

Çocuk hekimleri için sünnet bilgileri

Circumcision information for pediatricians

Selami Sözübir

Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, Çocuk Ürolojisi Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Özet

Sünnet, dünyada sadece en sık yapılan ufak cerrahi girişimlerden biri değil aynı zamanda en çok tartışılan cerrahi girişimdir. Bugün dünyada neredeyse dört erkekten biri tıbbi ya da tıbbi olmayan nedenlerle sünnet olmaktadır. Bu makalede ülkemizde de çok yaygın olarak yapılmakta olan sünnet ile ilgili son bilgiler incelenerek özetlenmesi amaçlanmıştır. (*Türk Ped Ars 2010; 45 Özel Sayı: 100-3*)

Anahtar kelimeler: Sünnet

Summary

Circumcision is not only one of the most frequently undertaken surgical procedure, it is also one of the most challenging subject globally. Today, approximately one in four men is circumcised globally for medical or non-medical reasons. In this paper, we aimed to summarize the latest knowledge about the circumcision which was done widely in our country. (*Turk Arch Ped 2010; 45 Suppl: 100-3*)

Key words: Circumcision

Giriş

Sünnet, glans penisi saran prepisyum ya da sünnet derisi denen içi mukoza kaplı deri parçasının kesilerek çıkarılması demektir. Bu işlem dünya tarihinde muhtemelen üzerinde en çok tartışılan, en eski cerrahi müdahalelerden biridir (1). Sünnet, öncelikle dünyanın belirli bölgelerinde dini ve kültürel inançlar sebebiyle yapılırken bazen de tıbbi amaçlarla belirli endikasyonlarda ya da tıbben yararlı olduğu düşünülerek yapılmaktadır (2).

Bu makalede ülkemizde de çok yaygın olarak yapılmakta olan sünnet ile ilgili son bilgilerin literatür ışığı altında incelenerek özetlenmesi ve özellikle sünnet ile ilgili tartışma konularının irdelenmesi amaçlanmıştır.

Tarihçe

Sünnet bir cerrahi girişim olarak ilk kez yaklaşık 6 bin yıl önce, Eski Mısır dönemine ait Ankh-Mahor tapınağındaki duvar kabartmasında tarif edilmiştir (Resim 1) (1). Daha sonra Museviler “bris-milah” adını verdikleri dini

törenle çocuklarını sünnet etmeye başladılar. Benzer şekilde sünnet tüm İslam dünyasında da dinsel amaçlı olarak uygulanmaya başlandı. Ayrıca, Afrika ve Avustralya’da bazı kabilelerde ise sünnet geleneksel olarak uygulanıyordu.

Tıbbi nedenlere yapılan sünnetin ilk başlangıcı ise 19. yüzyıldadır. 1891 yılında Remondino sünnetin tıbben yararlı bir girişim olduğunu vurgulayarak alkolizm, epilepsi, astım, enüresis, fitik ve gut gibi bazı hastalıklardan korunmada etkin olduğunu öne sürmüştür (3). Bu şekilde 20. yüzyılın ilk yarısına kadar genellikle sünnet lehinde çıkan araştırmalar özellikle İngilizce konuşan ülkelerde tıbbi sünnetin, sıklıkla yenidoğan döneminde yapılmak üzere yaygınlaşmasına neden oldu (2).

1949 yılında Gairdner yazdığı makalede rutin sünneti sorgulayarak sünnet derisinin özellikleri ve önemini vurguladı (4). Bu makaleden sonra ise sırasıyla İngiltere, Kanada ve ABD’de Çocuk Hastalıkları Dernekleri rutin sünneti tavsiye etmekten vazgeçtiler (2). Sünnet oranları bu ülkelerde belirgin olarak düştü. Ancak özellikle sünnetin çocuklarda idrar yolu enfeksiyonlarını (İYE) belirgin olarak düşürdüğü-

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Selami Sözübir, Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, Çocuk Ürolojisi Bilim Dalı, Devlet Yolu, Ankara Caddesi, No: 102-104, Kozyatağı Tr-34750 ,İstanbul, Türkiye
Tel.: +90 216 578 40 00 Faks: +90 216 469 37 96

Türk Pediatri Arşivi Dergisi, Galenos Yayinevi tarafından basılmıştır. / Turkish Archives of Pediatrics, published by Galenos Publishing.

nün gözlenmesi ile 1989 yılında Amerikan Çocuk Hastalıkları Akademisi yeni bir bildirgeyle daha çok kararı aileye bırakan daha tarafsız bir konum almıştır (5). Bugün, dünyadaki erkeklerin nerdeyse dörtte biri tıbbi nedenlerle ya da geleneksel, dinsel yani tıbbi olmayan nedenlerle sünnet olmaktadır (6).

Sünnet endikasyonları

Penisin normal anatomisinde sünnet derisi, glans penisini ortaya çıkaracak kadar geri çekilebilmelidir. Eğer sünnet derisi normal olarak geri çekilemiyorsa bu fimosis olarak adlandırılır (7). Ancak, yenidoğan bebeklerin çoğunluğunun penisi fimotiktir. Aralıklı ereksiyonlar ve iç epitelin keratinizasyonu ile sünnet derisi çocukluk çağında zamanla geri çekilebilir hale gelerek fimosis ortadan kalkabilir (8). Nitekim, 3 yaşına ulaşıldığında fimosis oranını %10'a, 6 yaşında %8 ve 16 yaşında %1'e düşer (9). Bu yüzden çocukluk dönemindeki fimosisi fizyolojik ve patolojik olarak ikiye ayırmak gerekir. Patolojik ya da diğer deyişle edinilmiş fimosis neden olan patolojiler, tekrar eden balanitler, balanitis xerotica obliterans ve adhezyonlardır (7). Fizik muayenede sünnet derisi hafif retrakte edildiğinde, sünnet derisi uç kısmı skarlaşmış bir halka görünümünde ise bu patolojik fimosis, normal mukozaya görünümünde ise daha çok fizyolojik fimosis olarak değerlendirilir (Resim 2) (7).

Sünnetin kesin tıbbi endikasyonları, patolojik fimosis, parafimosis, bazı penis travmaları ve çocuklarda tekrarlayan İYE olarak kabul edilmektedir (1-5). Bunun dışında fizyolojik fimosis, çok uzun sünnet derisi, tekrarlayan balanit ve balanopostit ile üriner sisteminde konjenital anomali sünnet için göreceli endikasyonlardır (2,10). Çok merkezli yapılan bir çalışmada veziko üreteral reflü ya da prenatal hidronefroz tespit edilen çocukların sünnet olmayanlarında İYE %63 oranında gözlenirken sünnetlilerde bu oran %19 olarak saptanmıştır (11). Eğer konjenital ürolojik anomali ile doğan çocuk yaşadığı ülke kültürü dahilinde zaten sünnet olacaksa bu çocuklarda bu anomali tespit edildiğinde sünnet de yapılmalıdır.

Sünnetin kontraendikasyonları

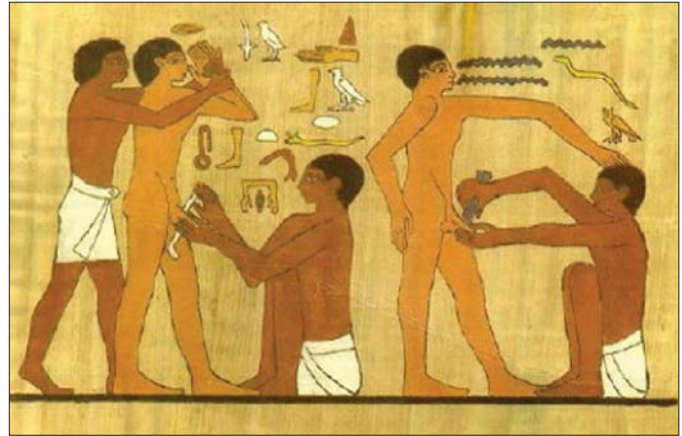
Sünnet, prematüre bebekler, ailede ya da bebekte kanama diyatezi olanlar ve gelecekteki operasyonda sünnet derisinin kullanılabileceği dış genital anomalileri olan bebeklerde yapılmamalıdır. Bu anomaliler hipospadias, epispadias, çökük penis, "webbed penis", megalouretra, kord ve penoskrotal füzyondur (2,7). Özellikle webbed penis ve penoskrotal füzyon rutin muayene esnasında gözden kaçabilir (2,4). Bu anomalilere sahip çocukların rutin sünnet yapılmaları halinde ileride penis için cilt greftlerine gerek duyulabilir. Penoskrotal füzyonlu bir bebekte rutin sünnet yapılması ise yatrogenik çökük penis oluşumuna neden olacaktır.

Komplikasyonlar

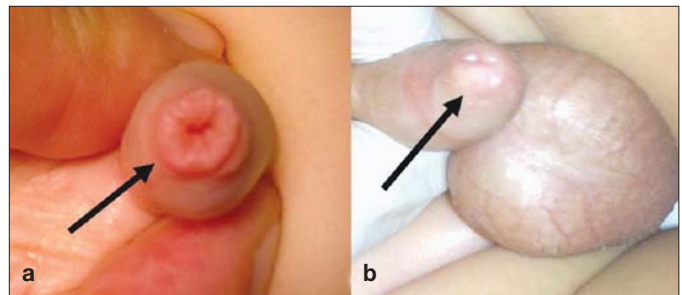
Sünnet, zor olmayan ve rahat tolere edilebilen bir cerrahi girişimdir. Cerrahi işlem standartlarına uyularak yapılan sünnet sonrası mortalite ve morbidite çok düşüktür. Literatürde şiddetli kanama ve nekrotizan fasciitis sonrası kaybedilmiş olgular bildirilmiştir (12,13). Sünnet sonrası komplikasyon oranları ise farklı serilerde %0,2-3 arasında değişmektedir (2). Sünnet sonrası komplikasyonları majör yani yeniden müdahale gerektiren ve minör müdahalesiz düzelebilenler diye ikiye ayırmak gerekir. Tablo 1'de sünnet sonrası oluşabilecek komplikasyonlar belirtilmiştir.

Tartışma

Sünnetin ilk uygulamaya başlandığı yer olarak kabul edilen Kuzey Afrika ve Ortadoğu'da, sünnet derisi içinde biriken kumların epidemik balanite neden olması sünnetin aslında koruyucu bir halk sağlığı önlemi olarak yapılmaya başlandığını göstermektedir (14). Nitekim İkinci Dünya Savaşı esnasında çöllerde savaşan Avustralyalı askerlerin bir kısmının geçirdikleri epidemik balanit nedeniyle sünnet olmak zorunda kalmaları bu gerçeği kanıtlamıştır (15).



Resim 1. Bugün Kahire yakınlarında bulunan Eski Mısır Dönemine ait Ank-Mahor tapınağındaki kabartma sünnetin bilinen ilk cerrahi tasviridir



Resim 2. Fimosis sünnet derisinin geri çekilememesidir. Eğer geri çekilemeyen sünnet derisinin ucu (oklar) normal mukozaya görünümünde ise fizyolojik fimosis (a), skar dokusu biçiminde ise patolojik fimosis (b) olarak değerlendirilmelidir

Bugün sünnetin kabul edilen en önemli faydası çocuklarda İYE riskini azaltmasıdır ve bu fayda özellikle 1 yaş altı çocuklarda daha belirgindir (2,10). Çocuklarda İYE a en sık neden olan fimbriyal E coli glansa değil sünnet derisine tutunur (16). Wiswell ve arkadaşlarının yaptığı çalışmadan itibaren bu konuda birçok çalışma yapılmış ve sünnet olan çocuklarda İYE geçirme oranının olmayanlara göre 10 kat ile 3,7 kat oranında düştüğü saptanmıştır (17,18). Ayrıca, İYE geçiren çocukların %10'unda bakteriyemi ve %3-5'inde menenjit oluşmaktadır (19). Burada vurgulanması gereken sünnetin sadece İYE riskinin azalttığı değil bu enfeksiyona ait önemli ve hayatı tehdit eden komplikasyonları da önlemiş olacaktır.

Sünnet, İYE yanında lokal penis enfeksiyonlarından korunmada da önemlidir. Sünnet olmamış bir çocuğun yapılan çalışmalara göre hayatı boyunca balanit gibi lokal penis enfeksiyonu geçirme oranı %3,5 olarak saptanmıştır (20). Bu oranın sünnetin çok nadir yapıldığı ülkelerden biri olan Finlandiya'da %7,1 olarak saptanması sünnetin koruyucu özelliğini açıkça ortaya koymaktadır (19).

Bugün Dünya Sağlık Örgütü HIV koruma planı içinde rutin sünneti yaygın bölgelerde önermektedir. Sünnet esnasında HIV-1 hedef hücrelerinin yoğun bulunduğu sünnet derisinin iç tabakası çıkarıldığından sünnetli erkeklerin bu enfeksiyonu kapma oranları %60-70 oranında azalmaktadır (16,20). HIV den ayrı olarak seks yoluyla geçen diğer hastalıklar da sünnetli erkeklerde %10 oranında daha az gözlenir (14). Human Papilloma Virüs (HPV) en sık gözlenen seks yoluyla geçen hastalıktır. Son yıllarda yapılan çalışmalarda HPV sünnetsiz erkeklerin penisinde sünnetli olanlara göre 3 kat daha fazla bulunmuştur (21). Pelvik iltahabi hastalığın, ektopik gebeliğin ve infertilitenin major nedenleri arasında yer alan, HPV den sonra ikinci sıklıkta gözlenen seks yoluyla geçen hastalık olan Klamidya enfeksiyonuna ait antikolar da sünnetsiz erkeklerin eşlerinde sünnetlilere göre 2 kat fazladır (16).

Sünnet derisinin varlığı bile penis kanseri etyolojisinde kabul edilen en önemli faktörlerden biridir (22). Bu yüzden sünnetin her zaman penis kanserini önlediği savunulmuş-

tur. Nitekim, yapılan birçok çalışmada sünnetin penis kanserini önlemede etkin olduğu gösterilmiştir (23,24). Ancak, ABD'de penis kanseri insidansı 100 binde 0-2,1 olarak saptanırken, bu oranın sünnetin çok nadir yapıldığı bir ülke olan Japonya'da 100 binde 0,3 olarak saptanması penis kanserinde diğer etiyolojik faktörlerin de çok önemli olduğunu ortaya koymuştur (25).

Yine sünnet ile ilgili olarak sıkça sorulan sorulardan biri de sünnetin cinsel hayat üzerine etkisidir. Sünnetli erkeklerin daha geç boşaldığı ve sünnetin seksüel fonksiyonları direkt olarak olumsuz etkilemediği bilinmektedir (14). Sünnet derisinin parmak ucu ve dudaklarda bulunan "meissner" cisimcikleri denen özelleşmiş sinir uçlarını içerdiği bilinmektedir (26). Kimi yazarlar bu ve henüz anlayamamış bazı etkilerinden dolayı bu parçanın alınmasının erkeğin seksüel hazını azaltabileceğini ve fizyolojik olan erektil, erojen, ve belki de glans penisi koruyucu etkisi olan sünnet derisinin alınmasının zararlı ya da gereksiz olduğunu savunmaktadırlar (26-28). Ancak, Masters ve Johnson yaptıkları çalışmada glansın dokunma hissinde sünnetli ve sünnetsiz erkekler arasında belirgin fark saptamamışlardır (29).

Sünnetin yaşı ile ilgili olarak önerilen kesinleşmiş ve net bir ideal yaş henüz yoktur. Ancak, 1,5-4 yaş arasında sünnet yapılması çocuğun psikolojik gelişimi açısından sakıncalıdır. Ayrıca, sünnetin en önemli tıbbi faydası da İYE'lerinden korunma olduğuna göre erken yaşlarda sünnet önerilebilir. Genel olarak bakıldığında da genital bölgeyle ilgili olarak yapılacak müdahaleler için önerilen yaş 18 ay altıdır. Son yıllarda ülkemizde de yaygınlaşmakta olan yenidoğan sünnetinin bir takım avantajları mevcuttur (16). Özellikle ilk günlerde yenidoğan bebeklerin kanında doğum travması nedeniyle strese hazırlık olarak yükselmiş bulunan kortikosteroid, epinefrin, androjen, tirozin ve endorfin düzeyleri bu dönemde yapılacak sünnet için bir avantajdır (16). Bu dönemde yara iyileşmesi daha hızlıdır ve özel klemler kullanılarak yapılan sünnetlerde dikiş izi kalmaz. Tecrübeli ellerde yapıldığında komplikasyon oranları da düşüktür: %0,5 altı (16). İleri yaşlarda yapılan sünnetler daha komplike, komplikasyon oranları daha yüksek ve daha maliyetlidir.

Sünnet esnasında ve sonrasında ağrı duyulmaması çok önemlidir. Sünnet yenidoğan döneminde lokal anesteziyle yapılabilir ancak bu dönem dışında yapılacak sünnet eğer mümkünse genel anestezi altında ve gelişmiş hastane koşullarında yapılmalıdır (30). Özellikle 3 yaş altı çocuklarda sünnet yapılırken seçilmesi gereken anestezi yöntemi kesinlikle genel anestezi olmalıdır.

Sonuç olarak, yukarıda bahsedilen bu avantajlara rağmen sünnetin tıbbi endikasyonları ve gelenekler dışında koruma amaçlı olarak yapılması halen tartışmalı bir konudur. Standart tıbbi etik kişinin gereksiz radikal cerrahiye maruz bırakılmaması gerektiğini ve vücudun normal fizyolojik fonksiyonlarına zarar verebilecek elektif girişimlerden uzak durulması gerektiğini vurgular. Bu yüzden sünnet olacak çocuğun ailesi sünnetin olumlu ve olumsuz yönleri açısından tam olarak bilgilendirilmeli ve işlem öncesi bilgilendirilmiş onam alınmalıdır.

Tablo 1. Sünnetin komplikasyonları

MAJOR KOMPLİKASYONLAR

• Erken

Penis nekrozu
Amputasyon
Glans yaralanmaları
Şiddetli kanama

• Geç

Meatal stenoz
Fimosis
Adhezyonlar
Kordi
Üretrokütanöz fistül
Hipospadias

MİNOR KOMPLİKASYONLAR

Kanama
Enfeksiyon
Meatitis

Kaynaklar

1. Dunsmuir WD, Gordon EM. The history of circumcision. *BJU Int* 1999; 83: 1-12. (Abstract)
2. Lerman SE, Liao JC. Neonatal circumcision. *Pediatr Clin North Am* 2001; 48: 1539-57. (Abstract)
3. Remondino PC. History of circumcision from the earliest times to present. Philadelphia, FA Davis, 1891.
4. Gairdner D. The fate of foreskin. *BMJ* 1949; 2: 200-3.
5. American Academy of pediatrics: report of the task force on circumcision. *Pediatrics* 1989; 84: 388-91. (Abstract)
6. Moses S, Bailey RC, Ronald AR. Male circumcision: assessment of health benefits and risks. *Sex Transm Infect* 1998; 74: 368-73. (Abstract)
7. McGregor TB, Pike JG, Leonard MP. Pathologic and physiologic phimosis: approach to the phimotic foreskin. *Can Fam Physician* 2007; 53: 445-8. (Abstract) / (PDF)
8. Orsola A, Caffaratti J, Garat JM. Conservative treatment of phimosis in children using a topical steroid. *Urology* 2000; 56: 307-10. (Abstract) / (Full Text) / (PDF)
9. Oster J. Further fate of the foreskin. Incidence of preputial adhesions, phimosis, and smegma among Danish schoolboys. *Arch Dis Child* 1968; 43: 200-3. (PDF)
10. Hutcheson JC. Male neonatal circumcision: indications, controversies and complications. *Urol Clin North Am* 2004; 31: 461-7. (Abstract)
11. Herndon CD, McKenna PH, Kolon TF, Gonzales ET, Baker LA, Docimo SG. A multicenter outcomes analysis of patients with neonatal reflux presenting with prenatal hydronephrosis. *J Urol* 1999; 162: 1203-8. (Abstract)
12. Paediatric Death Review Committee: Office of the Chief Coroner of Ontario. Circumcision: A minor procedure? *Paediatr Child Health* 2007; 12: 311-2. (PDF)
13. Sullivan P. Infant's death another nail in circumcision's coffin, group says. *CMAJ* 2002; 167: 789. (PDF)
14. Bhattacharjee PK. Male circumcision: an overview. *Afr J Paediatr Surg* 2008; 5: 32-6. (Abstract) / (PDF)
15. Hutson JM. Circumcision: a surgeon's perspective. *J Med Ethics* 2004; 30: 238-40. (PDF)
16. Schoen EJ. Should newborns be circumcised? Yes. *Can Fam Physician* 2007; 53: 2096-8. (Full Text) / (PDF)
17. Wiswell TE, Smith FR, Bass JW. Decreased incidence of urinary tract infections in circumcised male infants. *Pediatrics* 1985; 75: 901-3. (Abstract) / (PDF)
18. Houle AM. Circumcision for all: the pro side. *Can Urol Assoc J* 2007; 1: 398-400. (Full Text) / (PDF)
19. Cameron DW, Simonsen JN, D'Costa LJ, et al. Female to male transmission of human immunodeficiency virus type 1: risk factors for seroconversion in men. *Lancet* 1989; 2: 403-7. (Abstract)
20. Reynolds SJ, Shepherd ME, et al. Male circumcision and risk of HIV-1 and other sexually transmitted infection in India. *Urol* 2004; 63: 155-8. (Abstract) / (Full Text) / (PDF)
21. Castellsagué X, Bosch FX, Muñoz N, et al. International Agency for Research on Cancer Multicenter Cervical Cancer Study Group. Male circumcision, penile human papillomavirus infection, and cervical cancer in female partners. *N Engl J Med* 2002; 346: 1105-12. (Abstract) / (Full Text) / (PDF)
22. Bunker CB. Topics in penile dermatology. *Clin Exp Dermatol* 2001; 26: 469-79. (Abstract) / (Full Text) / (PDF)
23. Schoen EJ, Oehrli M, Colby C, Machin G. The highly protective effect of newborn circumcision against invasive penile cancer. *Pediatrics* 2000; 105: 36. (Abstract) / (Full Text) / (PDF)
24. Schoen EJ. The relationship between circumcision and cancer of the penis. *CA Cancer J Clin* 1991; 41: 306-9. (PDF)
25. Williams N, Kapila L. Complications of circumcision. *Br J Surg* 1993; 80: 1231-6. (Abstract) / (Full Text)
26. Cantu S Jr. Circumcision. *e Medicine Journal* [serial online] Updated 2004. Available at <http://www.emedicine.com>.
27. Morgan WKC. The rape of the phallus. *JAMA* 1965; 193: 123-4. (Full Text)
28. Viens AM. Value judgment, harm, and religious liberty. *J Med Ethics* 2004; 30: 241-7. (Abstract) / (Full Text) / (PDF)
29. Masters WH, Johnson VE. Human sexual response. Boston: Little Brown and Company; 1996: 189-91. (Full Text)
30. Micha G, Samanta E, Damigos D, Petridis A, Mavreas V, Livanios S. Impact of an anesthesia discharge scoring system on postoperative monitoring after circumcision in children: a randomized trial. *Eur J Pediatr Surg* 2009; 19: 293-6. (Abstract) / (Full Text) / (PDF)