

SÜNNETTE DARTOS FASYASI KORUNMALI MI?

Osman LATİFOĞLU, Alper SARI, Reha YAVUZER, Serhan TUNCER

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi AD, Ankara

ÖZET

Sünnet, ülkemizde ve dünyada erkeklere en sık uygulanan cerrahi müdahaledir. Glansı kaplayan sünnet derisinin fazla bulunan kısmının cerrahi eksizyonu ile ilgili pek çok teknik bulunmaktadır. Cerrahi işlemin zor olmamasına rağmen sünnet sonrası genel komplikasyon oranı % 0.1- % 35 arasındadır. Bu çalışmada dartos fasyasını koruyan bir sünnet tekniği avantajları ile anlatılmaktadır. Geçtiğimiz 7 yıl içerisinde yaşları 3 ay – 7 yaş olan 63 erkek çocuk sünnet edilmiştir. Takip süresi 4 ay ile 6 yıl arası olup, ortalama 3.1 yıldır. Bu teknikle ameliyat edilen olgularda, erken postoperatif dönemde penis distalinde bir dolgunluk kalmakla birlikte bir vakada oluşan hematoma dışında herhangi bir komplikasyon görülmemiştir. Olgularda estetik anlamda sonuçlar mükemmel; kalan sünnet derisi ve penis derisinin hareketliliği yeterli olmaktadır. Penisin anatomik bütünlüğü içerisinde önemli bir tabaka olan dartos fasyasının, sünnet sırasında eksize edilen sünnet derisi içerisindeki kısmının da korunması gerektiği kanısındayız.

Anahtar Kelimeler: Sünnet, dartos fasyası, komplikasyon

Erkeklerde sünnet, glans penisini örten fazla derinin bir kısmının veya tümünün eksize edilmesidir. Birçok toplumda sünnet dini ve kültürel sebeplerle yapılırken, batı toplumunda fimozis, parafimosis, tekrarlayan enfeksiyonlar ve balanit gibi tıbbi nedenlerle yapılmaktadır. Penis ve serviks kanseri, üriner enfeksiyonlar, seksüel yolla geçen hastalıklar gibi durumların önlenmesinde de, sünnet tartışmalı da olsa önemli bir yere sahiptir.¹⁻⁴

Erkeklerde yapılan en sık cerrahi işlem olan sünnet, plastik cerrahlar, ürologlar, çocuk cerrahları, kadın doğum uzmanları, aile hekimleri, çocuk doktorları ve pratisyen hekimlerin yanı sıra, sağlık teknisyenleri ve hatta sağlık eğitimi dahi olmayan, usta çırak ilişkisi ile yetişmiş kişiler tarafından da yapılmaktadır.² Tüm bu değişik meslek gruplarınınca kullanılan çok sayıda değişik yöntem mevcuttur. En çok tercih edilen yöntemler 'dorsal slit', 'sleeve' eksizyon, giyotin ve özel klempler yardımıyla uygulanan tekniklerdir. Tüm bu teknikler

SUMMARY

Should Dartos Fascia be Preserved in Circumcision

Circumcision is the most common operation performed on male individuals throughout the world. There are several techniques defined to remove the penile foreskin to uncover the glans. Although, none of them is technically difficult, circumcision is accompanied by a rate of morbidity with a reported incidence of complications varying from 0.1% to 35%. In this study a Dartos fascia sparing circumcision technique is presented in detail with its advantages. During the last seven years, 63 boys with their ages ranging from 3 months to 7 years have undergone the procedure. The follow up ranged from 4 months to 6 years with a mean period of 3.1 years. With Dartos sparing circumcision a bulkiness just beneath the corona was noted in the early postoperative days. Apart from a single case of hematoma no other complications have been encountered. The overall aesthetic results were satisfactory and the incision zone and the surrounding skin were freely movable on the underlying deep fascia. We believe that Dartos fascia is an important layer in the anatomical continuity of the penis and it should not be removed within the excised prepuce skin in the event of circumcision.

KeyWords: Male circumcision, dartos fascia, complication

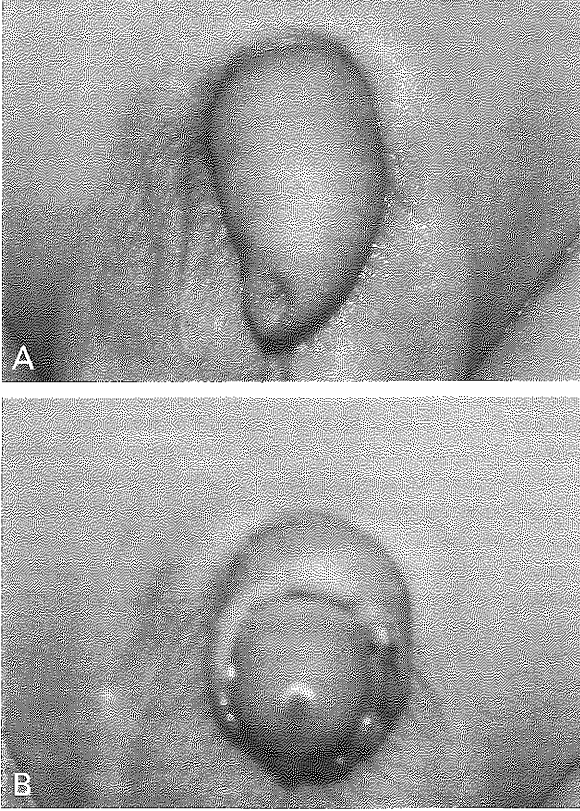
tecrübeli cerrahlar tarafından uygulandığı zaman güvenlidir; ancak tıp dışı kişilerce yapıldığında komplikasyonlar çok artmaktadır.² Ülkemizde genellikle, sünnet derisinin çekilerek glans penisinin distalinden klemplenmesi ve sonrasında klempin distalinde kalan derinin eksizyonu şeklindeki teknik uygulanmaktadır. Bu teknikte sünnet derisinin içerisinde de devam etmekte olan dartos fasyası eksizyona dahil edilmektedir.

Bu çalışmada, deri altında bulunan dartos fasyasının korunmasıyla gerçekleştirilen sünnet olgularında tekniğin getireceği avantajlar tartışılmıştır.

MATERYAL VE METOD

1995 yılından bu yana dartos fasyası koruyucu yöntem ile, yaşları 3 ay ile 7 yıl arasında değişen, 63 erkek çocuk sünnet edilmiştir.

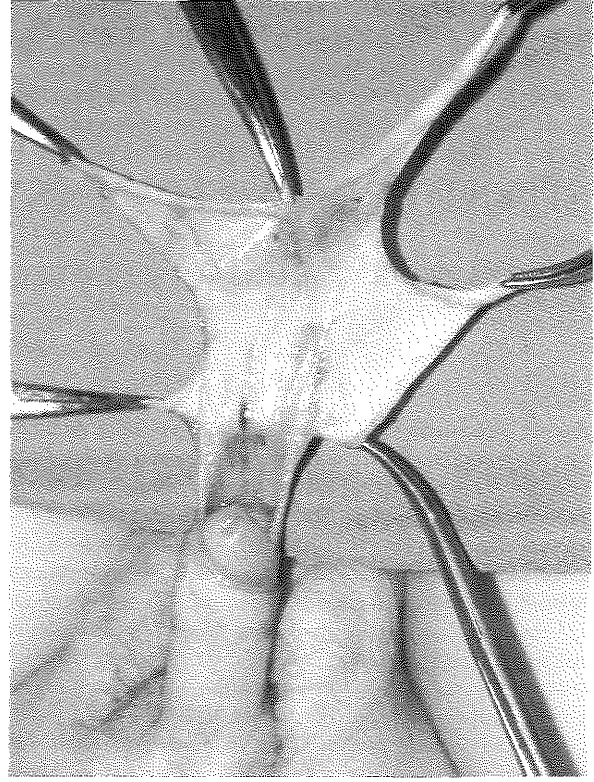
Bu teknik, "sleeve" sünnet tekniğinin bir modifikasyonudur.⁵ Penis doğal pozisyonunda iken antiseptik solüsyon ile silindi. Küçük yaştaki olgularda



Şekil 1A: Penisin sünnet öncesi önden görünümü. **B:** Sünnet sonrası ikinci günde penisin önden görünümü.

lokal anesteziden 30 dakika önce %5 lidokain içeren topikal krem (Emla ®) kullanıldı veya genel anestezi tercih edildi. Genel anestezi altındaki olgularda bile ek olarak lokal anestezi (1-1.5 cc %1 lidokain ile sirküler proksimal penil blok şeklinde) uygulandı. Sünnet derisindeki koronal izdüşüm, serbest pozisyonda iken, sirküler olarak cerrahi kalem ile işaretlendikten sonra sünnet derisi geriye çekilerek koronadan 5-7 mm proksimalde mukoza işaretlendi (Şekil 1A). Bu iki sirküler işaretten yapılan cilt insizyonları ile sünnete başlandı. Bu işlemler esnasında insizyonların hemen subkutan seviyede kalması ve sünnet derisinin içerisinde de devam eden dartos fasyasının kesilmemesi önemlidir. Sünnet derisinin dorsalinde iki insizyonu birleştiren bir insizyon yapılması ile eksize edilecek sünnet derisi dikdörtgen şekil aldı. Oluşan dört köşeye klemler konulup dartos fasyası zedelenmeden, klemler asılarak, 15 no. bistüri ile, adeta tam kat bir deri grefti alınır tarzda cilt eksizyonu tamamlandı (Şekil 2). Kanama kontrolü bipolar koter ile yapıldı. Geride bırakılmış olan dartos fasyası içeride kalacak şekilde, 6/0 eriyebilen sütürlerle mukoza ve deri tek tek sütüre edildi.

Cerrahi işlemin sonunda antiseptikli gazlı bez ile kapama yapıldı. Pansumanlar, 2 gün sonra aile ya da cerrah tarafından açıldı, ve sonrasında ek pansuman



Şekil 2: Eksize edilecek sünnet derisinin, dartos fasyası geride bırakılarak, deri grefti alınır tarzda hazırlanışı.

uygulanmadı (Şekil 1B).

Aileler erken oluşabilecek komplikasyonlardan haberdar edilirken, ağrı için, basit analjezik ilaçlar önerildi.

SONUÇLAR

Belirtilen teknikle 63 erkek çocuk sünnet edilmiştir. Olgular 4 ay-6 yıl kadar takip edilmişlerdir. Penil koronanın proksimalinde, erken dönemde belirip, birkaç günde azalan ödem ve dolgunluk genellikle gözlenmiştir. Erken veya geç dönemde idrar yapma problemi görülmemiştir.

Cerrahiden 2 gün sonra sargılar açılmakta ve genellikle ek sargıya gerek kalmamaktadır. Hastalar postoperatif 3'üncü gün, duş şeklinde banyo yapabilmekte ve sargısız olarak normal giysiler giyilebilmektedirler.

Hiçbir sünnet olgusu ikinci kez ameliyata alınmamış, erken dönemde koronal bölgede şişliği olan hastalardan, geç dönemde bu yakınma ile başvuran olmamıştır. Sadece bir olguda ameliyat sonrası üçüncü günde orta penil bölgede hematoma varlığı tespit edilmiş; ancak bu hematoma cerrahi tedavi gerektirmeden, yakın klinik takip altında kendiliğinden rezorbe olmuştur. İlk ayın sonunda yapılan kontrollerde estetik ve fonksiyonel sonuçların

mükemmel olduğu izlenmiştir. Dikiş hattındaki derinin serbest, kolay hareket edebilen durumda olduğu görülmüştür.

TARTIŞMA

Her ne sebeple yapılsa yapılsın, sünnet tüm dünya genelinde erkek nüfusa en sık uygulanan cerrahi girişimdir. Erkek nüfusun Amerika Birleşik Devletleri'nde %80'inin, İngiltere'de ise %25'inin sirkumsizyon işlemini geçirdikleri rapor edilmiştir.¹ Ülkemiz gibi Müslüman ülkelerde ve Yahudi toplumlarında ise dini amaçla uygulandıklarından sünnet oranları çok daha yüksektir, fakat bu işlemlerin pek çoğunun tıp diploması olmayan kişilerce kayıt tutulmaksızın yapılmasından dolayı oranlar konusunda net rakamlar vermek mümkün değildir.

Sünnet teknikleri, ilk tarif edildikleri Eski Mısır'a ait Ankh-Mahor yazıtlarından beri oldukça değişmiş ve gelişmiştir.^{1,2} Bu teknikler içerisinde en sık kullanılanlar, Yahudi moheller tarafından uygulanan bris tekniği ve Müslüman sünnetçiler tarafından uygulanan sünnet derisinin klempenip kesilmesi teknikleridir.⁶⁻⁸ Tıbbi personel tarafından sıkça uygulanan teknikler ise, 'dorsal slit', 'sleeve rezeksiyon', ve özel aletlerle (gomco klempisi ve plastibel) uygulanan sıkıştırma teknikleridir.⁹ 'Dorsal slit' tekniğinde sünnet derisinin dorsumunda orifisten koronal kıvrıma dek yapılan tam kat vertikal insizyon yapılır.⁶ Tek başına uygulandığında fimozis ve parafimozis gibi problemlere çözüm getirirse dahi estetik olarak kabul edilebilir bir görünüm sağlamaz. Mogen klempisi, Gomco klempisi ya da Plastibell gibi aletler yardımıyla uygulanan sıkıştırma teknikleri daha çok infant sirkumsizyonlarında tercih edilirler. Mogen ve Gomco klempileri sünnet derisinde ezici bir yaralanma yaparken glans penisini koruyacak şekilde dizayn edilmişlerdir. Ezilmiş olan sünnet derisinin de eksize edilmesi gerekebilir.¹⁰ Plastibell kullanıldığında halka glansa geçirilir, sünnet derisi düğümlü bir dikiş ile sıkıca bunun üzerine tespit edilir. Böylece beslenmesi bozulan sünnet derisi nekroza gider ve kendiliğinden 1 hafta içerisinde plastik koruyucu ile birlikte düşer.^{10,11}

Penis derisinin hemen altında süperfisyal ya da subkutan penil fasya uzanır. Bu fasya anterolateral karın duvarındaki scarpa fasyasının inferiora bir uzantısıdır. Bu subkutan fasya tunika dartosu içerir, penis ve skrotumu sardıktan sonra dorsale uzanıp anterior perineal bölgede Colles fasyası adını alır. İçerisinde süperfisyal penil damarlar bulunan dartos fasyası altındaki derin fasyadan fasyal bir yarıklık ile ayrıldığı için serbest bir şekilde hareketlidir. Buck fasyası olarak bilinen derin fasya ise sardığı derin penil dokulara sıkıca yapışıktır.¹²

Tüm teknikler içerisinde 'sleeve' tekniği en kontrollü ve güvenilir olanıdır. Ek bir alet kullanımı gerektirmez, fakat minör bir cerrahi prosedür olsa da

uygulanması tecrübe ve beceri gerektirir. Klasik teknikte, birisi sünnet derisinin dışında koronal seviyede, ve sünnet derisinin iç yüzünde koronal seviyenin 8-10mm proksimalinde olacak şekilde iki adet sirküler insizyon yapılır. Daha sonra bu iki insizyon vertikal bir dorsal insizyon ile birleştirilir ve sonrasında cilt ve cilt altı dokular birlikte künt ya da keskin diseksiyon ile eksize edilirler.⁶ Ventralde frenilum bölgesi insize edildiğinde oluşan kanama koterize edilmeli ya da bağlanmalıdır. Sonrasında ise mukoza ve cilt kenarları birbirlerine tekli sütürler ile dikilerek işlem sonlandırılır.

'Sleeve' tekniğine uyguladığımız en önemli modifikasyon dartos fasyasını koruyarak, sünnet derisine yalnızca epidermal ve dermal eksizeyasyon yapmaktır.⁵ Bunu yapabilmek için ise, subdermal seviyeden cilt insizyonları yapıldıktan sonra cilde uygulanan klempiler vasıtasıyla tam kat deri grefti alınır tarzda sünnet derisi eksize edilmektedir. Sonuçta dartos fasyası yaralanmadan geride bırakılmaktadır. Böylece penis cildinin alttaki derin penil fasyaya yapışması arada bırakılan dartos fasyası vasıtasıyla engellenmektedir.

Literatürde, sirkumsizyona ait teknikler içerisinde 'sleeve' tekniğine sıkça rastlanılmasına rağmen, dartos fasyasının korunmasına yalnızca Bordon değinmiş, fakat buna ait avantajlardan bahsetmemiştir.¹³ Bunun yerine insizyonun kapatılmasına odaklanmış ve insizyon hattındaki tansiyonun artması durumunda cildi kesmekle suçladığı tek dikişler yerine subkütiküler dikişlerle kapamayı tercih etmiştir. Biz kendi uyguladığımız dartos fasyası koruyucu sirkumsizyon tekniğinde, cildi her zaman tek eriyebilen dikişlerle kapattık ve dikiş tekniğine bağlı bir komplikasyona rastlamadık. Kanımızca, uygun teknikle yapılmış düzenli bir kesi ve sonrasında uygun teknikle cilt altı dokudan da alınarak atılacak cilt dikişleri sonrasında insizyondaki gerilim artsa dahi cildin kesilmesi gibi bir durum oluşmayacaktır.

Sirkumsizyona ait erken komplikasyonlar arasında kanama en sık olanıdır, ve olguların % 0,1-5'inde izlenir.¹ Süperfisyal penil arter ve venler dartos fasyası içerisinde seyredirler.¹⁴ Bu fasya korunduğu takdirde, işlem sırasında ve ameliyat sonrası dönemde oluşabilecek kanamaların büyük oranda önüne geçilmiş olur. Frenilum bölgesinde oluşabilecek kanamalar ise bunun dışındadır, çünkü frenilumun Buck fasyasının altında yer alan dorsal penil arterden gelen ve yüzeyleşerek freniluma giren bir dal vasıtasıyla ayrı bir kanlanması vardır. Küçük bir çapa sahip olsa da bu arterden oluşabilecek kanamalar uygun şekilde kontrol edilmezlerse işlemi ciddi şekilde komplike edebilirler. Kanımızca bu artere ait kanamaları durdurmanın en iyi yolu bipolar koter ile cilt altı koagülasyon ve cilt dikişlerinin U dikiş tarzında atılmasıdır. Olgularımızda yaşadığımız tek komplikasyon olan hematoma, postoperatif üçüncü gündeki travmaya bağlı oluşmuş ve ikincil bir müdahale gerektirmeden spontan rezorbe olmuştur.

Sirkumsizyona ait diğer komplikasyonlar arasında adları geçen enfeksiyon, glans ya da penil gövde yaralanmaları, üretral fistüller, kozmetik kusurlar, fimozis ve lenfödeme dartos koruyucu teknik uyguladığımız olgularımızda rastlamadık. Anatomik yapılar göz önüne alındığında bu komplikasyonların çoğunun oluşabilmesi için derin fasyanın geçilmesinin gerektiği görülecektir. Bu da yüzeysel fasya olan dartos fasyasının korunmasının ne denli güvenli bir ameliyata imkan sağladığının bir göstergesidir. Hemen hemen tüm olgularımızda erken dönemde izlediğimiz geçici koronal ödem ve dolgunluğun ise, aile ve çocuğun ameliyat sonrası beklentilerini olumsuz etkilememesi için oluşabileceğinin işlem öncesinde açıklanması gerekmektedir. Gerçekten de bir iki haftalık süreçte korona bölgesinin de penis gövdesinden glansa geçişte gayet doğal bir görünüm kazandığı ve gerek cerrah, gerekse de aile tarafından estetik sonucun iyi olarak kabul edildiği görülmüştür. İleri dönem takiplerde, dartos fasyası, Buck fasyası ile cilt arasında mobil bir yapı olarak iyi adaptasyon göstermektedir. Ereksiyon durumunda da derin fasya ile cilt arasında yapışıklıklar oluşmadığı için, penis derisi serbest şekilde gövde üzerinde hareket edebilmektedir. Oysa ki dartos fasyasının da eksize edildiği diğer tekniklerde, ereksiyonda yapışıklıklara bağlı çekintilerin oluşması beklenebilir.

Sonuç olarak, dartos fasyası koruyucu sirkumsizyon uygulaması kolay bir tekniktir. Vaskülaritesi çok zengin, mobil bir fasyanın korunmasına ait kanama riskinin azaltılması, daha iyi koronal sulkus kontürü oluşturması ve cilt yapışıklıklarının oluşmaması gibi avantajları mevcuttur. Cerrah hangi tekniği kullanılarak sünnet yaparsa yapısın dartos fasyasını koruduğunda postoperatif dönemde iyi bir estetik sonuç elde edecek ve düşük komplikasyon riski yaşayacaktır.

Dr. Osman LATİFOĞLU
Şehit Ersan Caddesi No: 32/2
Çankaya, ANKARA

KAYNAKLAR

1. Nasrallah, PF. Circumcision: Pros and cons. Prim Care 1985; 12:593-605.
2. Latifoğlu O, Yavuzer R, Ünal Ş, Sarı A, Çenetoglu S, Baran NK. Complications of circumcision. Eur J Plast Surg 1999; 22: 85-88.
3. Anderson GF. Circumcision. Pediatr Ann 1989; 18: 205-213.
4. Burger R, Guthrie TH. Why circumcision? Pediatrics 1974; 54: 362-364.
5. Yavuzer R, Latifoğlu O, Sarı A, Tuncer S. The importance of Dartos fascia in male circumcision. Plast. Reconstr. Surg. 2001;108: 2169-2170.
6. Harahap M, Siregar AS. Circumcision: A review and a new technique. J Dermatol Surg Oncol 1988; 14: 383-386.
7. Özkan S, Gürpınar T. A serious circumcision complication: Penile shaft amputation and a new reattachment technique with a successful outcome. J Urol 1997; 158: 1946-1947.
8. Schechet RJ, Fried SM. Traditional Jewish circumcision technique of bris. Am Fam Physician 1996; 53: 1070-1072.
9. Holman JR, Stuessi KA. Adult circumcision. Am Fam Physician 1999; 59: 1514-1518.
10. Holman JR, Lewis EL, Ringler RL. Neonatal circumcision techniques. Am Fam Physician 1995; 52: 511-518.
11. Fraser IA, Allen MJ, Bagshaw PF, Johnstone M. A randomized trial to assess childhood circumcision with the Plastibell device compared to a conventional dissection technique. Br J Surg 1981; 68: 593-595.
12. Chusid JG, Schindler RA, deGroot J, Tabbara KF, Lindner HH. The male genital system. In: Lindner HH ed. Clinical Anatomy. SanMateo, CA: Appleton and Lange, 1989: 495-500.
13. Bordon LM. Sleeve circumcision. Trop Doc 1993; 23: 176-177.
14. Silfen R, Hudson DA, McCulley S. Penile lengthening for traumatic penile amputation due to ritual circumcision: A case report. Ann Plast Surg 1999; 44: 311-316.