

HASTANE ŞARTLARINDA VE DIŞINDA YAPILAN SÜNNETLERDE EN SIK KARŞILAŞILAN KOMPLİKASYONLAR

M. Kemal ATIKELER İlhan GEÇİT M. Nuri BODAKÇI Ertürk ERGİN
F. Ahmet ŞENOL M. Sezai OĞRAŞ

Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Elazığ-TÜRKİYE

Complications of the Circumcision Performed Within and Outside the Hospital

SUMMARY

Circumcision is the oldest and most prevalent surgical procedure. The prevalence of circumcision in Turkey is approximately 99%. Although circumcision has a high risk of complication, it has been performed by anyone devoid of medical training. Aim of this study was to evaluate and compare the most serious complications 704 circumcisions performed between the period of 1998 and 2001 within the hospital and 144 circumcisions performed outside the hospital. It was observed that most of the complication of circumcision which was performed outside hospital did not observe in the cases circumcised in the hospital. Circumcision should be performed in the hospital by the experienced medical staff.

Key Words: Circumcision, complications, traditional circumcision

ÖZET

Sünnet, çok eski ve yaygın bir cerrahi prosedürdür, ülkemizde % 99 oranında uygulanmaktadır. Yüksek komplikasyon riskine sahip bir cerrahi işlem olmakla birlikte sıklıkla tıbbi eğitimden yoksun kişiler tarafından yapılmaktadır. Bu çalışmada 1998 – 2001 yılları arasında Üroloji kliniğinde uygulanan 704 sünnet ile hastane dışında sünnet yapılarak çeşitli nedenler ile başvuran 144 hastada görülen komplikasyonlar retrospektif olarak incelendi. Üroloji kliniğinde yapılan sünnetlerde görülen komplikasyon oranlarının % 2.8 olduğu, en sık komplikasyonun kanama olduğu belirlendi. Hastane dışında geleneksel sünnetçiler tarafından sünnet uygulanan hastalarda karşılaşılan komplikasyonların bir çoğu üroloji kliniğinde yapılanlarda görülmedi. Sünnet deneyimli ve uzman kişilerce yapılması gereken bir cerrahi işlemdir.

Anahtar Kelimeler: Sünnet, komplikasyonlar, geleneksel sünnetçiler

GİRİŞ

Erkek çocuklarda oldukça eski ve yaygın bir cerrahi prosedür olan sünnet ülkemizde %99 oranında uygulanmaktadır (1-7). Sünnet doğum sonrası ilk 5 yıl daha ağırlıklı olmak üzere puberteye kadar uygulanabilmektedir. Ülkemizde kırsal bölgelerde yapılan sünnetlerin %85'i gezgin geleneksel sünnetçiler, %10'u sağlık memurları tarafından yapılırken sadece %5'i deneyimli uzman doktorlar tarafından yapılmaktadır (1).

Doktorlar tarafından yapılan sünnetlerin oranları Pakistan'da %5-10, Suudi Arabistan, İran, Birleşik Arap Emirlikleri gibi körfez ülkelerinde ise %85 oranında bildirilmektedir. Basit bir cerrahi müdahale olmamakla beraber, sağlık personeli dışındaki kişiler tarafından sünnet uygulamalarının oranı oldukça yüksektir. Bu uygulamalardaki komplikasyonlar hakkında sağlıklı veriler elde edilememektedir. Kanama, enfeksiyon, yetersiz sünnet, hematoma, penil adhezyon, üriner retansiyon, glanüler yaranlanma,

üretral darlık gibi komplikasyonların sıklıkla görüldüğü bildirilmektedir (1-3).

Bu çalışmada hastanemizde yapılan sünnet uygulamalarında oluşan komplikasyonlar ile hastanemiz dışında yapılarak herhangi bir nedenle kliniğimize başvuran hastalardaki komplikasyon oranlarını retrospektif olarak karşılaştırdık.

MATERYAL VE METOT

Bu çalışmaya kliniğimizde Nisan 1998-Ağustos 2001 tarihleri arasında zorunlu tıbbi endikasyon veya dinsel inanç nedeniyle sünnet edilen 704 hasta ile hastanemiz dışında sünnet edilerek komplikasyon sonucunda acil servise veya polikliniğimize başvurmuş olan 144 hasta dahil edildi. Zorunlu tıbbi sünnet endikasyonu çoğunlukla fimozis nadir olarak da parafimozise bağlıydı. Hastalar 2 gruba ayrıldı.

Birinci grupta; son 3 yılda hastanemiz dışında sünnet edilerek, herhangi bir komplikasyonla acil servise veya polikliniğimize başvuran 144 hasta (yaş ortalaması; 6.25 yıl) retrospektif olarak incelendi. Minimal kanama ile başvuran hastalarda öncelikle basit kompresyon ile kanama durduruldu. Sistemik semptomları olmayan minör penil enfeksiyonlar topikal antibiyotik uygulaması ile tedavi edilirken bazı hastalarda oral veya parantral antibiyotik tedavisine gerek görüldü.

İkinci grupta; kliniğimizde son 3 yılda yapılan 704 adet sünnet (yaş ortalaması; 4.5 yıl) retrospektif olarak incelendi. Sünnetler ameliyathanede veya müdahale odasında steril şartlar altında yapıldı. Bütün hastalarda fizik muayene sonrası antiseptik solüsyon ile lokal hazırlık yapıldı. Hastalar steril örtülerle örtülüp, lokal anestezi için lidokain kullanıldı. 3-5 dakika sonra Giyotin tekniği ile sünnetler yapıldı. Prepisyum sulkus koronarius tamamen ortaya çıkarılana kadar glansın üzerinden geriye retrakte edildi, varsa smegma temizlendi. Prepisyum, frenulum hizasından ve karşısından tutularak, sulkus koronarius üzerinden işaretlenip fazla gerdirilmeden askıya alındı. Geniş ve düz bir klemple glansın distal kısmı sulkus koronarius hizasından açılan yapılarak prepisyum sıkıştırıldı. Bu işlem sırasında glans ve frenulumu klemp arasında sıkıştırmaktan kaçınılarak bir bistürü yardımıyla prepisyumun distal kısmı eksize edildi. 4/0 plain katküt kullanılarak kanama kontrolü sağlandı. Deri kenarından mukozaya 4/0 krome katküt ile sütür konuldu. İşlem sonrasında antiseptik

solüsyon ile glans temizlenip, steril kendinden yapışkan sargı ile sarıldı. Sünnet sonrası analjezi için parasetamol kullanıldı. Sünnetten 24 saat sonra sargı açılarak 6 gün süre ile günde iki defa topikal antibiyotik uygulandı. 10 yaş ve üstü hastalarda spontan gece ereksiyonlarını önlemek için beş gün süreyle steril kendinden yapışkan sargıyla sarıldı. Hastalar sünnetten 1 ve 4 hafta sonra tekrar kontrole çağrılarak muayene edildiler.

BULGULAR

Grup I: Komplikasyonların sıklığı ve dağılımı tabloda gösterilmiştir. Kanama 22 hastada şiddetli, 29'da orta ve 14'de ise hafif derecedeydi. Üriner sepsis gelişen 3 hasta yatırılarak tedavi edildi. Enfeksiyonlu 20 hastaya oral veya parantral antibiyotik verildi. Yetersiz sünnet sonucu sekonder fimozis ve fibrozis gelişen 17 hastaya yeniden sünnet yapıldı. Tam olarak temizlenmeyen smegmaya bağlı olarak gelişen 12 subkutan kistin 4'ü spontan drene olurken 8 tanesi eksize edildi. Glans iskemisi gelişen 4 hastada sütürler açılarak yeniden kanlanma sağlandı. Anterior mea darlığı gelişen 3 hastaya dilatasyon, üretrokutanöz fistüllü bir hastaya da cerrahi onarım yapıldı.

Grup II: Komplikasyonların sıklığı tabloda gösterilmiştir. Kanamaların çoğunluğu basit sızıntı tarzındaydı ve ilk 24 saat içinde oluştu. Bütün enfeksiyonlar sünnetten sonraki 3 günde farkedildi. Sütür hatında yabancı cisme bağlı olarak gelişen subkutan kistler eksize edildi.

Tablo 1. Grup 1 ve Grup 2 hastalarda görülen komplikasyonlar

Komplikasyon	Grup 1 (n=144)		Grup 2 (n=704)	
	Hasta sayısı	%	Hasta sayısı	%
Kanama	65	45.1	9	1.2
Enfeksiyon	23	15.9	4	0.5
Yetersiz sünnet	17	11.8		
Subkutan kist	12	8.3	4	0.5
Hematom	8	5.5	2	0.2
Penil adhezyon	5	3.4	1	0.1
Üriner retasyon	4	2.7		
İskemi	4	2.7		
Anterior mea darlığı	3	2.0		
Minimal doku kaybı	2	1.3		
Üretrokutanöz fistül	1	0.6		

Hastane grubunda komplikasyon oranı %2.8 olarak belirlendi. Her iki grupta da kanama en sık olarak görülmekteydi. Yetersiz sünnet, üriner retansiyon, iskemik, anterior mea darlığı, doku kaybı ve üretrokutanöz fistül sadece hastane dışı grupta görüldü.

TARTIŞMA

Hastane şartları dışında yapılan sünnetlerin oranı %5-85, en sık görülen komplikasyonlar kanama ve enfeksiyon olarak bildirilmektedir. Uluslararası Çocuk Sağlığı Enstitüsü (NICH) berber sünnetçiler

tarafından sünnet edilen 281 komplikasyonlu hastada en sık kanama görüldüğünü, 2'sinde hemofiliye, 2'sinde gangrene ve 1 tanesinde sepsise bağlı olarak 5 ölüm vakası olduğunu bildirdi. NICH'in çalışmasında daha az sayıda nekrotizan fasiit, gangren, sistemik sepsis, menenjit, parsiyel ve komplet glans amputasyonu rapor edilmiştir (8). Distal glans amputasyonu nadir bir komplikasyon olmakla beraber İsrail (9), Türkiye (10), ve ABD'de (11) bildirilmektedir. Yapılan bir çalışmada (2) sünnet sırasında ve sonrasında en fazla karşılaşılan komplikasyonlar enfeksiyon ve kanama olarak bildirilmektedir. Gezgin geleneksel sünnetçiler, hastane personelleri ve sağlık memurları tarafından yapılan sünnetlerde; yetersiz sünnet, penil nekroz, üretrokutanöz fistül, anterior mea darlığı, penil adhezyon ve kist oluşumu rapor edilmektedir (1-3, 5, 6). Atikeler ve arkadaşları (4) klasik komplikasyonlara ilave olarak sünnet sırasında kullanılan cerrahi iplikler, eldiven pudrası veya smegma parçacıklarına sekonder gelişebilen subkutan kistler rapor etmişler ve mümkün olduğunca bu sayılan yabancı cisimlerden kaçınmayı önermişlerdir. Komplikasyon oranı hastane şartlarında yapılan sünnetlerde %1.6-3.8 olup, en sık kanama ve enfeksiyon bildirilmektedir (1, 2).

Bizim çalışmamızda hastanede yapılan sünnetlerde komplikasyon oranı %2.8 olup her iki

grubta en sık kanama görüldü. Yetersiz sünnet, üriner retansiyon, iskemi, anterior mea darlığı, minimal doku kaybı ve üretrokutanöz fistül sadece hastane dışı grupta görüldü. Hastane dışı grupta görülen kanama ve enfeksiyon diğer gruba göre daha şiddetliydi. Kliniğimize dışarıdan başvuran hastaların toplam kaç vakalık bir gruba dahil olduğu belli olmadığından komplikasyon oranı ile ilgili sağlıklı bir sonuç vermek mümkün değildir.

Bütün dünyada sünnetlerin çoğunluğu uzman hekimler yerine geleneksel sünnetçiler tarafından yapılmaktadır. Uzman hekimlerce yapılan sünnetlerde %5, sağlık memurları tarafından yapılanlarda %10, geleneksel sünnetçiler tarafından yapılanlarda ise %85 oranında komplikasyon görülmektedir (1-3).

Bu çalışma ile geleneksel sünnetçilerin neden olduğu geniş bir komplikasyon serisine vurgu yaparak, potansiyel bir tehlike oluşturan geleneksel sünnet uygulamalarının önüne geçme gereği ortaya konulmaya çalışılmıştır. Sünnet sağlık kuruluşlarında kendi alanında deneyimli ve uzman kişilerce yapılması gereken ve bütün bir ömürboyu etkileri olan önemli bir cerrahi prosedürdür.

KAYNAKLAR

1. Ozdemir E. Significantly increased complication risks with mass circumcision. *Br J Urol* 1997; 80:136-139.
2. Rızvi SAH, Naqi SAA, Hussain M, et al. Religious circumcision: a Muslim view. *BJU Int* 1999; 83: 13-16.
3. Rickwood AMK. Medical indications for circumcision. *BJU Int* 1999; 83: 45-51.
4. Atikeler MK, Onur R, Geçit I, et al. Increased morbidity after circumcision from a hidden complication. *BJU Int* 2001; 88: 1-8.
5. Ponsky LE, Ross JH, Knipper N, et al. Penile adhesions after neonatal circumcision. *J Urol* 2000; 164: 495-496.
6. Baskin LS, Canning DA, Synder HM, et al. Surgical repair of urethral circumcision injures. *J Urol* 1997; 158: 2269-2271.
7. Dunsmuir WD, Gordon EM. The history of circumcision. *BJU Int* 1997; 1-12.
8. Mirza FM. A study on complications of circumcision. (Dissertation for fellowship CPSP) 1992.
9. Neulender E, Walfisch S, Kaneti J. Amputation of distal glans during neonatal ritual circumcision -a rare complication. *Br J Urol* 1996; 77: 924-925.
10. Özkan S, Gürpınar T. A serious circumcision complication: Penile shaft amputation and a new reattachment technique with a successful outcome. *J Urol* 1997; 158: 1946-1947.
11. Gluckman GR, Stoller ML, Jacobs MM, et al. Newborn penile glans amputation during circumcision and successful reattachment. *J Urol* 1995; 153: 778-779.