

**NON GODGKİN LENFOMOYA SECONDER
GELİŞEN RETROPERİTONEAL FİBROZİS
(Vaka Takdimi)**

Abdurrahim İmamoğlu*

Hasan Bakırtas**

GökseI Gökтуğ**

Hamit Ersoy***

OLGU BİLDİRİMİ

39 yaşında erkek hasta. Bize müracaatından elli gün önce sağ böğür ağrısı ile birlikte 0.5 cm çaplı taş düşürmüş. Bundan yaklaşık üç hafta sonra hematüri ve disüri başlamış ve beş gün sonrasında anüri gelişmiş.

Bu şikayetlerle 22.4.1994'de bir üniversite hastanesinde hospitalize edilen hastada, fizik muayenede belirgin patoloji bulunmamış. Üre 74 mg/dl, kreatinin 13,7 mg/dl. bulunmuş. DÜSG'i normal olan hastanın ultrasonografisinde bilateral hidronefroz tespit edilmiş. Sistoskopik olarak denenen kateter sağ üreterde 20. cm de, solda ise 1 cm. de takılmış. Bunun üzerine retrograd pyelografi yapılan hastada, sağda böbreğe kadar ince bir hat halinde üreter pasajı görülmüş. Solda ise geçiş saptanmamış. Aynı tarihte opere edilen hastaya, açık operasyonla sol böbreğe nefrostomi konulmuş. Operasyon notundan, sol üreterin psoas adalesine yapışık olduğu, üreterin 20. cm de ileri derecede fibrotik ve iltihabi reaksiyon gösterdiği, çevre dokuya yapışık olduğu ve taş palpe edilemediği öğrenildi.

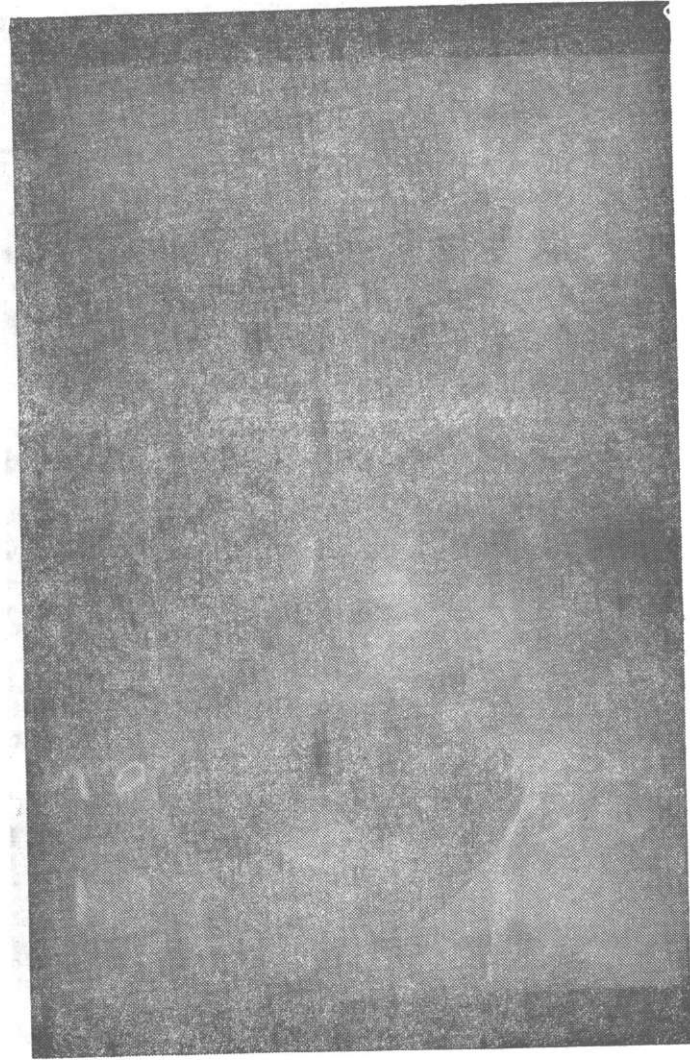
Hastanın postoperatif takiplerinde, onuncu günde sağ ürottere tekrar denenen kateterin bu defa 15 cm den ileri geçmemesi nedeni ile perkütan nefrostomi girişimi için sevk edilen hasta 11.5.1993'te servimize yatırıldı.

* SSK Ankara Hastanesi 1. Üroloji Kliniği, Uzman Dr

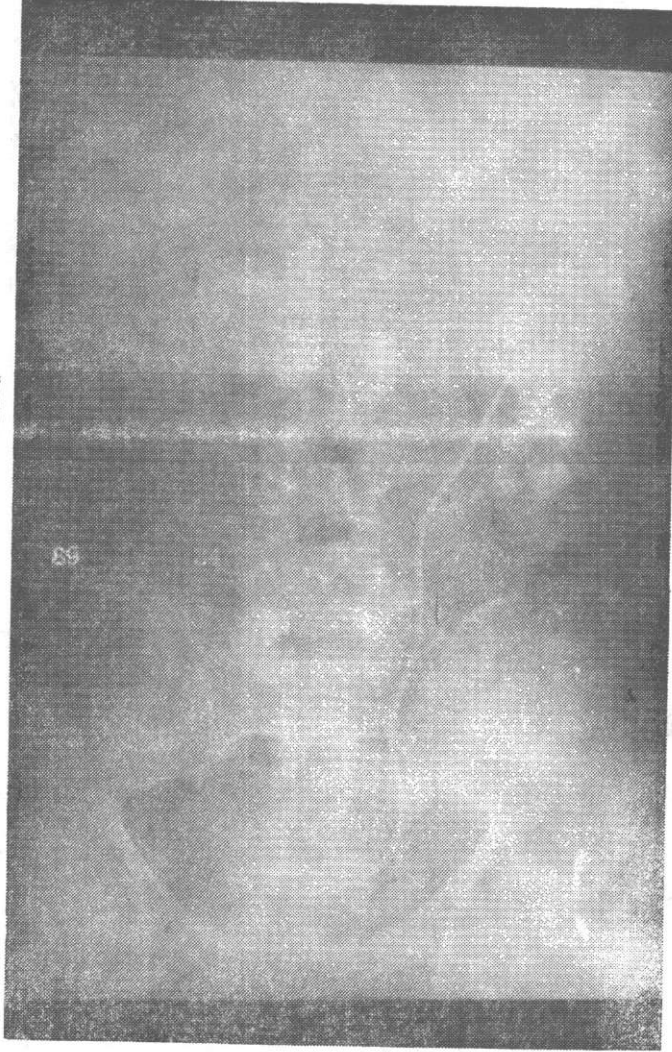
** SSK Ankara Hastanesi 1. Üroloji Kliniği, Asistan Dr.

*** SSK Ankara Hastanesi 1. Üroloji Kliniği, Doçent Dr.

Geliş Tarihi : Mayıs 24, 1995 Kabul Tarihi : Aralık 25, 1995



şekil 2 : Sağ böbreğe antegrad olarak double-j yerleřtirildi. Sol böbrekte nefrostomi kateteri mevcut.



Şekil 3 : Sol üretere açık operasyonla double-j takıldı ve steroid tedavisine başlandı.



Şekil 4 : Steroid tedavisinden sonra double-j kateter çekildi.

non-invaziv inceleme yöntemleri, ayrıca IVP, Retrograd pyelografi, Antegrad pyelografi ve üreterorenoskopi gibi invaziv girişimler düşünülmektedir (1,2,9).

Biz hidronefroz gelişen olgularda perkütan nefrostomi girişimi yapılarak, hastanın genel durumunun düzeltilmesi ve ileri tetkiklerin

bundan sonra yapılmasını düşünüyoruz. Retroperitoneal fibrozis düşünülen olgularda exploratris cerrahi girişimle üreterolizis mutlaka yapılmalı ve biopsi alınarak kesin tanıya gidilmelidir (3).

Bizim olgumuzda da aynı sırayı takip ettik ve biopsi sonucuna göre oral steroid tedavisine başladık. Kortizon tedavisi sonucunda üreter pasajının açıldığını gözledik. 1. ay kontrolünde tespit edilen servikal lenfadenopatilerden yapılan biopside Non-Hodgkin lenfoma'nın ortaya çıkışı şöyle açıklanabilir. Retroperitoneal fibrozis retroperitoneal bölgenin enflamatuvar bir hastalığıdır ve bütün malignensilerle birarada bulunma ihtimali vardır. Bu nedenle retroperitoneal fibrozis düşünülen olgularda altta yatan bir malignensi akla gelebilir.

Retroperitoneal bölgeye metastatik tümör yayılımı iki yolla olur. Birincisi direkt yayılım, diğeri ise lenf nodlarına uzak metastaz şeklindedir. Direkt yayılım servix, endometrium, mesane, prostat, sigmoid, kolon, rektum gibi komşu organların invaziv karakterdeki tümöral yapılarından köken almakta ve üreterin alt bölgesine bası yapmaktadır. Metastatik tümörler ise retroperitoneal ve periüreteral lenfatiklerle oluşan ve ekstresek bası ile üreterde displasman ve angulasyon oluşturan bir tablo meydana getirirler (7). Özellikle meme, mide, akciğer, pankreas, kolon kanserleri ve lenfoma bu gruptandır (10).

Direkt invazyonla veya metastatik lenf nod tutulumu ile üretere bası yapan tümörler obstrüktif üropati ile sonlanan klinik tablo ortaya çıkartırlar. Özellikle lenfoma ve lösemi olmak üzere lenfoproliferatif hastalıklar üreteral obstrüksiyona neden olabilirler. Bu geniş otopsi serilerinde lenfomalı hastaların % 6 sında görülmüştür. Lenfoma da bu olay geç ve nadir bir fenomen olmasına rağmen, mortalitenin % 0,5 inde neden üriner trakt tutulumudur (6). Olgumuzdan da anlaşılacağı gibi lenfomanın obstrüktif üropati oluşturma potansiyeli vardır. Bu nedenle klinisyenlerin obstrüktif üropati olgularına yaklaşımlarında, idiopatik veya herhangi bir malignensiye, seconder retroperitoneal fibrozisi daima gözönünde bulundurmaları gerekir diye düşünüyoruz.

ÖZET

Retroperitoneal fibrozis, obstrüktif üropatinin etyolojik sebepleri arasında yer almaktadır. Hastalık idiopatik olabileceği gibi, malignensilere veya ilaçlara bağlı sekonder olarakta görülebilir. Bizim olgumuzda da retroperitoneal fibrozis nedeni ile bilateral üreteral obst-

rüksiyon gelişmişti. Oral steroid tedavisi ile üreteral obstrüksiyon ortadan kalktı ve üreter pasajı açıldı. Ancak 1 ay sonra hastada servikal LAP ortaya çıktı. Yapılan biopsi sonucunda Non-Hodgkin lenfoma tanısı kondu.

Anahtar Kelimeler : Retroperitoneal fibrozis, üreteral obstrüksiyon, steroid tedavisi, Hidronefroz, lenfoma.

SUMMARY

Redroperitoneal Fibrosis Secondary To Non Hodgkin Lymphoma

(Case report)

Retroperitoneal fibrosis is among the etiological reasons of the obstructive uropathy. This disease can be idiopathic but can also be seen due to malignancies or some drugs. In our case bilateral ureteral obstruction had been developed due to retroperitoneal fibrosis. Ureteral obstruction was cured by oral steroid therapy and ureteral passage was opened. However one month later cervical lenfadenopathy was observed. Biopsy from the lymphadenopathy revealed non - hodgkin lymphoma.

Key Words : Retroperitoneal fibrosis, ureteral obstruction, steroid therapy, hydronephrosis, lymphoma.

KAYNAKLAR

1. Arrive L Hricak H Tavanis NJ and Miller TR : Malignant versus, non-malignant retroperitoneal fibrosis : Differentiation with MR Imaging, Radiology. 172 : 139, 1989.
2. Fagan CJ Larrieu AJ and Amparo EG : Redroperitoneal fibrosis : Ultrasound and CT Features. AJR 133 : 239, 1979.
3. Hewitt CB et al : Surgical treatment of retroperitoneal fibrosis. Ann. Surg : 169 : 610, 1969.
4. Iversen BM Norduke E and Thunold SL : Retroperitoneal fibrosis : during treatment with methildopa. Lancet. 2 : 302, 1975.
5. Lepor H and Walsh PC : Idiopathic retroperitoneal fibrosis. J Urol 122 : 1, 1975.
6. Martinez Maldonado M Romirez De Arellon G : Renal involvement in malignant lyphoma. Am J Med 32 : 184, 1962.
7. Megibow AJ Mitnick JS and Bosniak MA : The contribution of computerized tomography to the evaluation of the obstructed ureter. Urol Radiol, 4 : 95, 1982.
8. Orman JK : Bilateral ureteral obstruction due to envelopment and compression by an inflammatory retroperitoneal process. J Urol 59 : 1072, 1948.
9. Sterzer SK Herr HW and Mintz L : Idiopathic retroperitoneal fibrosis misinterpreted as lymphoma by computerized tomography. J Urol 122 : 405, 1979.
10. Thomas MH and Chisholm GD : Retroperitoneal fibrosis : associated with malignant disease. Br. J. Cancer 28 : 453, 1973.