

Erkek Sünneti

Male Circumcision

Mustafa KESTEL, Hüseyin TARHAN, Hayrettin ŞAHİN

Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji Anabilim Dalı, Muğla

Öz

Sünnet, prepisyumun penis başı açıkta kalacak şekilde kesilerek çıkarılması işlemidir. Bunun yanı sıra dünyanın en eski cerrahi prosedürüdür. Sünnetli çocukların yaklaşık %70'i müslümandır. Sünnetin medikal endikasyonları fimozis, parafimozis, tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonları varlığı ve temiz aralıklı kateterizasyon gereksinimidir. Sünnetin komplikasyon oranı % 0.2 - 5'dir. Erken komplikasyonları kanama, yara enfeksiyonu, ağrı, prepisyumun uzun veya kısa kesilmesi ve glans penis amputasyonu ve ölümdür. Geç komplikasyonları ise meatal stenoz, cilt köprüsü, inklüzyon kisti, üretral fistül ve meatal ülserdir. Sünnetin kontrendikasyonları hipospadias, epispadias, cinsiyet gelişim bozuklukları, prematürite, penisin kordisi, mikropenis, perde penis, kanama diatezi ve gömük penistir. Sünnet, sık uygulanan bir cerrahi prosedürdür. Her cerrahi işlemde olduğu gibi risk ve komplikasyonları bulunmaktadır. Bu çalışmada, sünnet uygulanırken dikkat edilmesi gereken hususlar ile sonrasında gelişebilecek komplikasyonlar hakkında bilgi vermek ve komplikasyonların azaltılabilmesine katkıda bulunmak amaçlanmıştır.

Abstract

Circumcision is the process by which the prepuce is cut out in such a way that the penis head is exposed. Circumcision is the world's oldest surgical procedure. Almost 70% of circumcised children are Muslim. The medical indication for circumcision include phimosis, paraphimosis, recurrent urinary tract infection, and children who require clean intermittent catheterization. Complications of circumcision are at the rate of 0.2% and 5%. The complications of circumcision are divided into two categories as 'early' and 'late'. Early complications of circumcision are bleeding, wound infection, pain, the removal of either too little or too much foreskin, amputation of the glans penis and death. Late complications of circumcision are meatal stenosis, skin bridge, inclusion cysts, urethral fistula and meatal ulcers. Contraindications of circumcision include hypospadias, epispadias, sex development disorders, prematurity, chordee of penis, micropenis, curled penis, bleeding diathesis and concealed penis. Circumcision is a common surgical procedure. As with any surgical procedure, complications. In this study; caution should be exercised when performing circumcision, to give information about the complications that may develop after to contribute to the reduction of complications.

Anahtar Kelimeler: Dinsel Sünnet, Erkek Sünneti, Sünnet

Keywords: Circumcision, Male Circumcision, Religious Circumcision

Başvuru Tarihi / Received: 17.03.2018
Kabul Tarihi / Accepted : 25.05.2018

Giriş

Sünnet; glansı örten derinin cerrahi olarak çıkarılması işlemidir ve dünyada en eski ve en sık uygulanan cerrahi girişimlerden biridir (1). İlk sünnetin milattan önce 4000 yıllarında Mısır'da yapılmış olduğuna dair kanıtlar olsa da bazı antropologlara göre milattan önce on binli yıllara kadar uzanmaktadır (2). Antik Mısır'da M.Ö.2400'lerde sünnetin tarihçesine ait güçlü veriler olduğu bilinmektedir (3). Bazı toplumlarda geleneksel nedenlerle uygulanırken, Amerika'da kozmetik nedenlerden dolayı tercih edilmektedir (4). Sünnetli çocukların %70'e yakını Müslümandır. Müslüman ülkelerde, İsrail, Güney Kore, Amerika, Güney Asya ve Afrika'nın bazı bölgelerinde sünnet çok yaygın olmakla birlikte Avrupa'da, Latin Amerika'da, Güney Afrika'nın bazı bölgelerinde ve Asya'nın çoğunda nispeten daha az yapılmaktadır. Kore Cumhuriyeti ve Filipin Cumhuriyeti dışında, Asya'da dini olmayan sünnet oldukça nadirdir (5). Erkek sünneti kültürel ve tıbbi nedenlerden ötürü dünya erkek nüfusunun yaklaşık üçte birinde uygulanmaktadır (3).

Sünnet kavramının Türk sosyal hayatına İslamiyetle birlikte girdiği kabul edilir. Sünnetin

ardından yapılan düğünler de bu kabulden sonra toplumda yer etmiştir. Sünnet ile ilgili ilk Türkçe yazılı tıbbi kaynaklara Sabuncuoğlu Şerefeddin'in (1385-1468) Cerrahiyetü'l Hanniye kitabında rastlanmaktadır (3). Bu kitabın 57. faslında sünnetin nasıl yapıldığından ve kanama kontrolünde kullanılan bitkisel tozlardan bahsedilmekte, oluşabilecek komplikasyonlar için bu işi yapacaklara tavsiyelerde bulunmaktadır (3).

Sünnet zamanlaması ile ilgili net bir görüş birliği bulunmamaktadır. Ülkemizde genellikle aileler 5-7 yaş arasında sünnet yapılması için başvurumaktadırlar. Operasyon ilkelerine uyulduğu takdirde yenidoğan döneminde de sünnet işlemi yapılabilmektedir. Psikolojik etkileşimin olmaması bu dönemde yapılan operasyon için önemli bir avantaj olarak değerlendirilmektedir (6). Sünnet 1 yaş altında, özellikle de üç aylıktan küçük bebeklerde yapıldığında üriner sistem enfeksiyonu riskini 10 kat düşürmektedir (7). Ayrıca bu dönemde yapılan sünnetin kozmetik olarak da daha iyi sonuç verdiği bildirilmektedir (7).

Sünnetin Potansiyel Avantaj ve Endikasyonları

Sünnetin medikal endikasyonları arasında; fimozis, parafimozis, balanit ve postit, tekrarlayan üriner sistem enfeksiyonları gibi durumlar ve temiz aralıklı kateterizasyon (TAK) uygulanması gereken durumlar bulunmaktadır.(5) Ayrıca hipospadias, epispadias ya da cinsiyet gelişim bozuklukları gibi

Adres / Correspondence: Mustafa KESTEL
Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji Anabilim Dalı, Muğla
e-posta / e-mail : mustafakestel@hotmail.com

durumlarda onarım tedavisinin bir parçası olarak sünnet yapılması endikedir (8).

Sünnet derisi (prepisyum) gelişimi fetal hayatın 3. ayında başlar ve 5. ayından önce tamamlanır (9). Doğumda glans penis ve prepisyum arasındaki yapışıklıklar ve prepüsyel çemberin sıkı olması nedeniyle prepisyum retrakte edilemez. Buna fizyolojik (primer) fimozis denir ve normal bir bulgudur. Glans penis ve prepisyumun ayrışması intrauterin hayatın geç döneminde başladığından, doğumda bebeklerin ancak %4'ünde sünnet derisi tamamen geri çekilebilir (8). Yenidoğanların neredeyse %50'sinde; sünnet derisi eksternal meatus'u görebilecek kadar dahi geri çekilemez. Altıncı aya kadar bebeklerin ancak %20'si tümüyle sıyrılabilen prepisyuma sahipken, tam retraksiyon olması 11-15 yaş arası çocuklarda 2/3, 16-17 yaş çocuklarda ise %95 oranındadır (8). Kendiliğinden retraksiyon olmasında iki faktör rol oynamaktadır: Smegma (epitelyum kalıntıları) birikimi ve aralıklı ereksiyonlar.

Bazı kişiler sünnet derisinin erken yaşta geri çekilmeye alıştırılmasını savunur. Ancak tıbbi yönden bakıldığında sünnet derisinin erken manipülasyonu gereksiz olduğu gibi; kanama, skarlaşma, ağrı ve psişik travmaya sebep olabilmektedir (8). Sünnet derisinin glanstan tamamen ayrışmasının doğumla başlayan ve 10-14 yıl sürebilen bir süreç olduğu unutulmamalıdır (9). İdrar yapma güçlüğü, idrar yaparken prepisyumda balonlaşma ve ilk 3-5 yaştan sonra fizyolojik fimozisin devam etmesi gerçek (patolojik) fimozis olarak adlandırılır.

Gerçek fimozisin fizyolojik fimozisten ayrımı önemlidir. Gerçek fimozis tedavi gerektirir (8). Parafimozis ise aşırı dar bir prepisyumun penil şaftı sıkıştırıp ödeme yol açmasıdır; ki sıkıştırılan halka distalde glans penis kanlanmasını engelleyerek nekroz oluşumuna yol açabileceğinden acil tedavi gerektirmektedir. Parafimozis tanısı sadece fizik muayene ile konulabilmektedir (8).

Üriner sistem enfeksiyonları, asendan yolla yayılarak böbrekler dahil üriner sistemin tüm organlarını etkileyebilmektedir. Özellikle fimbriyal Escherichia Coli suşları, prepisyumda kolonize olarak üriner sistem enfeksiyonu oluşum riskini arttırmaktadırlar (4). Erkek çocuklarda 2 yaşına kadar %1 oranında üriner sistem enfeksiyonu görülmekte, özellikle de yaşamın ilk yılında insidans artmaktadır. Yenidoğan döneminde erkeklerde üriner sistem enfeksiyonu kızlardan daha sık görülmektedir. Bu dönemde özellikle sünnetsiz erkeklerde artmış üriner sistem enfeksiyonu riski olduğu bilinmektedir. Yenidoğanlar üzerinde yapılan bir çalışmada, 3 aylıktan küçük erkek bebeklerde sünnetsizlerde görülen üriner sistem enfeksiyonunun sünnetli bebeklere göre 10 kat fazla olduğu gösterilmiştir (10). Tüm bu bilgiler özellikle 2 yaşından küçük erkek çocuklarda sünnetin üriner sistem enfeksiyonunu azalttığını kanıtlamaktadır. Ancak

üriner sistem enfeksiyonunu azaltmak için rutin yenidoğan sünneti uygulaması önerilmemektedir. Bununla birlikte üriner sistem anomalisi veya nörojen mesane nedeniyle TAK uygulanması gereken, enfeksiyon açısından yüksek riskli çocuklarda bakteriyel popülasyonu azaltarak üriner sistem enfeksiyonu riskinin azaltılması için sünnet önerilmektedir (10).

Cinsel yolla bulaşan hastalıkların önlenmesinde de sünnetin faydalı olduğu bir gerçektir (4). Sünnetin yüksek riskli popülasyonda yer alan heteroseksüel erkeklerde HIV enfeksiyon riskini azalttığı gösterilmiştir ve HIV enfeksiyonunun endemik olduğu bölgelerde, enfeksiyondan korunmak için sünnet yapılması önerilmektedir (11). Cinsel yolla bulaşan sifiliz, şankroid ve genital herpes (HSV Tip-2) gibi enfeksiyonların da sünnetsiz kişilerde sünnetlilere oranla daha sık görüldüğü bildirilmiştir (11).

Human Papilloma Virus (HPV) cinsel yolla bulaşan en yaygın hastalık etkenidir (5). HPV enfeksiyonları sıklıkla asemptomatik olmakla birlikte, immün sistem zayıfladığında semptomlar görülebilmektedir. HPV genotip 16-18-31 ve 33 onkojeniktir ve servikal, vulvar, vajinal, anal ve penil kanserler için major risk grubunu oluşturmaktadır (5). Sünnet; özellikle multipl seksüel partneri olan erkeklerde onkojenik HPV bulaş riskini azaltmakta ve bu sayede penil kanser ve partnerinde gelişebilecek olan servikal kanser riskini azaltmaktadır (5).

Penil kanser gelişmiş ülkelerde yılda 100000'de 1 görülen yeni vaka sayısı ile nadir görülen kanserler arasında olmakla birlikte Sahra altı Afrika ülkelerinde nispeten daha sık görülmektedir (Zimbabve 1.6; Uganda 2.7; Swaziland 3.2/100000) (12). Penis kanseri gelişiminde en önemli risk faktörü sünnet derisi ve fimozistir (8,12). Çocukluk ya da adolesan dönemde yapılan sünnet operasyonu özellikle penil invaziv skuamoz karsinom riskini azaltmaktadır. Yahudi erkeklerde sünnet uygulama oranı yüksek olduğu için penis kanseri oldukça nadir görülmektedir (12).

Sünnetin Rölatif ve Kesin Kontrendikasyonları

Sünnet sıklıkla uygulanan bir cerrahi işlem olmasına rağmen, bazı durumlarda sünnetin yapılmaması ve bazı durumlarda da çok dikkatli yapılması gerektiği akılda tutulmalıdır (Tablo 1) (3).

Gelecekteki operasyonlarda sünnet derisinin kullanılabileceği dış genital anomalileri olan bebeklerde sünnet mutlak kontrendikedir (8). Aksi takdirde ilerleyen dönemde penis rekonstrüksiyonu için gerekli olan prepisyum dokusu kaybedileceğinden başarı şansı daha düşük olan greftlere ihtiyaç duyulabilir (3). Sünnet yapılmasının kontrendike olduğu diğer dış genital organ anomalileri olarak; hipospadias, epispadias, penil kurtatür, dorsal hood deformitesi, gömük penis,

mikropenis, cinsiyet gelişim bozuklukları sayılabilir (8).

Tablo 1. Sünnetin kontrendikasyonları

Sünnetin Kontrendikasyonları
A:Mutlak Kontrendikasyonlar
<ul style="list-style-type: none">• Hipospadias• Epispadias,• Penil kurvatur• Dorsal hood deformitesi• Gömük penis• Perde penis• Cinsiyet gelişim bozuklukları• Mikropenis
B:Rölatif Kontrendikasyonlar
<ul style="list-style-type: none">• Kanama diyatezi• Prematürite• Ciddi sağlık problemleri• Yenidoğanlarda çok büyük hidrosel veya inguinal herni varlığı• Aktif balanopostit durumları

Prematüre bebekler ile klinik olarak stabil ve sağlıklı olmayan bebekler sünnet için rölatif kontrendike grubundadırlar (8). Bu bebeklere genel sağlık durumları düzeliş klinik stabilizasyon sağlandıktan sonra sünnet uygulanması önerilmektedir (13).

Yenidoğanlarda çok büyük hidrosel ya da inguinal herni bulunması; sünnet için rölatif kontrendikasyon oluşturmaktadır (3). Bu çocuklarda mevcut patolojiler tedavi edilmeden sünnet yapıldığında sekonder fimozis ve gömük penis riski arttığı bilinmektedir (3).

Kanama bozukluğu olan çocuklar da sünnet için rölatif kontrendikasyon grubundadırlar. Bu çocuklarda yeterli faktör replasmanı yapıldıktan sonra sünnetin yapılması önerilmektedir (8). Faktörün ne kadar süre verilmesi gerektiğine dair tam bir fikir birliği bulunmamakla birlikte önerilen faktör replasman süresi 2-8 gün arasında değişmektedir (8). Hemofilik çocuklarda sünnetin yenidoğan döneminde yapılmaması, çocuk büyüdükten sonra yapılması veya sünnet yapılmaması seçenekler arasındadır. Hemofilik çocuklarda diğer bir seçenek lokal fibrin glue (FG) kullanımıdır (3). Ancak FG kullanmadan önce sünnet için en az 7 gün faktör substitüsyonuna gerek olduğu bildirilmektedir (14). Yine kanama bozukluğu olan çocuklarda diatermik bıçak kullanımının da etkin ve ucuz bir yöntem olduğu yapılan çalışmalarda rapor edilmiştir (15).

Sünnet Teknikleri

Tüm sünnet tekniklerinde genel prensip olarak, öncelikle prepsiyum glanstan tam olarak ayrılmalıdır. Böylece hipospadias ya da benzeri penil anormalliklerin bulunmadığından emin

olunabilir (8). Operasyon esnasında ne çok fazla ne de çok az deri alınmalıdır. Çok alınması durumunda penisi gerginleştirebilir ve nadiren kordi oluşumuna sebep olabilir. Az alınması durumunda ise fimozis ya da parafimozis gibi durumlara neden olabilmektedir (13).

Sünnet için pek çok cerrahi yöntem tanımlanmıştır. Bu teknikler klasik cerrahi yöntemler ve özel aygıtlarla yapılan sünnetler olarak kabaca ikiye ayrılabilir (Tablo 2). Her bir yöntemin kendine özgü avantaj, dezavantaj ve komplikasyonları vardır. Yöntem tercihi genellikle cerrahin deneyimi ve alışkanlıkları ile ilişkili olsa da hastanın yaşı da dikkate alınmalıdır (3). Yenidoğanlarda Gomco, Alis, Plastibell ve Mogen klempisi gibi temelde glansı korumaya yönelik cihazlar tercih edilirken, daha büyük yaş grubunda klasik cerrahi yöntemlerden sleeve, dorsal slit veya eksizyon tekniklerinden birisi veya daha pratik olarak sunulan giyotin, bipolar makas ile yapılan sünnet ve sutürlü sünnet teknikleri kullanılmakta ve önerilmektedir (3).

Tablo 2. Sünnette kullanılan cerrahi teknikleri

A. Alet Kullanılarak Yapılan Cerrahi Teknikler
Shield metodu ve modifikasyonları (Gomco klempisi, Tara klempisi, Doyen ekrazörü, Winkelman klempisi, Plastibell klempisi, Sheldon klempisi, Millers Mesner knife, Ross sünnet halkası, Yellen klempisi, Ali klempisi, Glansguard ve Bronstein klempisi)
B. Alet Kullanılmadan Yapılan Cerrahi Teknikler
Dorsal slit yöntemi Dorsal slit+eksizyon yöntemi Sleeve tekniği

Shield Metodu'nda; Mogen klempisi yöntemin temelini teşkil etmektedir. Sünnet derisi yukarı doğru gerilir, bir elin baş ve işaret parmakları glansı aşağı doğru iterken diğer elle klemp frenulumu koruyacak bir açı ile dışarıdan yerleştirilip kısırlır (3,8). Daha sonra klempin distalinden bistüri ile sünnet derisi eksize edilir (3,8).

Özel sünnet klempileri ise Shield Metodunun modifikasyonlarıdır (4). Temelde glansı kesilmekten koruyup sünnet derisini sıkıştırmaya yarayan metal ya da plastik aletlerdir. Gomco klempisi, Tara klempisi, Doyen ekrazörü, Winkelman klempisi, Plastibell klempisi, Sheldon klempisi, Millers Messer knife, Ross sünnet halkası, Yellen klempisi, Alis klempisi, Glansguard ve Bronstein klempisi bunlara örnektir (5).

Dorsal slit yöntemi; sünnet derisine saat 12 hizasından yapılan vertikal insizyondan ibarettir. Böylece glans ortaya çıkarılmış olur. Ancak kozmetik sonuçları iyi olmayan bu yöntem parafimozisde acil olarak uygulanabilecek bir metod olarak sınırlanmalıdır (8).

Açık cerrahi yöntemlerden; slit+eksizyon modelinde; saat 12 hizasından yapılan dorsal slitten sonra uygun miktarda mukoza bırakılarak tüm sünnet derisi makas ya da koter yardımı ile çepeçevre kesilir (8). Kanama kontrolü yapıldıktan sonra kalan cilt ve mukoza birbirine dikilerek işlem sonlandırılır (8).

Sleeve tekniğinde ise; eksize edilecek cilt ve mukoza sınırlarına bistüri ile sirküler tarzda birer insizyon yapıldıktan sonra arada kalan sünnet derisi bant şeklinde kesilerek çıkartılır ve kanama kontrolü sonrası kalan cilt ve mukozanın dikilmesi ile işlem sonlandırılır (8).

Sünnet yapılırken enerji kaynağı olarak lazer enerjisi, elektrokoter ve termokoter (Diatermi) kullanılabilir (13). Bu enerji kaynaklarından her birinin kendine özgü avantaj ve dezavantajları mevcuttur. Lazer enerjisinde maliyet yüksekliği öne çıkmaktadır. Elektrokoter kullanımında ise dikkatli olunmadığında elektrik akımı penil kan akımına etki ederek glans nekrozu ve tromboza yol açabilir (8). Ayrıca metal klemlere elektrokoter teması sonucunda penis yanıkları ve cilt soyulmaları görülebilmektedir (8). Termokoter ise dokuya sadece ısı verilerek kesme ve kanama kontrolü sağladığı için elektrik yanığı oluşma riski bulunmamaktadır (8). Dokuya akım ilemediği ve ısının doku derinliği çok az olduğu için metal klemlerle dahi güvenle kullanılabilir (8).

Sutürsüz sünnet ise bipolar makas veya termokoter makas kullanılarak yapılan klasik cerrahi sünnet sonrası sutür hattına doku yapıştırıcı olarak 2-octyl cyanoacrylate (2-OCA) uygulamasıdır (3).

Sünnetin Komplikasyonları

Sünnete bağlı komplikasyon oranları %0.2 ile %5 arasında değişmektedir (3). Sünnet komplikasyonları erken ve geç dönem komplikasyonlar olarak sınıflandırılabilir (13). Erken dönemde yara yeri enfeksiyonu, ağrı, kanama, ödem, yetersiz cilt eksizyonu gibi hafif komplikasyonlar görülebileceği gibi nadiren ölüm ve glans amputasyonu gibi ciddi komplikasyonlar da görülebilmektedir (13). Geç dönemde ise; enfeksiyon, penis shaftı ile glans arasında cilt köprüsü, üriner retansiyon, inklüzyon kisti, meatal stenoz, meatal ülser ve üretrokütanöz fistül görülebilir (Tablo 3) (13).

En sık karşılaşılan komplikasyon kanamadır (%0.1) ve genellikle büyük çocuklarda görülür. Kanamanın en sık görüldüğü bölge ise frenulumdur(8). Kanama kendiliğinden durabileceği gibi baskı uygulama, koterizasyon, gümüş nitrat uygulaması ya da sutürizasyon gibi ek bir müdahale gerektirebilir. İkinci sıklıkta görülen komplikasyon ise yara yeri enfeksiyonudur (8). Genellikle yüzeysel ve minör enfeksiyonlar görülmektedir. Kızarıklık ve pürülan akıntı görülebilir (8). Genellikle lokal yara yeri bakımı ile kontrol altına alınabilir. Aşırı

miktarda deri kesilmesi sonucu görülen deri ile mukozanın birbirine mesafeli kalması durumu genellikle derinin glansa doğru ilerlemesi ile kendiliğinden düzelmektedir (13). Bu süreci hızlandırmak için epitelizan pomatlar ve ılık oturma banyosu uygulanabilir (13).

Tablo 3. Sünnetin erken ve geç komplikasyonları

Erken Dönem Komplikasyonlar

- Ağrı
- Enfeksiyon
- Kanama
- Ödem
- Yetersiz cilt eksizyonu
- Glans amputasyonu
- Ölüm

Geç Dönem Komplikasyonlar

- Enfeksiyon
- Penis shaftı ile glans arası köprü oluşumu
- Üriner retansiyon
- Meatal stenoz
- Meatal ülser ve üretrokütanöz fistül
- Kordi
- Lateral deviasyon

Sünnetin geç komplikasyonlarından olan meatal stenoz ise sadece sünnetli erkeklerde görülen bir durumdur (8). Meatal inflamasyona bağlı skar gelişimi, frenulum devaskularizasyonu ve bez irritasyonuna bağlı kronik meatite bağlı oluştuğunu belirten görüşler mevcuttur (9).

Penis derisinin eksik, fazla ya da asimmetrik olması da geç dönemde çeşitli komplikasyonlara yol açabilmektedir. Fazla kesilmesi kordi, torsiyon ve lateral deviasyona yol açabilmektedir (3). Bu gibi durumlarda onarım gerekli ise; penis deri flepleri kullanılabilir. Az kesilmesi ise penisin tuzak deformitesine neden olabilir (3,4). Ayrıca deri köprüleri, penil kurvatür ve torsiyon gelişebilmektedir. Glans yapışıklıkları ve deri köprüleri genellikle penisin fizyolojik olarak suprapubik yağ içine gömülmesi ve bez irritasyonuna bağlı olarak oluşmaktadır (8). Bu hastalarda düşük doz kortikosteroid kullanımının adezyonları önlemede başarısız olduğu belirtilmektedir (13).

Sünnet sonrası görülen en ciddi komplikasyonlar; üretrokütanöz fistül, üretral hasar, glans ve/veya penil shaftın eksizyonu ve penil nekrozdur (8,9).

Sünnette Anestezi ve Analjezi

Sünnet mümkün olduğunca anestezi altında yapılmalıdır (3). Yenidoğan sünneti için lokal anestezi, lokal anestezi kremler, dorsal penil sinir blok ya da penis kökünde ring blok uygulanarak işlem yapılabilir (3). Yenidoğan döneminde topikal anestezi (EMLA %2.5-%2.5 Lidokain-Prilokain) ile

birlikte ya da tek başına %1'lik lidokain ile lokal anestezi yapılır. Yenidoğanlarda EMLA methemoglobinemi yapabileceğinden dikkatli olunmalıdır. Yapılan çalışmalara göre dorsal sinir bloğunun lokal anestezi kremlere göre daha etkili olduğu gösterilmiştir (8). Dorsal sinir bloğunda 0.5-2 cc arasında %1 lidokain ve benzeri maddeler kullanılabilir (3,4).

Post-operatif bakım

Sünnet sonrasında genellikle özel bir bakım gerekmemektedir. Oksitetrasiklin hidroklorür ve polimiksin B sülfat içeren göz pomatları ile lokal bakım yapılması çoğu zaman yeterlidir (8). Baskı ile durdurulan kanamalarda pansuman açılmadan önce ılık oturma banyosu yapılması çocuğun ağrı ve hassasiyetini azaltmakta faydalıdır. Sünnet sonrasında 4-6 hafta içerisinde kontrol önerilmektedir (9).

Sonuç olarak, erken yaşta yapılan sünnet enfeksiyon ve malignite olasılıklarını düşürerek kişinin genel sağlık durumuna da olumlu etki göstermektedir. Sünnet operasyonu planlanan herkese mutlaka ayrıntılı değerlendirme ve fizik muayene yapılmalı, sünnet için kontrendikasyon oluşturabilecek durumlar dışlanmalıdır. Tüm cerrahi işlemlerde olduğu gibi sünnetin de komplikasyonları olabileceği unutulmamalıdır.

Kaynaklar

1. Dunsmuir WD, Gordon EM. The history of circumcision. *BJU Int.* 1999;1:1-12.
2. Sencan A, Cayirli H. Sünnet Teknikleri. *CBU-SBED.* 2015;2(4):86-90.
3. Karaman MI, Silay S. Her Yönüyle Sünnet Özel Sayısı Türkiye Klinikleri J Urology-Special Topics. 2018(1);11:1-39.
4. Germiyanoglu C, Ersoy E. Penis Anomalileri. In: Anafarta K, Arıkan N, Bedük Y. *Temel Üroloji*, 2011(4); Bölüm:8; 422-3.
5. Ahmed H. Al-Salem. An Illustrated Guide to Pediatric Urology; Chapter:22,2017. doi: 10.1007/978-3-319-44182-5.
6. Yesildag E, Buyukunal S.N.C. Is neonatal circumcision justifiable? *Journal Agent.* 2004;18(1):42-4.
7. Sivasli E, Bozkurt AI. Gaziantep bölgesindeki anne ve babaların sünnet ile ilgili bilgi, tutum ve davranışları. *Çocuk Sağ Hast Derg.* 2003;46:114-8.
8. Sarıkaya S, Dogan S, Tarhan H ve ark. ÜCD Üroloji, 2016(2); Bölüm13:Pediatrik Üroloji; Fimozis, Parafimozis ve Sünnet; 803-808.
9. Bossio JA, Pukall CF, Steele S. A review of the current state of the male circumcision literature. *J Sex Med.* 2014;11:2847-64.
10. Wiswell TE, Hachey WE. Urinary tract infections and the uncircumcised state: an update. *Clin Pediatr (Phila).* 1993;32(3):130-4.
11. Weiss HA, Quigley MA, Hayes RJ. Male circumcision and risk of HIV infection in sub-Saharan Africa: a systematic review and meta-analysis. *AIDS.* 2000;14(15):2361-70.
12. Lannon CM, Bailey AGB, Fleischman AR. Circumcision policy statement. *American Academy of Pediatrics. Task Force on Circumcision. Pediatrics.* 1999;103(3):686-93.
13. Karaman MI, Ozturk MI, Koca O. Sünnet komplikasyonları; *Androloji Bül.* 2013;15(53):75-8.
14. Kavakli K, Aledort LM. Circumcision and haemophilia: a perspective. *Haemophilia.* 1998;4(1):1-3.
15. Karaman MI, Zulfikar B, Ozturk MI, Koca O, Akyüz M, Bezel F. Circumcision in bleeding disorders; improvement of our cost effective method with diathermic knife. *Urol J.* 2014;11(2):1406-10.