



Pediatric Urology Bulletin

HER YÖNÜYLE SÜNNET

ISSN 2651-4931

CİLT 1
SAYI 1

2018
Aralık



Pediatric Urology Bulletin

HER YÖNÜYLE SÜNNET

ISSN 2651-4931

Türk Üroloji Akademisi Adına Sahibi

Ateş Kadioğlu

İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul

Türk Üroloji Akademisi Pediatric Üroloji Çalışma Grubu Koordinatörü

M. Selçuk SILAY

Memorial Bahçelievler Hastanesi, Üroloji ve Çocuk Ürolojisi Bölümü, İstanbul

CİLT 1

SAYI 1

2018
Aralık

Yayınevi

NOBEL TIP KİTAPEVLERİ LTD. ŞTİ. Millet Cad. No: 111 Çapa/İstanbul

Dizgi/Sayfa Düzenlemesi: Nobel Tıp Kitabevleri, Tel: 0212 632 83 33, E-posta: dizgi@nobeltip.com

Baskı Tarihi: Aralık 2018 Baskı: Nobel Matbaacılık



Pedriatrik Üroloji Bülteni



HER YÖNÜYLE SÜNNET

ÖNSÖZ

Değerli meslektaşlarımız,

Ülkemizde çocuk ürolojisi alanında ürolojinin diğer alt branşlarına kıyasla yazılı ve görsel materyallerde ciddi eksiklikler bulunmaktadır. Süreli yayınlanan bir dergi veya bülten olmamakla beraber, çocuk ürolojisine yönelik düzenlenen eğitim toplantılarının sayısı da yetersizdir. Ürolojinin üst branşları arasında yan dal eğitiminin verildiği tek branş ‘Çocuk Ürolojisi’dir. Ayrıca teknolojik gelişmelerle beraber çocuk ürolojisinde cerrahi yöntemlerde yenilikler ve gelişmeler izlenmekte, buna paralel olarak tüm dünyada çocuk ürolojisine artan bir ilgi gözlenmektedir.

Değişik dönemlerde yapılan ülke tabanlı anket çalışmalarında ürologlar arasında çocuk ürolojisine yönelmek isteyen genç meslektaşlarımızın oranı %10’u geçmemektedir. Bir ana branş derneği olan ve 1933 yılından beri faaliyet gösteren Türk Üroloji Derneği’nin, diğer alt branşlarda olduğu gibi ‘Çocuk Ürolojisi’ alanında üyelerini akademik olarak destekleme misyonu bulunmaktadır. Bu misyon kapsamında kurulan Türk Üroloji Akademisi TÜAK/Pedriatrik Üroloji Çalışma Grubu eğitim toplantıları düzenlemektedir. Düzenli toplantıların haricinde TÜAK faaliyetlerinden birisi olan ‘Pedriatrik Üroloji Bülteni’ni meslektaşlarımızla buluşmaktan büyük mutluluk duymaktayız.

TÜAK’ın hedefi, yan dal uzmanları, genç meslektaşlarımız ve asistanların eğitime katkıda bulunmak, ayrıca çocuk ürolojisine gönül veren her hekim için pratik birer kaynak oluşturmaktır. Bu hedef doğrultusunda ilk sayıda ‘Her Yönüyle Sünnet’ konusu işlenmiştir.

TÜAK Çocuk Ürolojisi Çalışma grubunun çok değerli üyelerine teşekkür eder, bu bültenin Türk Ürolojisine ve üyelerimize yararlı olmasını dileriz.

Dr. M. Selçuk Sılay
TÜAK Pedriatrik Üroloji Branş Sekreteri

Dr. Ateş Kadioğlu
TÜAK Koordinatörü



Pediatric Üroloji Bülteni



HER YÖNÜYLE SÜNNET

ÖNSÖZ

Penisin uç kısmındaki sünnnet derisinin kesilip çıkartılması şeklinde tarif edilebilecek olan “sünnnet”in başlangıç tarihi hakkında antropologlar görüş birliğine varamamıştır. Sünnnetin tarihini M.Ö. 15000 yıllarındaki taş devrine kadar götürenler varsa da, antropolog Ashley Montagu’nun da ifade ettiğı gibi, 6000 yıl önce Antik Mısır’da sünnnetin var olduğı kesinleşmiştir. Kökü bu kadar eskilere dayanan bir gelenek olarak sünnnet, bugün için hem en çok uygulanan, hem de hakkında en çok tartışma yapılan pediatrik cerrahi girişim olma özelliğini korumaktadır.

Sünnnetin gereksizliğı ve zararlarından bahisle aleyhinde olanlarla, sünnnetin faydalarını savunan taraftarların tartışmaları eskiden beri süregelenmektedir. Tartışmalar bir yana, sünnnet birçok toplum ve kültürde, faydasını düşünmeden dini inanç ve gelenekler nedeniyle uygulanmaktadır. Özellikle Musevi ve İslam inanç, kültür ve geleneğinde sünnnet yüzyıllardır uygulanmakta iken; hastalıklara karşı profilaksi amacıyla rutin yenidoğan sünnnetinin yaygınlık kazanması 19. yüzyıla rastlar. Özellikle ingilizce konuşulan ülkelerde sünnnet, kısa sürede kabul görmüştür.

Fayda ve zararları, endikasyon ve kontrendikasyonları, uygulama yöntemleri, yaş ve anestezi özellikleri, komplikasyonları gibi sünnnete ait tüm başlıklar ayrı ayrı incelenmeyi ve kılavuzlar eşliğinde değerlendirilmeyi hak etmektedir.

Ülkemizdeki erkeklerin hemen tamamının sünnnetli olduğı düşünöldüğünde, Türk Üroloji Akademisinin bu konuda kapsayıcı ve özetleyici bir bülten çıkarmasının ne kadar gerekli olduğı anlaşılacaktır. Konuya ve sünnnet pratiğine yoğun emek harcayan editör ve yazarlara, çocuk ürolojisi literatürüne yaptıkları katkıdan dolayı teşekkür eder, bültenin kullanıcılara faydalı olmasını dilerim.

Prof. Dr. M. İhsan Karaman

Bültenin Her Yönüyle Sünnnet Sayısının Editörü

İstanbul Medeniyet Üniversitesi Rektörü ve Üroloji Anabilim Dalı Öğretim Üyesi



Pediatric Urology Bulletin



HER YÖNÜYLE SÜNNET

İÇİNDEKİLER

MAKALELER

Sünnet Yöntemleri M. İhsan Karaman	1
Sünnet Komplikasyonları Onur Telli, Tarkan Soygür	5
Sünnet ve İdrar Yolu Enfeksiyonu Ahmet Ali Sancaktutar, Mazhar Utangaç	9
Sünnet ve Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Yaşar Issı, Kadir Önem, Cankon Germiyanoğlu	12
Sünnetin Cinsel Sağlık ve Penis Kanseri Üzerine Etkileri Samed Verap, N. Volkan Demircan, Ateş Kadioğlu	15
Erkek Çocuğu Sünnetinin Etik Boyutları İlhan İlkılıç	18
Fallik Dönemde Sünnet ve Psikolojik Etkileri M. Selçuk Sılay	21

Sünnet Yöntemleri

M. İhsan Karaman

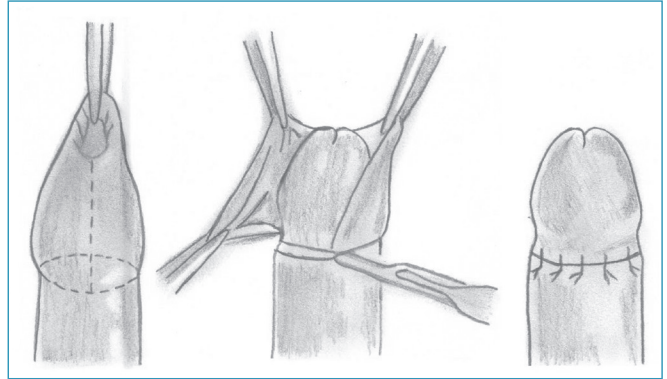
İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğretim Üyesi

Tıbbi sünnetin amacı, glansı ortaya çıkartmak için yeterince sünnet derisi almak ve sünnet derisinden kaynaklanan tıbbi sorunları engellemektir. Sünnete başlamadan önce penis temizlenmeli ve sünnet derisi retrakte edilerek glans ile arasındaki yapışıklıklar künt olarak diseke edilmelidir. Fimozis gibi nedenlerle penis retrakte edilemezse klemp yardımı ile veya dorsal slit ile retrakte edilebilir.

Literatürde birçok sünnet tekniği tanımlanmıştır. Bu tekniklerdeki temel amaç en az komplikasyonla iyi bir kozmetik sonuç elde etmektir. Küçük farkları olsa da bu teknikleri beş grup altında inceleyebiliriz (1,2):

1. Dorsal-ventral slit tekniği

Penis ve sünnet derisi hazırlandıktan sonra dorsal kısımdaki klemp yardımı ile devaskularize edilmiş olan doku kesilir. Bu uygulama sonrasında glans görülebilir duruma gelse de iyi bir kozmetik sonuç elde edilmediği için genellikle tek başına tercih edilmez ve sünnet derisi eksizyonu ile devam eder



Resim 1.

(Resim 1). Benzer durum ventral yüzden yapılan operasyon için de geçerlidir.

2. Sleeve tekniği

Penis cildi yeterli uzunluktan işaretlenerek insize edilir. Sünnet derisi retrakte edilerek, mukoza koronal sulkusun hemen altından işaretlenerek ikinci bir insizyon yapılır. Arada kalan doku çıkartılır. Koter

yardımları ile veya bağlanarak kanama kontrolü sağlanır. Yara dudakları emilebilir sütürler ile kapatılır.

3. Giyotin

Sünnet derisi dorsal ve ventral yüzden klemp yardımı ile asılır. Daha önceden sünnet derisi üzerinde işaretlenmiş alanlar glans ucuna doğru çekilir. Düz bir klemp ile sünnet derisi klemplenir. Bu işlem yapılırken glansın sıkıştırılmadığına emin olunmalıdır. Klempin distalinde kalan sünnet derisi bistüri ile kesilerek klemp çıkartılır. Kanama kontrolü sonrası uçlar emilebilir dikişler ile bağlanır.

4. Özel sünnet klempleri (Gomco klemp, Mogen klemp, Plastibell vb.)

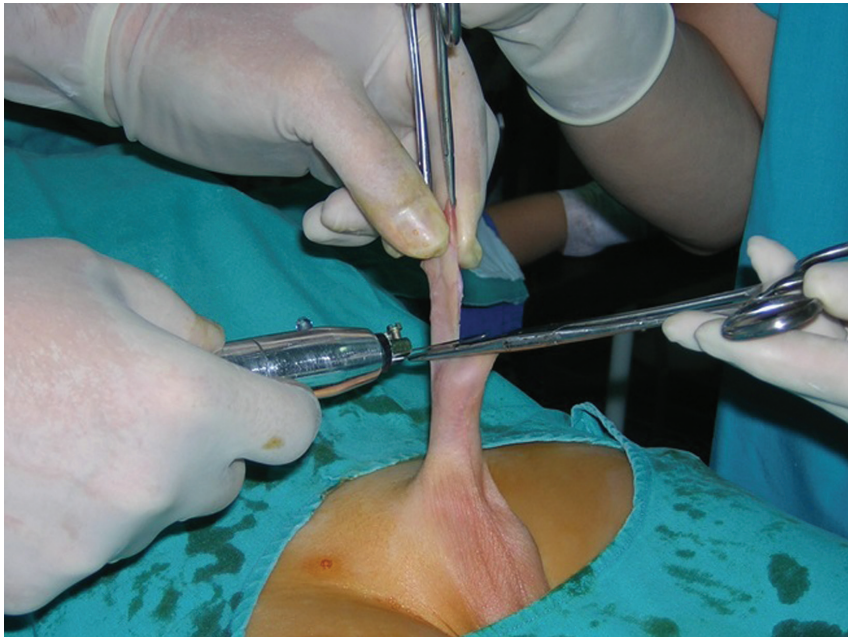
Daha çok yeni doğan sünnetlerinde tercih edilir. Amerika Birleşik Devletlerinde en çok Gomco klemp, plastibel ve Mogen klemp kullanılmaktadır. Ülkemizde çok fazla tercih edilen bir yöntem değildir. Gomco klemp ve plastibelde prosedür benzerdir.

Gerekli penil hazırlık yapıldıktan sonra dorsal slit yapılır. Gomco klempinin çan kısmı glansın üzerine yerleştirilir. Klempin diğer düzlemi sünnet derisi içindeki delikten işaretli yere kadar çıkartılarak yerleştirilir ve vida sıkılır. Birkaç dakika beklendikten sonra klempin distalinden sünnet derisi bistüri yardımı ile (koter kullanılmamalı) kesilerek çıkartılır. Klemp açılarak penisten uzaklaştırılır. Genellikle kenarlar sıkıştırılarak birleştirilmiş olduğundan kanama kontrolü ve sütüre gerek kalmaz. Mogen klempteki uygulama da genel hatları ile benzerdir. Ancak bu yöntemde dorsal slit gerekli değildir.

5. Diatermik Knife ile Sünnet

Özellikle kanama diyatezindeki uygulamasıyla taramızdan literatüre kazandırılan bu yöntem, giyotin prensibi ve özel bir klemp ile termal enerji veren bir kesici aletin kombinasyonundan oluşur (3, 4).

Önce penis temizlenerek sünnet derisi glans üzerinden ayrıştırılır. Giyotin yöntemine benzer şekilde sünnet derisi dorsal ve ventralden klemp yardımı ile asılır. Sünnet derisi bu amaç için hazırlanmış olan klemp yardımı ile glans içine alınmayacak şekilde klempe edilir. Klempin distalinden termo-koter (di-



Resim 2.

atermik knife) yardımı ile sünnet derisi kesilerek çıkartılır. (Resim 2) Klemp açılarak uçlar emilebilir sü-türler ile dikilir. Bu yöntemde ilave kanama kontrolü gerekmemektedir. Kullanılan termo-koterin ucunda herhangi bir elektrik akımı bulunmayıp ısıl prensip-ler ile çalışmaktadır.

Özel bir durum olarak, kanama bozukluğu bulunan çocuklar mümkünse sünnet edilmemelidirler. Ancak sünnet işleminin erkekliğin bir gerekliliği olarak görüldüğü ülkemiz gibi toplumlarda sıklıkla bu mümkün değildir. Bu çocuklar uygun koşullar sağlanarak bir hekim tarafından sünnet edilmeleri gerekirken, bazı durumlarda aileler yeterli önlem almadan çocuğun hayatını tehlikeye sokarak sünnet ettirmeyi göze alabilmekte ve ciddi kanama sorunları yaşamaktadırlar. Kanama bozukluklarının güncel tedavi ilkelerinde hastaların topluma sosyal ve kültürel entegrasyonu bulunmaktadır. Bu amaçla talep eden hastalara sünnet imkanının güvenli şartlarda sağlanması önerilmektedir. Avrupa üroloji

kılavuzunda, bu hastaların kanama durdurucu ajanlarla veya literatüre kazandırdığımız "diatermik knife" yöntemi ile sünnet edilebilecekleri belirtilmektedir (5). Bu yöntemde hastalar daha düşük faktör replasmanı ile güvenli bir şekilde sünnet edilebilmektedirler.

Referanslar

1. Baskin LS : Circumcision. Baskin, Kogan, Duckett: Handbook of Pediatric Urology içinde. Lippincott-Raven, Philadelphia, 1997, s.1
2. Kaplan GW: Complications of circumcision. Urol Clin N Amer, 10:543, 1983.
3. Karaman MI, Zulfikar B, Caskurlu T, Ergenekon E. Circumcision in hemophilia: a cost-effective method using a novel device. J Pediatr Surg. 2004 Oct;39(10):1562-1564.
4. Karaman MI, Zulfikar B, Öztürk MI, Koca O, Akyüz M, Bezgal F. Circumcision in bleeding disorders: improvement of our cost effective method with diathermic knife. Urol J. 2014;11:1406-1410.
5. S. Tekgül, H.S. Dogan, E. Erdem, P. Hoebeke, R. Kočvara, J.M. Nijman, C. Radmayr, M.S. Silay, R. Stein, S. Undre. Guidelines on Paediatric Urology. Pediatric Urology - Limited Update March 2015.



Eski Mısır'da sünnet, MÖ 5000

Sünnet Komplikasyonları

Onur Telli, Tarkan Soygür

Ankara Üniversitesi Üroloji Anabilim Dalı Çocuk Ürolojisi Bilim Dalı

Dünyada ve ülkemizde en sık yapılan operasyonlardan birisi olan sünnetin en yaygın endikasyonunu dinsel nedenler oluştururken, acil medikal endikasyonlar ve profilaktik amaçla da yapılmaktadır. Sünnet küçük bir cerrahi girişim olarak görülse de, her cerrahi girişim gibi yeterli deneyim olmadan, özensiz ve uygun şartlar sağlanmadan yapıldığında komplikasyon riski taşımaktadır. Yenidoğanlarda sünnet sonrası komplikasyon oluşma oranı yaklaşık %0,2-0,6'dır. 1-9 yaş arası sünnet olanlarda bu oran 10 kat daha yüksek bulunmuştur (1). Yeterli eğitim almamış cerrahi ekip ya da bu konuda gerekli eğitimi almamış kişiler konjenital malformasyonları (konjenital gömük penis, penokrotal ağ vb.) tanıyamazlar ve bu durum cerrahi komplikasyon riskini arttırır. Bu tür anomaliler saptanması durumundan mutlaka hasta bir çocuk ürolojisi uzmanına yönlendirilmelidir.

Sünnet komplikasyonları erken ve geç komplikasyonlar olarak sınıflandırılabilir. Erken dönemde ağrı, kanama, şişme, yetersiz cilt eksizyonu gibi hafif komplikasyonlar görülebileceği gibi nadiren ölüm, glans amputasyonu gibi ciddi komp-

likasyonlar da görülebilir (2). Geç dönemde ise, ağrı, enfeksiyon, penis shaftı ile glans arasında cilt köprüsü oluşması, üriner retansiyon, meatal stenoz, meatal ülser ve fistüller görülebilir. Sünnet sonrası en sık komplikasyon kanama ve lokal enfeksiyonlardır. Bunların dışında kozmetik açıdan istenmeyen sonuçların olması (penil derinin fazla ya da eksik kalması vb.) ve cerrahi sırasında yaralanmalar da oluşabilir. Çok daha az sıklıkla menenjit ya da sepsis gibi hayati tehlike oluşturabilecek komplikasyonlar olurken, glans penis amputasyonu, nekrotizan fa-siit gibi komplikasyonlar da nadiren görülebilir (3). Sünnet olan ve olmayan çocuklarda komplikasyon oranlarını karşılaştıran geniş çaplı bir çalışmada sünnet olan çocuklarda genitoüriner problem ve komplikasyon oranı %0,19 bulunurken, sünnet olmayan çocuklarda İYE riski %0,24 bulunmuştur (4). Bu çalışmada sünnet olan 100,157 çocukta görülen komplikasyonlar aşağıda listelenmiştir;

- Kanama—83 hastada(%0,08), 31 hastada kanamayı durdurmak için koterizasyon, 3 hastada kan tranfüzyonu gerekmiştir.

- Lokal enfeksiyon—62 hastada(%0,06)
- Cerrahi travma/ yaralanma—25 hastada(%0,02)
- İdrar yolu enfeksiyonu—20 hastada(%0,02)
- Bakteriyemi—8 hastada(%0,01'den az)

MEDİKAL KOMPLİKASYONLAR

Kanama : Kanama sünnet sonrası görülen en sık komplikasyondur. Kanama frenular arter ya da deri kenarlarından olur. Altta yatan koagülopati olması durumunda ciddi kanama riski belirgin artar. Bu yüzden neonatal peteşi gibi kanama diatezi düşündüren bulgular görüldüğünde dikkatli olunmalıdır.

Sünnet sonrası kanamanın tedavisinde yaklaşım aşağıdaki gibidir;

- Minor kanama tedavisinde uygulanacak ilk yaklaşım 10-20 dk. manual baskı uygulamaktır. Kanamanın durmaması halinde baskı oluşturacak bir pansuman uygulanabilir.
- Elle baskı ya da baskılı pansuman sonrası 1:100,000 epinefrin olan topikal lidokain uygulanabilir. Bu işlem kan damarlarında vazokonstriksiyon oluşturarak kanamayı durdurabilir. Eğer spesifik bir damar belirlenebilirse fibrin yapıştırıcı ya da gümüş nitrat direk damara uygulanabilir
- Eğer yine kanama devam ederse emilebilir sü-türlerle kanama olan alanlar dikilebilir

Ancak tüm bu yöntemler başarılı olmazsa altta yatan bir kanama diatezi açısından değerlendirilmelidir. Akut kanamanın durdurulması için tekrar cerrahi girişim son olarak değerlendirilir

Enfeksiyon

Enfeksiyon sünnet sonrası nadiren görülür. Genelde sadece cerrahi sahada lokal inflamatuvar değişikliklerle karakterize olur ve lokal antibiyotik tedavisi ile geçer. Ancak nadiren ülserasyon, süpürasyon ya da menenjit ve sepsis gibi sistemik enfeksiyonlar gelişebilir. Bu durumda sistemik antibiyotik uygulanması gerekir (Resim 1)



Resim 1. Sünnet Sonrası Enfeksiyon

CERRAHİ KOMPLİKASYONLAR

Üretral komplikasyonlar — Klempt yerleştirilmeden önce çok fazla yukarı traksiyon yapılırsa, ya da glans prepsiyumdan tam ayrılmadan klempt yerleştirilmesi veya glansa klempt konması nedeniyle üretral yaralanmalar gerçekleşebilir. Bu durumun önüne geçebilmek için koronal sulkus mutlaka iyice prepsiyumdan ayrılmalı ve ardından klempt yerleştirilmelidir.

Mea darlığı — Mea darlığı hemen her zaman sünnetli çocuklarda görülür, sünnetsiz çocuklarda çok nadirdir. Bunun yeni dışarı alınan meanın irritasyonuna bağlı olduğu düşünülür ve genelde ventraldan darlık oluşur. Zayıf idrar akımı ve uzamış işeme zamanı bu şikayete eşlik eder. Tedavisinde meatotomi uygulanır. Bu işlemde ventral kısımda bir kaç mm'lik bir kesi yapıp, kesinin her iki kenarı dışarı doğru evert edilir.

Glans yaralanması — Glans yaralanmaları (penil amputasyon vb.) glansın prepsiyumdan yeterince ayrılmadan ve glans korunmadan, klemptin konması sonrası klempe bağlı olarak ya da prepsiyumun kesilmesi sırasında glansın parsiyel ya da tamamen kesilmesi ile olabilir. Eğer glans ampute olursa glans ıslatılmış gazlı bez ile sarılıp buza direk temas et-



Resim 2. Sünnet sonrası entrapte gömük penis



Resim 3. Sünnet sonrası cilt köprüleri.

meyecek şekilde buzla doldurulmuş kaba konarak hızlıca büyük bir merkeze getirilmelidir. Eğer 8 saat içinde glans getirilip cerrahi işlem gerçekleşirse kozmetik ve fonksiyonel açıdan başarılı sonuçlar elde edilebilir. Çoğu vakada antibiyotikli pansumanlarla konservatif tedavi yeterli olacaktır.

Derinin yetersiz eksizyonu — Yetersiz deri eksize edilmesi durumunda sünnet olmamış gibi gözükmesinin ya da derinin asimetrik kalmasının kozmetik açıdan hastaları rahatsız edici sonuçları olabilir. Bu durumda sünnet revizyonu açısından hasta bir pediatrik ürolog tarafından değerlendirilmelidir. Re-operasyon kararı cerrahinin riskleri ve hastanın sonrasında kozmetik açıdan memnuniyeti göz önünde tutularak verilir (Resim 2).

Epidermal inküzyon kisti — Epidermal inklüzyon kistleri dikiş hattında, penil shaft derisinin altında, bir deri adacığı bırakılırsa olur. Kistler fizik muayene ile tanı alır ve cerrahi olarak kistin tamamen çıkarılması ile tedavi edilir.

Minor yapışıklıklar — Sünnet sonrasında korona ile deri arasındaki küçük yapışıklıklar sıklıkla görülür ve zamanla bunların çoğu kendiliğinden geçer.

Kıbarca retraksiyon uygulanıp yeni yapışıklıkların oluşmasını engellemek için topikal antibiyotikli kremler veya vazelin sürülebilir. Traksiyon ile çözülmeyen yapışıklıklarda fimoziste kullanılan yüzde 0,05 Betametazon içerikli kremler kullanılabilir. Günde 2 kez 6 hafta süre ile kullanılması durumunda yapışıklıkların çoğu geçer. Yapışıklıkların oluşmaması için hastalara sünnet sonrası 1-2 gün süre ile glansın temiz kalması ve çevre deri ile temas etmemesi önerilebilir.

Deri Köprüleri — Penil ciltten, glansa olan daha kompleks yapışıklıklar deri köprüleri olarak adlandırılır. Bu tür yapışıklar kozmetik açıdan sorun yaratabileceği gibi, penil deviasyonlara da neden olabilir (Resim 3).

Kaynaklar

1. Weiss HA, Larke N, Halperin D, Schenker I. Complications of circumcision in male neonates, infants and children: a systematic review. BMC Urol 2010;10: 2.
2. Krill AJ, Palmer LS, Palmer JS. Complications of circumcision. ScientificWorldJournal. 2011;11: 2458-68.
3. http://www.uptodate.com/contents/complications-of-circumcision?source=search_result&search=circumcision&selectedTitle=3~81
4. Wiswell TE, Geschke DW. Risks from circumcision during the first month of life compared with those for uncircumcised boys. Pediatrics. 1989; 83(6):1011-5.



Hiz. İsa'nın sünneti

Sünnet ve İdrar Yolu Enfeksiyonu

Ahmet Ali Sancaktutar, Mazhar Utangaç

Dicle Üniversitesi Üroloji Anabilim Dalı

Sünnet, glans penisi örten prepsiyum adı verilen sünnet derisinin cerrahi olarak kesilerek alınması ve glans penisin açığa çıkarılması işlemidir. Dünya üzerinde en çok uygulanan cerrahi işlemdir. Gerek dini, geleneksel gerekse de medikal nedenlerle dünya çapında sünnet halen yapılmaktadır. Ülkemizde de sünnet en sık yenidoğan dönemi sonrasında uygulanmaktadır.

Glans ve prepsiyumun iç yüzünü örten çok katlı yassı epitel yaşamın ilk zamanlarında birbirine yapışmıştır. Fimozis, prepsiyumun glans penis üzerine doğru retrakte edilememesi olarak tanımlanır. Yenidoğan ve infant döneminde fizyolojik olabileceği gibi patolojik de olabilir. Fizyolojik fimozis; normal gelişimin bir parçası olarak sıklıkla 3 yaşından küçük erkek çocuklarda görülebileceği gibi aynı zamanda ileri yaşlarda da görülebilir(1,2). Patolojik fimozise balanitis kserotika obliterans ve prepsiyumun zorlayıcı şekilde retrakte edilmesi neden olmaktadır.

Fimozise buna bağlı olarak idrar yapmada güçlük ve daha sonra enfeksiyona (Balanopostit) neden olabilmektedir (3). Prepsiyum yenidoğanların yalnızca %4'ünde retrakte edilebilmektedir. Yeni-

doğanların ancak % 50'sinde prepsiyum, eksternal üretral meayı görebilecek kadar retrakte edilebilir. Ancak puberte ve sonrasında prepsiyum tam olarak retrakte edilebilir.

Çocuklarda idrar yolu enfeksiyonu (İYE); yatış gerektirebilen hastane başvurusu, antibiyotik kullanımı ve radyasyona maruziyete neden olabilir. Uzun dönemde ise mevcut enfeksiyon üst üriner sisteme ilerleyerek böbrekte skar meydana gelmesi, hipertansiyon ve böbrek yetmezliğine ilerleyebilir.

İYE ve sünnet arasındaki ilişki ilk kez 1982 yılında Ginsberg ve ark. tarafından tanımlanmıştır. 109 infant hastayı içeren çalışmalarında yenidoğan dönemindeki erkeklerde sünnetin üriner enfeksiyona karşı engelleyici bir işlem olduğunu ortaya koymuşlardır. Sünnet derisinin kapalı olması sonucunda barsak florasına ait bakteriler (E. Coli) hayatın ilk haftası içinde sünnet derisine kolonize olabilir. Artmış olan bakteri kolonizasyonu sünnet olmayan çocuklarda İYE en az yirmi kat arttırır (4). Craig ve ark. 5 yaşından küçük çocuklarda sünnet yapılmasının İYE riskini azalttığını göstermiştir (5). Singh-Grewal ve ark. tarafından yapılan bir meta-analiz sünnetsiz

çocuklarda İYE insidansının sekiz kat yüksek olduğunu göstermiştir (6). Buna benzer başka bir çalışmada ise Wiswell ve Hachey ise sünnetli erkekler göre sünnetsiz erkelerde üriner enfeksiyon riskinin 12 kat daha yüksek olduğunu saptamışlardır.

Updegrove (7), üropatojenlerin sünnet derisine affinitesi olduğunu ve özellikle ilk 6 ayda sünnetsiz çocuklarda periüretal bölgede fazla miktarda bakteri bulunduğunu ve sünnetle bunların ortadan kalktığını ileri sürmüştür. Günşar ve ark. sosyal ve dini nedenlerle sünnet olan çocuklarda sünnet öncesi ve sonrasında periüretal patolojik bakterileri izole ettikleri bir çalışmada; sünnet öncesinde çocukların %64'de bakteri izole edilirken aynı çocukların sünnet işleminden 4 hafta sonrasında yapılan periüretal incelemede %10'nunda patolojik bakteri izole etmişlerdir (8). Buna karşın Hallett ve ark. yapmış olduğu çalışmada ise sünnetli ve sünnetsiz erkek çocuklar arasında periüretal koloni sayıları arasında fark olmadığını bildirmişlerdir (9). Gleason ve ark. 5 yaş altı çocuklarda çok daha sık üropatojen organizmayı izole etmişlerdir (10).

İYE tanısında, kültür için örnek alma yöntemleri değişik olup en çok orta idrar yöntemi kullanılmaktadır. Büyük çocuklarda bu sorun teşkil etmezken, daha küçük çocuklarda torba bağlayarak veya suprapubik aspirasyonla idrar örnekleri alınmaktadır. Sünnetsiz çocuklarda, İYE tanısı koymak için torba ile idrar kültürü örneği alındığında üremenin olması ve suprapubik aspirasyonla üreme olmaması sünnet derisinin bakteriyel kolonizasyonu ile açıklanabilmektedir (11).

Bir yaştaki çocuklarda sünnet derisi geriye doğru retrakte olmadığı için bakteri kolonizasyonu için uygun bir ortam meydana getirmektedir. (12). Schoen ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada yenidoğan döneminde glans penisteki bakteri koloni sayısının sünnet olmakla azaldığını ve bu çocuklarda İYE riskinin azaldığını bildirmişlerdir (13). Üriner traktta anomalisi olan erkek çocuklarında sünnet olmanın İYE'nu azaltması normal çocuklara göre daha belirgin olduğu için; eşlik eden bir anomali varlığında sünnet yapılması uygun olacaktır (14).

Yenidoğan sünneti tartışmalı bir konu olmaya devam etmektedir. Sünnetin İYE gelişimini riskini önemli ölçüde azaltmasına rağmen; cost-efektivite ve olası komplikasyonları dikkate alınarak Kanada Pediatri Derneği yenidoğan her erkek çocuğun rutin sünnet olmasını tavsiye etmemektedir (15). Aynı şekilde Amerikan pediatri akademisinde yaşamın ilk yılında İYE riskini önemli ölçüde azaltan sünnetin tüm erkek çocuklara yapılmasını tavsiye etmek için yeterli kanıtın olmadığını ifade edilmiştir (16).

Sünnetin yapılıp yapılmaması ile ilgili olarak net bir fikir birliği ortaya konulamamıştır. Birçok pediatri topluluğu rutin sünnete karşı çıkmaktadır. Ancak prepisyal alanın florası ve ıslak/nemli yapısı dikkate alındığında rekürren balanit, fimozis, İYE ve veziköüretal reflü gibi durumlarda sünnetin kabul edilebilir bir girişim olduğu ifade edilmektedir (17). Tekrarlayan İYE ile başvuran çocukların sünnet olup olmadığı sorgulanmalı ve sünnet olmanın tedavinin bir parçası olabileceği unutulmamalıdır.

Sonuç olarak bu yazının ana teması üriner enfeksiyon üzerine sünnetin etkisinin ne olduğu dikkate alındığında şunu net olarak diyebilir ki; erkek çocuklarda sünnet; literatürde hemen hemen bütün çalışmalarda faydaları olarak ortaya konulmuştur. Buna ilaveten ülkemizdeki sosyal yapı ve sağlık alt yapısı dikkate alındığında şunu söyleyebiliriz ki sünnet olası komplikasyonlar nedeniyle olumsuz bir tablo ile sonuçlanmaması için hijyenik ve medikal tüm tedbirler alındıktan sonra dikkatlice uygulanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Kayaba H, Tamura H, Kitajima S et al. Analysis of shape and retractability of the prepuce in 603 Japanese boys. J. Urol. 1996; 156: 1813-15.
2. Imamura E. Phimosis of infants and young children in Japan. Acta Paediatr. Jpn. 1997; 39: 403-5.
3. Ellis DG, Mann CM. Abnormalities of the urethra, penis, and scrotum. O'Neill JA, Rowe MI, Grosfeld JL, Fonkalsrud EW, Coran AG (eds). Pediatric Surgery. 5th edition. St. Louis, Mosby-Year Book, Inc. 1998. p.1783-95
4. Mishra OP, Abhinay A, Prasad R. Urinary infections in children. Indian J Pediatr 2013;80(10):838-43.
5. Craig JC, Knight JF, Sureshkumar P et al. Effect of circumcision on incidence of urinary tract infection in preschool boys. J. Pediatr. 1996; 128: 23-7.

6. Singh-Grewal D, Macdessi J, Craig J. Circumcision for the prevention of urinary tract infections in boys: a systematic review of randomized trials and observational studies. *Arch. Dis. Child.* 2005; 90: 853–8.
7. Updegrave KK. An evidence-based approach to male circumcision: What do we know? *J Midwifery&Women's Health* 2001; 46: 415-22
8. Günsar C, Kurutepe S, Alparslan O et al. The effect of circumcision status on periurethral and glanular bacterial flora. *Urol. Int.* 2004; 72: 212–15.
9. Hallett RJ, Pead L, Maskell R. Urinary infection in boys a three year prospective study. *Lancet* 1976; 2: 1107–10.
10. Glennon J, Ryan PI, Keane CT et al. Circumcision and periurethral carriage of *Proteus mirabilis* in boys. *Arch. Dis. Child.* 1988; 63: 556–7.
11. Sönmez F, Yazıcı M, Aydın N, Eyigör M, Ünivart, İnan G, Gürel M. Possible asymptomatic carrier of *Salmonella typhimurium* in the prepuce: a case report. *Turk J Pediatr* 2001; 43: 76-8.
12. Wijesinha SS, Atkins BL, Dudley NE, Tam PKH. Does circumcision alter the periurethral bacterial flora. *Pediatr Surg Int* 1998; 13: 146-8.
13. Schoen EJ, Colby CJ, Ray GT. Newborn circumcision decreases incidence and costs of urinary tract infections during the first year of life. *Pediatr* 2000;105: 789-93.
14. Bader M, McCarthy L. What is the efficacy of circumcision in boys with complex urinary tract abnormalities? *Pediatr Nephrol.* 2013 Dec;28(12):2267-72.
15. Sorokan ST, Finlay JC, Jefferies AL. Newborn male circumcision. *Paediatr Child Health.* 2015 Aug-Sep;20(6):311-20.
16. Circumcision Policy Statement Pediatrics. American Academy of Pediatrics, Task Force on Circumcision. Circumcision policy statement. Volume 130, Number 3, September 2012.
17. Jagannath VA, Fedorowicz Z, Sud V, Verma AK, Hajebrabimi S. Routine neonatal circumcision for the prevention of urinary tract infections in infancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012 Nov 14;11:CD009129.

Sünnet ve Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar

Yaşar Issı¹, Kadir Önem², Cankon Germiyanoglu¹

¹ Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Departmanı, Çocuk Ürolojisi Bölümü, Samsun

² Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Departmanı, Samsun

2014 yılı içerisinde toplam 36,9 milyon insan HIV enfekte yaşamakta, iki milyon yeni HIV vakası tespit edilmiş (220 bini çocuk) ve 1,2 milyon insan AIDS ile ilişkili hastalıklar sebebi ile ölmüştür (1). Endişe yaratan bu veriler, HIV ve diğer cinsel yolla bulaşan hastalıkların (CYBH) tedavi edilmesi ve önlemesi açısından uygulanması şart olan yöntemlerin acil bir gerkesinim olduğunu ortaya koymaktadır. Bu sebeple sünnet, bu hastalıklara karşı korunmada önemli bir cerrahi girişim olarak yerini almıştır. Bu makalede sünnetin CYBH üzerine koruyucu etkisi tartışılacaktır.

Sünnet ve HIV

Afrikadan yapılmış üç randomize çalışma (Güney Afrika, Kenya ve Uganda), sünnetin, HIV-heteroseksüel geçişi %53-60 oranında azalttığını göstermiştir(2-4). Uganda'da, çalışma sonrası yapılan üç yıllık analizlerde sünnetin HIV geçişini önlemede etkisinin % 73'e çıktığı bildirilmiştir (5). Kenya çalışması da sünnet koruyucu etkisinin, cerrahi

sonrası 42. ayda arttığını ortaya koymuştur (6). HIV prevalansı sünnetsiz erkeklerde %22, sünnetli erkeklerde ise %10'dur. Yapılan çalışmalarda her 1000 erişkinin sünnet edilmesinin, 20 yıl içinde erkek ve kadınlarda 308 HIV enfeksiyonunu önleyeceği ve önlenen her HIV enfeksiyonu için maliyetin 181\$ olacağı söylenmektedir (7). Sünnetin bu etkisin patofizyolojik ve anatomik özelliklerinden de bahsetmek gerekir. Penis shaftı, koronal sulkus ve glans penis ile karşılaştırıldığında, sünnet derisinin içte kalan mukoza yüzeyinde keratinizasyon incidir. Bu farklılık, HIV, HSV-2 ve HPV'nin epitelyuma mukozal geçişini kolaylaştırmaktadır (8). Sünnet derisi, HIV enfeksiyonu için hedef olan Langerhans hücreleri, CD4+ T hücreleri ve CD8+ T hücrelerini yüksek yoğunlukta içerir (8,9). HSV-2 ile enfekte olmuş bir erkekte, sünnet derisinde artmış CD4+ hücre yoğunluğu tespit edilmiştir ve bunun HSV-2 ile enfekte erkeklerde, artmış HIV geçiş riskinin sebebi olduğu söylenmektedir (9). Bunların dışında, sünnet derisi, sıcak ve nemli bir ortam oluşturarak bakteriyel veya viral enfeksiyon ajanların yaşayabilmelerine imkan sağlayabilir (9).

Sünnet ve Human Papilloma Virus (HPV)

HPV, kadınlarda servikal kanser, erkeklerde penil kanser ve her iki cinsten anal kanser ve genital kondilomlardan sorumludur. Yapılan bir meta-analizde, sünnetli erkeklerin, genital HPV enfeksiyonları açısından, sünnetsiz erkeklerle göre daha düşük risk taşıdığı ortaya konmuştur. Veriler, sünnetin HPV insidansını düşürmede güçlü; HPV'den tamamen temizlemede ise zayıf kanıtlar olduğunu göstermektedir. Genital kondilomlar ile sünnet arasında ise herhangi bir ilişki saptanmamıştır (10). Sahra-altı Afrika ülkelerinde yüksek prevalanslı HPV enfeksiyonu ve yüksek insidanslı servikal kanser görülmektedir. HPV aşılarını tedarik etmede ciddi problemler yaşanmaktadır. Bu bölgede uygulanacak olan sünnet uygulama programları, HIV enfeksiyonlarında olduğu gibi HPV enfeksiyonlarını da azaltmada ve dolaylı olarak kadın partnerlerin bundan faydalanması noktasında bir fırsat olacağı aşikardır.

Sünnet ve Diğer CYBH

Yapılan bir meta-analizde sünnetin, Şankroid, Sifiliz ve Genital Herpes (Ülseratif CYBH) hastalıklarından koruyucu bir yöntem olduğu istatistiksel olarak gösterilmiş ancak dahil edilen tüm çalışmaların gözlem üzerine olması çalışmayı sınırlandırmıştır (11). Kenya'da yapılan randomize kontrollü bir çalışmada non-ülseratif CYBH'de (Klamidya, Trikomonas ve Neisseria) sünnetin koruyucu etkisi gösterilememiştir. Bunun sebeplerinden biri olarak da bu bakteriyel ajanların, özellikle Neisseria ve Klamidya, üretranın proksimal kısmında yoğun olarak bulunan küboidal veya kolumnar epitele olan yüksek afinitesi gösterilmiş (12). Güney Afrika ve Uganda çalışmalarında sünnetin, HSV-2 heteroseksüel geçişinde koruyucu olduğu gösterilmiştir (13,14). Ancak Kenya çalışmasında sünnetsiz ve sünnetli grup arasında HSV-2'nin geçişi için herhangi bir fark bulunamamıştır (15).

Sonuç ve Değerlendirme

Amerikan Çocuk Akademisi, 2012'de Sünnet Politikası Raporu yayınladı. Bu raporda, 1995-2010 arasındaki literatür gözden geçirilmiş ve yenidoğan sünnetinin yararlarının, prosedürün riskinden daha ağır bastığı belirtilmiştir. Bu yararlar; yaşamın ilk yılındaki idrar yolu enfeksiyonunun görülme riskini azaltma, HIV-heteroseksüel geçiş riskini azaltma ve diğer CYBH geçiş risklerini azaltma olarak sıralanabilir. Bu raporda yenidoğan sünnetinin, ileriki yaşlarda yapılan sünnete göre daha az komplikasyon riski taşıdığı belirtilmiştir. Ayrıca var olan faydalarının, yenidoğan sünnetinin rutin olarak önerilmesi için yeterli olmamasına rağmen, ebeveynlerin tercih etmesi için sünnetin yeterince faydasının olduğu bildirilmiştir (16). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve UNAİDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS), HIV enfeksiyonunun yüksek prevalanslı görüldüğü 14 Afrika ülkesinde (Botsvana, Etiyopya, Kenya, Lesotho, Malawi, Mozambik, Namibya, Ruanda, Güney Afrika, Svaziland, Tanzanya, Uganda, Zambiya, Zimbabve)sünnet uygulamasının, 15-49 yaşları arasındaki erkeklerin %80'ini kapsamasını öneriyor (17). Temmuz 2015'te DSÖ'nün açıkladığı ilerleme raporunda, öncelikli 14 Afrika ülkesinde 2014 yılı içerisinde toplam 3.240.977 erkeğe sünnet uygulanmıştır. 2007'de başlayan bu programda toplam 9.1 milyon erkeğe sünnet uygulanmış olup toplamda %44 erkeğe ulaşılmıştır. 20.8 milyon erkeğe (%80) ulaşılabilirse, 3.4 milyon HIV vakasının önlenebileceği ve sağlık harcaması olarak da 16.5 milyar doların korunacağı tahmin ediliyor.

KAYNAKLAR

1. UNAIDS. Report on the global AIDS epidemic.2015
2. Gray RH, Kigozi G, Serwadda D, Makumbi F, Watya S, et al. Male circumcision for HIV prevention in men in Rakai, Uganda: a randomised trial. Lancet. 2007; 369:657–666.
3. Bailey RC, Moses S, Parker CB, Agot K, Maclean I, et al. Male circumcision for HIV prevention in young men in Kisumu, Kenya: a randomised controlled trial. Lancet. 2007; 369:643–656
4. Auvert B, Taljaard D, Lagarde E, Sobngwi-Tambekou J, Sitta R, Puren A. Randomized, controlled intervention trial of male circumcision for reduction of HIV infection risk: the ANRS 1265 Trial. PLoS medicine. 2005; 2:e298.

5. Gray PH, Edwards DM, O'Callaghan MJ, Cuskelly M. Parenting stress in mothers of preterm infants during early infancy. *Early human development*. 2012; 88:45–49.
6. Bailey, RC.; Moses, S.; Parker, C.; Agot, K.; Maclean, I., et al. The protective effect of male circumcision is sustained for at least 42 months: results from the Kisumu, Kenya trial; XVII International AIDS Conference; 2008.
7. Kahn JG, Marseille E, Auvert B. Cost-effectiveness of male circumcision in sub-Saharan Africa [abstract]. In: Abstracts of the XVI International AIDS conference; Toronto; 2006.
8. McCoombe SG, Short RV. Potential HIV-1 target cells in the human penis. *Aids*. 2006; 20:1491–1495
9. Johnson KE, Redd AD, Quinn TC, Collinson-Streng AN, Cornish T, et al. Effects of HIV-1 and HSV-2 infection on lymphocyte and dendritic cell density in adult foreskins from Rakai, Uganda. *The Journal of infectious diseases*. 2011; 203:602–609.
10. Larke N, Thomas SL, Dos Santos Silva I, Weiss HA. Male circumcision and human papillomavirus infection in men: a systematic review and meta-analysis. *J Infect Dis*. 2011 Nov;204(9):1375-90.
11. Weiss HA, Thomas SL, Munabi SK, Hayes RJ. Male circumcision and risk of syphilis, chancroid, and genital herpes: a systematic review and meta-analysis. *Sex Transm Infect*. 2006 Apr;82(2):101-9; discussion 110
12. Mehta SD, Moses S, Agot K, Parker C, Ndinya-Achola JO, Maclean I, Bailey RC. Adult male circumcision does not reduce the risk of incident *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, or *Trichomonas vaginalis* infection: results from a randomized, controlled trial in Kenya. *J Infect Dis*. 2009 Aug 1;200(3):370-8.
13. Tobian AAR, Charvat B, Ssempijja V, Kigozi G, Serwadda D, et al. Factors associated with the prevalence and incidence of herpes simplex virus type 2 infections among men in Rakai, Uganda. *The Journal of infectious diseases*. 2009; 199:945–949
14. Sobngwi-Tambekou J, Taljaard D, Lissouba P, Zarca K, Puren A, et al. Effect of HSV-2 serostatus on acquisition of HIV by young men: results of a longitudinal study in Orange Farm, South Africa. *The Journal of infectious diseases*. 2009; 199:958–964.
15. Mehta SD, Moses S, Parker CB, Agot K, Maclean I, Bailey RC. Circumcision status and incident herpes simplex virus type 2 infection, genital ulcer disease, and HIV infection. *Aids*. 2012; 26:1141–1149.
16. Circumcision Policy Statement. *PEDIATRICS* Volume 130, Number 3, September 2012
17. (UNAIDS). Scaling-up male circumcision programmes in the Eastern and Southern Africa Region: Country update meeting to share lessons, explore opportunities and overcome challenges to scale-up. Proc. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS., Arusha, Tanzania. 2010

Sünnetin Cinsel Sağlık ve Penis Kanseri Üzerine Etkileri

Samed Verap, N. Volkan Demircan, Ateş Kadioğlu

İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı,

Sünnet dünya üzerinde en çok uygulanan cerrahi işlemdir ve dünya üzerindeki her üç erkekten birisi (medikal ve ya kültürel sebeplerden dolayı) sünnetlidir(1). Dünya sağlık örgütü tarafından (WHO) HIV için endemik olan bölgelerde HIV insidansını azaltmak için; Avrupa çocuk ürolojisi cemiyeti tarafından da üriner anomalisi olan pediatrik olgularda tekrarlayan üriner sistem enfeksiyonlarını önlemek için sünnet önerilmektedir(2,3).

Kültürel sebeplerin ve mevcut medikal faydalarının aksine prepisyum derisinin ortadan kaldırılmasının cinsel fonksiyon (erektil disfonksiyon, prematüre ejakülasyon) ve penis kanseri üzerine olumlu ya da olumsuz etkileri eskiden beri tartışılan konulardan olmuştur. Bu mini derlemede sünnetin erektil fonksiyon, ejakülasyon ve penis kanseri üzerindeki etkileri tartışılmaktadır.

Erektil Disfonksiyon (ED)

Sünnet ve erektil fonksiyon üzerine geniş çaplı az çalışma olup bunlardan en önemlileri Morris ve ark.

(J Sex Med, 2013) tarafından yapılan sistematik derleme ile Y Tian ve ark. (AJA, 2015) tarafından yayınlanmış meta-analizdir. Bu iki yazıda hem ED, hem de prematür ejakülasyon (PE) birlikte ele alınmıştır.

Morris ve ark. tarafından konu ile ilişkili ikisi randomize kontrollü çalışma (RKÇ) olmak üzere toplam 6 makale incelenmiştir. Sistematik derlemede incelenen her iki RKÇ de Afrika kıtasında HIV yayılımını önlemek için, halk sağlığı politikası sonucu sünnetin yaygınlaştığı Kenya (Kriger ve ark) ve Uganda (Kigozi ve ark) kaynaklı çalışmalardır. Kriger ve arkadaşlarının çalışmasında, 1391 sünnetli vaka ile 1393 sünnetsiz vakaya seksüel fonksiyon ve memnuniyeti sorgulayan altı soru ile yapılan değerlendirmede, sünnetsiz ve sünnetli vakalardaki ED oranları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığını saptamıştır (ED oranı %0,1 ile %0,3). Aynı derlemede ele alınan Kigozi ve arkadaşlarının yaptığı çalışmanın sonuçlarında ise 2210 sünnetli vaka ile 2246 sünnetsiz vaka arasında ED açısından istatistiksel anlamlı fark saptamamıştır (ED oranı sünnetsiz: %1,4 sünnetli: %2,3) (4). Derlemede ele alınan ve ABD kaynaklı olan, 1410 erkek üzerinde

yapılan ve yayımlanan Ulusal Sağlık ve Sosyal Yaşam Çalışması sonucuna göre ise 18-59 yaş arası erkeklerdeki ED oranının sünnet olmayanlarda daha yaygın olduğu rapor edilmiştir. Çalışmada genç yaş grubunda anlamlı istatistiksel fark saptanmamakla birlikte, 45 yaş üstü ele alındığında sünnetsiz grupta erektil disfonksiyon istatistiksel olarak artmıştır (OR:0,40) (4).

Diğer önemli çalışma olan Y Tian ve ark tarafından hazırlanan meta-analizde ise ED ile ilgili altı makale incelenmiştir. Sünnet olan ile olmayan grup arasında ED açısından çeşitli farklılıklar olmakla beraber istatistiksel olarak anlamlılık saptanmamıştır (OR:0,9) (5)

İki önemli derleme ve meta-analizin (Morris ve Tian) aksine J. Dias ve ark. tarafından yapılan çalışmada sirkumsizyonun ED'yi artırdığı iddia edilmiştir. Yaş ortalaması 39,18 (19.73–74.21) olan 62 hastaya medikal sebeplerden ötürü sünnet işlemi gerçekleştirilmiş olup ortalama 11,49 ($\pm 3,81$) aylık takipte ED, PE, uzamış ejakülasyon süresi, ağrı parametreleri değerlendirilmiştir. Preoperatif ve postoperatif ED oranları %9,7 ve %25,8 olarak bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu gösterilmiştir ($p=0,002$) (6). Bu çalışmada vaka sayısının az ve yaş grubunun heterojen olmasından dolayı ED oranının arttığı düşünülmektedir.

Premtüre Ejakülasyon (PE)

PE ile ilgili izole çalışma olmamakla birlikte, çalışmalarda daha çok ED ve cinsel istekle birlikte değerlendirilmiştir.

Y Tian ve ark. tarafından yapılan ve PE açısından 5 makalenin değerlendirildiği meta-analizde, hastalar intravajinal ejakülasyon gecikme süresi (IELT) ile değerlendirilmiş ve sünnet olanlar ile kontrol grubu arasında PE açısından anlamlı fark bulunmamıştır (OR:1,33).

Morris ve arkadaşlarının yayınladığı derlemedeki makaleler bağımsız olarak değerlendirildiklerinde sünnet olanlarda PE insidansının oransal olarak azaldığı görülmektedir. Derlemede ele alınan

Waldinger'in 2005 tarihli çalışmasında 500 hasta üzerinde IELT ile sorgulama yapılmış olup, medyan IELT süresi sünnetli olgularda 7,2 dk. ($10,3\pm 9,3$) ve sünnetsiz olgularda 6 dk. ($8,8\pm 6,9$) olarak saptanmıştır. Ancak süreler istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,13$) (4). Derlemedeki RKÇ ve diğer çalışmalar birlikte ele alındığında süre ve oran olarak PE insidansının sünnetli olgularda azaldığı ancak istatistiksel olarak anlamlılığın olmadığı saptanmıştır (4).

Dias ve ark tarafından yapılan çalışmada sünnetli olgularda işlem öncesi ve sonrası PE insidansının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmış (%25,8 ile %24,2); ancak gecikmiş orgazmın sünnet sonrası arttığı belirtilmiştir (%11,3 ile %48,4) (6).

Penil doku çalışmalarında prepisyumun seksüel fonksiyona katkısının iddia edildiği gibi yüksek olmadığı belirtilmiştir. Cox ve ark derlemesinde penil yapı ile ilgili 41 makale incelenmiş olup, taktile duyu ile alakalı olan Meissner cisimciklerinin sayısının ergenlikten sonra prepisyumda giderek azaldığı belirtilmiştir. Serbest sonlanan sinir uçlarının da ağrı, dokunma ve sıcaklık duyularında önemli olup, prepisyumun dış kısmında oldukça az bulunduğu yine doku çalışmaları ile gösterilmiştir. Sonuç olarak, penil doku çalışmalarının incelendiği bu derlemede sünnetin seksüel fonksiyonu, ereksiyon süresini ve penil hissiyatı etkilemediği savunulmuştur (7).

Yukarıdaki derleme ve meta-analizler birlikte ele alındığında, PE ile sünnet arasında anlamlı bağlantı olmadığı görülmektedir.

Penil Kanser

Penil kanser etyolojisinde rol oynayan birçok neden olmakla birlikte risk faktörünü en çok artıran sebeplerden ikisi, HPV enfeksiyonu ve fimozise sekonder kronik inflamasyondur. Penil kanser nadir görülen bir kanser (1/100000'den daha az) olmakla birlikte özellikle HPV insidansının yüksek olduğu Brezilya (8,3/100000) ve Hindistan (3/100000) gibi ülkelerde penis kanseri yaygın görülmektedir. İsrail

gibi sünnet kültürünün olduğu ülkelerde ise kanser insidansı (0,3/100000 erkek) oldukça düşüktür. Neonatal sünnet oranlarının artmasıyla birlikte ABD’de penil kanser insidansının 0,58/100000’e gerilediği bildirilmiştir(8).

Sewell ve ark. tarafından yapılan araştırmada Avrupadaki penis kanseri insidansının (1,29/100000) ABD (0,58/100000) ve Avusturalya’ya (0,65/100000) göre yüksek olduğu vurgulanmıştır. ABD ve Avusturalya’daki artmış neonatal sünnet insidansının bu ülkelerdeki penil kanser insidansının azalmasında tek olmamakla birlikte önemli bir etken olduğu belirtilmiştir (9).

Sünnet olmamış vakalarda penil hijyenin oldukça düşük olduğu, bunun da fimoze ve kronik inflamasyona yol açarak (kronik balanit) penil kanser riskini artırdığı belirtilmiştir. Penil kanseri önlemek için sünnet olmayan olgularda hijyene dikkat edilmesinin penis kanseri riskini azaltabileceği vurgulanmıştır (10,11).

Referanslar

1. A. Armagan, M. S. Silay, T. Karatag, T. Akman, A. Tepeler, C. Ersoz, M. Akcay, Circumcision during the phallic period: does it affect the psychosexual functions in adulthood?
2. Male Circumcision For HIV Prevention, Meeting report, 9 – 10 March 2015, Geneva, Switzerland
3. Guidelines of Paediatric Urology, European Association of Urology 2015
4. Brian J. Morris, John N. Krieger, Does Male Circumcision Affect Sexual Function, Sensitivity, or Satisfaction?—A Systematic Review, J Sex Med 2013;10:2644–2657
5. Ye Tian, Wei Liu, Jian-Zhong Wang, Romel Wazir, Xuan Yue1, Kun-Jie Wang, Effects of circumcision on male sexual functions: A systematic review and meta-analysis, Asian Journal of Andrology (2013) 15, 662–666
6. J. Dias, R. Freitas, R. Amorim, P. Espiridiao, L. Xambre1 & L. Ferraz, Adult circumcision and male sexual health: a retrospective analysis, Andrologia 2014, 46, 459–464
7. Guy Cox, MA, DPhil, John N. Krieger, MD, and Brian J. Morris, Histological Correlates of Penile Sexual Sensation: Does Circumcision Make a Difference?, Sex Med 2015;3:76–85
8. O.W. Hakenberg (Chair), E. Compérat, S. Minhas, A. Necchi, C. Protzel, N. Watkin, EAU Penile Cancer - Update April 2014
9. James Sewell et al., Trends in penile cancer: a comparative study between Australia, England and Wales and the US, SpringerPlus (2015) 4:420
10. Majid Shabbir, Ravi Barod, Paul K. Hegarty and Suks Minhas, Primary prevention and vaccination for penile cancer, Ther Adv Urol (2013) 5(3) 161–169
11. Suks Minhas, Andreas Manseck, Stephen Watya, and Paul K. Hegarty, Penile Cancer—Prevention and Premalignant Conditions, Urology (2010)

Erkek Çocuğu Sünnetinin Etik Boyutları

İlhan İlkılıç

İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı

Dini Boyut

Mevcut tarihi kaynaklar erkek sünnetinin M.Ö. 5000 yılına kadar dayanan oldukça eski bir tarihinin olduğunu göstermektedir (1,3). Bu konuda islami kaynaklar ise iki tarihi ön plana çıkarmaktadır. Bunlardan birisi sünneti Hz. Adem'e kadar dayandırmakta diğeri ise Hz. İbrahim'le başlatmaktadır (1,5). Hz. Peygamberin bir hadisinde sünneti Hz. İbrahim'le başlatması müslümanları aynı zamanda bu dini vecibeyle semavi dinlerin geleneğine bağlamaktadır. Kuran-ı Kerim'de erkek sünneti kesin bir şekilde yer almıyor olsa da, fıkıhçılar Hz. İbrahim'in oluşturduğu geleneklerin Kur'an aracılığıyla (Ali İmran Suresi: 3. Ayet) devam ettirildiği ve erkek sünnetinin de bunun bir parçası olduğu görüşünde birleşirler (2). Bir rivayete göre Hz. Peygamberin sünnetli olarak dünyaya gelmesi, diğeri bir rivayete göre ise dedesi Abdulmuttalip tarafından doğumunun yedinci gününde sünnet ettirilmesi müslümanlar için sünnetin dini vecibe olarak kabul edilmesinin önemli nedenleri arasındadır. Yine Hz. Peygamber'in bir

hadisinde sünnetin insanın fitratından olduğu ve yapılmasının emredilmesi bu eylemin müslümanlar tarafından bir dini görev olarak kabul edilmesinde önemli rol oynamıştır. Bunun dışında islami kaynaklardan Hz. Peygamberin akraba çevrelerinde sünneti tavsiye ettiğini ve torunları Hz. Hasan ve Hz. Hüseyin'i doğumlarının yedinci gününde sünnet ettirdiğini biliyoruz. Hernekadar mezhepler erkek çocuğunun sünnetini farklı sınıflandırsa da onun İslam Dini'nin önemli vecibelerinden olduğu konusunda ittifak halindedirler. Erkek çocuğunun ne zaman sünnet ettirilmesi gerektiği konusunda ise din alimleri farklı görüş bildirmişlerdir. Bu konudaki farklı görüşler yedinci günden ergenlik çağı öncesi-ne kadar uzanan bir zaman dilimini kapsamaktadır.

Etik Boyut

Erkek çocuğunun sünneti uzun yıllardan beri ülkemizde ve diğeri ülkelerde farklı meslek grupları tarafından değişik açılardan tartışılmaktadır. Bu tartışmaların şüphesiz en ilginç ve yoğun olan-

lardan birisi 2012 yılında Almanya'da yaşandı. Almanya'nın Köln kentinde Dr. Omar M.D. Kezze isimli arap asıllı bir cerrah hakkında 4 Kasım 2010 yılında yapmış olduğu bir sünnette oluşan komplikasyondan dolayı başka bir kişiyi tehlikeli bir alet kullanarak yaraladığı ve sağlığına zarar verdiği gerekçesiyle dava açılır. Mahkeme süreci 7 Mayıs 2012 tarihinde sonuçlanır ve Dr. Kezze suçlu bulunur. Fakat bu durumun suç olacağını daha önceden bilmemesinden dolayı ceza almaz (Mahkeme Kararı: 151 Ns 169/11). Ceza almadığı için temyize gitme durumunda ortadan kalkar. Böylece Almanya'da sünnet yapan diğer hekimler için hukuki bir belirsizlik oluşur ve sünnet işlemi ülkede bir süreliğine durdurulur. Bu mahkeme kararından sonra dini amaçlı erkek çocuğu sünneti hakkında ülke sınırlarını aşan hummalı bir tartışma başlar. Bu alevli tartışmada biraz sonra değinilecek olan rasyonel argümanların yanında konuyu polemize eden ve ayrımcılığa varan hakaretimiz söylemler de kullanılır. Bu bağlamda sünnet karşıtları ve özellikle aşırı sağcı ırkçılar çocuklarını sünnet eden ve ettirmek isteyenleri gerici, çağdışı ve barbar olarak nitelerken bu insanların Almanya'da yeri olmadığını ve ülkeyi terketmelerini isterler. Sünneti savunanlar ise bunun dini bir vecibe, kültürel kimliğin bir parçası ve aidiyetin bir sembolü olduğunu söylerler. Dini özgürlükler bağlamında yasak olmaması ve cezalandırılmaması gerektiğini savunurlar (4). Hatta o dönemdeki Yahudi Konseyi başkanı Charlotte Knobloch bir adım ileri giederek Almanya'da yahudilerin özel durumunda atıf yapar ve bu söylemin Holokausttan sonra yahudilere yapılan en büyük saldırı olduğunu ileri sürer ve 'Bizi Almanya'da hala istiyor musunuz?' diye sorar (Süddeutsche Zeitung, 25.9.2012).

Elbette bu polemikler yanında sünnet konusunda kamoyunda değişik platformlarda rasyonel ve mantıklı argümanlar da öne sürülür. Bu argümanlar hem diğer ülkelerde hemde ülkemizde de yapılan tartışmalarda kullanılan etik argümanlarla örtüştüğü için burada detayına girmeden kısaca sıralanacaktır:

Sünnete karşı olan argümanlar:

- Bir cerrahi müdahaleyi içeren sünnet beden bütünlüğüne zarar vermektedir ve tıbbi bir indikasyon olmadıkça yapılmamalıdır.
- Sünnetin bir takım komplikasyonları ve riskleri vardır. Tıbbi indikasyon olmayan bir durum için bu riskler göze alınamaz.
- Tıbbi gereklilik hali olmadan yapılan bir müdahale ancak kişinin rızasıyla mümkündür ve ergenlik çağına henüz gelmemiş bir çocuğun vermiş olduğu rıza geçerli değildir.
- Sünnetin bazı hastalıkları önleyici fonksiyonu ve bahsedilen faydaları bir takım tıbbi araştırmalarla net olarak ortaya konulamamıştır.
- Sünnetin önemli prevensiyon etkisi varsa (dahi), bu etki genelde cinsi temasla alakalı olduğu için (HIV enfeksiyonu prevensiyonunda olduğu gibi) kişi cinsel olarak aktif hale geldiğinde sünnet konusunda kendisi karar vermelidir.
- Anne babanın din özgürlüğü çocuğun bedeni hakkında tasarruf ve/veya karar verme hakkını vermez.
- Sonuç olarak sünnet yasaklanmalıdır ve hatta cezalandırılmalıdır.

Sünnete taraf olan argümanlar:

- Sünnet tarihi Hz. İbrahim'e ve Hz. Muhammed'e dayanan müslümanlar için vazgeçilmesi mümkün olmayan dini bir vecibedir.
- 1400 yıldan beri sürdürülen bu ameliye önemli dini bir vecibenin ötesinde kimlik ve aidiyet ifade eden bir karaktere sahiptir.
- Bu dini vecibe dini hükümler gereği çocuğun ergenliğe erişmeden önce yapılması gerekir ve dolayısıyla rıza almak için yetişkinlik çağına kadar gelmesi beklenemez.
- Sünnetin yapılması gereken zaman göz önüne alındığında müslüman ebeveyn için geçerliliği olan bir dini vecibedir. Yani çocuğun sünnet olması ebeveynin bir dini vazifesidir ve bu vazife ancak din özgürlüğünün sağladığı bir ortamda yerine getirilebilir.

- Sünnet olmayan erkek çocukları toplumun geçerli ahlak algısından dolayı (*common morality*) alay konusu olmakta ve ayrımcılığa uğramaktadırlar.
- Sünnetin birçok hastalıkları önlemesi söz konusudur. Onu için sadece dini vecibeler açısından değil aynı zamanda birtakım hastalıkları önleme açısından da önemli ve faydalıdır.
- Sünnetin yasaklanması din özgürlüğünü ihlal anlamına gelir ve bu tarihte ancak insan haklarının ihlal edildiği dönemlerde yapılmıştır.

Sonuç

Erkek çocuğunun dini amaçlı sünneti sırasında iki etik ilke birbiriyle çatışmaktadır. Bunlardan birincisi tıbbi zorunluluk olmayan bir durumda rıza verecek yaşta olmayan bir çocuğa cerrahi bir müdahelenin yapılmasıdır (*beden bütünlüğüne zarar vermeme ilkesi*). Diğeri ise o dinin mensupları tarafından önemli addedilen bir dini vecibenin gerçekleştirilmesidir (*din ve dini vecibeleri gerçekleştirme özgürlüğü*).

Etik açıdan bu çatışma analiz edildiğinde şu kanaate varmak mümkündür. Müslümanlar tarafından bu denli önemsenen ve kültürel kimliği ve aidiyeti de içine alan bu cerrahi müdahelenin yapılması belli şartlar altında kabul edilebilir. Din ve dini vecibeleri yerine getirmenin hem hukuki hemde etik açıdan çok yüksek bir değer olarak görülmesini bu görüşe güçlü bir argüman teşkil etmektedir. Diğeri bir argüman ise sünnet çerçevesinde yapılan cerrahi girişimin herhangi bir organında geri dönüşümsüz bir fonksiyon bozukluğuna yol açmaması ve bu operasyonun birçok hastalığı önleme açısından bir takım faydalarının olmasıdır. Buna rağmen bu cerrahi girişimin düşükte olsa bir takım komplikasyonlarının olabileceği göz önünde bulundurularak çocuğa verilebilecek her türlü risk mümkün olan en alt seviyeye indiril-

melidir. Bu konuda aşağıdaki şartlar göz önünde bulundurulmalıdır.

- Bu tür bir cerrahi girişim için gerekli tıbbi ve hijyen şartları yerine getirilmeli ve bu şartların yerine getirilmesinin imkânsız yada zor olduğu toplu sünnet törenlerinden kaçınılmalıdır.
- Müdahale bu konuda uzman ve tecrübeli hekimler (cerrah, ürolog yada sünnet eğitimi almış hekimler) tarafından yapılmalıdır.
- Gerekli olan ağrı tedavisi en yüksek standartlarda sağlanmalı ve sünnet sonrası tıbbi kontrol yapılmalıdır.
- Uzmanlar (bu konuda eğitilmiş psikologlar ve teologlar) tarafından çocuğa ve ailesine gerek duyulduğu takdirde psikolojik destek imkânı sağlanmalıdır.
- Dinen uygun görülen zaman içerisinde tıbbi ve psikolojik bilimsel kriterler göz önüne alınarak sünnet için en uygun zaman belirlenmeli ve ülke düzeyinde yapılan bilgilendirme kampanyalarıyla belirlenen zamanda sünnetin yapılması teşvik edilmelidir.
- Özel tıbbi durumu olan (hemofili hastalığı veya anatomik bozukluk) çocuklar için bilgilendirme yapılmalı ve gerekli imkânlar sunulmalıdır.
- Bu konu islam alimleri tarafından tekrar ele alınmalı günümüz sorunları çerçevesinde ilmi araştırmalar yapılmalıdır.
- Sünneti değişik sebeplerden dolayı reddeden ebeveynlere toplumsal baskı uygulanmamalıdır (alay etme veya sünnetli olmayana kız vermeme gibi).

Kaynakça

1. Ataseven, A. (2005): Tarih Boyunca Sünnet, İstanbul: Boğaziçi Yayınları, 2005.
2. Bozkurt, N. (2010): İslam'da Sünnet, in: İslam Ansiklopedisi, Cilt: 38, İstanbul: Türkiye Diyanet Vakfı, s. 157-159.
3. Gollaher, D. (2000): Circumcision: a history of the world's most controversial surgery. New York: Basic Books.
4. İlkılıç, İ. (2014): Islamische Aspekte der Beschneidung von minderjährigen Jungen, in: Zeitschrift für Medizinische Ethik, 60:1, s. 63-72.
5. Kadioğlu, H. H.; Aydın, İ.; Bekiryazıcı, E. (2006): Dini ve Tıbbi Açıdan Sünnet, Atatürk Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi, 25, s. 1-15.

Fallik Dönemde Sünnet ve Psikolojik Etkileri

M. Selçuk Sılay

Memorial Bahçelievler Hastanesi, Üroloji ve Çocuk Ürolojisi Bölümü, İstanbul

GİRİŞ

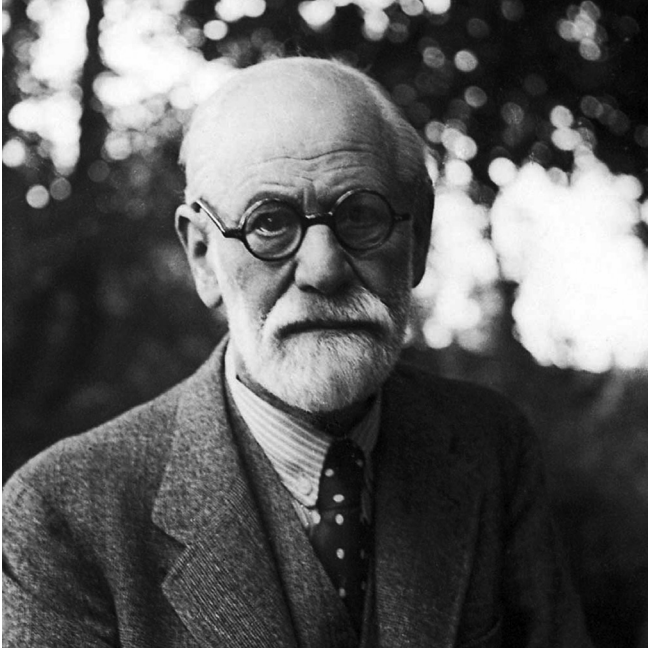
Sünnet yeryüzünde uygulanan en eski cerrahi işlemlerden birisidir. Birçok toplumda gerek dini olarak gerekse hijyenik amaçlarla uygulandığı görülmektedir. Eski Mısır duvar yazılarında MÖ. 5000 yıllarında resmedildiği tespit edilmiştir. Tivratta 17. Bölümde sünnetten bir antlaşma şeklinde bahsedilmektedir. Hristiyanlıkta Hz İsa'nın sünnet edildiği de birçok ressamın portrelerine konu olmuştur. Müslümanlıkta ise bu cerrahi işlemde bazı hadislerde bahsedilmiş ve peygamberlerin özelliklerinden birisi olarak 'sünnetli' oldukları vurgulanmıştır. Antik Yunan'da ve mitolojide de sünnet ile ilgili deliller bulmak mümkündür. Osmanlıda ilk olarak Şehzade Beyazıt büyük bir tören ile sünnet edilmiş, zamanla bu tören halk içerisinde de yapılmaya başlanmıştır. Sonuç olarak sünnet geçmişten günümüze gerek medikal yönü gerekse dini ve kültürel yönü ile birçok tartışmanın konusu olmuştur ve görünen odur ki insanlık var oldukça tartışılmaya da devam edecektir.

Sünnetin psikolojik etkileri ile ilgili literatürde yeterince bilimsel çalışma bulunmamakla birlikte, sünnetin yapıldığı dönem ve uygulanan analjezi ve anestezi yönteminin psikolojik anlamda çocuklarda etkilere yol açabileceği öngörülmektedir. Ancak bu etkinin kısa süreli mi yoksa uzun süreli mi olduğu noktasında bilimsel bir kanıt ne yazık ki bulunmamaktadır. Makalemizde özellikle fallik dönemde yani 3-6 yaş arasında yapılan sünnet ve onun psikolojik etkileri irdelenecektir.

FALLİK DÖNEM

Fallik dönem, psikanalizin kurucusu olarak kabul edilen Sigmund Freud'un belirlediği çocuğun gelişme evrelerinden birisidir (resim 1). Bu psikoseksüel gelişim kuramına göre insanların cinsel yönden gelişimi 5 ana evreden oluşmaktadır;

1. Oral dönem (0-1 yaş)
2. Anal dönem (1-3 yaş)
3. Fallik dönem (3-6 yaş)
4. Latens dönem (6-12 yaş)
5. Genital dönem (12-18 yaş)



Resim 1. Psikanalizin kurucusu Sigmund Freud

Bu kurama göre fallik dönemde çocuklar, cinsel kimliklerini keşfetmeye başlar ve kız erkek ayrımını farkederek. Oedipus kompleksinin gelişimi bu döneme denk gelmektedir. Oedipus kompleksi karşı cinsteki ebeveyni sahiplenme olarak tanımlanmaktadır. Yine fallik dönemde, çocuklarda kendi genital organına yönelik ilgi maksimum düzeye çıkar. Bu nedenle bu dönemde yapılan sünnetin kastrasyon anksiyetesine (cinsel organının tamamını kaybetme endişesi) yol açabileceği ve psikoseksüel olumsuz etkilerinin olabileceği öngörülmüştür. Ancak buna yönelik destekleyici veya caydırıcı literatürde bir çalışma bulunmamaktadır.

Armağan A, Sılay MS ve ark.nın yaptığı bir çalışmada fallik dönemde yapılan sünnetin erişkin

dönemdeki etkileri kesitsel bir çalışma ile araştırılmıştır. Bu amaçla 30-40 yaş arasındaki cinsel olarak aktif 302 erkek değerlendirilmiş ve sünnet oldukları yaşa göre 2 gruba ayrılmışlardır, grup-1: fallik dönem (n=135), grup-2 non-fallik dönem (n=167). Her iki gruptaki katılımcılara detaylı anamnez ve fizik muayene sonrası 3 adet Türkçe geçerliliği de yapılmış olan anket formları verilmiştir. Bunlar, erektil fonksiyonların değerlendirildiği IIEF (international index of erectile function), prematür ejakulasyonun değerlendirildiği PEDT (prematüre ejaculation diagnostic tool) ve son olarak psikolojik fonksiyonların değerlendirildiği Beck Depresyon ölçeğidir. Yapılan istatistiksel karşılaştırmaların hiçbirisinde gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo-1). Bu çalışmanın sonuçları fallik dönemde yapılan sünnetin uzun dönemde olumsuz bir etkisinin olmadığını göstermesi bakımından değerlidir.

Bir başka çalışmada Yılmaz E ve ark.ı fimozis nedeniyle fallik dönemde sünnet edilmesi gereken çocuklarda topikal steroid kullanımı ile sünnetin ertelenebileceği ve semptomatik iyileşmenin oluşabileceğini göstermişlerdir. Bu çalışmadaki amaç fallik dönemde yapılacak olan sünnetin kastrasyon anksiyetesine yol açabileceği öngörülerek sünnetin ertelenmesine olanak sağlayacak bir çözüm üretmektir. Bu amaçla 149 erkek çalışmaya dahil edilmiştir. Buna göre 3 farklı gruba randomize edilmişlerdir. Grup 1 (n=51): sünnet, grup 2 (n=50): topikal steroid, grup 3 (n=48): topikal plasebo. Yapılan takiplerde grup 2 deki erkek çocuklarında %94'ünde fimozisin düzeldiği gözlenmiştir. Kastrasyon anksiyetesi bütün gruplarda DSM-III-R ile değerlendirilmiş ve buna göre sünnet yapılan çocuklarda bu anksiyete-

Tablo-1. Fallik dönem ve non-fallik dönemde yapılan sünnetin erişkin dönemdeki etkilerinin karşılaştırılması

	Fallik dönem (n:135)	Non-fallik dönem (n:167)	P değeri
Ortalama yaş	34.3±8.6	35.7±6.9	0.41
Genel/lokal anestezi (n)	2/135	3/167	0.52
Total IIEF skoru	25.1±4.8	25.4±5.6	0.71
PEDT skoru	8.2±4.8	8.7±5.4	0.65
Total Beck Depresyon skoru	10.8±10.4	9.8±8.9	0.47

nin anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

SONUÇ

Fallik dönemde yapılan sünnetin hem kısa hem de uzun dönemdeki muhtemel psikolojik etkileri ile ilgili literatürde yeterli kanıt bulunmamaktadır. Amerikan Pediatri Akademisi (AAP) 2012 yılında yayınladığı derlemesinde, sünnetin eğitilmiş ve tecrübeli sağlıkçılar tarafından, steril ortamda ve uygun analjezi yöntemi ile yapılması gerektiği açıkça ifade etmiştir. Aslında bu durum hem cerrahi komplikasyon riskini azaltacak hem de ağrı kontrolü sağladığından dolayı psikolojik travmayı da en aza indirecektir. Öte yandan fallik dönemin (3-6 yaş arasında) çocuklarda cinsel kimlik gelişiminin olduğu dönem olarak varsayıldığında ve kastrasyon anksiyetesi hipotezi gözönüne alındığında kanıt yeterli olmasa da sünnet yapılması önerilmemektedir. Eğer medikal anlamda yapılması gerekli ise uygun analjezi

ve mümkünse genel anestezi altında yapılması en doğru yöntem olacaktır. Topikal steroid kullanılarak medikal tedavi gerekliliğinin fallik dönemde ertelenmesi de bir seçenektir. Klinik pratiğe bakıldığında da 3-6 yaş arasındaki çocuklarda lokal anestezi ile sünnet ne kadar kısa sürerse sürsün, ve ne kadar iyi bir analjezi yapılırsa yapılsın, uygulaması zor bir işlemdir. Özellikle bu dönemde değil sünnet, fizik muayene esnasında bile çocuğun sabit tutulmasının zor olduğu gözönüne alınarak sünnetin 2 yaşından önce veya 6 yaş üzerinde yapılması veya fallik dönemde sünnetten kaçınılamıyorsa genel anestezi ile yapılması önerilir.

KAYNAKLAR

1. Freud S (1991) On Sexuality. Penguin Books, London, p 375.
2. Armagan A, Silay MS, Karatag T, Akman T, Tepeler A, Ersoz C, Akcay M. Circumcision during the phallic period: does it affect the psychosexual functions in adulthood? Andrologia 2014; 46: 254-7.
3. Yilmaz E, Batislam E, Basar MM, Basar H. Psychological trauma of circumcision in the phallic period could be avoided by using topical steroids. Int J Urol 2003;10: 651-656.
4. American Academy of Pediatrics Task Force on Circumcision. Circumcision Policy Statement. Pediatrics 2012; 130: 585-6.

