlarla uygulanmaktadır. Dünya genelinde erkeklerin yaklaşık %37-39 kadarının sünnetli oldukları tahmin edilmektedir (1). Ülkemizde önceleri yardımcı sağlık personelleri sünnet yapabiliyorken, güncel durumda Sağlık Bakanlığı'nın yayınladığı genelge ile sadece hekimlerin sünnet yapabilme yetkisine sahip olduğu bildirilmiştir (2). Klinik pratikte ise genellikle üroloji, çocuk cerrahisi ve çocuk ürolojisi uzmanları tarafından gerçekleştirilir.

Ülkemizde sünnet, talebi fazla olduğundan yukarıda bahsedilen uzmanlık alanlarının bu talebi karşılayabilmesi, uzmanlık alanlarının gerektirdiği diğer cerrahileri yapamayacak hale gelmeleri anlamına gelmektedir. Bu nedenlerle pratisyen hekimler ve diğer branş hekimlerince de sünnet yapılabilmektedir. Bu konuda özelleşmiş merkezlerin sayısı giderek artmaktadır. Çocuk ürolojisi günlük pratiğinde sünnet sırasında farkedilmeyen ek patolojisi olan, sünnet yapılmaması gereken durumlarda sünnet yapılan ya da uygun olmayan cerrahi teknik nedeniyle gelişen komplikasyonları olan hastaları giderek artan sıklıkta görmekteyiz. Bu gibi üzücü durumlarla daha az karşılabilmek amacıyla sünnetin tıbbi endikasyon/kontrendikasyonları, komplikasyonları ve hangi durumlarda ilgili branş hekimine sevk edilmesi gerekliliği gibi konuların bu bölümde tartışılması amaçlanmıştır.

A. ENDİKASYON VE KONTRENDİKASYONLAR

Sünnet ülkemizde genellikle dini ve geleneksel amaçlarla yapılmaktadır. Operasyon için en uygun yaş dönemi tartışmalıdır. Tıbbi endikasyonlar hariç 2-6 yaş arası fallik dönemde çocuğun cinsel ve psikolojik gelişimini olumsuz etkileyebileceği düşünüldüğünden bu yaş grubunda yapılması önerilmez. Çoğu ülkede yenidoğan

¹ Uzm. Dr., Konya Şehir Hastanesi Üroloji Kliniği, e-posta: alisezer21@gmail.com

döneminde lokal anestezi ile yapılmaktadır. Daha büyük yaşlarda anestezi altında yapılması komplikasyonları bertaraf etmek için önerilir.

Sünnetin hayatın ilk 2 yılında alt üriner sistem enfeksiyonu oranlarını azalttığı bildirilmiştir (3). Penis kanseri erkeklerde her ne kadar nadir görülen bir malign tümör olsa da sünnet ile bu olasılık önemli oranda ortadan kaldırılabilir (4). Sünnet ile penis cildi ve prepişyumun inflamatuvar ve enfektif hastalık risklerinin daha az görüldüğü bildirilmektedir (5). Cinsel yolla bulaşan bazı hastalıkların sünnetlilerde daha az oranda görüldüğü bildirilmektedir (6). Bu nedenle Afrika ülkelerinin bazılarında HIV⁷ den korunmak için sünnet programları yürütülmektedir. Sünnetin yukarıda sayılan faydaları çoğu ülkede sünnet endikasyon olarak kabul edilmemekte ve sünnet sosyal güvenlik geri ödeme kapsamında bulunmamaktadır. Avrupa Çocuk Ürolojisi kılavuzuna göre sünnetin az sayıda gerçek tıbbi endikasyonu bulunmaktadır. Kılavuzda dini ve geleneksel amaçlı sünnet konusuna değinilmemektedir. Çocuk ürolojisi açısından sünnet; konjenital bir üropatisi olan hastada (yüksek vezikoöretal reflü, posterior üretral valv, megaüreter gibi) endikedir (7).

Fizyolojik fimozis, yenidoğan döneminde normal bir bulgudur. Görülme sıklığı puberteye kadar kademeli olarak azalarak puberte öncesi

%1 oranına kadar geriler (8). Patolojik olan fimozis rekürren postit, travma, prepişyumun zorlayarak retrakte edilmek istenmesi gibi durumlardan sonra gelişebilir. Fizyolojik olanın aksine spontan olarak gerilemez. Steroid kremler denenebilir. Patolojik fimozis sünnetin göreceli bir endikasyonudur. Bu nedenle çocuklarda prepişyumun zoraki retraksiyonundan kaçınılmalıdır. Balanitis xerotica obliterans (liklen sklerozis), fimozis ile gelen çocuklarda fark edilebilen skarlı kronik inflamatuvar bir hastalıktır. Şüphe var ise çocuk ürolojisi uzmanına yönlendirilmesi uygun olacaktır.

Tekrarlayan üriner sistem enfeksiyonları, balanopostit, parafimozis diğer sünnet endikasyonları olarak sıralanabilir. Parafimozis, retrakte edilen prepişyumun oluşan dar halka nedeniyle skistandan tekrar eski pozisyonuna getirilememesidir. Prepişyum dolaşımı bozulacağından nekroz riski mevcuttur. Çocuk ürolojisi / üroloji/ çocuk cerrahisi uzmanlarına danışılması gereken acil bir durumdur.

Smegma prepişyum içinde sıkışan deskuamöz epitel hücrelerinden oluşur. Kist benzeri görünüm alabilir, pürülan akıntı ile karışabilir. Cerrahi bir endikasyon değildir. İşerken sünnet derisinin balonlaşması da sık görülen bir durumdur. Fimotik ring var ise steroid kremler uygulanabilir. Bir diğer benign patoloji olan belirgin frenulumda ise aileler frenulumu aşına olmadıklarından peniste yapışık-

lık veya cilt köprüsü gibi patolojik durumlarla karıştırıp endişe edebilirler. Benign olan bu durumlarda başvuran aileler bilgilendirilmelidir ve sünnet tıbbi endikasyonlarından olmadığı paylaşılmalıdır.

Akut lokal enfeksiyonlar, konjenital penil anomaliler (hipospadias, gömülü penis, penil torsiyon, konjenital kurvatür gibi), tedavi almayan koagülapatilerde sünnet kontrendikedir. Özellikle prepisyumun rekonstrüksiyonda kullanılması gereken durumlarda sünnetin yapılmayıp hastaların çocuk ürolojisi uzmanlarına yönlendirilmesi gerekmektedir. Sünnet öncesinde hastaların testisleri mutlaka muayene edilmelidir. Çoğu hastada inmemiş testis tanısı sünnet öncesi yapılan muayenede tanı konmaktadır. İnmemiş testis şüphesi olan hastaların da çocuk ürolojisi uzmanına yönlendirilmesi gerekmektedir.

B. KOMPLİKASYONLAR

Sünnet sonrası hastalar erken dönemde kontrole çağırılarak yara yeri kontrolü yapılmalıdır. Sünnet komplikasyonları %0-30 arası değişken oranlarda bildirilmektedir (9). Bu değişkenlik bazı komplikasyonların geç dönemde ortaya çıkması nedeniyle bildirilmemesinden kaynaklanabilir. Amerika Birleşik Devletlerinde her yıl bir yenidoğan çocuğun sünnet sonrası kanama nedeniyle öldüğü bildirilmektedir (10). Sünnetin fayda ve komplikasyon riskleri tartıldığında bazen aileler için karar vermek güçleşmektedir. Aileler erken ve geç dönem komplikasyonlar hakkında mutlaka bilgilendirilmelidir.

Komplikasyonların çoğundan uygun cerrahi teknik (simetrik, yeterli miktarda cilt eksizyonu, yeterli kanama kontrolü), ve postoperatif yara bakımı ile kaçınılabılır. Şişlik ve kızarıklıklar penil cerrahi sonrası sık görülür ama genellikle ilk 1 hafta içinde kendi kendine gerilerler.

Kanama genellikle hafif baskılı pansuman ile kontrol altına alınabilir. Ancak nadiren kan transfüzyonu ve/ veya ek cerrahi girişim gerekebilir. Bazı kanama bozuklukları (faktör13 eksikliği gibi) sünnet sonrası kanama ile tanınabilir. Sünnet temiz cerrahi kategorisinde değerlendirilir ve profilaksi gerektirmez ve sünnet sonrası enfeksiyon çok nadirdir ancak düzgün tedavi edilmezse sepsise giden enfeksiyonlar olabilir.

Üretra ve glans yaralanmalı uygun olmayan cerrahi teknikler nedeniyle oluşabilir, nadir görülür. Meydana gelirse mutlaka çocuk ürolojisi uzmanına yönlendirilmelidir. Cildin aşırı veya yetersiz kesilmesi tatminkar olmayan görünümünü yanı sıra skatris oluşumu, gömülü penis (tuzaklanmış panis) veya ağırlı ereksiyon gibi durumlara sebep olabilirler. Peniste yapışıklıklar ve cilt köprüleri meydana

gelebilecek komplikasyonlardır ve lokal veya genel anestezi altında düzeltilebilirler. Adezyonlardan kaçınmak için glansın tamamen görülebilir hale getirecek nazik retraksiyonlar önerilebilir. Mea darlığı meydana gelebilecek ciddi komplikasyonlardandır ve farkedildiğinde çocuk ürolojisi uzmanına yönlendirilmelidir.

C. YENİDOĞAN VE ERİŞKİN SÜNNETİ, ALTERNATİF TEDAVİLER

Sünnet işlemi çoğunlukla yenidoğanda bu döneme özel tasarlanmış aletlerle yapılır. Yenidoğan sünnetini destekleyen ve aleyhinde çok sayıda çalışma mevcuttur. Hayatın ilk haftalarında anne sütü ve lokal anestezi ile gerçekleştirilebilir. Düşük doğum ağırlığı, küçük penis boyu, kanama diatezi, konjenital penil anomali varlığında yapılması ertelenmelidir. Erişkin dönemde sünnet elektif bir prosedürdür, genel anestezi altında yapılması önerilir. Yenidoğandan farklı olarak özer tasarlanmış cihazlardan daha çok cerrahi sünnet tercih edilir.

Sünnet olmak istemeyen ancak sünnet endikasyonu olan hastalar çocuk ürolojisi uzmanına yönlendirilmelidir. Fimozisi olan hastalarda alternatif olarak dar ring çıkarılıp, kısmi sünnet ve prepusyoplasti uygulanabilir. Tekrar fimozis gelişmemesi için düzenli retraksiyon yapılması önerilir. Parafimozisi olanlarda dar band altına hyalüronidaz enjeksiyonu veya %20 mannitol yardımcı olabilir (11). Bu manevralar başarısız olursa dorsal insizyon ile ring rahatlatılabilir. Sünnet olmak istemeyen ailelere her ne kadar kanıta dayalı olmasa da genel önerilerde bulunulmalıdır. Vücudun geri kalanında olduğu gibi prepisyum temizliğinde nazikçe sabun ve su kullanımı önerilir. Prepisyumun zorlu retraksiyonundan kaçınılmalıdır. Retraksiyon yapılanlarda parafimozisten kaçınılması için tekrar eski durumuna getirilmesi gerekmektedir.

KAYNAKÇA

1. Morris, B.J., et al. Estimation of country-specific and global prevalence of male circumcision. Popul Health Metr. 2016. 14: 4. 2.<https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=1219&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=3>
2. Shaikh N, Morone NE, Bost JE, Farrell MH. Prevalence of urinary tract infection in childhood: a meta-analysis. Pediatr Infect Dis J. 2008;27(4):302-8
3. Larke NL, Thomas SL, dos Santos Silva I, Weiss HA. Male circumcision and penile cancer: a systematic review and meta-analysis. Cancer Causes Control. 2011;22(8):1097-110
4. Fergusson DM, Lawton JM, Shannon FT. Neonatal circumcision and penile problems: an 8-year longitudinal study. Pediatrics. 1988;81(4):537-41
5. Gray RH, Kigozi G, Serwadda D et al. Male circumcision for HIV prevention in men in Rakai, Uganda: a randomised trial. Lancet. 2007;369(9562):657-66
6. EAU Pediatric Urology Guidelines , 2022
7. Oster J. Further fate of the foreskin. Incidence of preputial adhesions, phimosis, and smegma among Danish schoolboys. Arch Dis Child. 1968;43(228):200-3

Güncel Genel Cerrahi Çalışmaları III

8. Weiss, H.A., et al. Complications of circumcision in male neonates, infants and children: a systematic review. BMC Urol, 2010. 10: 2.
9. Wiswell TE, Geschke DW. Risks from circumcision during the first month of life compared with those for uncircumcised boys. Pediatrics. 1989;83(6):1011-5
10. Anand, A., et al. Mannitol for paraphimosis reduction. Urol Int, 2013. 90: 106.