

Sünnet sonrası pansuman yapılmalı mıdır?

Should wound dressing be performed after circumcision?

Mirzaman Hüseyinov¹®, Vusal Cafarov²®, Ali Ekber Hakalmaz³®

¹Özel Safa Hastanesi, Çocuk Cerrahisi Kliniği, İstanbul, Türkiye

²Merkezi Gümrük Hastanesi, Çocuk Cerrahisi Kliniği, Bakü

³Kızıltepe Devlet Hastanesi, Çocuk Cerrahisi Kliniği, Mardin, Türkiye

ÖZ

Amaç: Sünnet sonrası yapılan gazlı bez veya sentetik bant (SB) pansumanlarının gerekliliğini araştırmaktır.

Yöntem: Çalışmaya mart 2016 - ağustos 2018 arasında sünnet uygulanan 150 erkek hasta dahil edildi. Hastaların kurumsal veri tabanlarındaki bilgileri retrospektif olarak değerlendirildi. Bu veriler doğrultusunda hastalar üç grupta incelendi. Grup 1'e sünnet sonrasında SB ile pansuman yapılan hastalar, Grup 2'ye sünnet sonrasında gazlı bezle pansuman yapılan hastalar, Grup 3'e sünnet sonrasında yaraya sadece antibiyotikli merhem uygulanan hastalar alındı. Hastaların sünnet sonrası takiplerinde enfeksiyon, kanama, pansuman açılırken yaşadıkları ağrı ve diğer verileri değerlendirildi. Bulgular gruplar arasında karşılaştırıldı ve istatistiksel olarak analiz edildi.

Bulgular: Grup 1'de 60 hasta, grup 2'de 30 hasta ve grup 3'te 60 hasta vardı. Grup 1, 2 ve 3'te sünnet sonrasında müdahale gerektirecek kanama yoktu. Pansuman açıldığı sırada grup 1'de hastaların %5'inde, grup 2'de ise hepsinde ciddi ağrı gelişmişti. Ayrıca, grup 1'de bir hastada, grup 2'de üç hastada pansuman açıldıktan sonra kompresyon gerektiren kanama olmuştu. Grup 1'de SB'in kalış süresi ile enfeksiyon gelişmesi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ($p<0,001$).

Sonuç: Sünnet sonrası gazlı bez veya sentetik bant gibi malzemelerle pansuman yapılmasına gerek olmadığını düşünmekteyiz. Eğer SB ile pansuman yapılacaksa pansumanlar en fazla iki gün tutulmalıdır.

Anahtar kelimeler: Sünnet, pansuman, kanama, enfeksiyon

ABSTRACT

Objective: To investigate the necessity of wound dressing with gauze or synthetic bands (SB) after circumcision.

Method: A total of 150 patients circumcised between March 2016 and August 2018 were included in the study. The data of the patients in the institutional database were evaluated retrospectively. Three groups of patients were examined in parallel with these data Groups 1 and 2 included patients whose wound dressings after circumcision were performed with SB and gauze, respectively. Group 3 included patients whose wounds after circumcision were dressed only with antibiotic ointment. Infection, bleeding, pain and other complications were evaluated and compared among groups.

Results: There were 60 patients in Group 1, 30 patients in Group 2 and 60 patients in Group 3. There was no bleeding requiring intervention after circumcision in all groups. At the time of undressing, 5% of the patients in Group 1 and all of the patients in Group 2 had severe pain. In addition, in one patient in Group 1, and three patients in Group 2 had bleeding requiring compression after the dressing was removed. In Group 1, there was a statistically significant correlation between the length of stay of dressing and the development of infection ($p<0.001$).

Conclusion: In our opinion, dressing with gauze or synthetic tape is not necessary after circumcision. Dressings should be kept for a maximum of two days if SB was used for dressing.

Keywords: Circumcision, wound dressing, bleeding, infection

Alındığı tarih: 06.09.2019

Kabul tarihi: 02.03.2020

Yayın tarihi: 30.04.2020

Atf vermek için: Hüseyinov M, Cafarov V, Hakalmaz AE. Sünnet sonrası pansuman yapılmalı mıdır?. Çoc. Cer. Derg. 2020;34(1):14-8.

Mirzaman Hüseyinov

Özel Safa Hastanesi,

Çocuk Cerrahisi Kliniği,

İstanbul, Türkiye

✉ mirzamanhuseynov@gmail.com

ORCID: 0000-0002-4170-0367

ORCID kayıtları

V. Cafarov 0000-0002-0245-0625
A.E. Hakalmaz 0000-0001-6571-2322

Giriş

Sünnet prepüsyumun glansı açığa çıkaracak şekilde cerrahi eksizyonu olarak tanımlanabilir. Bilinen yazılı tarihçesi milattan önceki Mısır'a kadar uzanmaktadır ^(1,2). Antik çağlara dayanan geçmişiyle sünnet, günümüzde halen çok geniş bir coğrafyada erkek çocuklara uygulanan en sık cerrahi müdahaledir ⁽³⁾. Dinsel ve sosyokültürel çelişkili önermelerin yanında tıbbi gereklilikleri konusunda çeşitli tartışmaların yıllardır sürmesi bile bu durumu değiştirmemektedir ^(4,5).

Tüm dünyada her yıl tahmini 13 milyon çocuk sünnet edilmektedir ⁽⁶⁾. Sünnetin yapılışı ile ilgili bir çok teknik tarif edilmiştir; Sleeve, giyotin, Gomco klemp, plastik çan bunlardan bazılarıdır. Hangi sebeple ve teknikle yapılırsa yapılsın, sünnetin cerrahi bir girişim olduğu unutulmamalı; diğer cerrahi prosedürlerde olduğu gibi sünnette de ameliyat öncesi, ameliyat sonrası ve ameliyat sonrası dönem kuralları titizlikle gözetilmelidir.

Literatürde her ne kadar sünnete dair bütün başlıklar yeterince tartışılmışsa da sünnet sonrası pansuman hususu halen ışık tutulması gereken bir konudur. Genel olarak sünnet sonrası üç şekilde pansuman yapılmaktadır. Bunlardan ilki yarayı gazlı bezle kapatmak, ikincisi yarayı sentetik bant (Klorheksidin glukonat örtü Tegaderm™, Micropore™ bant (3M, Bracknell, UK)) ile kapatmak, üçüncüsü yarayı antibiyotikli merhem ile kapatmaktır. Kavram karmaşası yaratmamak amacıyla yazının bundan sonraki kısımlarında pansuman adı altında sünnet yarasının gazlı bez ve sentetik bant (SB) ile kapatılması tabirleri kullanılacaktır.

Çalışmamızın amacı, sünnet sonrasında penisin gazlı bez ya da SB ile kapatılmasına ihtiyaç olup olmadığını araştırmaktır.

Gereç ve Yöntem

Çalışma merkezleri

Çalışmanın merkezleri: Safa Hastanesi (İstanbul, Türkiye), Merkezi Gümrük Hastanesi (Bakü, Azerbaycan), Kızıltepe Devlet Hastanesi (Mardin, Türkiye).

Çalışma tasarımı

Etik kurul onayı alındıktan sonra (Karar No: 01/08) çalışmaya mart 2016 - ağustos 2018 arasında sünnet

yapılan 150 hasta dahil edildi. Hastaların kurumsal veri tabanındaki bilgileri retrospektif olarak değerlendirildi. Hastalar üç gruba ayrıldı: Grup 1'e sünnet sonrasında SB ile pansuman yapılan hastalar, Grup 2'ye sünnet sonrasında gazlı bezle pansuman yapılan hastalar, Grup 3'e sünnet sonrasında yaraya sadece antibiyotikli merhem (Basitrasin, Thiocilline® deri pomadı) uygulanan hastalar dahil edildi.

Çalışmanın yapıldığı merkezlerde sünnet sonrasında rutin olarak sentetik bant ile pansuman yapılmaktadır. Ancak hastanelerde sentetik bant bulunmadığı durumlarda hastanın ebeveynlerine önceden bildirilmek suretiyle (alımın yapılmaması, piyasada bulunamaması durumunda) işlem sonrasında yalnızca antibiyotikli pomad uygulanmaktadır. Çalışma merkezlerinde sünnet hastalarına gazlı bez ile sargı pansumanı uygulanmadığından, Grup 2'yi farklı dış merkezlerde ameliyathane şartlarında genel anestezi altında cerrahi sütür materyalleri kullanılarak sünnet yapılan ve tarafımıza pansuman açılması için başvuran hastalar oluşturmuştur.

Grupların homojen olması için hastalar belli kurallar çerçevesinde seçilmiştir;

1. Hastalarla sağlıklı iletişim kurulabilmesi ve bu iletişimlerin benzer olması amacıyla 5 ile 7 yaş arası bilinen nöropsikiyatrik sorunu olmayan olgular çalışmaya dahil edilmiştir.
2. Sadece ameliyathanede ve genel anestezi altında sünnet yapıldığı bilinen hastalar çalışmaya alınmıştır. Sünnet sonrası hastalar rutin olarak üçüncü gün ve ikinci haftadan sonra değerlendirilmiştir. Dış merkezde sünnet yapılan ve gazlı bez ile pansuman yapılan hastaların pansuman açılması istemi ile başvurdukları ortalama süre 4 (3-5 gün) gündür. Çalışmada, kurumsal veri tabanına rutin olarak kaydedilen sünnet yarasında enfeksiyon, sünnet kanaması, pansuman açılırken yaşanan ağrı ve diğer bulgular değerlendirilmiş; veriler gruplar arasında karşılaştırılmıştır.

Çalışma dışında bırakma ölçütleri

Eşlik eden üriner sistem hastalığı veya kanıtlanmış hastalığı olmadan idrar yolu enfeksiyonu geçiren hastalar ile yara iyileşmesine etki edecek sistemik hastalığı bulunan bütün olgular çalışma dışı bırakıldı. Ayrıca, dış merkez hastalarından sünnet sonrasında oral antibiyotik başlanmış olan olgular da çalışmaya dahil edilmedi.

İstatistiksel çözümleme

İstatistiksel analiz için MedCalc-18.10 bilgisayar yazılımı kullanıldı. Bağımsız iki grup karşılaştırılması için Mann-Whitney-U testi kullanıldı. Gruplar arasında kategorik değişkenlerin oranları ki-kare testi ve örnek sayısı beşten az ise Fisher testi ile analiz edildi. Ayrıca, sünnet sonrası enfeksiyon gelişmesi için göreceli risk (Relative Risk), güven aralığı (Confidence Intervals) hesaplaması yapıldı.

Etik kaygılar

Bu çalışmada gerçekleştirilen tüm prosedürler kurumsal ve ulusal etik standartlara, 1964 Helsinki Deklarasyonu ve bu deklarasyona yapılan daha sonraki değişikliklere uygun olarak yapılmıştır. Çalışma retrospektif bir çalışma olduğundan ve verilerin hiçbirinin kimliği açığa kavuşturacak nitelikte olmaması nedeni ile hastalardan bilgilendirilmiş olur formu alınmadı.

Bulgular

Grup 1’de 60 hasta, grup 2’de 30 hasta ve grup 3’te 60 hasta mevcuttu. Her üç grupta da hastaların yaş ortalaması 6 yaş olarak saptandı (5-7 yıl).

Grup 1’de hastaların 51’inin SB’i ameliyat sonrası üçüncü güne kadar spontan olarak düşmüştü (%85). Geriye kalan dokuz hastanın SB’i poliklinik şartlarında açılmıştır (%15). Sentetik bantı spontan düşen hastalarda sorun saptanmadı. Ancak SB’i sünnet sonrasında üçüncü gün poliklinikte açılan hastaların hepsinde kızarıklık, kirli ve kötü kokulu psödomembran oluşumu saptandı. Bu hastalara oturma banyosu ve lokal antibiyotikli merhem ile tedavi başlanmıştı. Sentetik pansuman açıldığı sırada hastaların üçünün ciddi ağrı yaşadığı saptandı (%5). Ayrıca, hastalardan birinde SB açıldıktan sonra kompresyon gerektiren kanama olmuştu (%1,7). Grup 1’de SB’in 3 gün süre boyunca kalması ile enfeksiyon gelişmesi arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı saptandı ($p<0,001$).

Grup 2’deki 30 hastanın pansumanı sünnet sonrasında ortalama 4. gün açılmıştı. Pansuman açıldığı sırada hastalardan hiçbirinde herhangi bir enfeksiyon belirtisi saptanmadı. Öte yandan, hastaların tümünde pansuman açılması sırasında ciddi ağrı geliştiği görüldü. Bununla birlikte, gazlı bez ile yapılan pansumanın açılması sonrasında hastaların üçünde kompresyon gerektiren kanama olmuştu (%10). Pansuman

açılması sırasındaki kanama ihtimali grup 1 ve grup 2 arasında istatistiksel olarak anlamsızdı ($p=0,534$).

Grup 3’te sünnet sonrası lokal antibiyotikli merhem kullanılan 60 hastanın hiçbirinde enfeksiyon, kanama ya da hematoma gelişmemişti. Hastaların hiçbirinde işlem sonrası kanama olmadığı görüldü. Gruplar arası karşılaştırma Tablo 1’de gösterilmiştir.

Tablo 1. Bulguların gruplar arası karşılaştırması.

	Grup 1	Grup 2	Grup 3
n	60	30	60
Sünnet sonrası kanama	0	0	0
Enfeksiyon	İlk 2 günde: 0 Üçüncü gün: 9	0	0
Pansuman açıldığı sırada ağrı	3	30	-
Pansuman açıldıktan sonra kanama	1	3	-

Tartışma

Sünnet ürolojinin en tartışmalı konularından biridir. Amerikan Pediatri Derneği 1975 yılında sünnet için kesin endikasyonlar olmadığını bildirmişse de, sonradan, 1999 yılında sünnetin bir takım tıbbi faydalarının olduğunu, ancak bunun rutin sünneti önermek için yetersiz olduğunu bildirmiştir^(7,8). Sünnetin yapılışı ile ilgili bir çok teknik tarif edilmişse de, kanımızca, en iyi teknik, en iyi bildiğiniz tekniktir. Hangi teknikle yapılırsa yapılsın, sünnet sonrası pansuman konusu halen ışık tutulması gereken bir konudur.

Sünnet sonrası pansuman konusuna ilk kez Şerafeddin Sabuncuoğlu’nun “Cerrahiye-i İlhaniye” isimli el yazması kitabında rastlıyoruz. Sünnetten sonra kurutulmuş su kabağının külleri veya ince çekilmiş beyaz un, ayrıca yumurta akı ile karıştırılmış gül suyu ve gül yağı yara pansumanı için kullanılmış olduğunu görmekteyiz^(9,10). Çalışmanın yapıldığı tarihlerde, ulusal veri tabanlarında, PubMed’de ve Google taramasında, sünnet sonrası pansumanı detaylı bir şekilde anlatan veya sünnet sonrası pansuman için yazılan ingilizce yedi, türkçe üç, almanca bir, çince bir makale mevcuttur^(11,13-21). Yani, pansuman konusunun literatürde genellikle göz ardı edildiğini görmekteyiz.

Kanama, sünnet sonrası en sık görülen komplikasyon olup ameliyathane şartlarında girişim gerektirebileceğinden sünnet sonrası en istenmeyen durumlardan birisidir⁽¹¹⁾. Kanamaya bağlı ölüm ve cinsiyet değiştirilmesi dahi yayımlanmıştır⁽¹²⁾. Bu nedenle

sünnet sonrasında yaraya kompresyon uygulayan pansumanlar tercih edilmektedir. Gazlı bez ile pansumanın bu bakımdan yaygın kullanıldığı bilinmektedir. Bu tip pansuman kanama ihtimalini azaltsa da bizce en büyük dezavantajı penise ciddi şekilde yapışmasıdır. Yaraya yapıştığı için çıkarılması sırasında genellikle ciddi ağrı söz konusudur ve bazen krutların kalkmasına bağlı olarak kanama gelişmektedir. Bizim çalışmamızda gazlı bezle pansuman yapılan hastalara öncesinde pansumanlı haliyle ılık antiseptikli suda oturma banyosu yapılmasına rağmen tüm hastalarda ciddi ağrı olduğu gözlemlenmiştir.

Sentetik bant ile pansumanın penisin iç çamaşıra temasını engellediği ve konforu arttırdığı düşünülmektedir. Ancak, bu konforu sağlayacak birçok alternatif özel giyim tasarımı zaten çok eski dönemlerden beri mevcuttur (iç çamaşır olmaksızın etek giydirilmesi, sünnet külodu kullanılması gibi). Sentetik bant ile ilgili önemli problemler ise açılırken meydana gelen ağrı ve uzun süreli uygulamada enfeksiyon riskinin artmasıdır. Standart uygulamada SB sünnet sonrası üçüncü günde alınmaktadır. Bizim çalışmamızda SB'in üç gün kalmasının enfeksiyon riskini arttırdığı saptandı. SB'in zamansal olarak üç gün kalması enfeksiyon gelişmesi için Relatif Risk 104.5 (%95 CI: 1,165-0,977) olarak saptandı ($p=0,001$). SB'nin 3 günden az kaldığı, yani kendiliğinden düştüğü, durumlarda enfeksiyon belirtileri ile karşılaşmadığımızdan SB ile yapılan pansumanın iki günden uzun tutulmamasını önermekteyiz.

Çalışmamızda, sadece lokal antibiyotikli merhem ile sonlandırılan sünnetlerden sonra hiç kanama görülmemiştir. Ayrıca, bu tip yara kapama hastalarda pansuman açılması sırasındaki ağrı veya kanama ihtimalini de baştan eradike etmektedir. Çıkarılmaları sırasındaki ağrı ve korku, çıkarılmalarından sonra nadir de olsa kanama ihtimalinin olması, ayrıca SB ile pansuman yapılan olgularda enfeksiyon gelişebilme ihtimalinden dolayı sünnet sonrasında pansuman kullanılmasının sadece lokal antibiyotikli merhem uygulamasına göre bir üstünlüğü yoktur.

Sonuç olarak, çalışmamızda sünnet sonrası gazlı bez veya SB gibi malzemelerle pansuman yapılmasına gerek olmadığını düşündüren bulgular ön plandadır. Eğer, SB ile pansuman yapılacaksa pansuman en fazla iki gün tutulmalıdır.

Etik Kurul Onayı: Bezmialem Vakıf Üniversitesi Rektörlüğü Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu onayı alınmıştır (08.01.2019-01/08).

Çıkar Çatışması: Yoktur.

Finansal Destek: Yoktur.

Hasta Onamı: Bu çalışma retrospektif olduğundan onam alınmamıştır.

Kaynaklar

1. Dunsmuir WD, Gordon EM. The history of circumcision. *BJU Int.* 1999;83:1-12. <https://doi.org/10.1046/j.1464-410x.1999.0830s1001.x>
2. Megahed M, Vymazalova H. Ancient Egyptian royal circumcision from the pyramid complex of Djedkare. *Anthropol Forum.* 2011;49:155-64.
3. Introcaso CE, Xu F, Kilmarx PH, et al. Prevalence of circumcision among men and boys aged 14 to 59 years in the United States, National Health and Nutrition Examination Surveys 2005-2010. *Sex Transm Dis.* 2013;40:521-5. <https://doi.org/10.1097/01.OLQ.0000430797.56499.0d>
4. Tobian AAR, GraY RH. The Medical Benefits of Male Circumcision. *JAMA.* 2011;306:1479-80. <https://doi.org/10.1001/jama.2011.1431>
5. Wheeler R, Malone P. Male circumcision: risk versus benefit. *Arch Dis Child.* 2013;98:321-2. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2012-303124>
6. Dekkers W, Hoffer C, Wils JP. Scientific contribution, bodily integrity and male and female circumcision. *Med Health Care Philos.* 2005;8:179-91. <https://doi.org/10.1007/s11019-004-3530-z>
7. Murphy JP, Gatti JM. Abnormalities of the Urethra, Penis, and Scrotum, in Coran AG (eds): *Pediatric Surgery.* 7th ed. Philadelphia. 2012, pp:1555-64. <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-07255-7.00122-7>
8. American Academy of Pediatrics: Report of the taskforce on circumcision. *Pediatrics.* 1999;103:686-93. <https://doi.org/10.1542/peds.103.3.686>
9. Sabuncuoğlu Ş. Cerrahiye-i İlhaniye, Fatih Milli Kütüphanesi, no. Tıb 79, 1465 (El yazması eser).
10. Büyükkunal SNC, Sarı N. Şerafeddin Sabuncuoğlu, the author of the earliest pediatric surgical atlas: Cerrahiye-i İlhaniye. *J Pediatr Surg.* 1991;26:1148-51. [https://doi.org/10.1016/0022-3468\(91\)90320-S](https://doi.org/10.1016/0022-3468(91)90320-S)
11. Özkan A, Özörak A, Oruç M. Retrospective Investigation of Complications in Nineteen Hundred Cases of Circumcision. *Konuralp Tıp Derg.* 2012;4:8-12.
12. Kaplan GW. Circumcision-an overview. *Curr Prob P.* 1977;7:3-33. [https://doi.org/10.1016/S0045-9380\(77\)80007-8](https://doi.org/10.1016/S0045-9380(77)80007-8)
13. Aydın E. Traditions? Medical choices? What should parents do? *Türkiye Klinikleri J Pediatr Surg-Special Topics.* 2017;7:355-61.
14. Çeçen K, Kocaaslan R, Karadağ MA et al. 220 sünnet olgusunda uzman doktorların komplikasyonlarının incelenmesi. *Kocaeli Tıp Dergisi.* 2014;1:11-4.
15. Molokwu CN, Peracha AM. Securing the dressing after circumcision in adults. *Ann R Coll Surg Engl.* 2014;96:170.

- <https://doi.org/10.1308/rcsann.2014.96.2.170a>
16. Chan KE, Chedgy ECP, Turner K. The wessex wrap circumcision dressing. *Ann R Coll Surg Engl.* 2015;97:542. <https://doi.org/10.1308/rcsann.2015.0033.2>
 17. Jaffee SR. A new dressing for penile operations. *J Urol* 1969;101:91. [https://doi.org/10.1016/S0022-5347\(17\)62308-5](https://doi.org/10.1016/S0022-5347(17)62308-5)
 18. Datta NS. Simple circumcision dressing. *Urology.* 1976;8:495.
 19. Gough DC, Lawton N. Circumcision: which dressing? *BRJ Urol.* 1990;65:418-9. <https://doi.org/10.1111/j.1464-410X.1990.tb14768.x>
 20. Fernandez JA, Cain DR, Rivera LR, Kreutzman RJ. Ribbon Dressing for Circumcision. *J Urol.* 1993;149:1501-2. [https://doi.org/10.1016/S0022-5347\(17\)42257-9](https://doi.org/10.1016/S0022-5347(17)42257-9)
 21. Freeland A. Vaseline gauze dressings after circumcision. *Pediatr Nurs.* 1996;8:23-6.