

# Hızlı sünnet: Bir epidemiyolojik ve teknik araştırma

Ali Erdal KARAKAYA, Ahmet Gökhan GÜLER, Ahmet Burak DOĞAN

Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, Kahramanmaraş

## Öz

**Amaç:** Bu çalışmada, Kahramanmaraş ili ve çevresinde yoğun sünnet talebini karşılamak amacıyla diyatermik bıçak veya termokoter olarak adlandırılan cihaz yardımıyla yapılan sünnet işleminin sonuçlarını sunmak ve sünnet literatürüne katkı sağlamak amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Ocak 2012 ve Ocak 2016 tarihleri arasında toplam 2973 hastaya genel anestezi altında diyatermik bıçak kullanılarak ve glans korunarak giyotin yöntemiyle sünnet yapıldı. Ortalama yaş 25.1 ay idi.

**Bulgular:** Ortalama işlem süresi 6,5 dk idi. Dört hastada sızıntı şeklinde kanama görüldü. Hiçbir hastada sünnete bağlı enfeksiyon ve cerrahi yaralanma görülmedi. Bir hastada sekonder fimozis gelişti ve 6 ay sonra yine ameliyata alınarak düzeltildi.

**Sonuç:** Sünnet işlemi kesinlikle sağlık kuruluşlarında ve doktorlar tarafından yapılmalıdır. İlkbahar aylarında yaşanan yoğun talep hem hızlı hem de güvenli yöntemleri ön plana çıkarmaktadır. Komplikasyon oranı ve işlem süresi göz önüne alındığında diyatermik bıçak ile yapılan sünnet pratik ve güvenlidir.

**Anahtar kelimeler:** Sünnet, cihaz, komplikasyon, epidemiyoloji, mevsim

## Abstract

**Rapid circumcision: An epidemiological and technical research**

**Aim:** In this study, it was aimed to present the results of circumcision with the help of device called diathermic knife or thermocautery and to contribute to literature of circumcision in order to meet intense circumcision request in and around the province of Kahramanmaraş.

**Material and Method:** Between January 2012 and January 2016, a total of 2973 patients underwent circumcision under general anesthesia using guillotine method and preserving glans using a diathermic knife. The mean age was 25.1 months.

**Results:** Mean operative time was 6,5 min. Bleeding was seen in four patients as leakage. None of the patients had circumcision-related infections and surgical injuries. In one patient, secondary phimosis developed and after 6 months it was re-operated and corrected.

**Conclusion:** Circumcision must be done by doctors in health institutions. The intense demand in spring months brings both fast and safe methods to the fore. Circumcision with diathermic knife is practical and safe when considering complication rate and duration of operation.

**Keywords:** Circumcision, device, complication, epidemiology, season

## Giriş

Sünnet dünyada en sık uygulanan ve en eski cerrahi işlemlerden biridir. Prepusyumun cerrahi olarak çıkarılması işlemidir. Tüm dünyada dini inanç, örf, adet ve gelenekler nedeniyle yapıldığı gibi, medikal nedenlerle de yapılmaktadır<sup>(1,2)</sup>. Anadolu topraklarında da çoğunlukla dini-örfi nedenlerden dolayı sünnet yapılmaktadır ve hatta sünnet ile birlikte Anadolu'nun birçok yerinde düğünler ve törenler yapılmaktadır<sup>(3)</sup>. Kahramanmaraş ve çevresinde özellikle kaynak mev-

simi olarak adlandırılan ilkbahar aylarında yaptırılmak istenen bir uygulamadır. Çünkü bu mevsimlerde sünnetin sorunsuz ve hızlı iyileşeceğine inanılmaktadır. Bundan dolayı bu aylarda günde ortalama 60-100 sünnet talebi ile çocuk cerrahisi poliklinik başvurusu olmaktadır. Yoğun sünnet talebi cerrahları hızlı ve güvenli sünnet yapmaya yöneltmiştir. Hem ülkemizde hem ülke dışında çok sayıda sünnet metodu ve bu işlem için özel olarak üretilmiş cerrahi aletler tanımlanmıştır<sup>(1,3)</sup>. Bu çalışmada amaç, Kahramanmaraş ili ve çevresinde yoğun sünnet talebini karşılamak amacıyla diyatermik bıçak veya termokoter (Resim 1) olarak adlandırılan cihaz (Uzay Medikal, İstanbul) yardımıyla yapılan sünnet işlemi ve sonuçlarını karşılaştırmak ve sünnet literatürüne katkı sağlamaktır.

**Alındığı tarih:** 27.11.2017

**Kabul tarihi:** 06.12.2017

**Yazışma adresi:** Yrd. Doç. Dr. Ali Erdal Karakaya, Yirmikiğün Mah. Mevsim 2 Sitesi 8. Blok No:11 46000 Kahramanmaraş

**e-mail:** dralierdal@yahoo.com

## Gereç ve Yöntem

Ocak 2012 ve Ocak 2016 tarihleri arasında toplam 2973 hastaya genel anestezi altında diyatermik bıçak kullanılarak ve glans korunarak, giyotin yöntemiyle sünnet yapıldı. Hastalar 18 gün-15 yaş arasında (ortalama yaş 25.1 ay) idi. Sünnet öncesi tüm hastalara poliklinik değerlendirmesi, tam kan sayımı ve anestezi bölümünce sünnet öncesi değerlendirme yapıldı. Tüm hastalar sünnet sabahı yatırılarak damar yolu açıldı. Ameliyathaneye alınmadan önce 0,1 mg/kg iv midazolam (Dormicum®) yapıldı ve ameliyat odasına hemşire eşliğinde getirildi. Genel anestezi induksiyonundan sonra dorsal penil blok yapıldı.

**Teknik:** Lokal saha temizliği sonrası cerrahi alan, steril delikli çamaşır ile örtüldü. Prepusyum geri çevrilerek, glans penis tamamen yapışıklıklardan serbestleştirildi. Prepusyum redükte edildikten sonra saat 3-9 hizasından klemp ile tutuldu. İşaret konulduktan sonra, sol el baş ve işaret parmakları ile glans korunarak prepusyuma işaret hizasından düz klemp konuldu. Klembin altından, eğer, penis anatomisi buna izin vermiyorsa üstünden, diyatermik bıçak ile prepusyum, glans iki parmakla korunarak giyotin kesimi şeklinde eksize edildi. Aktif kanama odakları diyatermik bıçak dokundurularak kontrol altına alındı. Mukoza lüzumu halinde kısaltılarak ortalama 0,5-1 cm mukoza bırakıldı ve frenulum korundu. Saat 06-12 ve 22-02 hizalarından poliglactin 910 (VICRYL rapide®) ile 4 adet sütür atılarak işleme son verildi. Ameliyat süresi olarak, lokal saha temizliği ile son sütür arasındaki zaman alındı. Lokal antibiyotikli krem sürülerek hasta servise götürüldü. İşlemden ortalama 3 saat sonra taburcu edildi. Komplikasyonlar açısından bütün hastaların poliklinik kontrol muayeneleri yapıldı. Taburcu olurken anne-babalar olası komplikasyonlar konusunda aydınlatıldı. Hastalar ameliyat süresi, kanama, enfeksiyon, üretra ve penil yaralanma, sekonder fimozis, meatal stenoz, idrar retansiyonu ve ameliyat öncesi gömülü penis açısından değerlendirildi (Tablo 1). Ayrıca mevsimsel olarak (aylara göre) hasta sayısı da incelenmiştir (Tablo 2).

## Sonuçlar

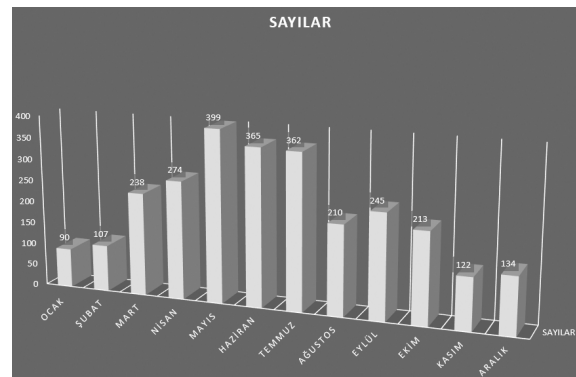
Literatürde sünnet süresiyle ilgili bilgiye rastlanmadı. Çalışmamızda ameliyat süresi ortalama 6,5 dk. (4- 15 dk. arası) idi. Hastaların ortalama yaşı 25,1 ay (18

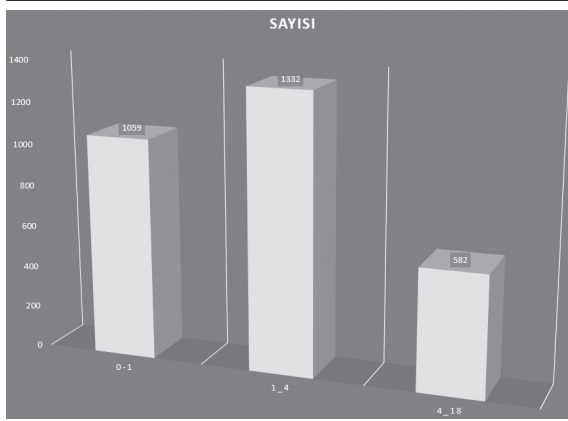
gün- 15 yaş arasında) idi. Hiçbir hastada anesteziye ait komplikasyon görülmedi. Toplam dört hastada sızıntı şeklinde kanama görüldü (%0.13). Bunlardan ikisi taburcu olana kadar bir saat tampon uygulamasıyla durdu. Diğer iki hasta sünnetten 24 saat sonra sızıntı şeklinde kanama ile geldi ve 24 saat sargı uygulaması ile kanama durdu. Aşırı kanama hiçbir hastada olmadı. Kanama olan hastalarda kanama diyatezi yoktu. Diğer hiçbir hastada kanama sorunu olmadı. Hastaların tamamında değişik derecelerde ödem oluştu ancak iyileşme sürecini olumsuz etkilemedi. Hiçbir hastada sünnete bağlı enfeksiyon görülmedi ve sistemik antibiyotik kullanılmadı. Üreter ve penil yaralanma hiçbir hastada görülmedi. Bir hastada sekonder fimozis (%0.03) gelişti ve 6 ay sonra yeniden ameliyata alınarak düzeltildi. Gömülü penisi olan hastalara sekonder fimozis riskini arttırdığından dolayı sünnet yapılmadı. Meatal stenoz (Meatusta veb, ince işeme) gelişen bir hastaya (%0.03) meatotomi yapıldı. Başvuru yaşı incelendiğinde, çocuk yürümeden ve sürünmeden sünnet sürecinin rahat atlatılacağı düşünüldüğü için 1 yaş altı başvuru oranı yüksek olarak belirlendi (Tablo 3).

**Tablo 1. Komplikasyonlar ve ortalama ameliyat süresi.**

Ameliyat süresi (ortalama)	6,5 dk	
Komplikasyon	Sayı	Oran %
Kanama	4	0,13
Enfeksiyon	0	0
Üretra ve penil yaralanma	0	0
Sekonder Fimozis	1	0,03
Meatal stenoz	1	0,03
İdrar retansiyonu	0	0
Gömülü penis	0	0
Toplam	6	0,20

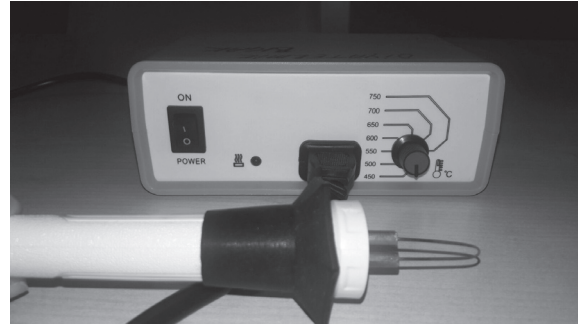
**Tablo 2. Aylara göre hasta sayısı.**



**Tablo 3. Yaş dağılımı.**

### Tartışma

Dini ve örfi nedenlerden dolayı yapılan sünnet, tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de çocukluk çağının en sık yapılan cerrahi işlemidir <sup>(4)</sup>. Her yaş grubunda ve her mevsimde yapılmaktadır ancak birçok sosyal nedenlerden dolayı yaz aylarında sünnet oranı daha yüksektir <sup>(3)</sup>. Çalışmamızda, sünnet taleplerinin halk arasında kaynak mevsimi olarak adlandırılan Nisan-Haziran aylarında fark edilir düzeyde arttığı görülmektedir (Tablo 3). Türk toplumu için erkek çocukların sünneti oldukça önemlidir. Sünnet sonrası aile içinde bile olsa bazı etkinlikler düzenlemeye, ziyafet vermeye özen gösterilmektedir <sup>(3)</sup>. Çalışmamızın yapıldığı Kahramanmaraş ili ve çevresinde sünnet düğünleri yaygın değildir, ancak ziyafet ve dost ve akrabalara ikram Türk toplumunun genelinde olduğu gibi yaygındır. Büyüktunal'ın <sup>(3)</sup> yaptığı bir çalışmada, sünnetin olası psikolojik etkileri kaygısı ile, özellikle yenidoğan sünnetini ya da ilk yaşlarda yapılan girişimlerin artan bir oranda tercih edilmeye başladığından söz edilmektedir. Çalışmamızda da başvuru yaş ortalaması yaşlara göre 25,1 ay idi. Dünyada ve Türkiye'de sünnet işlemi cerrahlar yanında, yardımcı sağlık personelleri ve geleneksel sünnetçiler de yapmaktadırlar <sup>(4-6)</sup>. Eğitilmiş profesyoneller tarafından yapılan sünnetlerde komplikasyon oranı geleneksel sünnetçilere göre oldukça düşüktür <sup>(5,6)</sup>. Türkiye'de 1219 sayılı kanun gereği zorunlu haller dışında hekim haricindeki kişilerin sünnet yapması bazı olağanüstü durumlar dışında yasaktır ve 2015/10 sayılı genelgeyle bu kanuna yalnızca hekimler tarafından yapılacağı kuralı eklenmiştir. 2007 tarihinden itibaren kamuya bağlı hizmet veren hastanelerde sünnet işlem ücreti sosyal güvenlik kurumu tarafın-

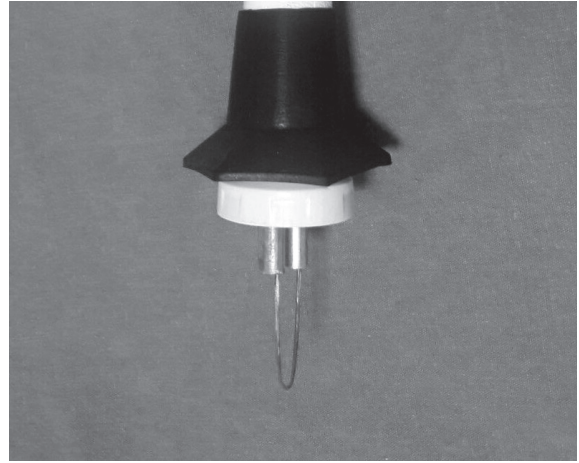
**Resim 1. Diyatermik Bıçak (termokoter).****Resim 2. Klem ile tutma işlemi.**

dan ödenmesi ile birlikte devlet hastanelerine yoğun sünnet talebi gelmeye başlamıştır. Bu uygulamadan sonra geleneksel sünnetçilere ilgi oldukça azalmıştır. Kendi poliklinik verilerimizi incelediğimizde, önceleri geleneksel sünnetçiler tarafından yapılan komplikasyonlar ile oldukça sık karşılaşıırken, son 5 yıldır neredeyse geleneksel sünnetçiler tarafından yapılmış sünnet ve komplikasyonlar ile karşılaşmamaktayız. Tanımlanmış çok sayıda sünnet metodu vardır ve klem rehberliğinde giyotin şeklinde kesme de bunlardan biridir <sup>(7)</sup>. Olgularımızda cilt, glans penis taç kısmı rehber alınarak işaretlenmek koşuluyla klem ve giyotin yöntemiyle yapılmıştır. Klem konulma-



**Resim 3. Mukoza kesme işlemi.**

dan önce glans penis kesinlikle iki parmakla korunmuş, glans net palpe edilemediğinde oldukça distalden klemp konularak iki aşamalı kesilmiştir (Resim 2). Bu şekilde hiçbir hastada glans ve üretra yaralanması oluşmamıştır. Gerekirse mukoza makas yardımıyla kısaltılmış ve frenulum korunmuştur (Resim 3). Diyatermik bıçağın ülkemizde kanamasız sünnet için özel olarak dizayn edilmiş modelleri mevcuttur (Resim 1). Soğuk haldeyken kesme özelliği olmayan yassı metal uç elektrik enerjisi ile ısınır, ısı vasıtasıyla hem kesme hem koagülasyon işlemini yapmaktadır (Resim 4). Karaman ve ark.'nın (2) yaptığı bir çalışmada, monopolar elektrokotere göre diyatermik bıçağın daha güvenli olduğu belirtilmektedir. Aynı çalışmada, özellikle kanama diyatezi olan hastalarda, diyatermik koter kullanımı kanama kontrolü açısından tavsiye edilmektedir. Literatürde sünnet işlem süresi ile ilgili çalışmaya rastlanmamıştır. Cerrahi işlemin kısa sürede yapılması morbiditeyi azaltmaktadır. Bu nedenle çalışmamızda, süre de dikkate alınmıştır. Diyatermik bıçağın kesme ve koagülasyon işlemini aynı anda yapması önemli zaman kazanımına yol açmaktadır, bundan dolayı sünnet işleminde zamanın önemli bir kısmını oluşturan kanama kontrolü için güvenli ve hızlı koagülasyon sağlayan diyatermik bıçak kulla-



**Resim 4. Diyatermik Bıçak kesici kısmı.**

nılmıştır. Ortalama sünnet süresi azaldığı için hem hastalar daha az cerrahi strese maruz kalmışlar ve hem de talepleri karşılamak kolaylaşmıştır. Sünnet sonrası en sık karşılaşılan komplikasyonlar kanama enfeksiyondur (8). Genel komplikasyon oranı yapılan metottan bağımsız olarak hastanede ve uzman doktorlar tarafından yapılanlarda değişik çalışmalarda %0,3-12 arasında iken, geleneksel sünnetçilerde bu oran %2,7-73 arasındadır (4). Hastalarımızda basit tamponla düzelen kanama dâhil edildiğinde dahi toplam komplikasyon oranı %0,20'dir. Özellikle ameliyat odası ortamında steril şartlarda yapıldığı için, sistemik antibiyotik kullanılmamasına rağmen, hiçbir hastada enfeksiyon görülmemiştir. Literatürde sünnet sonrası %9'lara varan kanama oranlarına rastlanmaktadır (8) ve çalışmamızda bu oran %0,13'tür. Bu farkın nedeni diyatermik bıçağın koagülasyon üzerine olumlu etkisinden kaynaklandığı düşünülmüştür. Bazı yayınlarda, %5-20 arasında sünnet sonrası meatal stenoz geliştiği bildirilmiştir (9). Çalışmamızda, meatal stenoz bir hastada (%0,03) gelişmiştir. Özellikle hemofili gibi kanama diyatezi durumlarında diyatermik bıçakla sünnet yapmanın güvenli ve pratik bir yöntem olduğu bildirilmiştir (2). Sünnet sonrası komplikasyon görülme sıklığı yaşla değişmektedir; yeni doğan ve küçük bebeklerde kanama oranı daha büyük yaştaakilere göre daha düşüktür (4,7). Çalışmamızda, yaş ortalamasının 25,1 ay olmasının da komplikasyon oranının düşük olmasına katkı sağladığı düşünülmüştür. Sonuç olarak, sünnet ile ilgili literatür incelendiğinde, bu kadar sık yapılan bir cerrahi işlem eğitilmiş doktorlar tarafından ve ameliyat odası şartlarında yapılmalıdır. Çok çeşitli sünnet metodu ve bu

iş için üretilmiş özel aletler mevcuttur. Diyatermik koter hem sünnet işleminin kısa sürmesini sağlayarak çocuğun anestezi ve cerrahi stres süresini hem de kanama oranını azaltmaktadır. Diyatermik Bıçak ile yapılan sünnet, eğitimli doktorlar tarafından, uygun ortamda yapıldığında pratik ve güvenlidir.

### Kaynaklar

1. Male Circumcision: Global Trends and Determinants of Prevalence, Safety and Acceptability (PDF). World Health Organization; 2007.
2. Karaman MI, Zulfikar B, Caskurlu T, Ergenekon E. Circumcision in hemophilia: a cost-effective method using a novel device. *J Pediatr Surg* 2004;39(10):1562-1564.
3. Büyükkünel SNC. Toplumumuzda sünnet uygulamaları ve tarihi gelişimine bir bakış. *Çocuk Cerrahisi Dergisi* 2015;29(3):104-120.
4. Jan IA. Circumcision in babies and children with plastibell technique: an easy procedure with minimal complications - Experience of 316 cases. *Pak J Med Sci* 2004;20(3):175-180.
5. Friedman B, Khoury J, Petersiel N, Yahalomi T, Paul M, Neuberger A. Pros and cons of circumcision: an evidence-based overview. *Clinical Microbiology and Infection* 2016;22:768e774 .
6. Özdemir E. Significantly increased complication risks with mass circumcisions. *Br J Urol* 1997;80:136-139, 1997 *Journal of Pediatric Surgery*, Volume 33, Issue 3, March 1998, Page 536.
7. Abdulwahab-Ahmed A and Mungadi IA. Techniques of male circumcision. *J Surg Tech Case Rep* 2013;5(1): 1-7.
8. Weiss HA, Larke N, Halperin D, Schenker I. Complications of circumcision in male neonates, infants and children: a systematic review Weiss et al. *BMC Urology* 2010;10:2.