

## TRAJTIMI ONKOLOGJIK I TUMOREVE TË TRURIT



Faton Sermahaj

Specialist i  
Onkologjisë  
Qendra Klinike  
Universitare e  
Kosovës

Tumoret malinj të trurit përbëjnë vetëm rreth 1% të të gjithë tumoreve invazive në SHBA, por paraqesin numrin më të madh të tumoreve solid të diagnostikuara tek fëmijët dhe adoleshentët, duke u bërë si shkaktari kryesor i vdekshmërisë nga kanceri tek meshkujt deri në moshën 40 vjeçare si dhe tek femrat deri në moshën 20 vjeçare. Në vitin 2021, në SHBA, janë diagnostikuar 24.530 raste të reja me tumor malinj të trurit si dhe ka pasur 18.600 vdekje nga kjo patologji. Rreziku për tu diagnostikuar me tumore të trurit rritet me moshën dhe prek më tepër gjininë mashkullore se sa atë femërore. Rreziku për tu prekur nga tumoret e trurit për një nuancë është më i lartë për popullatën që jeton nëpër vendet urbane si dhe ata me status më të lartë socio-ekonomik. Mbijetesa e përgjithshme 5 vjeçare e pacientëve me tumore malinje të trurit është rreth 36%, përderisa Glioblastoma vetëm rreth 7%. Kjo ndryshon me moshën ashtu që tek fëmijët dhe adoleshentët sillet rreth 80%, ndërsa tek moshat mbi 40 vjeçare sillet deri në 30%.

Faktorët e riskut: Si faktorë rreziku është përshkruar ekspozimi ndaj rrezatimit jonizues të kokës, sidomos tek individët e diagnostikuar me leukemi limfocitare që në moshë të re trajtohen me radioterapi kraniale. Edhe pse komponenti gjenetik është përshkruar në disa studime, ai mbetet në një përqindje shumë të ulët.

#### Meningeomat

Meningeomat përbëjnë 1%-30% të të gjithë tumoreve primare të trurit. Zakonisht paraqiten tek adultët e moshës 40-60 vjeç, ndërsa janë shumë të rrallë tek fëmijët me vetëm rreth 2%. Prezantimi klinik i meningeomave varet nga lokalizimi i tyre. Zakonisht paraqiten me: kokëdhimbje, konvulzione, sulm në tru, pengesa në të pamurit, ndryshime në personalitet, sindromi i lobit frontal, hemiparezë kontralaterale. Diagnostikimi zakonisht bëhet me imazheri (MRI ose CT e kokës me kontrast) dhe për shkak të karakteristikave tipike radiologjike, meningeomat jo gjithmonë kanë nevojë për biopsi. Klasifikimi histopatologjik i meningeomave bëhet sipas World Health Organisation (WHO) classification dhe sipas këtij klasifikimi ndahen në tri kategori:

Tumoret e gradës I ose meningeomat beninje: karakterizohen me rritje të ngadaltë, kufi të qartë, janë joinvaziv, me indeks mitotik të ulët (rreth 90% e meningeomave).

Tumoret e gradës II ose meningeomat atipike: karakterizohen me indeks mitotik më të lartë, përbëjnë (5-7) % të të gjitha meningeomave dhe zakonisht përfshijnë variantin chordoid dhe clear cell.

Tumoret e gradës III ose meningeomat malinje: karakterizohen me shkallë shumë të lartë të

ndarjes mitotike, përbëjnë (1-3) % të meningeomave dhe zakonisht përfshijnë variantin papillar dhe rabdoid.

Menaxhimi i meningeomave intrakraniale varet nga simptomatologjia që prezantohet, madhësia e tumorit dhe lokalizimi i tij, si dhe gjendja e përgjithshme e pacientit dhe preferencat e tij. Varësisht nga karakteristikat e sëmundjes dhe pacientit, ekzistojnë disa modalitete të menaxhimit të sëmundjes. Observimi-është një modalitet që mund të përdoret vetëm tek rastet kur tumori është i vogël dhe asimptomatik, kryesisht për pacientët mbi moshën 65 vjeçare si dhe pacientët me komorbiditete signifikante. Reseksioni kirurgjikal - është trajtimi kryesor i meningeomave kur kërkohet trajtimi i tyre. Qëllimi kryesor i kirurgjisë është që të bëhet reseksioni komplet i lezionit, kur është e mundur. Radioterapia - zakonisht rekomandohet si trajtim adjuvant për pacientët me klasifikim (WHO grade II-III) si dhe tek rastet me reseksion jokomplet. Radioterapia definitive po ashtu rekomandohet tek rastet inoperabile. Doza e radioterapisë adjuvante tek meningeomat e gradës I, është 50 - 54 Gy duke u administruar në doza ditore prej 1.8 - 2.0 Gy. Për tumoret e gradës II dhe III, rekomandohet doza totale prej 59.4 Gy e ndarë në doza ditore prej 1.8 Gy.

Intensity-modulated-radiation therapy (IMRT), mund të përdoret dhe ka treguar rezultate më të mira në krahasim me radioterapinë konvencionale, veçanërisht në rastet kur tumori është i lokalizuar afër zonave kritike të indit normal trunor. Stereotactic radiosurgery- mund të përdoret tek rastet e meningeomave reziduale, kur dimensionet maksimale të tumorit nuk kalojnë 3.5cm, përderisa distanca në mes të tumorit dhe strukturave kritike normale duhet të jetë e mjaftueshme (>3mm).

Efektet anësore akute të radioterapisë mund të jenë: lodhja, eritema lëkurore, alopecia, otitis extern dhe serous otitis media, nëse fusha e radiacionit është afër veshit të mesëm. Efektet anësore të vonshme përfshijnë: retinopatia dhe neuropatia optike, deficit në memorie, deficit në dëgjim, nekroza cerebrale, hipopituitarizmi, varësisht nga zona e rrezatimit.

#### Gliomat

Gliomat e shkallës së lartë (high-grade) ose malinje përbëjnë afërsisht gjysmën e të gjithë tumoreve primare të trurit tek të rriturit. Gliomat malinje përfshijnë: Gliomat anaplastike të cilat klasifikohen si (WHO grade III) dhe Glioblastoma multiforme (GBM) e cila klasifikohet si (WHO grade IV). GBM përbën rreth 75% të gliomave tek të rriturit, përderisa gliomat anaplastike deri në 25%.

Gliomat e shkallës së ulët (Low-grade) përbëjnë rreth 10 % të të gjithë tumoreve primar intrakra-

nial tek të rriturit dhe në përgjithësi kategorizohen si: Astrocitoma pilocitare (WHO grade I) ose gliomat e gradës së ulët me infiltrim difuz (WHO grade II).

Diagnostikimi i gliomave fillon me anamnezën dhe ekzaminimin fizikal, në veçanti me shenjat dhe simptomat neurologjike. Testet laboratorike fillestare duhet të përfshijnë: hemogramin dhe analizat bazike biokimike si dhe profiling e koagulimit të gjakut. Rezonanca magnetike (MR) është metoda imazherike kryesore në diagnostikimin e gliomave. Tomografia e kompjuterizuar (CT) mund të përdoret në rastet kur për arsye të ndryshme MR nuk mund të aplikohet. Metodot tjera të avancuara imazherike si: MRI spektroskopja, MRI perfuzive, dhe PET-CT më tepër japin të dhëna lidhur me funksionimin e indit trunor dhe rrjedhimisht përdoren më rrallë. Ekzaminimi histopatologjik i indit tumoral bëhet pas reseksionit kirurgjik ose biopsisë. Konfirmimi histopatologjik është shumë i rëndësishëm para fillimit të trajtimit. Plani i trajtimit dhe prognoza e sëmundjes varën shumë nga shkalla (grade) e sëmundjes dhe subtipi i gliomave. Stadifikimi i gliomave bëhet në bazë të histologjisë, lokalizimit dhe biologjisë së tumorit. Prognoza e pacientëve me GBM është jo e mirë dhe mbijetesat mesatare është rreth 1 vit. Faktorët të cilët e përcaktojnë prognozën e sëmundjes janë: mosha në momentin e diagnostikimit, statusi i performancës sipas Karnofskit (KPS), tipi histologjik, shtrirja e reseksionit, kohëzgjatja e simptomave, statusi neurologjik dhe mental i pacientit.

#### Trajtimi i Glioblastomës Multiforme

Kirurgjia - konsiderohet si trajtimi fillestar për GBM dhe ka për qëllim biopsinë për diagnozë, reseksionin komplet të tumorit, reseksionin parcial me qëllim të menaxhimit paliativ të simptomave të lidhura me masën tumorozë.

Kimio-radioterapia konkomitante - mund të përdoret si trajtim adjuvant tek rastet post-operative ku ka treguar një benefit të lartë në jetëgjatësinë e pacientëve në krahasim me ata që janë trajtuar vetëm me kirurgji. Po ashtu, përdoret edhe si formë e trajtimit definitiv, tek rastet inoperabile. Trajtimi adjuvant me kimio-radioterapi duhet të fillojë brenda 5 javësh nga koha e operimit. Radioterapia konkomitante me kimioterapinë zakonisht aplikohet deri në dozën e përgjithshme 60 Gy në fraksione/doza ditore prej 2 Gy, ose dozën totale prej 59.4 Gy në fraksione ditore prej 1.8 Gy. Si citostatik i cili zakonisht përdoret në konkomitancë me radioterapinë është Temozolamide i cili administrohet në dozë prej 75mg/m<sup>2</sup>/ditë, gjatë gjithë ditëve të rreza-

timit, pastaj vazhdohet edhe me 6 cikle të kimioterapisë, të cilat aplikohen për 5 ditë rresht, përsëriten çdo 28 ditë dhe administrohen në dozën prej 150-200mg/m<sup>2</sup>/ditë.

Efektet anësore të trajtimit me kimio-radioterapi konkomitante janë të njëjta me ato që shfaqen pas trajtimit me radioterapi, por në këtë rast mund të paraqiten edhe mielosupresioni dhe pneumonia e post kimioterapisë.

#### Trajtimi paliativ i GBM

Shumë pacientë në momentin e diagnostikimit paraqiten me status të performancës së ulët dhe ata nuk janë në gjendje të përballojnë trajtimin standard me kimio-radioterapi. Mosha e shtyrë si e vetme, nuk mund të merret si faktor për mos trajtimin e pacientit sipas protokollit standard. Për trajtim paliativ mund të përdoret radioterapia si e vetme deri në dozën totale prej 30 Gy në dhjetë fraksione ditore prej 3 Gy në vetëm një fushë të rrezatimit. Po ashtu, kimioterapia (Temozolamide) është një opsion i mundshëm për trajtim paliativ.

#### Trajtimi i rekurencave

Trajtimi i sëmundjes rekurente varet nga statusi i performancës së pacientit. Mund të aplikohet kirurgjia paliative (zvogëlimi i masës tumorozë), por kjo procedurë nuk ka treguar ndonjë sukses në jetëgjatësinë e pacientit. Aplikimi i steroideve dhe antikonvulzantëve, gjithashtu është i rekomandueshëm. Kimioterapia sistemike është testuar në disa studime klinike, por nuk ka treguar ndonjë rezultat të kënaqshëm, përderisa Bevacizumab (target terapi) ka dhënë disa rezultate të mira në këtë drejtim. Përveç Bevacizumab, në trajtimin e rekurencave mund të përdoret, Temozolamid, Irinotekan, Cisplatin, CCNU.

#### Astrocitoma anaplastike

Gliomat anaplastike zakonisht paraqiten në moshat e reja dhe të mesme. Në gliomat anaplastike bëjnë pjesë: Astrocitoma anaplastike, oligodendrogliomat anaplastike dhe oligoastrocitoma mikste anaplastike. Trajtimi standard i Astrocitomave anaplastike është i njëjtë me trajtimin e GBM. Reseksioni kirurgjikal maksimal është i rekomandueshëm dhe pastaj trajtimi adjuvant me radioterapi. Oligodendroglioma anaplastike dhe Oligoastrocitoma në përgjithësi janë më kimiosensitive.

Numri i rasteve të reja dhe shpërndarja nëpër grup-mosha të caktuara e tumoreve të trurit në Kosovë, nuk dallon shumë nga vendet tjera. Rastet e diagnostikuara me tumor të trurit në Klinikën e Onkologjisë, zakonisht vijnë pas trajtimit primar kirurgjikal nga Klinika e Neurokirurgjisë. Në Klinikën e

Onkologjisë-QKUK, bëhet trajtimi adjuvant ose definitiv i këtyre tumoreve. Varësisht nga tipi histologjik, madhësia e tumorit, lloji i operacionit (total ose parcial), statusi i performancës si dhe preferenca e pacientit, vendoset për trajtim adjuvant, definitiv apo paliativ. Që nga viti 2012 është aktivizuar edhe aparatúra për aplikimin e radioterapisë në Klinikën e Onkologjisë në Prishtinë dhe që nga ajo kohë pacientët trajtohen edhe me radioterapi. Në shkurt të vitit 2022 është futur në përdorim edhe aparatúra e re e radioterapisë e cila bënë trajtimin shumë efektiv falë pajisjes specifike e cila mundëson përqendrimin e tufës së rrezeve në fushën e radiacionit, duke zvogëluar në minimum rrezatimin e panevojshëm në strukturat normale përreth tumorit. Radioterapia aplikohet si e vetme apo në konkomitancë me kimioterapinë, varësisht nga indikacioni. Si terapi konkomitante me radioterapinë përdoret Temozolamide. Temozolamide përdoret edhe si terapi adjuvante e vetme apo në kombinim me Bevacizumab. Përveç këtyre preparateve në raste të caktuara përdoret edhe Irinotekan. Pas përfundimit të trajtimit, pacientët përcillen në intervale të caktuara kohore dhe me analiza përkatëse sipas protokolleve onkologjike.