

RETROPERITONEAL FİBROZİSx

(Barsak Obstruksiyonu Yapan Bir Vaka Takdimi)

Dr. Erşan AYGÜN xx
Dr. M. Kerim ARSLAN xxx
Dr. Atilla GÖR xxxx
Dr. Tülay BAKIR xxxxx

ÖZET

Retroperitoneal fibrozis etiolojisi belli olmayan kronik seyirli fibroadipoz dokunun inflamatuvar bir olaydır. Genellikle üretere yaptıkları basılara bağlı olarak üreter obstruksiyonu yaparlar. Nadiren fibrotik olayın mezenter köküne veya sigmoid mezokolona yayılmasına bağlı olarak mekanik veya fonksiyonel intestinal tıkanıklığa sebep olurlar. Biz hafif derecede üreteronefrohidrozis ve gastrointestinal sistem obstruksiyonu yapan ve prednisolonla tedavi edilen bir retroperitoneal fibrozis vakası sunuyoruz.

GİRİŞ

Retroperitoneal fibrozis nadir görülen, vakaların çoğunda etiolojisi belli olmayan, retroperitoneal yapıların fibrozisi ve inflamasyonu ile seyreden kronik bir hastalıktır (1-4). Fibrozis sonucu üreterler, aorta ve vena cavaya bası belirtileri ortaya çıkabilir, üreterlerin basısı ve mediale çekilmeleri sonucu üreteronefrohidrozise yol açabilirler (5-9). Fibrozis plakları nadiren barsak mezosunu ve duvarını da içine alıp gastrointestinal sistem obstruksiyonuna neden olabilirler. Migren tedavisinde kullanılan bir ergot derivatives olan methysergide, bazı retroperitoneal tümörler ve sclerosing Hodgkin hastalığı etiolojide rol alabilir. Nedeni tesbit edilemeyen şekline idiopatik retroperitoneal fibrozis denilmektedir (1,2,8,9).

x : K.T.Ü. Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ve Üroloji Anabilim Dalları çalışmalarından

xx : K.T.Ü. Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı Uzmanı

xxx : K.T.Ü. Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı Yardımcı Doçenti.

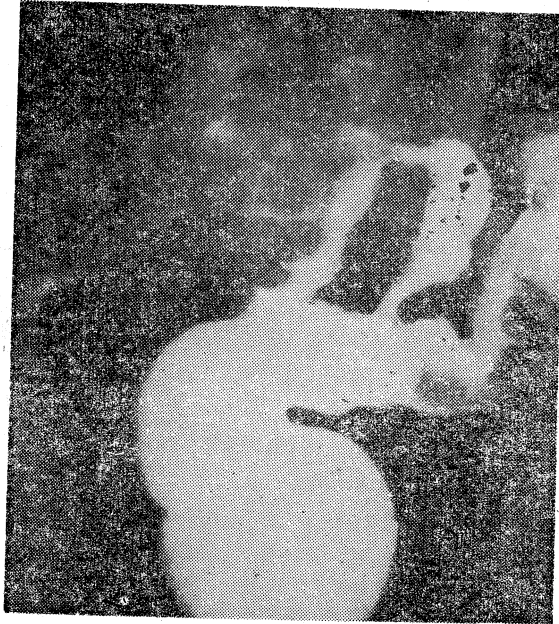
xxxx : K.T.Ü. Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı Yardımcı Doçenti

xxxxx : K.T.Ü. Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Doçenti

Biz özellikle barsak mezosu ve duvarındaki çekilmeye bağılı olarak gastoin-
testinal sistem obstruksiyonuna ve üreter basısına bağılı olarak üreteronefrohidro-
zise yol açan bir idiopatik retroperitoneal fibrozis vakası sunmaktayız.

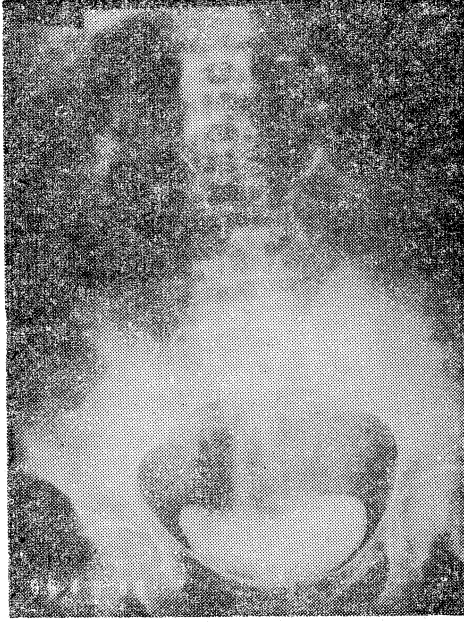
Vaka Takdimi

65 yaşındaki kadın hastanın 2 aydır halsizlik ve iştasızlık şikayetleri varmış,
Son 2 aydır 15 kilo zayıflamış, kabızmış ve zaman zaman büyük tuvaleti kanlı
olurmuş. Devamlı kullandığı bir ilaç yokmuş. Fizik muayenede skleraların soluk-
luğu dışında patolojik bir bulgu yoktu. Hb: 6, BK: 6000, BUN: % 10 mg, Cr:
% 0,8 , T. prot.: % 6, Alb: 3,5, Sedimentasyon hızı: 60 mm/saat idi. Rectos-
kopide 13 cm'de, rektoskobun geçmesine engel olacak derecede darlık vardı.
Barsak mukoza plileri kabalaşmıştı. Ancak bariz bir malignensi kitlesi şeklinde
değildi. Biopsi alındı. Biopside normal mukoza yapısının korunduğu gözlemlendi.
Kolon grafisinde rectosigmoid ve sigmoidte uzun bir loop boyunca lümeninde dar-
lık ve düzensizlik görünümü vardı (Resim-1).



Resim 1. Kolon grafisi. Sigmoid kolonun alt kısımları ve rektosigmoid kolon bölgesi daralmış
ve düzensiz bir şekil almıştır.

Kolon karsinomu ön tanısı ile laparotomi planlandı. Bu nedenle çekilen İnt-
ravenöz Pyelografide (IVP) her ik böbreğin hafifçe hidronefrotik olduğu görül-
dü (Resim-2).



Resim 2. İntravenöz piyelografi. Sağ tarafta daha belirgin olmak üzere böbreklerdeki hidronefroz hali görülmektedir.

Laparatomide pankreas alt sınırından promontoryuma kadar uzanan retroperitoneal alanda yer yer yoğun fibroz plaklar vardı. Jejunum ve rektosigmoid ile sigmoid kolon seviyesinde barsak duvarları da bu alanlara yapışmıştı. Ayrıca barsak mezosunda da yer yer çekilmeler mevcuttu. Yapışıklıklar ayrılmıyacak kadar yoğundu. Barsak mezosunda 0.2 X 0.2 cm çaplarında lenf nodları vardı. Bu nodlardan ve retroperitoneal fibrozis alanlarından biopsi alındı. Başka herhangi bir tümöral kitle veya patoloji yoktu. Lenf nodu biopsisi reaktif olarak değerlendirildi. Fibroz alandan alınan biopside de fibroz doku artımı ve lenfoplazmositer kronik iltihabi hücre infiltrasyonu mevcuttu.

Hastanın ameliyat sonrası dönemi problemsiz seyretti. Hastaya 30 mg/gün prednizolon başlandı. Tedricen 10 mg/gün'e düşürüldü. İdame tedavisi ile Prednizolona devam edildi. Hasta halen iyidir.

TARTIŞMA

Ormond hastalığı olarak da bilinen retroperitoneal fibrozis, retroperitoneal alanda gros olarak düz, sert, gri-beyaz renkte değişik derecelerde kalınlıkta fibroz plakların oluşması ile karakterizedir. Fibrozis özellikle aşağı lumbal seviyededir. Ancak bazen yukarı lumbal seviyeye doğru yayılır, çok nadiren de mediastinumu da tutabilir. Etiolojik faktörler vakaların ancak % 25-30'unda belirgindir. Bunlar

migren tedavisi amacıyla kullanılan bir ergot derivativesi olan Methysergide, retroperitoneal tümörler, sclerozing hodgkin hastalığı ve anevrizma cerrahisidir. Methysergide tüm vakaların % 25'inde etiyolojik faktör olarak belirgindir (1,2,8,9). Bizim vakamız etiyolojisi belli olmayan idiopatik retroperitoneal fibrozis olarak kabul edilmiştir.

Klinik belirtileri nonspesifiktir. Künt karakterde bel ağrısı, halsizlik, iştahsızlık şeklindedir. Ancak retroperitoneal yapılara bası oluşması sonucu özellikle üreterin basısı ve mediale çekilmesi sonucu üretime kadar giden üreterohidronefrozise bağlı semptomlar oluşturabilir. Sık idrar yolu iltihabı gelişir. Nadiren vena cava ve aortaya basar (1,2,6-9). Daha da nadiren barsak mezosundaki ve duvarındaki çekintiye bağlı olarak gastrointestinal sistem obstruksiyonu yapabilir. Tanıda en sık kullanılan metod intravenöz pyelografidir.

IVP'de üreterler dilate ve kıvrımlı olabilir. Mediale çekilebilir. Hidronefroz görülebilir. Ayrıca ultrasonografi ve bilgisayarlı tomografinde faydalı olduğu belirtilmektedir (4,10). Bizim vakamızda kabızlık ve hematokezya nedeniyle yapılan rektoskopide aletin geçemeyeceği kadar bir darlığın görülmesi üzerine kolon grafisi çekildi. Grafide rektosigmoidde yaygın darlık tesbit edildi. Çekilen IVP de de hidronefroz görüldü. Laparotomi sırasında yer yer barsak mezosunu ve jejunum ile sigmoid seviyede barsak duvarını içine alan, renal pedikül civarından başlayıp promontoryuma kadar uzanan yer yer yoğun fibroz plaklar tesbit edildi. Yapılan biopsi tanıyı kesinleştirdi.

IVP'deki bulgular şiddetli değilse hasta üremik değilse veya diğer retroperitoneal yapıların tutulmasını düşündüren, semptomlar varsa retroperitoneal fibrozisin tedavisinde yapılan prednizolon şeklinde steroid verilmesidir (1,8,11-13). Günde 30-60 mg olarak başlanır, tedricen azaltılarak günde 5-15 mg şeklindeki idame tedavisine geçilir. Birkaç hafta içinde dramatik düzeltilmeler bildirilmiştir. Prednizolona Azothioprine (50 mg/gün) ilave edilmesi ile de başarılı sonuçlar yayınlanmıştır (14). Ayrıca steroid verilmeden Azothioprine ile yapılan immüno-supresif tedavisinde başarılı olduğu bildirilmektedir(4).

Üreter obstruksiyonu şiddetli derecede ise üreterin periton içine alınması veya psoas kasının daha laterale alınması şeklindeki cerrahi tedavi tavsiye edilmektedir (1,8,9,13).

Retroperitoneal fibrozis vakalarında nadiren kendiliğinden düzeltilmeler görüldüğü bildirilmiştir (1,8,9).

Bizim hastamızda prednizolon verilerek tedavi sağlanmıştır. Hastamız halen iyidir.

RETROPERITONEAL FIBROSIS

(A case report)

SUMMARY

Retroperitoneal fibrosis is a chronic, nonspecific inflammatory process of fibroadipose tissue of unknown cause. It produces symptoms of ureteral obstruction by gradual compression of ureters. Mechanical or functional intestinal obstruction due to extension of fibrotic process into the root of the mesentery or sigmoid mesocolon is also a rare manifestation.

We present a retroperitoneal fibrosis which caused moderate ureteronephrohydrosis and obstruction of the gastrointestinal tract. We treated this case by prednisolone.

KAYNAKLAR

1. Adams JT: Abdominal wall, omentum, mesentery and retroperitoneum. In: Schwartz, SI, Shires GT, Spencer FC: Principles of Surgery. Third Ed. McGraw-Hill Book Co. New York 1979, p. 1449.
2. Ormont JK: Idiopathic retroperitoneal fibrosis: A discussion of the etiology. J Urol. 94: 385, 1965.
3. Salih M, Akyar, S. Erol C ve ark: Retroperitoneal fibrosis (vaka takdimi). Ankara Tıp Mecmuası. 38: 205, 1985.
4. Cogan E, Fastrez R: Azathioprine: An alternative treatment for recurrent idiopathic retroperitoneal fibrosis. Arch Intern Med. 145: 753, 1985.
5. Abercrombie GF, Vinnicombe J: Retroperitoneal fibrosis: Practical problems in management. Br J Urol. 52: 443, 1980.
6. Ross JC, Tinkler LF: Renal failure due to periureteric fibrosis. Br J Surg. 46: 58, 1958.
7. Waaler G: Idiopathic retroperitoneal fibrosis: Symptomatology in the early stages with special reference to the effect of corticosteroid treatment. Scand J Urol Nephrol. 9: 110, 1975.
8. Smith DR: Retroperitoneal fasciitis. In: Smith DR: General Urology. 9th Ed. Lange Medical Publication. Beirut 1978, p. 429.
9. Macbeth RA: The abdominal wall, umbilicus, peritoneum, mesenteries and retroperitoneum. In: Sabiston DC: Textbook of Surgery. 11th Ed. WB Saunders Co. Philadelphia 1977, p. 873.

10. Fagan CJ, Larrieu AJ, Amparo EG: Retroperitoneal fibrosis US and CT features. *AJR*. 133: 239, 1979.
11. Ochsner MG, Brannan W, Pond H et al: Medical therapy in idiopathic retroperitoneal fibrosis. *J Urol*. 114: 700, 1975.
12. Meddy T, Vaughan ED Jr: Steroids in the treatment of retroperitoneal fibrosis. *J Urol*. 121: 109, 1979.
13. Ross, JC Goldsmith HJ: The combined surgical and medical treatment of retroperitoneal fibrosis. *Br J Surg*. 58: 422, 1971.
14. Wagenknecht L, Hardy SC: Value of various treatments for retroperitoneal fibrosis. *Eur Urol*. 7: 193, 1981.