Two Case Reports and Actual Treatment Approachs of Retroperitoneal Fibrosis

Retroperitoneal Fibrozisde Güncel Tedavi Yaklaşımları ve İki Olgu Sunumu

Retroperitoneal Fibrozis / Retroperitoneal Fibrosis

Eymen Gazel, Erkan Ölçücüoğlu, Sait Biçer, Sedat Taştemur, Cavit Ceylan
Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi, Üroloji Kliniği, Ankara, Türkiye

Özet

Retroperitoneal Fibrozis(RPF) etiyolojisi tam olarak bilinmeyen,retroperitonda non-spesifik kronik inflamasyonla karakterize nadir görülen bir hastalıktır. Retroperitondaki bu inflamasyon retropertitoneal yapıları ve kısmen üreterleri etkileyebilir ve bu yapılarda kısmi darlıklara yol açabilir. RPF' li hastalarda yan ağrısı, düşkünlük, kilo kaybı, anemi, çeşitli derecelerde renal yetmezlik, ateş gibi non spesifik semptomlar izlenebilir. Erken semptomların non spesifik olması sebebiyle hastalığın tanısı bazen ancak renal yetmezliğe yol açabilen üriner obstrüksyon sonrası netleştirilebilmektedir. Litaratürde daha öncede bildirilmesine rağmen kabul edilmiş tanı ve tedavi stratejisi bulunmamaktadır. Uygulanan birkaç tedavi protokolü olmasına rağmen, bu tedavilerin etkinliğinin geliştirilmesi gerekmektedir. Bu yazıda polikliniğimize benzer semptom ve bulgularla başvuran fakat medikal tedaviye farklı cevapları olan iki retroperitoneal fibrozis olgusu sunulmuştur. Bu sunumlarla retroperitoneal fibrozis tanı ve tedavisindeki zorlukların tartışılması amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler

Retroperiton; Fibrozis; Hidronefroz; Steroid

Abstract

Retroperitoneal fibrosis (RPF) is a rare disease of unclear etiology, which is characterized by a chronic non specific inflammation of the retroperitoneum. This inflammation of the retroperitoneum may entrap and obstruct retroperitoneal structures, particularly the ureters. Patients with RPF show non specific clinical symptoms, including poorly localized back pain, general malaise, weight loss, anemia, features of renal failure and occasionally, mild fever. The early symptoms are non specific and an accurate diagnosis is often achieved only subsequent to urological obstruction or the occurrence of renal failure. Although a number of scientific journals devoted to RPF are present in the litera¬ture, there is no accepted diagnostic or therapeutic strategy for this disease. However, there are several therapeutic strate¬gies which have been proven to be effective. Hereby, we reported two cases of retroperitoneal fibrosis which had similar symptoms and findings but different responses to medical treatment .We aimed to discuss challanges of RPF's diagnosis and the treatment protocol.

Keywords

Retroperitoneal; Fibrosis; Hydronephrosis; Steroid

DOI: 10.4328/JCAM.2307 Received: 28.01.2014 Accepted: 13.02.2014 Printed: 01.11.2013 J Clin Anal Med 2013;4(suppl 3): 311-4
Corresponding Author: Eymen Gazel, Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi,Üroloji Kliniği, Ankara, Türkiye.
GSM: +905332684240 F.: +90 3123116351 E-Mail: eymen_gazel@yahoo.com

Giriş

Retroperitoneal Fibrozis (RPF), retroperitoneal dokularda fibrozis ve non-spesifik kronik enflamasyonla kendini gösteren nadir görülen bir hastalıktır[1]. İlk olarak1905 yılında Albarran tarafından tanımlanmıştır[2]. RPF insidansı 1/100.000 olup,olguların yaklaşık üçte ikisinde idiyopatik olarak kabul edilmektedir[3]. Erkeklerde kadınlara göre iki kat daha fazla görülmektedir. Genellikle 50'li yaşlardan sonra görülmekle beraber litaratürde pediatrik olgularda yer almaktadır[4].

Hastalığın başlangıç safhasında hastalar genellikle sırt ağrısı, yan ağrısı ,halsizlik, kilo kaybı, ateş gibi non-spesifik klinik semptomlara sahiptirler. Bu aşamada hastalığın tespiti zor olabilmektedir. Fakat fibrozisin zamanla genişlemesiyle retroperitondaki psoas, üreterler, çaşitli arter ve venlerin bu fibrotik doku içerisinde kalarak fonksiyon bozukluğu göstermeye başlamaları daha ciddi semptomların ortaya çıkmasına sebep olur. Üreterlerin obstrüksyonuna bağlı olarak artan yan ağrıları, idrar miktarındaki azalma ve hematüri, yine renal damarların etkilenmesine bağlı gelişen hipertansiyon hastalığın sonraki safhalarında görülebilen daha spesifik sepmtom ve bulgulardan bazılarıdır[5]. Bu olgu sunumlarında, bilateral yan ağrısı sebebiyle polikliniğimize başvuran iki farklı hastanın RPF tanısı almasına kadar giden basamaklar paylaşılmış ve bu hastalığın tanı-tedavi modalitelerinin tartışılması amaçlanmıştır.

Olgu Sunumu

Olgu-1: 53 yaşında erkek hasta polikliniğimize bilateral yan ağrısı ve idrar miktarında azalma şikayetleriyle başvurdu. Özgeçmişinde herhangi bir özelliği bulunmayan hastanın öyküsünde 3 aydır aralıklı yan ağrılarının bulunduğu, son 2 haftadır ise ağrılarının arttığı öğrenildi.Yine son dönemde iştah kaybının başladığı, ara ara bulantı-kusmalarının olduğu öğrenildi.Yapılan fizik muayenesinde herhangi bir patolojik bulguya rastlanmadı.Hastanın vital bulguları ise tansiyon:130/80 mm/hg, nabız: 75/dk ve ateş 36,9 C° olarak ölçüldü. Yapılan labaratuvar analizinde glukoz 110 mg/dL, üre 72mg/dL, kreatinin 2,96 mg/dL, ürik asit 9,6 mg/dL, sodyum 138 mmol/L, potasyum 5.79 mmol/L olarak belirlendi. Bu analizlerde karaciğer fonksiyon testleri normal ve hemoglobin 12,4 gr/dL, hamatokrit 38 (%), beyaz küre 7000/uL, trombosit sayımı 250.000/uL, protrombin zamanı (PT) ve aktive parsiyel tromboplastin zamanı (aPTT) normal olarak saptandı.Klinik olarak kollojen doku hastalığı bulguları olmamakla beraber RPF etiyolojisnde yer alan otoimmün hastalıklar açısından çalışılan sedimantasyon hızı:72 mm/saat(8-10 mm/saat), ASO:119 IU/mL(0-200 IU/mL), C-Reaktif Protein (CRP) :49 mg/L(0-8.2 mg/L), Romatoid faktör (RF) : < 20 IU/mL(0-30 IU/mL),Anti-Nükleer Antikor(ANA): 2,7 U/ml(<1 U/ml), Anti-Mitokondriyal antikor(AMA):0,945 U/mL (<1 U/ml), çift zincirli DNA antikoru (ANTI-DS DNA):6,62 U/mL (<7 U/mL). Yapılan üriner sistem ultrasonografi(USG)'sinde, bilateral böbreklerin normal konum ve boyutta olduğu sağ böbreğin grade 2, sol böbreğin grade 3 dilate olduğu ve sol böbrek üst pol parankiminde yer yer incelmeler olduğu raporlandı. Böbrek fonksiyon testleri(BFT) 'nin yüksek olması anestezi açısından risk doğurabileceğinden hastaya double j (dj) Stent takılmadan bilateral olarak nefrostomi katateri takılarak hastanın BFT 'sinin düzelmesi beklendi. Katater takılma işleminden 5 gün sonra BFT'si normale gelen hastaya antegrad üreterografi çekildi. Bilateral üreterlerin orta kesiminden distale opak madde geçişi olmadığı izlendi. Ardından hastaya çekilen abdomen bilgisayarlı tomografi(BT) de abdominal ana vasküler yapıların çaplarının normal olduğu, infrarenal düzeyden başlayıp bilateral iliak zincire kadar uzanım gösteren, abdominal aorta'yı , inferior vena cava'yı ve iliak venleri çepeçevre saran, düzgün sınırlı, intravenöz kontrast madde enjeksyonu sonrası kontrast tutulumu gösteren yumuşak doku dansitesinde homojen lezyon(Retroperitoneal Fibrozis?) izlendiği, bilateral üreterlerin bu lezyon proksimalinde dilate olduğu ancak daha distalde seçilemediği raporlandı (Resim1). Hastanın tanısının kesinleştirilmesi için lezyona yönelik USG eşliğinde biopsi planlandı. Biopsi patolojisi fibrokollagenöz stroma içerisinde kapiller damar yapıları ve lenfoplazmositer hücrelerin izlendiği ve bu durumun retroperitoneal fibrozis tanısıyla uyumlu olabileceği şeklinde raporlandı.



Resim 1. 1. Olgunun başvuru sırasında çekilen tomografi görüntüsü

Bu bulgular eşliğinde nefroloji böülümünün önerleri de alınarak hastaya tedavi olarak 1 mg/kg dozunda kortikosteroid başlandı.Hasta 4 hafta sonra kontrole çağrıldı. Yapılan labaratuar analizinde böbrek fonksiyonları ve tam kan parametreleri normal, sedimantasyon hızı:15 mm/saat, ASO:75 IU/mL, C-Reaktif Protein (CRP) :35 mg/L olarak izlendi. Çekilen BT de kitlesinin küçüldüğü (Resim2) ve nefrostomi kataterinden verilen opak maddeyle çekilen antegrad üreterografisinde mesaneye opak madde geçişi izlendi .Hasta remisyon döneminde kabul edildi.Hasta-



Resim 2. 1.Olgunun tedavi sonrasında Kitlenin küçülmüş olduğunu gösteren Tomografi görüntüsü

nın nefrostomi kataterleri çekildi,steroid dozu azaltılarak kesildi ve hasta poliklinik kontrolü önerileriyle taburcu edildi.

Olgu Sunumu 2

57 yaşında bayan hasta bilateral yan ağrısı sebebiyle gittiği dış merkezde yapılan USG de solda grade 3, sağda grade1 hidronefroz tespit edilmesi üzerine ileri tetkik ve tedavi amacıyla tarafımıza yönlendirildi. Hasta bu şikayet ve bulgularla polikliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde spontan taş düşürme öyküsü dışında özellik bulunmayan hastanın alınan anemnezinde yaklaşık 1 aydır aralıklı sol yan ağrıları olduğu, ağrı kesiciyle kısmen rahatlasa da son 1 haftadır ağrılarının şiddetlendiği ve ağrıyı sağ tarafta da hissettiği öğrenildi. Yapılan fizik muayenesinde herhangi bir patolojik bulguya rastlanmadı. Hastanın tansiyonu:120/85 mm/hg, nabızı: 80/dk ve ateşi 36,6 Cº olarak ölçüldü. Yapılan labaratuar analizinde glukoz 112 mg/dL, üre 37mg/dL, kreatinin 1,53 mg/dL, ürik asit 4,4 mg/dL, sodyum 139 mmol/L, potasyum 4,45 mmol/L olarak belirlendi. Bu analizlerde karaciğer fonksiyon testleri normal ve hemoglobin 12,4 gr/dL, hamatokrit 38 (%), beyaz küre 7000/uL, trombosit sayımı 250.000/uL, protrombin zamanı (PT) ve aktive parsiyel tromboplastin zamanı (aPTT) normal olarak saptandı. Tam idrar tahlilinde bir pozitif lökosit, üç pozitif eritrosit izlendi.Bu hastada da klinik olarak kollojen doku hastalığı bulguları olmamakla beraber RPF etiyolojisnde yer alan otoimmün hastalıklar açısından çalışılan sedimantasyon hızı:42 mm/saat (8-10 mm/saat), ASO:175 IU/mL(0-200 IU/mL), C-Reaktif Protein (CRP) :190 mg/L(0-8.2 mg/L), Romatoid faktör (RF) : <20 IU/mL (0-30 IU/mL), Anti-Nükleer Antikor(ANA):0, 276 U/mL (<1 U/ml), Anti-Mitokondriyal antikor(AMA):0,43 U/mL (<1 U/ml), Çift zincirli DNA antikoru (ANTI-DS DNA):5,925 U/mL (<7 U/mL) olarak saptandı . Hastaya çekilen BT'de sağ böbreğin normal konum ve boyutta olduğu, parankiminin doğal olduğu, üreterlerin normal olduğu ve taş izlenmediği, sol böbreğin ise toplayıcı sisteminin dilate olduğu, üreterin proksimalde dilate(15mm) ve distalde L3-4 seviyesinde aort komşuluğunda düzensiz sınırlı, içerisinde kalsifikasyonlar bulunan yumuşak doku dansitesinde bir kitle tarafından sarıldığı raporlanmıştır (Resim3). Hasta histopatolojik olarak tanıyı kesinleştirmek için önerilen biopsiyi kabul etmedi. Hastaya bu bulgular eşliğinde bilateral retrograd üreterografi çekildi.Hastanın sol üreterinin orta kesimde obstükte olduğu izlendi. Sağ üreterde belirgin obstrüksyona rastlanmadı. Hastaya bilateral DJ kataer takılarak işleme son verildi. İşlem sonrası takiplerinde ağrısı gerileyen ve BFT'si normale gerileyen hastaya nefroloji böülümünün önerleri de alınarak 1 mg/kg dozunda kortikosteroid başlandı. Hasta 6 hafta sonra kontrole çağrıldı. Yapılan labaratuar analizinde böbrek fonksiyonları ve tam kan parametreleri normal, sedimantasyon hızı:5 mm/saat, ASO:90 IU/mL, C-Reaktif Protein (CRP) :16,8 mg/L olarak izlendi. Çekilen BT'de kitlesinin bariz şekilde küçüldüğü (Resim4), fakat sağ böbrekte dilatasyonun devam ettiği izlendi. Bu bulgularla hastanın dj kataterlerinin kalmasına ve steroid tedavisinin bir süre daha devam edilmesine karar verildi. Bu amaçla hastanın dj kataterleri değiştirildi. Steroid tedavisi 10 haftaya uzatılacak şekilde yeniden düzenlendi ve hasta poliklinik kontrolü önerileriyle taburcu edildi.



Resim 3. 2. Olgunun başvuru sırasında çekilen tomografi görüntüsü



Resim 4. 2.Olgunun tedavi sonrasında Kitlenin küçülmüş olduğunu gösteren Tomografi görüntüsü

Tartışma

Retroperitoneal fibrozis etiyolojisi net olarak bilinmeyen ,retroperitoneal dokularda fibroz ve kronik enflamasyonla seyreden nadir görülen bir hastalıktır. İlk defa 1905'te Albarran tarafından tanımlanmıştır, daha sonra klinik önemi 1948'de Ormond tarafından bildirilmiş ve idiyopatik formu Ormond hastalığı olarak litaratüre geçmiştir[2,6].

. Metiserjide maruziyet, maligniteler, mediastinal fibroz, arterit, sklerozan kolanjit, aort anevrizması, Crohn hastalığı gibi durumların RPF 'ye sebep olabileceği belirtilse de bu hastalığın büyük bir kısmında altta yatan hiç bir sebep bulunmaz ve bu durum idiyopatik RPF olarak adlandırılır[7]. Bizim hastalarımızda da altta yatan herhangi bir patoloji bulunmamaktaydı. Bu sebeple olgular idiopatik RPF olarak kabul edildiler.

İdyopatik RPF'nin etiyolojisi ve patogenezi net ortaya koyulamamıştır.Abdominal aortada oluşan aterosklerotik plak antijenlerine karşı gelişen lokal enflamatuvar bir yanıt nedeniyle oluştuğu ileri sürülmekle birlikte, sistemik semptomların varlığı, akut faz reaktanlarının yüksek bulunması ve hastalığın bazı otoimmün hastalıklarla olan ilişkisi, RPF'nin sistemik enflamatuvar bir sürecin retroperitoneal tutulumu olabileceğini akla getirmektedir[8,9].

Hastalığın ilk evreleri semptomsuz olduğundan hastalar genellikle retroperitonda bulunan fonksiyonel organların işlev kaybıyla ortaya çıkan ciddi klinik bulgu ve semptomlarla tanı alırlar. Yan ağrısı, iştahsızlık, ateş gibi non-spesifik klinik semptomların yanı sıra bilateral hidronefroz, anüri, böbrek fonksiyonlarında bozulma ve üremik ensefalopati 'ye kadar çeşitli ciddi bulgularla da karşımıza çıkabilmektedir.

Tanı için fizik inceleme genellikle yetersizdir. Laboratuvar bulguları nonspesifik olmakla birlikte enflamatuar süreçte akut faz reaktanı olarak kullanılabilen eritrosit sedimantasyon hızı, CRP genellikle yüksek olmaktadır[10]. Bizim iki olgumuzda da bu değerler yüksek bulunmuştur. Ayrıca bu markerlar medikal tedavi sonrası takipte de yardımcı olmaktadır. İdiopatik RPF'li olguların %60'ında ANA pozitifliği görülür[11]. Ayrıca RF, AMA ve ANTI-DS DNA pozitifliği görülebilir bu durumda RPF' e eşlik eden bağ doku hastalıkları ya da bir vaskülit sendromunun varlığı araştırılmalıdır[12]. Bizim de ilk olgumuzda ANA pozitifliği mevcut idi. Herhangi otoimmun bir hastalık öyküsü olmayan bu olgunun ANA pozitifliğini idiyopatik RPF'ye bağlı olarak kabul edildi. Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG), BT ve USG tanı koymada yardımcı görüntüleme teknikleri olmakla beraber aslında RPF'in kesin tanısı USG ya da BT eşliğinde yapılacak biopsi ile koyulur. Etiyolojisinde malignite şüphesi olan ya da radyolojik olarak ayrım yapılamayan vakalara biopsi mutlak olarak önerilerken öykü ve radyolojik olarak benign idiopatik RPF düşünülen hastlalara da biopsisiz tedavi başlanabilir[12,13]. İkinci olgumuzda hastanın biopsiyi kabul etmemesi üzerine hasta benign RPF kabul edilmiş ve hastaya steroid medikal tedavisi başlanmıştır.

Böbrek fonksiyonlarını bozacak derecede üreter basısı olan hastalarda ilk olarak obstrüksiyonu ortadan kaldırmaya yönelik perkütan nefrostomi katateri ya da dj üreter katateri yerleştirilmesi uygun olacaktır. Üriner diversiyon sağlandıktan sonra RPF tedavisinde medikal ve cerrahi olarak iki seçenek mevcuttur. RPF'nin medikal tedavisinde çeşitli ajanlar kullanılmıştır. Steroid, tamoksifen, metotreksat, azotioprin, siklofosfamid bunlardan bazılarıdır. RPF tedavisinde ilk seçenek olarak önerilen kortikosteroidler ilk kez 1958 yılında Ross ve Tinckler tarafından RPF tedavisinde uygulamıştır[14]. Steroidler antiinflamatuvar etkileri, fibrotik doku matürasyonunu inhibe etmeleri ve son yıllarda RPF'nin etiyolojisinde rolü gösterilen immüniteyi baskılamaları nedeniyle RPF tedavisinde kullanılmaktadır. Dozajda kesin bir birlik olmasa da, ampirik olarak 20-45 mg/gün yada günde 1 mg/kg prednizolon 6 hafta verilmesi hastanın cavabına göre tedavi dozunun ayarlanması önerilmektedir[15]. Bir anti östrojen olan tamoksifenin RPF tedavisinde kullanımı ile ilgili ilk çalışma ise 1991 yılında Clark ve ark. tarafından bildirilmiştir[16]. Tamoksifenin etki mekanizması tam olarak bilinmemekle birlikte hücre proliferasyonunda önemli rol oynayan protein kinaz C enzimini inhibe etmek suretiyle veya TGF-β ile etki gösterdiğini bildirilmiştir. Özellikle steroide dirençli olgularda Tamoksifen'in 20-40 mg/gün dozunda kullanılması önerilmektedir[17,18].

İdiyopatik RPF'un tedavisindeki amaç fibro-enflamatuar reaksiyonu durdurmak, üreteral ve diğer retroperitoneal oluşumlarda meydana gelen obstrüksiyonu gidermek,hastalık rekürrensini ve progresyonunu önlemek olmalıdır.Çeşitli ajanlar tedavide kullanılmakla beraber RPF'in medikal tedavisi için ortaya koyulmuş optimal tedavi rejimi bulunmamaktadır[19]. Uygulanan tüm tedavi modalitelerine rağmen RPF'in relapsının gösterildiği çalışmalar da mevcuttur[8].

Medikal tedavinin başarısız olduğu durumlarda, medikal tedaviyi tolere edemeyen hastalarda ya da başarılı bir medikal tedavi sürecinden sonra hastalığın nüks ettiği durumlarda cerrahi tedavi gündeme gelir. Cerrahi tedavide üreterolizise ilave olarak yeniden obstrüksiyon gelişmemesi için her iki üreter omentum ile sarılarak periton içine alınmalıdır[20]. Üreter obstrüksyonu bu yolla giderildiği halde ilerleyen dönemde fibrozis durdurulamayabilmekte ve yaklaşık %22 oranında cerahi sonrası nüks obstrüksyonlar izlenebilmektedir[21].

Sonuç olarak RPF nadir görülen ve semptom aralığının geniş olması sebebiyle bazen tanı koyması güç olabilen bir hastalıktır. Görüş birliğine varılmış bir tedavi rejimi bulunamamakla beraber fibrozisin büyüklüğü,retroperitoneal yapıların etkilenme derecesi ve eşlik eden patolojiler göz önünde bulundurularak bir tedavi şekli belirlenmelidir. Tedavi edilmez ise böbrek fonksiyonlarında kalıcı hasarlar bırakacağı unutulmamalıdır. RPF tanısıyla medikal ve/veya cerrahi tedavi uygulanan hastalarda relaps ihtimali de göz önünde bulundurulmalı ve hastalar uzun süre takip edilmelidirler.

Çıkar Çakışması ve Finansman Beyanı

Bu çalışmada çıkar çakışması ve finansman destek alındığı beyan edilmemiştir.

Kaynaklar

1. Ilie CP, Pemberton RJ, Tolley DA. Idiopathic retroperitoneal fibrosis: the case for nonsurgical treatment. BJU-Int 2006;98:137-40.
2. Albarran J: Rétention rénale par périurétérite. Libération externe de l'uretère. Assoc Fr Urol 1905; 9: 511-7.
3. Vaglio A, Salvarani C, Buzio C. Retroperitoneal fibrosis. Lancet. 2006;367(9506):241-51.
4. Streem SB, Franke JJ, Smith JA. Management of upper urinary tract obstruction. In: Walsh PC, Retik AB, Vaughan ED, Wein AJ, eds Campbell's Urology 8th edition, Philadelphia: WB Saunders 2002; 463-512.
5. Liang B, Yin Z, Guo Q, Wei Y, Liu L, Yang J. Diagnosis and treatment of retroperitoneal fibrosis: A case report. Exp Ther Med. 2013;5(4):1236-8.
6. Ormond JK: Bilateral ureteral obstruction due to development and compression by an inflammato-ry retroperitoneal process. J Urol 1948; 59: 1072.
7. Tanaz A. Kermani, MD; Cynthia S. Crowson, MS; Sara J. Achenbach, MS; and Harvinder S. Luthra, MD: Idiopathic Retroperitoneal Fibrosis: A Retrospective Review of Clinical Presentation, Treatment, and Outcomes, Mayo Clin Proc 2011;86(4):297-303.
8. Ewell GH, Bruskewitz HW. Bilateral ureteral obstruction due to envelopment and compression by an inflammatory retro-peritoneal process. Urol Cutaneous Rev 1952;56:3-10.
9. Tuzel E, Guler C. Retroperitoneal fibrozis. Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci 2007;3:12-5.
10. Van Bommel EF, Jansen I, Hendriksz TR, Aarnoudse AL. Idiopathic retroperitoneal fibrosis: prospective evaluation of incidence and clinicoradiologic presentation. Medicine (Baltimore). 2009;88(4):193-201.
11 .Corradi D, Maestri R, Palmisano A, et al. Idiopathic retroperitoneal fibrosis: clinicopathologic features and differential diagnosis. Kidney Int. 2007;72(6):742-753.
12. Fagan CJ, Larrieu AJ, Amparo EG. Retroperitoneal fibrosis: ultrasound and CT features. AJR Am J Roentgenol 1979;133:239-43.
13. Ascı R, Sarıkaya S, Buyukalpelli R, Yılmaz AF, Yıldız S. İdiyopatik retroperitoneal fibrozis; 9 olguluk deneyim. Üroloji Bülteni 1998;9:101-6.
14. Ross JC, Tinckler LF: Renal failure due to peri-ureteric fibrosis. Br J Surg 1958; 46: 58.
15. Scheel PJ Jr, Sozio SM, Feeley N.: Medical management of retroperitoneal fibrosis. Trans Am Clin Climatol Assoc. 2012;123:283-90.
16. Clark CP, Vanderpool D, Preskitt JT: The res-ponse of reroperitoneal fibrosis to tamoxifen. Surgery 1991; 109: 502-6.
17. Puce R, Porcaro AB, Curti P, Girelli D, Pantalena M, Malossini G, Tallarigo C.: Treatment of retroperitoneal fibrosis with tamoxifen: case report and review of literature. Arch Esp Urol 2000;53(2):184-90.
18. Vaglio A, Salvarani C, Buzio C. Retroperitoneal fibrosis. Lancet 2006;367:241-51.
19. Swartz RD. Idiopathic retroperitoneal fibrosis: a review of the pathogenesis and approaches to treatment. Am J Kidney Dis. 2009;54(3):546-553.
20. Tıptaft RC, Costello AJ, Parıs AM, Blandy JP: The long-term follow-up of idiopathic retroperi-toneal fibrosis. Br J Urol. 54: 620-24, 1982.
21. Heller JE, Teggatz J: Idiopathic retroperitoneal fibrosis infiltrating ureteral wall. Urology. 40: 277, 1992.

How to cite this article:
Gazel E, Ölçücüoğlu E, Biçer S, Taştemur S, Ceylan C. Two Case Reports and Actual Treatment Approachs of Retroperitoneal Fibrosis. J Clin Anal Med 2013;4(suppl 3): 311-4.