

ONKOLOGJIA



- Licensimi dhe rilicensimi i mjekëve
- Sfidat aktuale të trajtimit të pacientëve me kancer
- Onkologjia pediatrike

- Kanceri i gjirit dhe mundësitë e trajtimit në Kosovë
- Mamografia mobile
- Flow citometria si metodë moderne në diagnostikimin e leukemisë

- Patologjia molekulare
- Aksioni i AMC për parandalimin e kancerit të qafës së mitrës
- Organizimi i onkologjisë në Britani të Madhe



ODA E MJEKËVE TË KOSOVËS

www.omk-rks-org/revista_mjeku

revistamjeku@omk-rks.org

+383 49 872 300 ; +383 49 872 070, +383(0)38 544 872

QKUK, INSTITUTI A, KATI III, 10000 - PRISHTINË

LUXEMBOURG
AID & DEVELOPMENT



Kontribut të jashtëzakonshëm në themelimin dhe zhvillimin institucional të Odës së Mjekëve të Kosovës ka dhënë Qeveria e Dukatës së Madhe të Luksemburgut përmes projektit për shëndetësi në Kosovë.

Përmbajtja

Faqe

Kryeredaktori: Fisnik Kurshumliu

6

Aktualitete në Odën e Mjekëve të Kosovës

Licensimi dhe rilicensimi i mjekëve

7-8

Temat e numrit

Onkologjia në një artikull

9-11

Sfidat aktuale të trajtimit të pacientëve me kancer

12-13

Shoqata e Onkologëve të Kosovës

14-15

Klinika e Hematologjisë

16

Onkologjia Pediatrike

17-18

Diagnostikimi i tumorëve në Institutin e Anatomisë Patologjike - QKUK

19-20

Bordi Nacional për Kontroll të Kancerit

21

Organizimi i Onkologjisë në Britani të Madhe

22-23

Jeta/Vita: Zbulimi i hershëm - mbijetesë

24-25

Aksioni i AMC për parandalimin e kancerit të qafës së mitrës

26

Mamografia mobile

27-29

Kanceri i gjirit dhe mundësitë e trajtimit në Kosovë

30-31

Radioterapia

32-33

Këndvështrimi i onkologut mbi vaksinimin kundër SARS-COV-19 te pacientët me kancer

34-35

Onkoseksologjia

36-37

Përmbajtja

Faqe

Temat e numrit

Dermatokirurgjia tek lezionet tumorale	38-39
Patologjia molekulare në onkologjinë moderne	40-41
Mjekësia precize në onkologji: koha për një zhvendosje paradigme	42-43
Flow citometria metodë moderne në diagnostikimin e leukemisë	44-45
Kanceri i zorrës së trashë	46-48
Mamoscintigrafia	49-50
Kanceri i gjirit HER2 pozitiv	51-52
Efektet e Metformines në prevencën dhe trajtimin e kancerit	53-55

Këshilla juridike

Të drejtat dhe përgjegjësitë e banorëve të Kosovës në sistemin shëndetësor	56-58
--	-------

Portreti i një mjeku

Prof.Dr.Xhavit Bicaj	59
----------------------	----

Kalendari i aktiviteteve për vitin 2021

Monument përkujtimor për nderë të profesionistëve shëndetësorë	64
--	----

Revista Mjeku
Revistë e Odës së Mjekëve të Kosovës
Vëllimi 1, Numri 2, Qershor, 2021
Publikohet 4 herë në vit

Këshilli redaktues:

Dafina Bytyqi Shabani
Elton Bahtiri
Faik Hoti
Fisnik Kurshumliu
Ibadete Bytyçi
Linda Çarkaxhiu
Luan Jaha
Lul Raka
Naser Gjonbalaj



Dafina Bytyqi Shabani



Elton Bahtiri



Faik Hoti

web faqja
www.omk-rks.org/revista-mjeku

Redaksia:

revistamjeku@omk-rks.org
+383 49 872 300
+383 49 872 070
+383 (0)38 544 872
QKUK, Instituti A, Kati III, 10000,
Prishtinë.



Fisnik Kurshumliu



Ibadete Bytyçi



Linda Çarkaxhiu
Husejin

Koordinatori ndërlidhës:
Gramoz Jakupi

Numri i radhës botohet në Shtator, 2021
Dorëshkrimet pranohen në sekretarinë e
revistës deri me datë 15 Gusht, 2021.

Te gjitha dorëshkrimet
vlerësohen nga këshilli
redaktues para botimit.

Përmbajtja e artikujve nuk reflekton
në menyre të domosdoshme qëndrimet e
këshillit redaktues.

Materialet e publikuara janë pronë e
Revistës Mjeku



Luan Jaha

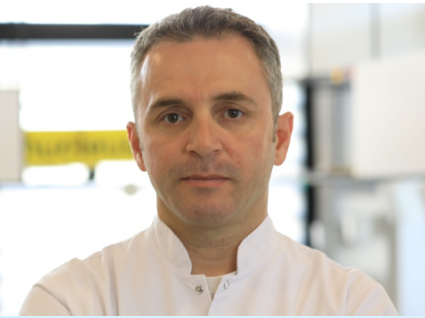


Lul Raka



Naser Gjonbalaj



**Fisnik Kurshumliu**

Kryeredaktor i Revistës Mjeku

Pse është i rëndësishëm kancer regjistri ?

Luftimi i kancerit është qëllim fisnik që përfshinë mjekët, hulumtuesit, epidemiologët, specialistët e shëndetit publik, juristët dhe të tjerë. Të gjithë këta profesionistë, mbështeten në të dhëna të sakta dhe të kompletuara në përpjekjet e tyre për ta fituar luftën kundër kancerit.

Të dhënat nga kancer regjistri mundësojnë identifikimin e faktorëve ambientale të rrezikut apo sjelljeve me rrezikshmëri të lartë. Rrjedhimisht, mund të mirren masat parandaluese për zvogëlimin e numrit të rasteve me kancer dhe rasteve të vdekjeve nga kanceri.

Institucionet lokale dhe shtetërore si dhe programet e ndryshme për kontroll të kancerit përdorin regjistrin e kancerit për të hartuar strategji të shëndetit publik që rrisin efektivitetin e fondeve të dedikuara për luftimin e kancerit. Përcjellja e afatgjatë e pacientëve është gjithashtu një aspekt i rëndësishëm i kancer regjistrit përmes të cilës matet mbijetesa nga kanceri.

Rëndësia e kancer regjistrit qëndron pra, në faktin se mbledh të dhëna komplete dhe të sakta mbi kancerin. Këto përdoren për hulumtime epidemiologjike, planifikim në sferën e shëndetit publik dhe përmirësimin e kujdesit ndaj pacientit. Përfundimisht, të gjitha këto aktivitete çojnë drejt zvogëlimit të rasteve të kancerit dhe rasteve të vdekjes nga kanceri.

Regjistri shtetëror i kancerit na ndihmon që ta kuptojmë kancerin më mirë dhe t'i përdorim resurset tona në mënyrën më optimale të mundshme me qëllim të parandalimit dhe trajtimit më efikas.

Prof.Ass.Fisnik Kurshumliu, MD, PhD

Korrespondenca:

fisnik.kurshumliu@uni-pr.edu



LICENSIMI DHE RILICENSIMI I MJEKËVE



Revista Mjeku

Oda e Mjekëve të Kosovës (OMK) si organizatë e pavarur profesionale që ushtron veprimtari publike dhe që i përfaqëson mjekët është themeluar më 10 nëntor të vitit 2013.

Funksionet kryesore të saj janë: licencimi dhe rilicencimi i mjekëve, organizimi i aktiviteteve me qëllim të edukimit të vazhdueshëm profesional (EVP), mbrojtja e interesave profesionale, ekonomike dhe sociale të mjekëve, mbikëqyrja e etikës profesionale të anëtarëve të saj, revokimi i licencave si dhe shërbime të tjera sa i përket komunitetit të mjekëve në Kosovë. Këto funksione janë të përcaktuara me Ligjin për Odat e Professionistëve Shëndetësor dhe Statutin e OMK-së.

EVP realizohet përmes aktiviteteve të organizuara nga institucionet shëndetësore, shoqatat profesionale dhe subjekte të tjera që kanë të bëjnë me komunitetin mjekësor.

Qëllimi është ngritja vazhdueshme profesionale në aspekt të përditësimit të njohurive të mjekëve lidhur me diagnostikimin dhe trajtimin sa më të mirë të pacientëve dhe sigurimi i pavarësisë profesionale për profesionin e mjekut.

Aktivitetet e EVP-së janë të llojllojshme, si:

- Kongrese/Konferenca (vendore, me pjesëmarrje ndërkombëtare dhe ato ndërkombëtare)
- Simpoziume (vendore, me pjesëmarrje ndërkombëtare dhe ndërkombëtare)
- Workshop/Punëtori (kurs pune, kurse demonstrative dhe kurse teorike)
- Kurse vendore të edukimit të vazhdueshëm profesional - mjekësor që ndahen në tre kategori (e parë, e dytë dhe e tretë) në bazë të vëllimit të materialit që ofrohet, përmbajtjes dhe kohëzgjatjes
- Kurse ndërkombëtare, që po ashtu ndahen në kategorinë e parë, të dytë dhe të tretë.

Për të gjitha këto aktivitete ekzistojnë kriteret strikte të përcaktuara me Rregulloren e EVP-së lidhur me fitimin e pikëve akredituese.

Vlerësimi i këtyre pikëve bëhet nga Komisioni i EVP-së që, gjithashtu, bën planifikimin, zbatimin dhe mbikëqyrjen e aktiviteteve të ndryshme që kanë të bëjnë me EVP.

Ky komision është i përbërë nga pesë anëtarë. Kryesohet nga Prof. Ass. Dr. Shemsedin Sadiku, kurse anëtarët e tjerë janë: Dr. Teuta Hasbata, Dr. Xhevdet Tahiraj, Dr. Violeta Binishi dhe Dr. Merita Bytyqi.

Kompetenca më të detajuara të Komisionit janë

edhe:

- Zbatimi i procedurave të veçanta administrative për evidentimin e EVP
- Përkrahja e aktiviteteve të EVP-së përmes të buxhetit të OMK-së
- Menaxhimi i regjistrimit të aktiviteteve të EVP-së
- Në bashkëpunim me Komisionin për Licencim, përcjellë evidencën e profileve profesionale të anëtarëve të OMK-së, në procesin e EVP-së;
- Kryen edhe funksione të tjera sipas nevojave për plotësimin e qëllimit të kompetencës publike për EVP-në, të bazuar në legjislacionin në fuqi.

Kryesuesi i Komisionit të EVP-së, profesor Sadiku, shpjegon se Edukimi i Vazhduar Profesional para pandemisë COVID-19 është realizuar përmes aktiviteteve të ndryshme profesionale, me prani fizike të pjesëmarrësve. Por, periudha gjatë pandemisë COVID-19, e cila në Kosovë filloi me regjistrimin e rasteve të para në mars 2020.

“Si në gjithë botën, edhe tek ne, pandemia COVID-19 u shfaqur me sfida të mëdha për komunitetin mjekësor. Megjithatë aktivitetet e ndryshme profesionale, edhe pse në numër më të vogël, filluan të mbahen përmes platformave online”

Dr. Shemsedin Sadiku

Profesor Sadiku thotë se organet vendimmarrëse të OMK-së e shqyrtuan situatën e vështirë të krijuar nga pandemia COVID-19 dhe refleksionin e saj edhe në fushën e EVP-së, prandaj u vendos për të krijuar lehtësime për mjekët në procesin e rilicencimit. “Organet vendim marrëse të Odës krijuan një rrethanë lehtësuese për grumbullimin e pikëve të nevojshme për rilicencim dhe u vendos që për vitin 2020, duke mundësuar që rilicencimi për mjekët të bëhet me minus 20 pikët e (parashikuara) të vitit 2020, pra me 80 pikë në total në vend të 100”, shpjegon ai.

OMK ka zhvilluar që nga themelimi disa aktivitete lidhur me EVP-në, ku ndër të tjera, profesor Sadiku shquan Kongresin e parë ndërkombëtar të Mjekësisë, të mbajtur në vitin 2019. *“Ky kongres ndërkombëtar ishte një ngjarje madhore dhe është vlerësuar lartë për organizim dhe cilësi të mirë”,* thotë ai.

Profesor Sadiku thekson se përpjekjet për të fuqizuar EVP-së duhet të jenë gjithnjë e më të mëdha, me qëllim të organizimit të sa më shumë aktiviteteve edukative për mjekët. *“Me rritjen e buxhetit të OMK-së, aktivitetet e ndryshme profesionale dhe edukimi i mjekëve, përfshirë edhe pjesëmarrjen në aktivitete profesionale jashtë*



Revista Mjeku

vendit, do të sponsorizohen më tepër, konform rregulloreve të OMK, me të vetmin qëllim që mjeket kosovarë të jenë në nivele sa më të larta profesionale, kurse pacientët tanë të marrin shërbime mjekësore të njëjta me ato që marrin pacientët në vendet e zhvilluara”, thotë profesor Shemsedin Sadiku.

Në kuadër të Odës, përkatësisht komisioneve të përhershme të saj, funksionon edhe Komisioni për licencim dhe rilicencim të mjekëve.

Kryetari i këtij komisioni, Prof. Ass. Dr. Ibrahim Rudhani jep disa detaje rreth punës së Komisionit për licencim dhe rilicencim dhe vet procesit.

“Me licencim nënkuptojmë dhënien e lejes së punës për përgatitjen profesionale që ka arritur mjeku, ndërsa me rilicencim vazhdimin e saj”, shpjegon ai.

Komisioni për licencim dhe rilicencim përbëhet nga 5 anëtarë që zgjidhen nga Kuvendi i Odës, të cilët shqyrtojnë dokumentacionin e mjekëve që aplikojnë për licencim ose rilicencim.

“Dokumentacioni i nevojshëm për ri-licencim është licenca e mëparshme, vërtetimi nga Komisioni i EVP-së me pikët adekuatë dhe dokumentacioni përcjellës, ndërsa numri i pikëve që duhet t'i ketë një mjek për t'u rilicencuar duhet të jetë 100. Ky 100 pikësh që duhet të arrihet brenda pesë vjetësh, nënkupton se brenda një viti, mjeku duhet të marrë pjesëmarrjes në aktivitetet të EVP-së nga 20 pikë. Përfshirë nga ky kriter është bërë nga fillimi i pandemisë COVID-19, me ç'rast mjekët janë liruar nga marrja e 20 pikëve për vitin 2020”, shpjegon profesor Rudhani.

Ai thotë se licenca e punës ka vlefshmëri në kohëzgjatje prej 5 vjetësh, përveç në raste të veçanta, kur Komisioni vendos ndryshe gjatë kohës së specializimit ose të ngjashme.

Sa u përket mjekëve jo-kosovarë, ata licencohen në Ministrinë e Shëndetësisë dhe jo në OMK, pasi të kenë dëshmuar (me dokumentacion) plotësimin e kushteve të kërkuara sipas rregulloreve përkatëse.

Sipas profesorit Ibrahim Rudhani, këtë vit në Kosovë janë ri-licencuar 110 mjekë.

Ai thekson se shëndetësia është një nga 5 shtyllat më të rëndësishme të shtetit, *“andaj, urojmë që ky sektor të vazhdojë të përkrahët e fuqizohet dhe mjekët të arrijnë suksese sa më të mira në punë”.*

Vegëza:

<https://omk-rks.org/wp-content/uploads/KO-07-2021-Rregullore-p%C3%ABr-Edukimin-e-Vazhduesh%C3%ABm-Profesional.pdf>

<https://omk-rks.org/wp-content/uploads/2020/12/KO-04-2020-Rregullore-p%C3%ABr-regjistrimin-licencimin-dhe-rilicencimin-e-mjek%C3%ABve.pdf>

ONKOLOGJIA NË NJË ARTIKULL



Elira Selimi

Gazetare e
Revista Mjeku

Klinika e Onkologjisë është një nga klinikat më të rëndësishme të Qendrës Klinike Universitare të Kosovës, ku trajtohen pacientët me sëmundje malinje.

Shërbimet e onkologjisë kanë filluar të ofrohen në QKUK shumë më herët, por ato kanë qenë të fragmentuara, meqë nuk ka pasur një Institut të Onkologjisë apo Klinikë të konsoliduar brenda të cilës ofrohen shumica e shërbimeve onkologjike.

Në vitin 2010 përfundimisht është themeluar kjo klinikë, e cila në fillimet e punës është përballur me vështirësi të ndryshme siç janë mungesa e stafit, mbingarkesa me pacientë, mungesat e theksuara të cito-statikëve, mungesa e objektit dhe infrastrukturës adekuate, etj.

Si pasojë e këtyre mungesave, shërbimet onkologjike kanë qenë të shpërndarë nëpër klinikat kirurgjike sipas lokacionit anatomik të tumorit (Klinika e Neurokirurgjisë, Kirurgjisë abdominale, Urologjisë, Kirurgjisë ortopedike, Gjinekologjisë, etj.)

Në vitin 2021 Ministria e Shëndetësisë miratoi formimin e Klinikës së Onkologjisë dhe që atëherë kjo klinikë ofron shërbime të Kimioterapisë, Radioterapisë, Mjekimit invaziv me kimioterapi, pastaj Laboratori për shërbime bazike, përgatitjen e cito-statikëve si dhe posedon barnatoren dhe depon e citostatikëve.

Në këtë klinikë punojnë 15 mjekë specialistë, 13 infermierë, 8 teknikë të radioterapisë dhe 3 laborantë.

Dr. Ilir Kurtishi: Onkologjia është prioritet

Drejtori i Klinikës së Onkologjisë, dr. Ilir Kurtishi, shpjegon për Revistën "Mjeku" rryjedhën e zhvillimit të këtij institucioni, me theks pas vitit 2010.

Në këtë Klinikë mund të mjekohen të gjitha tumoret solide të dy gjinive, të të gjitha sistemeve të organizmit të njeriut si: kanceret e gjirit, mushkërive, zorrës së trashë, luktshit, pankreasit, mëlçisë dhe rrugëve biliare, tumoret e trurit, melanomat dhe kanceret e lëkurës, sarcoma, tumoret e mitrës dhe qafës së mitrës, vezoreve, tumoret e prostatës, testiseve, veshkave, fshikëzës së urinës dhe llojet e tjera.

Ai thekson se ka mungesë të hapësirës në Onkologji, duke pasur parasysh faktin se në klinikë marrin shërbime onkologjike mesatarisht 130-150 pacientë në ditë, por ka raste kur edhe mbi 200 pacientë trajtohen në mënyrë ambulatorie brenda ditës aty. Shërbime 24 orëshe marrin mesatarisht 10 pacientë, derisa 70 pacientë të tjerë brenda një dite i nënshtrohen radioterapisë.

Sa i përket stafit infermerior, ai tha se është mirë i trajnuar, por edukimi i vazhdueshëm profesional infermerior duhet të vazhdojë tutje, duke përfshirë edhe qëndrimin në qendra onkologjike jashtë vendit, meqë përgatitja profesionale e infermierëve ka rëndësi të veçantë për Klinikën e Onkologjisë.

Lista e Barnave Esenciale (pjesa e citostatikëve) është pasuruar edhe me 9 ilaçe të reja, ku disa janë citostatikë bazik, barna biologjike, ndërsa dy të tjera janë barna për imunoterapi. "Por, pasurimi i Listës me ilaçe të reja është i nevojshëm gjatë viteve në vazhdim, në mënyrë që mjekimi i sëmundjeve malinje të jetë më cilësor dhe në hap me vendet e rajonit dhe botës", thotë Dr. Kurtishi.

Ai shpjegon se këtë vit për herë të parë në Kosovë, Onkologjia ka filluar me aplikimin e Brahiterapisë - rrezatimit kontakt për të sëmurët me kancer të qafës së mitrës dhe mitrës. "Teknikat IMRT, VMAT do të aplikohen për herë të parë në Kosovë falë aparatit të ri për rrezatim, i cili i është siguruar klinikës. Ky trajtim do të fillojë në fund të muajit maj ose në fillim të qershorit 2021".

Dr. Kurtishi shpjegon se deri në vitin e kaluar për trajtime jashtë vendit janë referuar pacientët për brahiterapi dhe raste të rralla për IMRT, Stereotaksis, teknikat e rrezatimit, një numër rastesh që kanë kosto të ultë, por po punohet që ky numër të jetë akoma më i vogël.

Ndërsa trajtimi i sëmundjeve malinje brenda vendit ka kosto të lartë në përgjithësi, por me punën e madhe të Klinikës së Onkologjisë është arritur që të gjitha sëmundjet malinje solide te adultët të mjekohen në Kosovë.

"Ministria e Shëndetësisë vazhdimisht e ka pasur prioritet Klinikën e Onkologjisë dhe shpresojmë që kjo të vazhdojë edhe në të ardhmen", u shpreh Dr. Kurtishi.

Dr. Arben Bislimi: Kemi rritur ndërgjegjësimin për kancer të gjirit

Kryetari i Shoqatës së Onkologëve të Kosovës (SHOK), dr. Arben Bislimi, tregon se "SHOK" është asociacion që tubon rreth vetes profesionistë të fushave të ndryshme që merren me Onkologji, me synim edukimin e vazhdueshëm profesional përmes organizimit të eventeve dhe pjesëmarrjes në to, si dhe programet e rritjes së ndërgjegjësimin për screening (egzaminim) të sëmundjeve malinje. Në këtë shoqatë punojnë dhe veprojnë rreth 60 anëtarë.

Shoqata e Onkologëve të Kosovës llogaritet lidere e fushatës së ndërgjegjësimin për kancer të gjirit, kjo nga aktivitetet e zhvilluara në kontiunitet për çdo vit gjatë të ashtuquajturit "Tetorit Rozë".

Sa i përket Klinikës së Onkologjisë, ajo nuk i plotëson nevojat dhe kërkesat e stafit, por as të pacientëve. Ordinanat dhe hapësirat ku merret terapia, sipas tij, kanë nevojë të jenë më të zgjeruara për të shmangur improvizimet.

Ai thotë se Klinika e Onkologjisë viteve të fundit është përballur me mungesën e terapisë dhe defekteve në aparatën e rrezatimit gjë që ka ndikuar direkt në punën e personelit shëndetësor me pacientë.

"Aktiviteti jonë si shoqatë me përkrahjen e mjekëve sigurisht, për sensibilizimin e popullatës për kancer të gjirit, gjatë 3 viteve, ka kaluar 90% të territorit të Kosovës, me ç'rast kanë nxjerrë rezultate fascinantë në terren", shpreh Dr. Bislimi.

Korrespondenca:
revistamjeku@omk-rks.org

Dr. Ardian Millaku: Onkologjia imponon modifikimin e komunikimit

Dr. Ardian Millaku, onkolog, i cili punon në Klinikën e Onkologjisë që nga viti 2012, tha se ndër vite kanë ndryshuar edhe kërkesat në këtë klinikë si pasojë e rritjes së rasteve të sëmundjeve malinje dhe shërbimeve që ofrohen.

“Specialistët si dhe stafi tjetër shëndetësor në Klinikën e Onkologjisë çdo ditë përballen me një fluks të madh të rasteve që kërkojnë shërbime onkologjike, por përkundër këtij vëllimi të madh të punës, secili pa përjashtim, e ushtron më këtë profesion me shumë vullnet dhe me profesionalizëm të madh”, thotë Dr. Millaku.

Sa i përket komunikimit me pacientët, ai shprehet se duhet të përshtaten dhe modifikojnë mënyrën e komunikimit, sepse duhet pasur parasysh se bëhet fjalë për sëmundje sfiduese, qoftë në aspektin emocional, psikologjik, financiar apo familjar. Ai thotë se përvojat janë të shumta, ndërsa për një onkolog është gjithmonë e rëndësishme të aplikojë atë formë të komunikimit që pacientin e bën të ndihet mirë, përkundër diagnozës.

Dr. Brunilda Profka-Haxhiu: Zbulimi i hershëm- mbrojtja më e mirë!

Dr. Brunilda Profka Haxhiu- specialiste e Onkologjisë, e intervistuar nga redaksia jonë tha se gjatë pandemisë, në klinikë janë përballur me mungesën e barnave, edhe për shkak se fokusi primar ka qenë në një drejtim tjetër, përkatësisht ballafaqimin me pandeminë COVID-19. Ajo e vlerëson si shumë të rëndësishëm komunikimin me pacientët dhe duke u bazuar në një numër të madh studimesh vëzhguese me pacientë, ato tregojnë se kënaqësia e përgjithshme që marrin këta pacientë nga komunikimi është e lartë.

“Ne si vend jemi në kontrapetal me vendet perëndimore të zhvilluara. Familjarët insistojnë vazhdimisht të mos i tregohet e vërteta pacientit. Në të kundërtën do ishte më i lehtë komunikimi afatgjatë për ata pacientë që kanë interes të dinë diagnozën e saktë. Për ne si onkologë është sa e vështirë dhe e lodhshme të kamuflujmë realitetin me pacientin dhe të kemi qasjen tjetër me familjarët”, shtoi ajo.

Në një rekomandim për pacientët dhe popullatën, dr. Brunilda Profka -Haxhiu citoi një shprehje të Makiavelit: “Fitimtari e fiton luftën shumë më parë se të zëbret në fushë- betejë, sepse në fushën e betejës luftën e kërkon ta fitoj humbësi!”. Kjo, shpjegon ajo, do të thotë që zbulimi i hershëm është mbrojtja më e mirë, sepse shpëton jetë. Për të, të jesh onkolog nuk është vetëm një punë: është më shumë se mision dhe një thirrje në të njëjtën kohë.

Dr. Faton Sermachaj: Kartela mjekësore për përcjellje efektive të ecurisë së sëmundjes

Në Klinikën e Onkologjisë vepron e punon tash e 14 vjet edhe onkologu, dr. Faton Sermachaj, i cili tha se pacientët e Onkologjisë meritojnë përmirësimin e kushteve të trajtimit në mënyrë që atyre t'u sigurohet një shërbim më cilësor, duke filluar nga sigurimi i hapësirave të mjaftueshme për trajtimin e pacientëve, po ashtu edhe shtimin e numrit të infermierëve. Ai u shpreh se hapja e kartelave mjekësore do të mundësonte përcjelljen më efektive të ecurisë së sëmundjes tek pacientët onkologjik.

Në pyetjen se cila është sfida kryesore profesionale e një onkologu, dr. Sermachaj u përgjigj se është gjetja e mënyrës së duhur për të komunikuar me pacientin, për t'ia shpjeguar një problem tejet serioz me të cilin do të ballafaqohet ai.

“Vendosja e trajtimit adekuat bazuar në diagnozën histopatologjike dhe stadifikimin përkatës është po ashtu një sfidë dhe për këtë arsye aktivizimi i konsiliumeve onkologjike multidisciplinare është i domosdoshëm”, thekson Dr. Sermachaj.

Dr. Vildane Goga: Sfida e trajtimit të rasteve të avancuara

Një ditë e zakonshme e onkologës, Dr. Vildane Goga, fillon me mbledhjen e mëngjesit (kolegjiuni), puna me pacientët në ambulancë specialiste, ku përfshihen vendimet për trajtim me terapi specifike onkologjike. Pastaj dita vazhdon me monitorimin e pacientëve gjatë marrjes së kimioterapisë, menaxhimin e efekteve anësore eventuale dhe koordinimin e stafit teknik dhe atij mjekësor në dhënie të prioriteteve të aktiviteteve ditore.

“Sfida kryesore e një onkologu është paraqitja e rasteve kancerogje shumë të avancuara, ku secili modalitet i trajtimit onkologjik është i pashpresë dhe pa mjekim. Në këto raste edhe terapia më e avancuar, përpjekjet psikoterapeutike për lehtësim janë të kota”, tha ajo për Revistën “Mjeku”.

Rekomandimi që ajo dha është që asnjë pacient të mos dorëzohet dhe ta shikojë sëmundjen si sprovë, e cila tejkalohet dhe pas kësaj, “ka urtësi që ne se njohim”.

Dr. Goga inkurajoi publikun për vizita periodike mjekësore, konform dispozitave rutinë të përcaktuara për parandalimin dhe zbulimin e hershëm të sëmundjeve, sepse stadin e sëmundjes, thekson ajo, “e kemi vet në dorë”.

Dr. Blerim Gjocaj: Suksesi i pacientëve-suksesi jonë!

Dr. Blerim Gjocaj një ndër onkologët më të ri në Klinikën e Onkologjisë, ku tash e 5 vjet punon në këtë profesion tha se furnizimi me barna është plotësuar mbi 80%, por është mesatarisht i kënaqur me këtë shifër, sepse çdo mungesë, thotë ai, krijon pritje dhe i detyron pacientët t'i gjejnë gjetiu, gjë që edhe ka ndodhur.

Ai thekson një rast nga eksperiencia e tij kur një motër medicinale ka marrë trajtim për këtë sëmundje dhe pas gjithë stresit të përjetuar në fund, i erdhën rezultatet pozitive. “Kjo na bën të ndihemi krenarë për suksesin e terapisë, që ta zbatojmë profesionin me korrektesë”. Të jetojmë jetën sa më të shëndetshme, rekomandon ai, me porosinë se “zbulimi i hershëm shpëton jetë dhe mundësia e kurimit kur sëmundja zbulohet herët është më e mirë”.

Sigurisht që në këtë artikull nuk mund të mungojnë edhe pacientët e kësaj klinike që po marrin trajtim për sëmundjet nga më të rëndat. Ata ishin të hapur për të ndarë eksperiencat e tyre me ne.

Pacientë në Klinikën e Onkologjisë për sëmundjen e kancerit të gjirit.

Dyshimet e para kishin filluar në Maj të vitit 2020 e sipas kontrollës së parë nuk ishte ndonjë gjë serioze, kjo se ishte në fillimet e para si sëmundje që po shfaqej. Kontrolla ishte bërë në Deçan.

Pas një viti teksa sëmundja veç ishte zhvilluar, e kishin drejtuar që të bëjë një operim për të hequr gjëndrrat, kjo pa bërë biopsinë e gjirit, shpjegoi pacientja.

Pas kësaj ishte drejtuar në një Klinikë private në Tiranë dhe si rredhje aty e informuan për sëmundjen që kishte. Kjo nuk ishte aspak e lehtë për tu përballuar, përshkruan momentin pacientja.

Pas konsultimeve dhe pas mbarimit të procedurave teknike filloi trajtimi kundër kësaj sëmundjeje, në Klinikën e Onkologjisë në Prishtinë. Mjekët kishin qenë të gatshëm për të na dhënë informacione për këtë sëmundje, për t'i përkrahur në çfardo kohe dhe në çfarëdo forme, si përmes telefonit ashtu edhe në kontrollat fizike që duhet të i'u nënshtrohen pacientët.

“Kostoja është e lartë për trajtimin e kësaj sëmundjeje, që nga Maji i 2020-tës kam shpenzuar rreth 4000 euro, përfshirë këtu kontrollat mjekësore, terapitë, ilaçet dhe transporti. Kjo shumë është e lartë për dikë që nuk është në një marrëdhënie pune”, tha pacientja për Revistën Mjeku.

Pacienti tjetër po vuante nga sëmundja e kancerit në mushkëri i cili ishte diagnostikuar nga fundi i muajit Shkurt të këtij viti.

“Për kontrolla nuk është se kam pritur, por për të marrë terapinë më ka ndodhur të pres rreth 2 orë” tha ai. Ndërsa për ilaçet kundër kësaj sëmundjeje nuk kishte paguar deri në gjysmën e muajit Prill, nga gjysma tjetër e tutje shpenzimet i mbulon vet pacienti, që ishte një ndër shqetësimet kryesore të këtij pacienti. Një terapi të cilës duhet të i nënshtrohet çdo tre javë, këtij pacienti i kushton 11 euro, e kishte akoma terapi të tjera për të bërë.

Kërkesë tjetër ishte shtimi i numrit të mjekëve dhe infermierëve për të dhënë terapitë, ky pacient ishte shumë i kënaqur me shërbimin e mjekëve aktual, por nga numri i madh i pacientëve që po merrnin trajtim dhe numri i vogël i mjekëve që po kryenin shërbim, shkaktohen pritje të gjata në këtë klinikë.

Në këtë Klinikë kishte edhe pacientë që nuk e dinin për sëmundjen të cilën e kishin, por familjarët të cilët ishin afër tyre u shprehën të gatshëm për të dhënë informacione për ta.

Ata thanë se për arsye personale nuk i kishin treguar pacientit për sëmundjen që kishte. Këtë vendim familjar e kishte përkrahur edhe mjeku, andaj në bashkëpunim me njëri tjetrin janë në përkujdesje të pacientit.

Duke u ballafaquar me kancerin në prostatë, qysh në dhjetor, kishte bërë vetëm dy terapi, kjo si pasojë e mungesës së ilaçeve.

“Shërbimi është i mirë, por vërehet mungesa e mjekëve, të shtohet edhe një sallë do ishte mirë meqë babai im po e merr terapinë i ulur në karrikë”, u shpreh vajza e pacientit.

Një paciente tjetër e cila po përjeton rikthimin e kancerit të gjirit, një grua e suksesshme në karrierë, përtej sfidave të sëmundjes.

Me shërbimin mjekësor është e kënaqur jashtëzakonisht shumë. Ajo duke shpjeguar përvojën e saj me sëmundjen qysh nga hera e parë e duke përfshirë edhe këtë të dytën, na tha se motivi që i kishin dhënë mjekët qysh në fillim ka pasur një rëndësi shumë të madhe dhe kjo ka bërë që të përballoj çdo sfidë deri sot.

Hera e parë i kishte kushtuar me nënshtrimin e një operacioni ku kishte hequr gjirin. Pas një periudhe të caktuar disa simptoma u shfaqën përsëri dhe po, kjo paciente po përballon me këtë sfidë për të dytën herë. Megjithatë në përditshmërinë e saj nuk kishte ndryshuar asgjë, punën dhe angazhimin e saj në jetën private e kishte pasur gjithmonë aktive.

Që nga Nëntori i 2020-tës pacientja ka kryer 9 terapi dhe tani është në përfundim të shërimit të kësaj sëmundjeje.

“Kur ke vullnet gjithçkafit ia del, e vullneti vjen nga mjeku dhe shërbimet”, tha ajo.

Eksperienca 12 mujore në Institutin Onkologjik dhe Radiologjik- Prishtinë, një tjetër rast i suksesshëm në Onkologji.

Prej 14 dhjetor 2018 e deri më 19 maj 2019 kur kishte përfunduar seancat e kimioterapisë, kishte bërë 25 seanca me rrezatim.

Është e kënaqur me punën e drejtorit të tanishëm të Onkologjisë, ajo na tregoi se në mungesë të tij puna ka vazhduar me onkologë të tjerë, të cilët poashtu kanë qenë të mirë dhe të hapur për çdo konsult që ka qenë e nevojshme. “Mjekët përveç që duhet të kujdesen për pacientët ata kanë edhe durim të madh” tha pacientja.

Pacientja shprehet optimiste për rregullimin e kushteve në këtë klinikë, si shtimi i sallave dhe ndryshimi i tualeteve.

Një mesazh për publikun: Shumica shkojnë jashtë Kosovës për trajtime, por këtu ka mjekë shumë të mirë dhe terapitë të cilat merren në Kosovë janë të njëjtat sikur edhe në shtetet tjera, përjashtuar disa raste specifike.

SFIDAT AKTUALE TË TRAJTIMIT TË PACIENTËVE ME KANCER



Ilir Kurtishi

*Drejtor i Klinikës së
Onkologjisë*

*Specialist Onkolog
Klinika e Onkologjisë
SHSKUK*

Klinika e Onkologjisë ka filluar punën në vitin 2010 njëherë si Institut i Onkologjisë, ndërsa nga viti 2011 me organogram të ri të SHSKUK-së si Klinikë. Mjekët e parë të cilët specializuan në lëmin e Onkologjisë në Kosovë në vitin 2010 janë: Dr.Vildana Goga Omega Dr.Dafina Ademi Islami, Dr Ilir Kurtishi dhe Dr Destan Azemi, ndërsa grupi i i dyte i specializanteve ishin Dr Adnan Ramadani, Dr.Naim Bardiqi, Dr.Adelina Ademi Musliu dhe grupi i tretë Dr.Faton Sermahaj, Dr.Arben Bislimi, Dr.Ekrem Hyseni dhe Dr.Ardian Millaku. Në vitin 2011 specializimin e përfundon në Shkup edhe dr Luan Krasniqi. Të gjithë specialistet e Onkologjisë diplomuan para komisionit të udhëhequr nga Profesor Xhavit Bicaj dhe Profesor Agim Sallaku. Vlen të theksohet se Profesor Xhavit Bicaj është nismëtar dhe personi kyç për fillimin e specializimit të Onkologjisë në Kosovë si dhe për ndërtimin e objektit të Onkologjisë. Profesor Bicaj ishte edhe i bartës i lëndës se Onkologjisë në Fakultetin e Mjekësisë.

Vlen të përmendet që Dr.sc. Emine Disha dhe Mr.sc. Sonja Blakaj janë 2 radioterapeutet e para të cilat menjëherë pas luftës së Kosovës në mungesë të aparatit të rrezatimit filluan të punojnë në Shërbimin e Radiologjisë- Ultratingullit të Gjirit në QKUK si specialiste edhe të radiologjisë, dhe si motër kryesore kishin Nazmije Malokun.

Në vitin 2011 punësohen të gjithë specialistet e Onkologjisë dhe merr hov puna në Klinikë ku për herë të parë bëhet rrezatimi i pacienteve me Linac akcelerator për qëllime kurative dhe paliative gjë që shënon edhe funksionalizimin e shërbimit të rrezatimit në Kosovë. Kontribut të madh për funksionalizimin e shërbimit të rrezatimit ka edhe Dr.Sc.Besim Xhafa si ekspert i fizikes mjekësore, i cili bashkë me fizikanët tjerë Prof.Dr.Gazmend Nafezin, Dr.Sc.Sead Kadirin, Mr sc Burim Uka, Fizikant Fejsal Selimi, Dr.Labinot Kastrati dhe së fundmi Mr sc Yllka Kabashi

Ndërsa shërbimi i Kimioterapisë 1 vit më herët (2010) funksionalizohet nga Dr.Mejreme Maloku si interniste-pulmologe e cila bashkë me Dr.Ibrahim Sejdiun - internist, infermieren Sellma Berani dhe një grup infermieresh e mbajnë barrën kryesore për fillimin e punës në shërbimin e Onkologjisë mjekësore.

Nga viti 2011 Klinika e Onkologjisë ka 2 shërbime të ndara, Shërbimin e Onkologjisë Mjekësore ku trajtohen të gjitha format e sëmundjeve malinje tek adultet dhe Shërbimin e Radioterapisë ku trajtohen sëmundjet malinje me rrezatim kurativ dhe paliativ.

Në vitin 2016 Klinikës i bashkëngjiten edhe 4 specialistë të rinj, Dr.Blerim Gjoci dhe Dr.Fatmire

Ademi Ramaxhiku si kemioterapeut, ndërsa në shërbimin e Radioterapisë pranohen si specialistë radioterapeut Dr.Behar Rraci, Dr.Arta Kamberi-Jusufi dhe Dr.Brunilda Profka-Haxhiu si radioterapeute e specializuar ne Tiranë. Pjesë e ekipës së Radioterapisë është edhe doktoresha e mirënjohur Dr.Gazmore Bardhi.

Sot Klinika e Onkologjisë ka 12 specialiste të kimioterapisë, 1 internist, 7 mjek radioterapeut, 6 eksperte të fizikes mjekësore, 2 Fizioterapeut, dhe 1 Psikolog klinik.

Stafi infermieror në shërbimin Onkologjisë mjekësorë numëron 25 persona, me udhëheqëse Drita Berishen ku secili nga ta kryen punë të jashtëzakonshme dhe shume profesionale, në anën tjetër në Shërbimin e Radioterapisë punojnë 10 infermier dhe teknik te radiologjisë me në krye me Dafina Kuklecin të cilët poashtu bëjnë punë të jashtëzakonshme në trajtimin e sëmundjeve malinje.

Në klinikën e Onkologjisë bëhet mjekimi ekipor i sëmundjeve malinje të të gjitha lokalizimeve duke u bazuar në protokollet ndërkombëtare siç janë ESMO, NCCN, Sent Galen e në raste të veçanta duke i adaptuar edhe sipas ilaçeve ekzistuese në listën esenciale.

Klinika e onkologjisë është e vetmja qendër gjithëpërfshirëse e onkologjisë, e cila kryen aktivitete që synojnë zhvillimin e ekuilibruar të të gjitha profesioneve shëndetësore në lidhje me trajtimin e sëmundjeve malinje. Termi gjithëpërfshirës në strukturën e tij nënkupton një veprimtari gjithëpërfshirëse terapeutike dhe diagnostike multidisiplinare.

Në sektorin shëndetësor, puna e Klinikës është e organizuar përmes 3 departamenteve: Departamenti i Onkologjisë Rrezatuese, Departamenti i Onkologjisë Mjekësore, spitali ditor dhe shërbimi 24 orë (hospitor)

Përmes lidhjeve profesionale me të gjitha disiplinat mjekësore, Klinika promovon në mënyrë adekuate cilësinë bazë që dallon onkologjinë nga degët e tjera mjekësore - multidisiplinarinë.

Klinika si qendër shërben për zbatimin e aktiviteteve shëndetësore në nivelin terciar dhe në të ardhmen edhe në fushën e arsimit, trajnimit dhe kërkimit, në bashkëpunim me Ministrinë e Shëndetësisë, në fushën e onkologjisë.

Në të ardhmen si një institucion gjithëpërfshirës, Klinika duhet të drejton dhe koordinon programet e të gjitha aktiviteteve në fushën e sëmundjeve malinje, përkatësisht: parandalimin, zbulimin e hershëm (depistimin), diagnostikimin, trajtimin, kërkimin, edukimin dhe trajnimin.

Misioni i Klinikës Onkologjike është të eliminojë kancerin nga Kosova, përmes programeve të jashtëzakonshme zbulimit dhe mjekimit adekuat, dhe vizioni themelor i Klinikës Onkologjike është të mbetet institucioni kryesor onkologjik në Kosovë dhe të njihet midis qendrave të onkologjisë referuese në Ballkan.

Në fushën profesionale, qëllimi i Klinikës është të përmirësojë më tej qasjen multidisiplinare gjatë gjithë procesit të diagnostikimit dhe trajtimit të pacientëve me sëmundje malinje përmes zhvillimit të barabartë të të gjitha specialiteteve në onkologji dhe lidhjes dhe bashkëpunimit të mëtejshëm me Qendrat kryesore të Onkologjisë rajonale, Evropiane dhe SHBA .

Në fushën e arsimit, qëllimi i Klinikës është të bëhet Institucioni referues për Fakultetin e Mjekësisë dhe Shëndetësisë në Kosovë, dhe në fushën e hulumtimit, qëllimi i Klinikës është të bëhet Institucioni referues në Kosovë dhe rajon në fushën e hulumtimeve



klinike.

Nga Janari 2021, Klinika Onkologjike për herë të parë në Kosovë filloi të zbatojë Brahiterapine për sëmundje malinje të organeve gjenitale të femrës, ndërsa nga Qershori i këtij viti edhe teknikat e avancuara të radioterapisë - IMRT për neoplazitë malinje dhe beninje të të gjitha lokalizimeve sipas të gjitha kriterëve të kërkuara nga teknikat e përparuar të radioterapisë (pajisje shumë të sofistikuar - Përrshpejtuesi linear dhe stafi i trajnuar) do të përdoren për herë të parë. Në nivelin e Klinikës, një ekip për IMRT(onkolog radioterapeut dhe radiolog) do të formohet dhe i cili do të vendosë indikacione

për trajtimin e pacientëve me IMRT teknikën e radioterapisë.

Nga Maji 2021 në klinike fillon aplikimi i imunoterapisë si pjesë e listës esenciale të barnave për tumoret Pd -L1 pozitiv, edhe atë zakonisht për melanomat, por edhe për disa forma të tumorëve të ndjeshme në imunoterapi. Kjo shënon një hap përpara në mjekimin e sofistikuar të sëmundjeve malinje. Pasurimi i listës esenciale të ilaçeve për sëmundje malinje me 10 barna të reja, duke filluar na citostatiket bazik, terapia e caktuar, terapia biologjike si dhe ilaçet për mjekim të metastazave në kocka bëjnë që mjekimi i pacientëve të jetë edhe më adekuat.

Vlen të përmendet se Klinika e Onkologjisë ka punuar gjatë gjithë kohës së Pandemisë Covid-19, me intensitet të plotë, gjë që ka mundësuar që pacientët me kancer të kenë një trajtim meritues dhe në cikle të rregullta në mënyrë që sëmundja të jetë sa më shumë nën kontroll.

Edhe pse u infektuan gati të gjithë stafi i klinikës me covid-19, trajtimi i të sëmurëve ka vazhduar normalisht, pa u vërejtë mungesat e personelit, me angazhim shtesë të stafit i cili ishte i pa infektuar.

Meqenëse gjatë kësaj kohe ka pasur edhe pacient onkologjik që kanë qenë në trajtim specifik onkologjik e që janë infektuar me virus, gati të gjithë ata e kanë kaluar infeksionin si një grip të zakonshëm ose me probleme të vogla, gjë që ka qenë shumë inkurajuese si për stafin mjekësor po ashtu edhe për vetë pacientët që trajtimi i sëmundjes bazë duhet të vazhdojë.

SHOQATA E ONKOLOGËVE TË KOSOVËS



Arben Bislimi

*Kryetar i Shoqatës së
Onkologëve të Kosovës*

*Specialist Onkolog
Klinika e Onkologjisë
SHSKUK*

Themelimi

Shoqata e Onkologëve të Kosovës (SHOK) është Asociacion që tubon profesionistë të fushave të ndryshme që merren me onkologji.

SHOK është themeluar në Nëntor të vitit 1999 dmth menjëherë pas luftës, si iniciativë e profesionistëve të kohës për të asistuar dhe vepruar rreth zgjidhjes së problemeve onkologjike dhe njëkohësisht edhe edukimin profesional të anëtarëve sipas statutit të saj.

Kryetar i parë ishte Prof.Dr.Besim Sllamniku.

Duhet përmendur me krenari dhe privilegj të gjithë kontribuuesit e zhvillimit të SHOK ndër vite, shumë prej të cilëve nuk janë më në mesin tonë:

Prof.Safet Beqiri, Prof.Xhemajl Bajraktari, Prof. Binak Kastrati, Prof.Hashim Maloku, Prof.Ali Zatriqi Prof.Suzana Manxhuka Kërliu, Prof.Xhavit Bicaj, Prof.Zenel Kabashi, Prof.Behxhet Osmani, Prof.Sadri Bajraktari etj.

SHOK është themeluar me qëllim të avancimit të përgatitjes profesionale të punëtorëve shëndetësor nga lëmia e onkologjisë, organizimit të mbrojtjes onkologjike si nevojë e kohës dhe mungesës së institutit të Onkologjisë dhe bashkëpunimit me shoqata simotra në rajon dhe botë.

SHOK tani ka një adresë nga aktivizimi i Klinikës së Onkologjisë, për të vazhduar me aktivitete të shumta të edukimit dhe ndërgjegjësimit!

Shoqata e Onkologëve të Kosovës në gjirin e vetë ka anëtarësi profesionistë nga të gjitha fushat që merren me onkologji.

SHOK dhe aktivitetet e edukimit të vazhdueshëm profesional

SHOK ka ruajtur kontinuitetin e organizimit të eventeve dhe takimeve profesionale me ekspert vendor dhe ndërkombëtar.

Tetor 2015 Workshop-i me pjesëmarrje ndërkombëtare në partneritet me konsorciumin Neolife nga Turqia, “Kanceri i Gjirit-sfidat e menaxhimit”

Mars 2016 Konferenca Pranverore Onkologjike: “Tumoret Solide” me ekspert nga Austria, Gjermania, Turqia dhe ata vendor.

Qershor 2016 Seminar me ligjërues nga Anglia, Austria dhe vendor : Inovacionet për tretmanin onkologjik në Radioterapi”.

Tetor 2016 Konferenca Shkencore :”Metastazat te Kanceri Gjirit”, e cila u karakterizua me numër rekord te pjesëmarrësve, mbi 1 mijë të pranishëm.

Dhjetor 2016 Takim Profesional-Seminar, me temën: ”Citostatikët-përgatitja, mënyra e aplikimit, efektet anësore dhe menaxhimi i tyre”.

Maj 2017 Konferencën Profesionale:”MELANOMA

dhe Kanceret Jomelanotike”

Shtator 2017 dhe shtator 2018 „SHOK në bashkëpunim me Repartin e Hemato-Onkologjisë Pediatrike dhe expert nga Graci i Austrisë, organizuam workshopin e 6 dhe 7 vjetor me pjesëmarrje ndërkombëtare për dy vite me radhë.

Përherë gjatë mbajtjes së çdo aktiviteti tonë, I kemi kushtuar kujdes të veçantë të nderojmë me mirënjohje kontribuuesit e shoqatës ndër vite.

Të gjitha aktivitetet tona profesionale dhe shkencore janë akredituar nga Ministria e Shëndetësisë dhe Oda e Mjekëve të Kosovës sipas standardeve për edukim të vazhdueshëm profesional.

SHOK dhe bashkëpunimi me shoqatat e rajonit

(SHOK) dhe Shoqata e Onkologëve të Shqipërisë (SHOSH) organizuam së bashku Konferencën e parë Mbarëkombëtare për Kancerin e Gjirit gjatë Tetorit të vitit 2019.

Aktiviteti i cili ka zgjuar interesim të madh sepse ka tubuar profesionistë të fushës së onkologjisë nga të gjitha trojet shqiptare dhe jo vetëm.

Në këtë ditë kemi përkujtuar me krenari “post mortum” Profesorin tonë Agim Sallaku, duke qenë mirënjohës përjetësisht për kontributin që ka dhënë në edukimin profesional të brezit të parë të onkologëve në vendin tonë.

Duke parë benifitin dhe nevojën për këmbimin e përvojave vëllazërore në fushën e onkologjisë,projeksionet tona të përbashkëta janë që ky event të ketë karakter të përvjetshëm dhe të mbahet me rotacion në dy kryeqendrat tona Prishtinë dhe Tiranë.

SHOK dhe aktivitetet e ndërgjegjësimit për kancer të gjirit

SHOK së bashku me shoqatën “Jeta Vita” (Shoqatë për luftë kunder kancerit të gjirit) në vitin 2016 kemi marrë iniciativën për nisjen e fushatës për ndërgjegjësimin ndaj kancerit të gjirit në kuadër të muajit Tetor si muaj ndërkombëtar për këtë qëllim.

Gjatë 3 viteve të një pune kolosale në terren, vizituam 26 komuna dhe qendra të ndryshme anë e mbanë Kosovës.

Kjo fushatë u quajt “Tetori Rozë”, emër i cili na identifikojë për tre vite me radhë.

Ishte një angazhim i pasqor i të gjithë kolegëve nga Klinika e Onkologjisë dhe Radiologjisë në shpërndarjen e informacioneve rreth zbulimit të hershëm të kancerit të gjirit.

Ishte një gatishmëri e lartë e të gjitha autoriteteve komunale për të mbarëvajtur i gjithë ky aktivitet.

Pjesëmarrja dhe interesimi nëpër komuna ishte i jashtëzakonshëm .

Në fund të çdo Tetori Rozë me Shoqatën “Jeta Vita” kemi kontribuar në organizimin e ecjes tradicionale nëpër sheshin e kryeqytetit me moton “Zbulimi hershëm, shpëton jetë”.

Dhe në fund të kësaj maratone Rozë, së bashku me Drejtoratin për Shëndetësi të Prishtinës finalizuam eventin përmblyllës në sallën e kuqe të pallatit të rinisë me numër të madh të pranishmëve dhe me sjelljen e konkluzioneve të kësaj fushate:

~Evitimi i tabuve edhe në zona më të largëta rurale për zbulim të hershëm të kancerit të gjirit.

~Nëpër të gjitha takimet tani më flitej dhe diskutohej më lirshëm për këtë temë.

~Identifikuar probleme dhe vështirësi në diagnostikim nëpër qendra të vogla të vendit, si mungesë e aparaturës dhe kuadrit.

~Arritëm të motivojmë shoqatat e ndryshme që përfaqësonin gratë për iniciativa të reja.

~Konkluzionet me rekomandime i adresuam tek organet gjegjëse vendimmarrëse duke shpresuar për reagim pozitiv.

Megjithatë 1/3 e sëmundjeve malinje mund të parandalohen duke evituar faktorët eventual të riskut, gjë e cila është një stimulim më shumë për të vepruar.

SHOK mundohet në vazhdimësi të nxisë fokusin e qeverive dhe organeve vendimmarrëse për të shtuar prioritetet e krijimit të kushteve sa më të mira për pacient dhe staf mjekësor.

SHOK dhe pandemia Covid 19.

Pandemia Covid 19, si çdo sferë të jetës ka penalizuar shumë edhe veprimtarinë tonë.

Jemi detyruar që aktivitetet të orientojmë dhe mbajmë kryesisht me platformën on-line duke respektuar masat kundër Covid-19.

Duhet theksuar se këtë vit SHOK është pjesë e organizimit të përbashkët me Odën e Mjekëve të Kosovës(OMK) të Kongresit Onkologjik që planifikohet të mbahet gjatë muajit Tetor.



SHOK dhe UICC

SHOK është anëtare e rregullt e Unionit Ndërkombëtar për Kontroll të Kancerit (UICC) me seli në Gjenevë.

SHOK për çdo vit organizon aktivitete të ndryshme senzibilizuese dhe promovuese lidhur me sëmundjet malinje në përgjithësi.

Ditën Botërore të Kancerit, SHOK dhe Klinika e Onkologjisë në mënyrë tradicionale së bashku organizojmë konferencë informuese me media për të arriturat tona të përbashkëta vjetore.

4 Shkurti shënohet si ditë Botërore e Kancerit, e cila është iniciativë e këtij unioni, si organizata më e madhe dhe më e vjetër e kancerit që angazhohet të marrë rolin udhëheqës në bashkimin e komunitetit të tillë për të zvogëluar ngarkesën globale të kësaj sëmundje.

Sot rreth 10 milion njerëz vdesin çdo vit nga kanceri, duke e bërë atë sëmundjen e dytë më vdekjeprurëse.

SHOK dhe vizioni për të ardhmen

Duke shpresuar të lirohemi sa më shpejtë nga kufizimet për arsye të pandemisë Covid, SHOK pretendojmë të vazhdojmë me krijimin e kushteve optimale për edukim të vazhdueshëm profesional për anëtarësinë tonë, duke organizuar evente dhe duke ju mundësuar ndjekjen e tyre.

Fokusi jonë gjithsesi do të jetë në zgjerimin e anëtarësimit tonë nëpër organizata simotra në Evropë dhe jo vetëm.

Aktivitetet sensibilizuese të shtrihen jo vetëm për një patologji por edhe për tjera sipas planit të screeningut.

Do të nxisim dhe japim kontributin tonë për krijimin dhe zhvillimin e programit nacional për sëmundje malinje si nevojë dhe prioritet i kohës.

SHOK do të vazhdojë të jetë e hapur për bashkëpunim me të gjithë faktorët relevantë, gjithnjë për avansimin profesional të kolegëve tonë dhe për përmirësimin e shëndetit të popullatës tonë në përgjithësi.

KLINIKA E HEMATOLOGJISË



Shemsedin Sadiku

*Profesor i mjekësisë
interne-hematologji
Fakulteti i Mjekësisë
Universiteti i Prishtinës*

*Drejtor i Klinikës së
Hematologjisë*

*Specialist i Mjekësisë
Interne-Hematologjisë
Klinika e Hematologjisë
SHSKUK*

Repartit i Hematologjisë për herë të parë është hapur me 1977, atëherë në kuadër të ish Klinikës Interne dhe themelues i parë ishte Prof.Dr.Shaban Geci.

Fillimisht repartit i Hematologjisë ishte i vendosur në katin e IV, pra në të njëjtin kat me repartin e Endokrinologjisë dhe atëherë kishte një numër të paktë të dhomave.

Shume shpejtë u pa se kërkesat për këtë patologji ishin më të mëdha, andaj u mendua se si të bëhet zgjerimi hapësinorë dhe u vendos të transferohet në katin e pestë, me një hapësirë më të madhe- gjysmën e katit, ku ndodhet edhe tani dhe gjysma tjetër mbeti për repartin e Nefrologjisë.

Puna në këtë Repart u startua me dy mjekë pastaj janë pranuar edhe tre mjekë, një në vitin 1978, një në vitin 1981 dhe një në vitin 1987. Kështu fushëveprimi i Hematologjisë ka filluar të zgjerohet në kuptimin e diagnostikës dhe trajtimit të sëmundjeve hematologjike dhe hematoonkologjike.

Ndër patologjitë e para që filluan të trajtoheshin në ish repartin e Hematologjisë, ishin Leukemite kronike (CLL, CML), Limfomat malinjë, Myeloma multiple si dhe anemitë.

Struktura nacionale e mjekëve të punësuar deri në vitin 1990 ishte gjithsej 5 mjek specialist dhe një mjek në Klinikë, e cila ende nuk kishte filluar specializimin, prej tyre pesë shqiptar dhe një serb.

Në Qershor të vitit 1990 filloi përqendrimi i situatës politike në Kosovë dhe Klinikat e Fakultetit të Mjekësisë filluan të "vërshohen" nga mjek "mbikëqyrës" të lëmive përkatëse nga Beogradi, e që në esencë kishin parasysh përgatitjen e terenit për largimin nga puna të kuadrit profesional shqiptar dhe këtë qëllim pothuaj se e arritën dhe në muajt Tetor dhe Nëntor larguan tre mjekë shqiptarë nga puna. Deri në mbarim të luftës puna në repartin e Hematologjisë ka vazhduar, kuptohet nën udhëheqjen e politikës serbe.

Menjëherë pas lufte kuadrit shqiptar i larguar nga puna rikthehet në vendin e punës dhe vazhdon punën deri në ditët e sotme. Në ndërkohë pranohen edhe dy mjekë specialiste dhe para 5 viteve poashtu pranohen edhe tre mjekë specialist.

Deri në vitin 2014 repartit i Hematologjisë ishte në kuadër të Klinikës Interne dhe nga atëherë merret vendimi që të avancohet statusi i reparteve dhe çdo repart fitoi statusin e veçantë juridik, pra avancohen në Klinikë.

Aktualisht Klinika e Hematologjisë ka të punësuar shtatë (7) mjekë specialist (Prof.ass.dr Shemsedin Sadiku-Drejtor i Klinikës; Dr Afërdita Ukimeraj-shefe e repartit; Dr Suzana Krasniqi-shefe e repartit; Dr Fitnete Gashi; Dr Fitim Gashi; Dr Erkan Krasniqi dhe Dr Viola Cavolli), kurse nga kuadri i mëhershëm ka dy Profesorë të ndjerë (Prof.dr Shaban Geci dhe Prof.dr Ahmet Brovina) dhe një profesor në pension (Prof.aosc.dr Emrush Kryeziu).

Klinika e Hematologjisë është i vetmi Institucion në Republikën e Kosovës, e cila merret me trajtimin e patologjive hematologjike dhe hematoonkologjike, aktualisht operon në një sipërfaqe prej 400 metra katrorë, e cila as për së afërmi nuk plotëson kërkesat e kësaj klinike.

Puna e cila bëhet në Klinikën e Hematologjisë është një punë mjaftë sfiduese dhe voluminoze, është një punë ekipore e cila bëhet me një përkushtim dhe profesionalizëm të lartë. Në këtë Klinikë bëhet diagnostikimi dhe trajtimi i sëmundjeve hematologjike dhe hematoonkologjike.

Numri i rasteve hematoonkologjike është mjaft i madh dhe sa për ilustrim po përmendim disa patologji më të shpeshta, ku incidenca e këtyre rasteve për një vit sillet diku me sa vijon: Lymphoma non Hodgkin 70-75 raste në vit, Lymphoma Hodgkin 15x20 raste; Leukemi kronike limfatike 15-20 raste; myeloma multiple 18-20 raste; syndrome myelodysplastike 10-12 raste; Leukemi kronike mieloidë 10-15 raste, Policitemia vera 15 raste; Trombocitemi esenciale 7-8 raste; Myelofibroza primare 7-8 raste në vit, etj.

Sfidë e veçantë është diagnostikimi dhe trajtimi i leukemive akute myeloblastike dhe lymfoblastike, ku incidence vjetore sillet diku 35-40 raste/vit.

Trajtimi i të sëmurëve hematoonkologjike në përgjithësi është mjaftë kompleks, nga se këta të sëmurë edhe ashtu janë me imunitet të kompromituar dhe trajtimi me kimioterapi pos veprimt pozitiv, edhe më tepër e dobëson imunitetin, kështu që kushtet e vendosjes – qëndrimit spitalor në Klinikën ekzistuese nuk janë aspak adekuate dhe kjo ndikon edhe në rezultatet e trajtimit. Kjo para se gjithash vlen për të sëmurët me Leukemi akute, ku trajtimi i tyre minimum duhet të bëhet në kushte gjysmë sterile, pra një i sëmurë të vendoset në dhomë të posaçme, ku ka edhe nyjen sanitare të posaçme dhe i tërë personeli shëndetësor kontaktues komunikon me mjete mbrojtëse, si mantil,maskë e kalaqë.

Duke pasur parasysh të gjitha këto vështirësi, në vazhdimisht para organeve kompetente kemi bërë kërkesë për zgjerim hapësinor të Klinikës dhe me shumë mundësi kemi arritur të bindim organet kompetente dhe është arritur ujdia, është shpallur dhe fituar tenderi për ndërtim të një objekti të ri për Klinikën e Hematologjisë (për disa shkaqe teknike ende nuk është vendosur gurëthemeli!!!), në të cilin janë të parapara pos hapësirës më të madhe dhe me komode, edhe pjesa e bllokut steril, e cila do të krijoj kushte komode për trajtimin e të sëmurëve hematoonkologjike, në rend të parë rasteve me Leukemi akute.

Poashtu me ndërtimin e këtyre hapësirave, paralelisht është paraparë që të bëhet edhe edukimi kohë shkurtër i kuadrit i cili do të bëjë fillimisht transplantimin autolog të palcës kockore, e pas 4-5 viteve tjera nëse plani shkon sipas dinamikës së paraparë, me një edukim shtesë të kuadrit multidisiplinar, mund të planifikohet edhe transplantimi alogjenik i palcës kockore dhe me këto mënyra të trajtimit do të kompletohet trajtimi i të sëmurëve hematoonkologjike, kështu që edhe në të jemi në hap me vendet e rajonit në trajtimin e avancuar të këtyre patologjive.

Këto planifikime për trajtimin e avancuar të këtyre patologjive do të lehtësohen duke pasur parasysh një numër të konsiderueshëm të specializantëve që kemi, e që aktualisht në specializim janë 17 specializantë, ku disa prej tyre deri ka fundi i vitit veç mbarojnë edukimet specialistike.

Korrespondenca:

shemsedin.sadiku@uni-pr.edu

ONKOLOGJIA PEDIATRIKE



Revista Mjeku

Artikull nga
Dr. Edea Blyta

Sipas Organizatës Botërore të Shëndetësisë çdo vit diagnostikohen 300.000 raste të reja me kancer te personat e moshës 0-19 vjeç.

Në Kosovë përkundër pengesave të shumta që e pengojnë aksesin për kujdesin e kancerit të fëmijët në sistemin shëndetësor, në repartin e hemato-onkologjisë pediatrike bëhet një punë heroike, me plot profesionalizëm, zell dhe përkushtim që fëmijët e prekur me kancer të shërohen.

Repartit i hemato-onkologjisë pediatrike ka filluar trajtimin induktiv të rasteve onkologjike në vitin 2008. Rasti i parë ka qenë trajtimi i një fëmije me Limfoma Hodgkin. Para kësaj periudhe trajtimi i rasteve onkologjike ka qenë në formë të terapisë mbajtëse. Në periudhën 1999-2009, Klinika e Hemato-Onkologjisë Pediatrike është udhëhequr nga Dr. Nazim Ymeri. Nga viti 2009 kjo klinikë udhëhiqet nga Ass. Dr. Violeta Grajqevci-Uka. Aktualisht, në repartin e hemato-onkologjisë në pediatri punojnë: Ass. Dr. Violeta Grajqevci – Uka, Dr. Bardhyl Abrashi, Dr. Rufadije Maçastena – Maxhuni, Dr. Flora Selimi, Dr. Enver Hasi, Dr. Arbana Baloku-Zejnullahu dhe Dr. Albana Xani.

“Gjatë kujdestarisë kemi pasur raste me komplikime shumë të mëdha dhe në bashkëpunim me anesteziologët kemi arritur që pacienti në mëngjes të jetë në gjendje stabile. Shërimi i fëmijës është gëzim i pabarrueshëm”. – Dr. Flora Selimi

Repartit ka 19 shtretër dhe kapacitete kadrovike të kënaqshme. Ka hapësirë laboratorike ku gjendet aparati për hemogram, mikroskopë, instrumenti për Flow Citometri, Cytospin, aparati për matjen e metotrexatit në serum etj.

Shefja e repartit Ass. Dr. Sc. Violeta Grajqevci – Uka thotë se “këto kapacitete të plotësojnë nevojat tona për fillimin e trajtimit në fazën e induksionit me kimioterapi”.

Në Kosovë mjekët pediatër ballafaqohen me të gjitha llojet e tumoreve të moshës pediatrike.

Përafërsisht 45-50% janë me leukemi.

Dr. Violeta Grajqevci – Uka tregon se tumoret të cilët trajtohen në repart janë: disa prej leukemive akute limfoblastike, disa prej tumoreve solide, limfomat e ndryshme, disa prej tumoreve gjerminativë, të sistemit nervor dhe rabdoid. Në anën tjetër nuk mund të trajtohen leukemite akute limfoblastike me bazë gjenetike pozitive (të cilat dërgohen jashtë vendit për transplant), leukemite akute mileoide, relapset si dhe të gjithë tumoret që kanë nevojë për kimioterapi + radioterapi ose vetëm radioterapi.

Repartit i hemato-onkologjisë posedon barnat për trajtim ku përveç barnatores qendrore të QKUK-së që siguron një sasi të citostatikëve, fatbardhësisht bashkëpunimi i ngushtë me shoqatat humanitare

luajnë një rol shumë të rëndësishëm në sigurimin e këtyre barnave dhe materialit harxhues.

Shoqatat “Care for Kosovo Kids” nga Holanda, “Cure 2 Children” nga Italia me seli në Prishtinë dhe “Ndihmë Fëmijëve me Kancer” nga Kosova, japin një kontribut të madh në zhvillimin e Onkologjisë Pediatrike duke përmbytur kështu misionin për trajtimin e fëmijëve me sëmundje malinje.

Prej vitit 2008 vazhdon bashkëpunimi me Shoqatën “Cure 2 Children” që ka bërë trajnimin e stafit.

“Shpresoj dhe uroj shumë që këtyre fëmijëve të ju sigurobet një mbështetje e madhe nga institucionet shtetërore”. – Dr. Violeta Grajqevci - Uka

Bashkëpunimi ndërkombëtar me Universitetet Evropiane, solli memorandumin e nënshkruar në vitin 2012 nga Klinika Universitare e Graz Austria si dhe një tjetër memorandum bashkëpunimi 5 vjeçar nga Spitali “Princess Maxima Center” nga Holanda. Këto veçe dëshmojnë punën intensive të mjekëve në Pediatrinë Onkologjike që është thelbësore për diagnostikimin dhe trajtimin e saktë.

Dr. Bardhyl Abrashi tregon se përkundër sfidave të stafit shëndetësor dhe ambientit që po renovohet që tre herë aty shpëtohen jetë falë fondacioneve ndërkombëtare dhe bashkë me mjekët tjerë bëjnë thirrje që të jenë prioritet në Ministrinë e Shëndetësisë, për shkak të ndjeshmërisë të natyrës së sëmundjeve që trajtohen. Poashtu, ndjehen të lumtur e optimistë që së shpejti do të zhvendosen në Spitalin e Ri Pediatrik i cili është duke u finalizuar.

Duke marrë parasysh specifikat e sëmundjeve që diagnostikohen dhe trajtohen, nevojitet një bashkëpunim i ngushtë jo vetëm midis mjekut, fëmijës dhe prindit por edhe psikologes së repartit që është domosdoshmëri sidomos atëherë kur informohen prindërit për sëmundjen e fëmijës së tyre, dhe koha e gjatë në repart bën që brenda mureve të këtij reparti të ndihen si një familje e madhe.

Dr. Flora Selimi shprehet se “komunikimi me prind është i shkëlqyeshëm, ne funksionojmë si një familje”, dhe shton nevojën e madhe të një protokoll që është marrëveshje midis prindit dhe mjekut.

Diagnoza e kancerit kur i kumtohet pacientit është zakonisht një kombinim i dëshpërimit, frikës dhe zemërimit. Se si mjeku jep lajmet në lidhje me diagnozën, për situatën e pacientit kanë një efekt të thellë në mirëqenien emocionale të pacientit. Mjekët e repartit hemato-onkologjik tregojnë se informimi i prindërve dhe pacientëve kur janë më të rritur, bëhet me një kujdes të shtuar dhe ju tregojnë çdo gjë për sëmundjen dhe të vërtetën sepse ata lexojnë dhe informohen edhe jashtë spitalit dhe kështu besimi ndaj mjekut do të jetë më i madh. Ndërkaq, tek fëmijët më të vegjël Dr. Violeta Grajqevci – Uka shton se ekzistojnë disa broshura me figura, që pak a

shume ju tregojmë për sëmundjen e tyre.

Ndërsa, numri i fëmijëve që referohen për jashtë vendit është i vogël dhe është i rezervuar vetëm për fëmijët me indikacione mjekësore që nuk kanë mundësi të trajtohen në Kosovë. Kostoja e trajtimit dallon prej sëmundjes si dhe nga spitali se ku trajtohet pacienti dhe procesi i rimbursimit për moshat pediatrike nga ana e Ministrisë së Shëndetësisë është 100%.

Për trajtimin e një pacienti më sëmundje malinje, mjekët pediatër në onkologji shprehen se është një sfidë mjaftë e madhe dhe e kushtueshme si në aspektin profesional ashtu edhe në atë emocional.

e vështirë. Pastaj, vazhduam në repartin e ri që ka qenë donacion nga Shoqata “Nënë Tereza” nga Gjermania dhe gradualisht u përmirësuan kushtet dhe i përsosëm edhe protokollet duke rritur kështu gamën e veprimit dhe trajtimit.”

“Dalja e Revistës “Mjeku” është një hap shumë i rëndësishëm që e ka bërë Oda e Mjekëve të Kosovës në bashkëpunim me stafin mjekësor-akademikë. Revista “Mjeku” është një dritare ku të gjithë ne personeli shëndetësor mund ta paraqesim punën tonë të përditshme, sfidat dhe sukseset e trajtimit të pacientëve”. – Dr.Rufadije Maçastena – Maxhuni



“Do të veçoja dy pacientë; njëri e humbi betejën me sëmundje malinje dhe njëkohësisht erdhi tjetri që ia shpëtuan jetën. Sëmundjet malinje kanë sukseset dhe humbjet e veta”. – Dr.Violeta Grajevci – Uka

Dr.Rufadije Maçastena – Maxhuni kujton sfidat e viteve të para të repartit: “Kemi filluar punën me dy dhoma, me vetiniciativë të 3-4 mjekëve që kemi qenë në atë kohë, dhe pas edukimit të stafit shëndetësor kemi filluar me trajtimin e rasteve të para. Ka qenë një punë shumë sfiduese sepse në njërin anë kushtet teknike jo shumë të mira dhe në anën tjetër terapia shumë e kushtueshme për trajtim. Ka qenë shumë

Mjekët pediatër në repartin e hemato-onkologjise në Kosovë janë dëshmitarë jo vetëm të momenteve të dhimbshme të jetës por edhe të çasteve që i përmbushin në jetë vet këta mjekë. Puna dhe sakrificat e tyre e pandalshme drejt plotësimit të kushteve të repartit dhe avancimit në trajtim, kanë dhënë mundësinë e jetës aty ku vetëm disa vjet më parë nuk kishte shpresë. Këta mjekë japin maksimumin e tyre që të trajtohen dhe shërohen fëmijët që nesër mund të jenë liderë të mëdhenj për këtë vend.

Të jesh pediatër onkolog nuk është thjeshtë një punë, është mision dhe thirrje në të njëjtën kohë.

DIAGNOSTIKIMI I TUMOREVE NË INSTITUT TË ANATOMISË PATOLOGJIKE QENDRA KLINIKE UNIVERSITARE E KOSOVËS



Rinë Limani

*Drejtoreshë e Instituteve
Paraklinike*

*Specialiste e Patologjisë
Instituti i Patologjisë
SHSKUK - FM*

Për diagnostikimin e tumoreve në të shumtën e rasteve patologët e kanë fjalën e fundit. Pavarësisht nga dyshimet klinike, diagnostikimi i tumoreve nuk mund të bëhet në mungesë të ekzaminimit histopatologjik dhe/ose atij citologjik. Për më shumë, me përjashtime të rralla, trajtimi i tumoreve malinje nuk guxon të fillohet në mungesë të diagnostikimit histopatologjik apo citologjik.

Jo shumë kohë më parë, ka mjaftuar ndarja e tumoreve në beninj dhe kancere për t'i ofruar klinikistit të gjitha informatat e duhura për kujdes adekuat ndaj pacientit. Përderisa, sot tumoret, e në veçanti kanceret, nuk janë më vetëm një sëmundje. Secili tumor i ka karakteristikat e veta të sjelljes biologjike dhe të zhvillimit. Zhvillimet e jashtëzakonshme në fushën e onkologjisë e kanë bërë të domosdoshme ofrimin e informatave shtesë për të mundësuar klasifikimin e duhur të tumoreve, dhe për të përcaktuar prognozën dhe intervenimin terapeutik të tumoret. Të dhënat për tipin dhe origjinën e tumorit, diferencimin e tij, invazionin, numrin e nyjeve limfatike me dhe pa tumor metastatik, ploeditetin, numrin e mitozave, praninë ose jo të receptorëve hormonal, ekspresionin e proteinave dhe aktivitetin e enzimave specifike, të gjitha janë bërë pjesë e raporteve standarde rutinore histopatologjike (1).



Patologët merren në radhë të parë me ekzaminimin e strukturës së qelizës, indit dhe organit.

Ekzaminimet citologjike aplikohen me qëllime diagnostike dhe për skringing të lezioneve prekanceroze dhe kancereve. Ekzaminimi i materialeve citologjike të marra me aspirim me gjilpërë të hollë (Fine needle aspiration- FNA), marrja me brushë e materialeve, ekzaminimi citologjik i qelizave eksfoliative në lëngje trupore si urinë, sputum, lëng cerebrospinal, lëng pleural, lëng perikardial dhe ascit aplikohen për përcaktim të diagnozës të tumoret. Në materiale citologjike sot mund të aplikohen edhe ngjyrimet dhe metoda tjera ndihmëse diagnostike për të ofruar të dhëna më specifike për diagnozën (1).

Në ekzaminim histopatologjik të biopsive, ekzaminimi i kujdesshëm makroskopik, përcillet me ekzaminim më të detajuar të prerjeve indore me

mikroskop optik.

Patologët duhet të jenë të informuar për të dhënat klinike, përfshirë diagnozat diferenciale klinike, rezultatet laboratorike e imazherike, dukjen makroskopike të indit, të dhënat nëse ka pas ekzaminime të mëparshme dhe diagnozat e mëparshme histopatologjike e citologjike.

Për më shumë, materialet e dërguara për ekzaminim histopatologjik duhet të markohen me kapëse, penj ose ngjyrë për të ndihmuar në orientimin anatomik.

Standard në histopatologji është ekzaminimi në mikroskop optik i prerjeve të indeve të fiksuara në formalinë neutrale të pufizuar 10%, të zhytura në parafinë dhe të ngjyrosura me hematoksilinë dhe eozinë (H & E). Procedurë kjo e cila e mundëson që struktura e qelizës dhe ajo e indit të ruhet mire (1).

Metodat ndihmëse diagnostikuese si histokimia, imunohistokimia me ose pa fluoreshencë, metodat e ndryshme të in situ hibridizimit, mikroskopia elektronike, biologjia molekulare me PCR (polymerase chain reaction) dhe NGS (next gene sequencing) ndihmojnë në diagnostikim të tumoreve si dhe japin infomata shtesë prognostike dhe terapeutike për pacientin.

Histokimia si metodë ndihmëse për diagnostikim në patologji ka filluar të aplikohet në fund të shekullit 19 (2). Ngjyrimet histokimike aplikohen për identifikimin e qelizave dhe strukturave përbërëse të indeve, për identifikimin e mikroorganizmave të ndryshëm si dhe për identifikimin e depozitimeve të elementeve dhe substancave të ndryshme në qeliza dhe inde. Në Institutin e Anatomisë Patologjike në QKUK sot në rutinë të ekzaminimeve histopatologjike të biopsive të marra nga lukthi përveç ngjyrimet me H & E e aplikojmë edhe ngjyrimin me May-Grunwald Giemsa, për të ndihmuar në identifikimin më të lehtë të mikroorganizmit *Helicobacter Pylori*. Standard i artë për diagnostikim të infeksionit me *Helicobacter Pylori* në lukth, është diagnostikimi i ndryshimeve morfologjike dhe identifikimi i *Helicobacter Pylori* në biopsi (3).

Në Institut të Anatomisë Patologjike në Qendrëmbn

Klinke Universitare, QKUK aplikohen edhe ngjyrimet histokimike si Silver Reticulina, Alcian blue, Prussian blue, Periodic acid-Schiff (PAS), Masson's trichrome, Congo Red dhe Ziehl-Neelsen, si ngjyrimet standarde të domosdoshme për diagnostikim citologjik dhe histopatologjik.

Imunohistokimia (IHC) është metodë e ngjyrimet e cila i identifikon antigenet specifik në qeliza dhe inde të fiksuara në formalinë dhe të zhytura në parafinë përmes antitropave specifik për antigjene (4). Antitropa mono dhe poliklonale të markuar me enizma (imunoperoksidaza) ose me fluorofore (imunofluoreshencë) aplikohen për të identifikuar proteinat dhe molekulat tjera në qeliza të indeve të shëndosha dhe të proceset e ndryshme patologjike. Ngjyrimet IHC aplikohen për qëllime diagnostike, prognostike dhe terapeutike (4).

Në Institut të Anatomisë Patologjike, QKUK nga viti 2005 aplikohet ngjyrimi IHC me imunoperoksidazë. Nga viti 2020 me aktivizimin e Aparatit për ngjyrim imunohistokimik Autostainer Link 48, dhe me sigurimin e Aparatit për ngjyrosje automatike Ventana GX Benchmark, ngjyrimet imunohistokimike kryhen në numrin më të madhe në mënyrë automatike.

Kalimi nga ngjyrimi manual në atë automatik, ka mundësuar që kualiteti i ngjyrimëve të jetë konform standardeve ndërkombëtare, ka eliminuar dukshëm gabimet teknike të varura nga faktori njeri, e për më shumë me rritjen e kapacitetit të ngjyrimet është shkurtuar koha e pritjes për ngjyrimet.

Në Institutin e Anatomisë Patologjike, QKUK përveç markerëve të IHC të cilat aplikohen për qëllime diagnostike, bëhen edhe markerë me rëndësi prognostike dhe terapeutike si receptorët për estrogen dhe progesteron dhe produktet e proteinave të onkogjeneve si HER-2/neu të kancerit i gjirit, si dhe antigenet të cilat tregojnë për indeksin e proliferimit të qelizave tumorale si Ki-67.

Nga viti 2020 me kërkesë të onkologëve kemi filluar edhe me testimin për biomarkerët si PD-L1 (SP124) me rëndësi terapeutike për kancerin e gjirit në rastet kur receptorët hormonal dhe HER-2/neu janë negative si dhe PD-L1 (SP 263) dhe ALK (D5F3) me rëndësi terapeutike për kanceret e avancuara me qeliza jo të vogla të mushkërive.

Për më shumë, me sigurimin e mikroskopit fluoreshentë në gjysmën e dytë të vitit 2021 planifikojmë të fillojmë edhe me ngjyrimet IHC fluorofore (imunofluoreshenca) me rëndësi të veçantë diagnostike për patologji të veshkave dhe të lëkurës.

Këtë vit, për herë të parë në Kosovë me sigurimin e aparatit Ventana GX- Benchmark kemi filluar edhe të punojmë metodën e Silver In Situ Hibridizimit të kanceret e gjirit të cilat rezultati i HER-2/neu me ekzaminim IHC është i papërcaktuar (HER-2/neu 2+). Kjo metodë punohet me VENTANA HER2 Dual ISH DNA Probe Cocktail dhe e përcakton statusin e amplifikimit të HER2 gjenit duke numëruar raportin ndërmjet gjenit HER2 me Kromozomin 17 në mikroskop optik (5).

Me zhvillimet e fundit në fushën e onkologjisë kemi aplikim të gjerë në patologji të metodave molekulare

si PCR dhe NGS, të cilat janë me rëndësi diagnostike, prognostike e terapeutike.

Metodat e ndryshme të PCR me amplifikim të ADN-së (acidit dezoksiribonukleik) përdoren për detektim të mutacioneve të gjeneve apo translokacioneve të tumorit dhe ndihmojnë në përcaktimin e diagnozës dhe ofrojnë të dhëna për trajtimin terapeutik të tumoreve (6).

NGS është teknologjia e fundit me të cilën përcaktohen sekuencat e ADN-së dhe ARN-së (acidit ribonukleik) për të studiuar variacionet gjenetike të ndërlidhura me patologji të ndryshme dhe tiparet tjera biologjike. NGS për herë të parë është prezantuar për përdorim komercial në vitin 2005, dhe në fillim është quajtur "sekuencim masiv paralel", pasi që ka mundësuar të sekuencohen disa zinxhirë të ADN-së në të njëjtën kohë, për dallim nga PCR metoda me të cilën mund të sekuencohet vetëm një zinxhirë i ADN-së për test. Rekomandimet e Shoqatës Evropiane për Onkologji Mjekësore (ESMO) janë që NGS si metodë testuese të aplikohet në mënyrë rutinore në mostra të tumoreve të kanceret e avancuara me qeliza jo të vogla të mushkërive, të kancerit i avancuar i prostatës, kanceri i avancuar i ovarëve dhe të kolangiokarcinomat. Sipas ESMO rekomandimeve NGS mund të jetë alternativë e PCR testimeve për kancerin e kollonit, si dhe rekomandohet për përcaktimin e ngarkesës me mutacione tumorale (tumor mutational burden) të anti-programmed cell death PD-1 për të përcaktuar përgjigjen në imunoterapi të pacientët me kancer të endometrit, kancer të mushkërive me qeliza të vogla, të tumoret nuroendokrine mirë dhe mesatarisht të diferencuara, të kancerit i gjëndrave salivare, kanceri i tiroidës dhe kanceri i vulvës (7).

NGS si metodë është mjaft komplekse dhe FDA (Food and Drug Administration, Shtetet e Bashkuara të Amerikës) ka aprovuar deri më sot një numër të vogël të testeve të cilat i kanë plotësuar kriteret për testim të besueshëm. Të aprovuara nga FDA janë: Focus CDxBRCA Assay (Foundation Medicine); FoundationOne CDx (Foundation Medicine); Myriad myChoice CDx (Myriad Genetic Laboratories); Guardant360 CDx (Guardant Health) dhe FoundationOne Liquid CDx (Foundation Medicine) (8-10).

FoundationOne CDx (F1CDx) është testim diagnostik in vitro përmes së cilës detektohen zëvendësimet, alterimet me insertim dhe delecionet (indels), alterimet e numrit të kopjeve (CNAs) në 324 gjene, riarranzhimet në gjene të selektuara, si dhe jostabiliteti mikrosatelitor (MSI) dhe ngarkesa me mutacion të tumorit (TMB) në ADN të izoluar nga indi tumoral i fiksuar në formalinë dhe i zhytur në parafinë (10).

Instituti i Anatomisë Patologjike në QKUK, është në proces të planifikimit për gjetjen e moduleve të përballeshme ekonomike dhe të dobishme për pacientët për testim me PCR dhe NGS.

Praktika klinike është duke shkuar drejt një epoke ku të dhënat molekulare do të mundësojnë që trajtimi i tumoreve të jetë i personalizuar sipas profilit genomik unik të tumorit të pacientit. Roli i patologut në këtë proces është kyç si për diagnostikim të tumoreve ashtu edhe në vendimarrje të trajtimit terapeutik..

Literatura:

1. Connolly JL, Schnitt SJ, Wang HH, et al. Role of the Surgical Pathologist in the Diagnosis and Management of the Cancer Patient. In: Kufe DW, Pollock RE, Weichselbaum RR, et al., editors. *Holland-Frei Cancer Medicine. 6th edition.* Hamilton (ON): BC Decker; 2003.
2. Riva MA, Manzoni M, Isimbaldi G, Cesana G, Pagni F. *Histochemistry: historical development and current use in pathology.* *Biotech Histochem.* 2014 Feb;89(2):81-90.
3. Sabbagh, P., Mohammadnia-Afrouzi, M., Javanian, M. et al. *Diagnostic methods for Helicobacter pylori infection: ideals, options, and limitations.* *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 38, 55–66 (2019).
4. McKenney, Jesse K. MD*, Hornick, Jason L. MD, PhD† *Immunohistochemistry in Surgical Pathology, Advances In Anatomic Pathology: November 2018 - Volume 25 - Issue 6 - p 373.*
5. *Human Epidermal Growth Factor Receptor 2 Testing in Breast Cancer: American Society of Clinical Oncology/ College of American Pathologists Clinical Practice Guideline Focused Update Antonio C. Wolff, M. Elizabeth Hale Hammond, Kimberly H. Allison, Brittany E. Harvey, Pamela B. Mangu, John M.S. Bartlett, Michael Bilous, Ian O. Ellis, Patrick Fitzgibbons, Wedad Hanna, Robert B. Jenkins, Michael F. Press, Patricia A. Spears, Gail H. Vance, Giuseppe Viale, Lisa M. McShane, and Mitchell Dowsett.* *Journal of Clinical Oncology* 2018 36:20, 2105-2122.
6. Evans MF. *The polymerase chain reaction and pathology practice.* *Diagn Histopathol (Oxf).* 2009;15(7):344-356.
7. Mosele F, Remon J, Mateo J, et al. *Recommendations for the use of next-generation sequencing (NGS) for patients with metastatic cancers: A report from the ESMO Precision Medicine Working Group.* *Ann Oncol.* 2020.
8. Rozenblum, AB., et al. (2017) *J Thorac Oncol* 12:258-68; 2. Schwaederle, M., Kurzrock, R. (2015) *Oncoscience* 2:779-80.
9. Mansinbo, A., et al. (2017) *Expert Rev Anticancer Ther* 17:563-65;
10. *FoundationOne CDx FDA Approval (2017) Available at: https://www.accessdata.fda.gov/cdrb_docs/pdf/17/P170019a.pdf.*

BORDI NACIONAL PËR KONTROLL TË KANCERIT

Ju jeni Kryetarja e re e Bordit Nacional për Kontroll të Kancerit (BNKK). Ju lutem na tregoni diçka për Programin Nacional për Kontroll të Kancerit në Kosovë (PNKK)?

Unë jam Kryesuesja e Bordit për Zhvillimin e Programit Shtetëror për Kontrollin e Kancerit, e emëruar në nëntor të vitit 2020. Meqë emërimi në këtë pozitë erdhi në një kohë të pakohë në pandemi, aktivitetet kanë qenë të pamundura dhe të cinguar për shkaqe pandemie. Kjo nuk ka ndodh vetëm tek ne, por për fat të keq në tërë botën. Fokusi ka qenë pandemia dhe mundësia për të luftuar Covid 19 dhe vëmendja në sëmundjet tjera përfshirë këtu edhe kancerin ka qenë e zbehur. Në vendet e zhvilluara në Evropë, ku kanë strategji të mirëfillta për parandalimin, zbulimin e hershëm, diagnostikimin dhe trajtimin e mirëfillt të sëmundjeve kanceroze, hendeku që ka shkaktuar pandemia ka qenë dhe vazhdon të jetë i madh. Këtu nuk bënë përjashtim as Kosova. Një hulumtim i fundit tregoi që gjatë pandemisë, rreth një milion raste me kancer mund të jenë të padiagnostikuara në Evropë, rreth 100 milion teste për skreningun e kancerit nuk janë kryer (që do të ndikoj në të ardhmen në diagnostikim të rasteve të reja në stadi të avancuara dhe në rënie të mbijetesës së përgjithshme), 1 në 2 njerëz me simptome potenciale për kancer nuk janë referuar urgjentisht për diagnostikim si dhe 1 në 5 paciente me kancer në Evropë aktualisht akoma nuk kanë marrë trajtimin e nevojshëm kirurgjik ose me kimioterapi. Pasojat e tilla nga pandemia zgjuan edhe Bashkimin Evropian, zyrën për shëndetësi të lansojnë kampanjën me 11 maj “Koha për Veprim” – “Time to Act”, ku me materiale të ndryshme të nxisin çdo vend në Evropë që të restaurojnë sa më shpejtë shërbimet e kancerit për t’i ikur mundësisë që pandemia Covid 19 të shkaktojë një epidemi të re të kancerit. Ftoj organet e larta të shëndetësisë në Kosovë, zyrën e Bashkimit Evropian, organizatat tjera ndërkombëtare shëndetësore në Kosovë që të na bëjnë pjesë përbërëse të kampanjave të tilla ku mund të përfitoj edhe Kosova. Meqë zyrat ndërlidhëse janë në Kosovë për të ndihmuar popullin e Kosovës, mendoj që lufta kundër kancerit është luftë e përbashkët, veçanërisht kur dihet se vdekjet nga kanceri janë shkaktaret kryesor të vdekjeve në mbar botën. Covid-19 na tregoi se ekzistojnë dallime të mëdha në ofrimin e shërbimeve shëndetësore në mes të vendeve të zhvilluara dhe atyre në zhvillim, nxori në pah edhe në fillim egoizmin, ku secili vend luftonte për vete, por më vonë, me njohjen e virusit filloi edhe solidariteti. Një dallim i tillë ekziston edhe në ofrimin e shërbimeve shëndetësore për sëmundjet kanceroze në mes të vendeve të zhvilluara dhe atyre në zhvillim. Meqë bëhet fjalë për sëmundje kronike - kancerin, dallimet e tilla nuk vihen në pah menjëherë, por ato ekzistojnë dhe hendeku është në rritje e sipër. Për kancerin është folur qysh moti, 3000 vite para erës sonë, andaj besoj se ka vend vetëm për solidaritet dhe më shumë bashkëpunim në mes të vendeve në zhvillim dhe vendeve të zhvilluara.

Sa është mbështetur ky program nga Ministria e Shëndetësisë si Institucion implementues i këtij programi?

Ministria e Shëndetësisë, besoj se me kthimin në normalitet nga pandemia, do të vazhdoj mbështetjen si dhe dakordimin në lidhje me prioritetet për kontrollin e kancerit në vendin tonë, në bashkëpunim me të gjithë profesionistët e fushës. Mbase edhe duhet përsëritur që lufta kundër kancerit është luftë e përbashkët e të gjithëve, idetë e secilit do të mund të kontribuonin qoftë në parandalim, detektim të hershëm, diagnostikim, trajtim, kujdes paliativ, me te vetmin qëllim që pacientet tonë të jetojnë më gjatë dhe të kenë një jetë kualitative deri në fund.

A mendoni se program ekzistues duhet plotësuar apo ndryshuar?

Puna e bërë në hartimin e programit ekzistues është për t’u vlerësuar. Aty kanë punuar profesionistë të fushës, të cilët kanë njohur mirë problematiken e sëmundjeve kanceroze në vendin tonë. Është më së normale që programet e tilla me kohën duhet plotësuar dhe përshtatur edhe rrethanave kohore.

Sipas jush, cilët mund të jenë faktorët që vështirësojnë implementimin e masave të parapara me PNKK

Implementimi i programeve të skreningut me qëllim të detektimit të hershëm, pastaj teknikat e reja diagnostike molekulare, procedurat e ndryshme kirurgjike, barërat e reja onkologjike specifike, kanë kosto. Megjithatë, gjithmonë duhet shikuar mundësia e implementimit të programeve duke ju përshtatur rrethanave ekzistuese, në mënyrë që të gjejmë modalitete të përafërta që kanë funksionuar në vende të tjera në zhvillim. Harmonizimi i shërbimeve aktuale, multidiciplinariteti, bashkëpunimi në mes të profesionistëve shëndetësor, bordet tumorale, konsiliumet mjekësore, të gjitha këto rrisin cilësinë e ofrimit të shërbimeve për pacientet me kancer. Ne boten e zhvilluar kjo i takon se shkuarës, ndersa ne duhet te vrapojme për te arritur qëllimet e përbashkëta. Fakti se Kosova ka moshën mesatare të popullatës të re 30.2 vjeç, nuk duhet të na relaksojë. Përkundrazi, koha është në favorin tonë për hartim të programeve gjithëpërfshirëse për parandalim, detektim të hershëm, diagnostikim dhe trajtim, meqë popullata jonë pritet që në vitin 2061 të arrijë moshën mesatare ne 45 vjeç.

Cili është aktualiteti në lidhje me Regjistrin e Kancerit në Kosovë

Kjo pyetje do duhej t’i adresohet institucionit përgjegjës e që është Institutit Kombëtar të Shëndetit Publik në Kosovë. Megjithatë, mendoj që ka përmirësim në raportimin e sëmundjeve malinje viteve të fundit. Kancer regjistri është shumë i rëndësishëm. Të dhënat për incidencen, mortalitetin por edhe për shërbimet kanceroze janë më së të rëndësishme. Këto të dhëna janë të rëndësishme për të kuptuar shtrirjen e kancerit. Përmes një kancer regjistri të mirëfillt do të mund të përcilleshin ndryshimet në incidence dhe mortalitet, e me këtë edhe hartimin e programeve preventive si dhe atyre për trajtim.

Korrespondenca:

dafinaademi@hotmail.com

ORGANIZIMI I ONKOLOGJISË NË BRITANI TË MADHE



Ernesë Gjafa

*Specialiste Onkologe
St Bartholomew's Hospital,
Department of
Medical Oncology, London*

Një ndër lëmitë më sfiduese në mjekësi për mua mbetet Onkologjia. Ndoshta edhe kjo ka qenë arsyeja pse jam orientuar drejt saj. Zhvillimet e reja dhe të arriturat gjatë dekadave të fundit, por madje edhe çdo 5 vite, janë aq të mëdha sa që edhe ne si profesionistë jemi të vetëdijshëm që praktika jonë evolon aq shumë sa që ndërrimet dhe adaptimet në menaxhimin e kancerit janë të pashmangshme.

Këto ndërrime rapide janë bërë të mundura falë studimeve të shumta klinike që bëhen në qendra të njohura universitare në botë, por gjithashtu edhe falë bashkëpunimit mes qendrave duke realizuar pjesëmarrje të qindra mijëra pacientëve, rezultatet e të cilave mundësojnë të ofrojnë mjekime të bazuara në evidencë klinike.

Studimet vazhdojnë si në laboratore me punë shkencore ashtu dhe në klinikat tona duke i rekrutuar këta pacientë për studime klinike dhe duke i përcjellur për së afërmi. Falë këtyre studimeve tani kemi imunoterapitë (PDL and PDL1 inhibitors, CTL4 inhibitors) që përdoren me sukses në kancer të mushkërive, të kokës e qafës, melanoma, kancer të zorrëve me mutacione në BRAF, TKI (inhibitorët e tirozin kinazës) që përdoren në kancer të mushkërive, veshkave, GIST, inhibitorët e PARP që e kanë revolucionarizuar tretmanin e kancerit të vezoreve e sidomos te femrat me mutacion në gjenin BRCA, e shumë tretmaneve tjera që kanë modifikuar menaxhimet e kancerit krahas regjimenteve pak më të vjetra si Kemoterapia/Radioterapia po që tani edhe kombinohen së bashku duke ofruar efikasitet më të lartë.

Të gjitha këto tretmane janë tejet interesante dhe informatat në lidhje me këto protokole janë në dispozicion nga Shoqëria Evropiane e Onkologëve Mjekësor (ESMO), Shoqëria Amerikane e Onkologëve Klinikë (ASCO), si dhe resurse të shumta në internet që mund të lexohen jo vetëm nga profesionistët por edhe pacientët.

Por këtu nuk qëndron dhe bazohet mënyra e edukimit të një onkologu duke marrë parasysh që jo të gjitha vendet e botës kanë mundësi t'i kenë këto tretmane, e jam e vetëdijshme që edhe Kosova bën pjesë në këtë grup. Kjo më shtyu se ndoshta është më e dobishme të shtjelloj se si është e organizuar onkologjia si specializim në një vend si Britania dhe si organizimet në kuadër të departamentit mundësojnë mjekimin e qindra pacientëve me kancere të ndryshme e që mund të shërbej si model për të ardhmen e Onkologjisë në vendin tonë.

Menaxhimi i pacientëve me kancer është kompleks dhe përfshin angazhim multimodal profesionistësh të ndryshëm duke filluar nga ne onkologët, kirurgu, histopatologu, radiologu, infermierët specialistë dhe farmacist. Vetëm me një bashkëpunim kolegial dhe të afërt shërbimet ndaj pacientëve tonë do të jenë superiore.

Edukimi pasuniversitar i një mjeku në Britani është pak sa ndryshe nga vendet tjera të Evropës. Fillohet me dy vite bazë FY1 dhe FY2 (të ashtuquajtura foundation) ku fitohet përvoja katër mujore në specializime të

ndryshme duke përfshirë këtu mjekësinë interne (Gastroenterologji, Kardiologji, Geriatri, Emergjencë, Mjekësi akute, etj.) dhe gjithashtu eksperiencë gjashtë mujore në kirurgji (Ortopedi, Kirurgji të përgjithshme, vaskulare). Pas këtyre dy viteve mjeku i ri orientohet në zgjedhje të mjekësisë interne apo kirurgji/pediatri/mjekësi familjare ose gjinekologji si lëmi klinike.

Në mënyrë që të merret subspecializimi në Onkologji rrugëtimi duhet të fillojë me mjekësinë interne (IMT -internal medical training) e cila zgjatë 2 deri në 3 vite. Gjatë këtyre 2-3 viteve çdo 4 muaj fitohet eksperiencia në lëmi të ndryshme të mjekësisë interne po edhe emergjencën dhe kujdesin intensiv, rotacione të caktuara nga Dekanati që fitohen me një kompeticion mjaft rigoroz për mjekët e rinj.

Gjatë këtyre 2-3 viteve duhet të përfundohen tri provime të mëdha që përfshinë gjithë mjekësinë MRCP 1+2 dhe PACES duke ia mundësuar mjekut t'i arrijë kompetencat e internistit dhe emërimin si pjesëtar i Kolegjit Mbretëror të Fizicientëve (RCP).

Ky provim dhe trajnim dëshmon se çdo mjek është kompetent t'i menaxhoj çoftë prezantimet akute po edhe kronike të pacientëve të ndryshëm e jo të fokusohet vetëm në subspecializimin e tyre. Pas kësaj pason konkurrimi për subspecializim në Onkologji që përfshin një kompeticion rigoroz duke marrë parasysh që numri vjetor në tërë Britaninë është diku 30-35 specializantë për Onkologji Mjekësore (Medical Oncology), përafërsisht i njëjtë edhe për Onkologji klinike (Clinical Oncology). Konkurrenca është jashtëzakonisht e madhe, një krahasim relevant do ishte që psh. në Londër jepen përafërsisht 10 numra specialistik në vit në Onkologji Mjekësore, e diku 450 numra në mjekësi familjare.



Fotografia 1. Spitali St Bartholomew's është spitali më i vjetër në Britani të Madhe që ka një histori të lashtë dhe daton nga shekulli i XII (1123). Ndërtesat e këtij spitali e kanë përballuar edhe flakën e madhe të Londrës ku qendra është shkatërruar plotësisht në vitin 1666 e edhe bombardimet nga Lufta e Dytë botërore

Këto specializime janë të ndara vetëm në Britaninë e Madhe. Onkologjia Klinike në një vend tjetër do të quhej Onkologjia e Rrezatimit, por tek ne përpos rrezatimit mjekët mund të ofrojnë edhe kemoterapi, imunoterapi dhe tretmane tjera. Është shumë e dobishme kur tretmani përfshin të dy ose tre modalitetet. Specializimi zgjatë 5 vite nëse nuk ndërpritet për shkak të përfundimit të PhD-së apo MD-së në mënyrë që t'i kushtohet kohë shkencës/

hulumtimit, dhe pas 2 provimeve (FRCR 1 dhe FRCR 2) në kuadër të specializimit mjeku bëhet pjesëtar i Kolegjit Mbretëror të Radiologëve (FRCR).

Specializimi në Onkologji Mjekësore zgjatë 4 vite gjithashtu me studime shkencore deri në 7-8 vite. E përfshinë provimin specialistik në përfundim të së cilit emëroresh pjesëtar në RCP në Onkologji. Onkologjia Mjekësore merret me të gjitha modalitetet e tretmanëve pos me rrezatim. Bazë i ka studimet klinike dhe ato i drejton në të gjitha qendrat akademike.

Ky është pak a shumë rrugëtimi i një Onkologu në Britaninë e Madhe, që merr diku 10-15 vite punë pas diplomimit në Mjekësisë duke përfshirë studime, kompetenca, të arritura shkencore, publikime, etj., dhe kurorëzohet me titullin Konsulent (Consultant) si grada më e lartë e një mjeku duke përjashtuar titujt shkencorë.



Fotografia 2. Spitali St Bartholomew's është qendër specialiste terciare për Kardiologji dhe Onkologji. Është institucion akademik i lidhur me Queen Mary University. Rishtazi edhe Princi i ndjerë princ Philip është mjekuar këtu që e bëri që ky spital të shihet edhe më shumë në media

Onkologu sipas të lartpërmendurës është edhe internist dhe duhet ta menaxhoj pacientin edhe jashtë kornizave të kancerit dhe tretmanëve onkologjike. Kjo si tërësi është më adekuate për pacientin; tretmani që jepet është shumë më optimal në mënyrë që ata mos të kalojnë prej një mjeku në tjetrin për arsye shume të vogla, që rezultojnë çoftë nga vet kanceri apo tretmanet. Në kemi bashkëpunim të ngushtë më të gjithë specialistët tjerë edhe kur gjërat janë më të komplikuar ata thirren në ndihmë, madje edhe shumë herët.

Onkologjia mbetet si specializim që punon në kuadër të ekipit multidisiplinar dhe kjo spjegohet nga vet fakti që çdo pacient i ri fillon rrugëtimin e tij pasi që është diskutuar në MDT (Takimi i Ekipit Multidisiplinar), bord që përfshinë onkologun (mjekësor dhe klinik), kirurgun, radiologun, histopatologun dhe infermierët specialistë.

Aty diskutohet plani përkatës dhe Onkologu e sheh pacientin vetëm atëherë mbasi i është konfirmuar diagnoza nga kirurgu apo mjeku që e ka referuar për biopsi (jo nga histopatologu, radiologu, infermieri, etj). Nuk ndodhë që ne të shohim pacientin i cili nuk di për diagnozën e tij, medoemos sqarime detajore jepen në prezencë të infermieres së specializuar.

Çdo onkolog mjekon 1-2 lloje të tumoreve, e rrallë herë të tretin. Grupet e mëdha të tumoreve përfshijnë: kancerin e gjirit, mushkërive, gastrointestinale të epërme (oesofagu, lukthi, melqia dhe pankreasi) dhe të poshtme (zorrët e holla dhe të trasha), dhe grupet më pak të mëdha si gjinekologjike, urologjike, kokë

/qafë si dhe ato më të rralla si tiroid, truri, NET, adrenal, tumoret embrionale (germ cell), sarkomat, etj. Kombinimet përfshijnë një grup të tumorit të madh dhe një më të rrallë.

Është e pamundur ta ndjekësh hapin e të arriturave shkencore në Onkologji nëse zgjerohesh të mjekosh më shumë se dy lloje të tumoreve. Me këtë bëhet e çartë edhe për kolegë, pacientë, infermierë, farmacistë e opinionin e gjerë se kush mjekon cilin tumor dhe te gjithë kanë mundësi të shkëlqejnë në ekipin e tyre.



Emra të mëdhenj në mjekësi janë pjesë të historisë së këtij spitali siç është Zt Percival Pott (1714- 1788) kirurg që njihet si babai i Ortopedisë, Zt James Paget (1814 –1899) kirurg e patolog që ka emëruar sëmundjen Paget (Paget's disease) e të panumërt të tjerë që me krenari tregojnë që janë pjesë e këtij institucioni akademik.

Edhe unë mbetem njëra nga ata që kam pas fatin të përfundoj specializimin në Onkologji në kuadër të spitalit St Bartholomew.

Një qendër specialiste përfshin repartin për pacientët që kanë nevojë për hospitalizim çoftë për shkak të tretmanëve shumë ditëshe që duhen monitoruar për së afërmi, komplikime të tretmaneve apo të sëmundjes. Përfshinë repartin ditor ku jepen tretmanet dhe mbikëqyret nga mjeku i ditës, shumë infermierë dhe farmacistë. Klinikat e organizuara tri herë në javë për tumore të caktuara, AOS (Acute Oncology Service) që i përcjellë pacientët onkologjik që prezantojnë në spitale periferike dhe mjekët komunikojnë me ekipin amë, CAU (Clinical Admission Unit) që punon sipas orarit 8-20 ku shihen pacientët me komplikime akute si infeksionet, çrregullimet e elektroliteve, embolite, kompresione të boshitit spinal dhe të gjitha komplikimet të lidhura me kancer apo terapi. Ky departament mbikëqyret nga 2 mjekë specializantë (1 onkolog dhe një internist më i ri), si dhe së fundi shërbimi 24 orë për pacientë që udhëhiqet nga infermieri/a specialist (hotline) në telefon dhe është në dispozicion për gjithë pacientët. Ata mund të thërrasin dhe të konsultohen nëse kanë probleme për shkak të terapisë dhe pas komunikimit me mjekët vendoset ose të hospitalizohen apo këshillohen si t'i menaxhojnë shenjat dhe simptomat e tyre në shtëpi.

Kjo e përbënë një sistem të avansuar të menaxhimit të pacientëve në Onkologji dhe krijimit të një raporti të afërt me pacientë dhe bashkëpunim të ngushtë me kolegë.

Literatura:

1. Joint Royal Colleges of Physicians Training Board- Training pathway in Medical Oncology
2. <https://www.rcr.ac.uk/clinical-oncology> - Royal College of Radiologists- Training pathway in Clinical Oncology
3. Joint Royal Colleges of Physicians Training Board (Internal Medicine Training (IMT)

ZBULIMI I HERSHËM - MBIJETESË



Nafije Latifi

Shoqata Jeta Vita

Qendra Kosovare për Luftimin e Kancerit të Gjirit “JETA/VITA” është themeluar në vitin 2006, kur mungonte informata, ndërgjegjësimi, diagnostikimi dhe trajtimi, kur nuk kishite as onkologë të specializuar, as institucion onkologjik, prandaj kjo temë në popullatë ishte gati tabu.

Ideja për themelimin e kësaj Qendre u realizua rreth dy vite pas përballjes sime me këtë sëmundje dhe gjithë atyre problemeve për t’u diagnostikuar dhe trajtuar, gjithë atyre dilemave, çka të bëjë, ku të shkoj, te kush, a din, a mundet, a do t’ia dal...? Kur u këndella pak për vete, mendova...çka bëjnë të tjerat që nuk e kanë informatën, familjen time, mundësitë materiale, miqtë e mijë? Dëshiroja t’i takoja ato gra nëpër ordianca, ku duhej shkuar për kontrolla të vazhdueshme, të pijmë një kafe, të qajmë hallet tona.

Ndoshta do t’ju duket rrëfim paksa i personalizuar i një pacienteje, asokohe 54 vjeçe, gazetare në kulm të karrierës; që rrëfen shokun, vuajtjen, trajtimet në Gjermani, Shkup e Prishtinë, ditët e netët pa vullnet e përmbajtje, situata pa mundësi të llogaritjes së ditëve të ardhshme. Ky ishte realiteti im.

Nisma - përsëri ishte familja ime, miqtë, por edhe ekspertet mjekësore që e ndihmuan punën. Pasi kisha hulumtuar për përvojat që bëheshin nëpër botë, mendova se kjo ishte mënyra e duhur për ti dhënë zë. Filluam me protestë në Ditën e Gruas, 8 Mars, para hotelit Grand. Qindra gra që vinin për të festuar me lule në dorë, e ne, disa vullnetare me një pankartë të madhe 2 x 3 m, refuzonim lulet dhe kërkonim më shumë kujdes për shëndetin tonë, shpërndanim fletëpalosjet e para me udhëzime si të bëhen vetëkontrollat dhe kontrollat mjekësore, dhe merrnim nënshkrime peticioni me tre kërkesa për t’ua drejtuar përgjegjësve shëndetësore.

Kërkesat - TRI, që as sot pas 15 vitësh nuk do të ishin me të qëlluara:

1. Hartimi i strategjisë kombëtare për luftimin e kancerit të gjirit,
2. Përfundimi dhe funksionalizimi i Institutit Onkologjik
3. Sigurimi i një Autoambulance mobile me mamografi e ultrazë.

Informata në çdo shtëpi

Fitimi i grantit të parë nga Ambasada Amerikane, mundësoi funksionalizimin e Qendrës si dhe mbajtjen e 20 punëtorëve nëpër komuna, hartimin e fletëpalosjeve dhe dy broshurave 40 faqëshe, me udhëzime të ekspertëve mjekësore për mënyrën e diagnostikimit dhe trajtimit të kancerit të gjirit, në gjuhën shqipe e serbe.

Sapo përfundoi projekti i parë, patëm fatin që në Ambasadën Amerikane, në vitin 2007 erdhi me shërbim znj. Karyn Posner-Mullen, një entuziaste me përvojë në këtë fushë, e cila na ofroi grantin e dytë dhe më të cilën realizuam të gjitha aktivitetet e rëndësishme. Ajo themeloi Iniciativën Ballkanike për Kancer të Gjirit, BCCI, solli në Kosovë personalitete të rëndësishme, siç ishte Dr.Balash Bodai, ndihmoi Konferencën e parë për Kancer të gjirit në Telemjekësi, mbajtjen e Konferencës Ndërkombëtare të Onkologëve - ku u lansua pulla postare me simboliken e kancerit të gjirit, me qëllim të krijimit të një Fondacioni.

Në muajin **Tetor**, muajin ndërkombëtar të Luftimit të Kancerit të Gjirit, për herë të parë u mbajt manifestimi informativ-kulturor dhe ecja me moto Zbulimi i hershëm - mbijetesë, manifestim ky që QKLGJ JETA/VITA e ka bërë tradicional dhe e organizon çdo vit në Prishtinë dhe komuna të tjera.

Pra, e nisëm me qëllimin më të mirë dhe, përkundër sfidave të shumta, e bëmë realitet synimin që informata dhe ndërgjegjësimi për kancerin e gjirit të arrijë në çdo shtëpi, tek mijëra gra përmes fjalës së gjallë, me informata të ekspertëve mjekësorë, me fletëpalosje, broshura, më me shumë se 80 punëtorë, në të gjitha komunat e Kosovës. Qëllimi është që sëmundja të zbulohet sa me herët, në fazat e para, kur mbijetesa është me e gjatë e më cilësore, kur trajtimet janë me të lehta e më të pakta, e kur shpenzimet janë me të vogla, si për familje ashtu edhe për shoqërinë.

Dhe, për gjithë këto 15 vite nuk është ndalur përpjekja e QKLGJ JETA/VITA, duke prezantuar e lobuar në institucionet relevante, të çdo Kryeministër, Ministër i shëndetësisë, deputet, për gjendjen e vështirë të pacienteve që atakohen me këtë sëmundje dhe duke bërë përpjekje të singërta, në ndihmën e grave, atyre që sapo janë përballur me sëmundjen, por edhe një numri të madh që mbijetojnë për vite, se sukcesi mund të arrihet vetëm me kujdes të shtuar të institucioneve përgjegjëse, me më shumë shërbime shëndetësore, profesionistë, pajisje dhe barna. Në vazhdimësi kemi kërkuar partneritet më të fuqishëm midis të sëmurve dhe mjekëve, midis popullatës e politikës, midis mediave e opinionit – për sensibilizim, humanizim dhe fuqizim të shoqërisë kosovare, për një mision të përbashkët, mision të mundshëm – të luftimit të kancerit të gjirit.

Tri vitet e kaluara, para pandemisë, kemi pasur bashkëpunim të ngushtë me Shoqatën e Onkologëve të Kosovës, me të cilët gjatë muajit **Tetor**, Muajit Ndërkombëtar i Kancerit të Gjirit, organizuam punëtorë në 26 qendra komunale të Kosovës, ku qindra pjesëmarrës, gra e burra, morën informata si mund të zbulohet e trajtohet kanceri i gjirit, si të fitohet beteja me këtë sëmundje, sepse kjo nuk është luftë vetëm e grave por e tërë familjes e shoqërisë.

Korrespondenca:

revistamjeku@omk-rks.org

Klinika onkologjike-adresë e trajtimit dhe mirëkuptimit

Në vitin 2010 filloi punën Instituti Onkologjik, adresë ku pacientet tonë gjejnë mirëkuptimin më të madh dhe kanë vetëm fjalë miradije për mjeket – onkologë e radiologë, si dhe stafin e mesëm, të gjithë të përkushtuar, që bëjnë përpjekje për t'i shëruar, dhe për t'ua bërë më të lehta trajtimet e vështira pacienteve me kancer të gjirit. Por, ngarkesat e mëdha dhe të përditshme me numër të madh të pacienteve në hapësira të kufizuara dhe staf të pamjaftueshëm, mungesa e aparaturës e në veçanti e barnave, janë pengesa serioze për trajtimin me dinjitet të pacienteve të Klinikës së Onkologjisë.

Nga QKLGJ JETA/VITA në vazhdimësi bëhen kërkesa në drejtim të përgjegjësve të politikave shëndetësore që nëpër QMF të komunave të sigurohet staf profesional për të bërë diagnostikim më të hershëm me ultrazë dhe mamograf, të krijohen kushte që të mos ketë pritje të gjata për intervenim kirurgjik si dhe për trajtime onkologjike, të krijohen kushte që pacientët me kancer të gjirit të kenë mbështetje shumë të nevojshme psikosociale dhe fizioterapeutike në Institucionet ku trajtohen.

Përveq esencialeve, kërkohet që të kenë qasje edhe në pajisjet ndihmëse që pas trajtimit të mos ndjehen keq pa flokë, dhe pa proteza e gjoksore, gjë që rëndon shumë gjendjen psikike të tyre. Shpenzimet për këto nevoja nuk janë aq të mëdha dhe do të mund të siguroheshin nga Institucionet përgjegjëse, siç ndodh edhe në të gjitha vendet e regionit, në mënyrë që të mos presim vetëm lëmoshat e personave dhe shoqatave vullnetmira.

Edhe për të themeluar e zhvilluar aktivitete në një Qendër si kjo jona nuk është aq e lehtë. Gjatë tërë këtyre viteve kam njohur shumë gra të sëmurura, në spitale, ordianca, punëtori, e takime të çdo ditshme, sepse, duke mos ditur çka të bëjnë, ato paraqiten në telefonin tonë. Janë të pafund rrëfimet, është një dhembje njerëzore që përjetohet në mënyra të ndryshme. Më së shumti më kanë goditur vajzat e reja, në pritje të themelimit të familjeve të tyre, nënat e reja me fëmijë të vegjël, me brengen e madhe për ta, për rritjen e të ardhmen e tyre, gratë në moshë, të pafuqishme e barrë e fëmijëve e familjeve të tyre. Pastaj, çdo njëra veç e veç... Disa prej tyre nuk janë më por, janë në telefonin tim dhe më përkujtojnë vazhdimisht fytyrat e fatet e tyre. Nuk është e lehtë!

Mamografia mobile - Konsultat që shpëtuan shumë jetë

Në **tetor** të vitit 2014, pas një përpjekje të jashtëzakonshme, u realizua projekti kyq, i planifikuar në start të punës së QKLGJ JETA/VITA. Falë angazhimit të Grupit të Grave Parlamentare, u sigurua Autoambulanca

mobile me mamograf, që gjatë kësaj kohe, përkundër pengesave teknike, ka arrit të vizitohet të gjitha komunat e Kosovës dhe të bëjë kontrollin mamografik, depistimin e mijëra grave, aq sa nuk janë bërë më të gjithë aparaturat mamografike statike të Qendrave të Mjekësisë Familjare nëpër komuna. Gjatë kësaj periudhe, fal veprimtarisë të pandalur të shoqërisë civile në radhë të parë, që informata dhe ndërgjegjësimi për sëmundjen e kancerit të gjirit të arrijë në çdo mjedis si dhe punës të palodhshme të stafit të Repartit të Radiologjisë, interesimi i grave ishte i jashtëzakonshëm, dhe si rezultat u zbulua një numër i konsiderueshëm i grave me probleme të gjirit.

Nga tri kërkesat që i parashtrua me rastin e themelimit të Qendrës, edhe sot mbeti i porealizuar hartimi i strategjisë kombëtare për luftimin e kancerit të gjirit, por një strategji e tillë nuk ekziston as për luftimin e sëmundjes së kancerit në përgjithësi në Kosovë.

Pas përcjelljes 17 vjeçare të kësaj problematike, nuk mund të mos e theksoj bindjen time të thellë, se në asnjë fushë nuk janë bere lojëra aq të shumta të politikëbërësve, siç ka ndodhur me Ministrinë e Shëndetësisë, ku për vite me radhe janë zgjedhur udhëheqës jokompetente që me veprimet e tyre jo vetëm që e kanë dëmtuar politikën shëndetësore të Kosovës, nga e cila në masë shumë të madhe ka pësuar popullata, por gati të gjithëve iu është ndërprerë mandati dhe janë përballur me gjykata për shkak të keqpërdorimeve edhe me atë buxhet të kufizuar, i cili është ndarë për nevojat e qytetarëve. Për organizim të punëve e për thithje të donacioneve as që bëhet fjalë.

Këto dështime të politikave shëndetësore kanë bërë që në Kosovë të mos ketë një Qendër të Shërbimit Paliativ, hallka me e ndjeshme e problemeve me të cilat ballafaqohet popullata e sëmurë nga kanceri. Vetë sëmundja është e rëndë, zakonisht diagnostikohet në stadi më të vonshme, kur trajtimi është i gjatë dhe i mundimshëm - intervenim kirurgjik, kimioterapi, radioterapi, terapi hormonale etj. që flasin për rraskapitjen e pacientes dhe familjes së saj e cila është e detyruar ta përcjellë e mbështesë në çdo hap. Por në fazat terminale të sëmundjes, në mungesë të një Qendre për trajtim paliativ, traumat nëpër të cilat kalojnë këta të sëmurë bashkë me familjarët e tyre janë shumë të rënda dhe jodinjitoze.

Njerëzit e vullnetit të mirë

E vetëdijshme për natyrën shkencore e profesionale të Revistës MJEKU, kërkoj mirëkuptim që të shpreh mirënjohjen time të madhe për të gjithë njerëzit vullnetmire të cilët na kanë ndihmuar në realizimin e misionit tonë, për vite me radhë.

Së pari falenderoj, mediat elektronike dhe të shkruara, të cilat kanë përcjellë mesazhin

informativ e ndërgjegjësuës në çdo cep të Kosovës.

Falenderoj komunitetin artistik, në krye me regjisoren Burbuqe Berisha, e cila çdo **Tetor**, Muaj Ndërkombëtar të Luftimit të Kancerit të Gjirit, përgatitë video promovuese me mesazhe vetëdijësuese, ku marrin pjesë aktoret, këngëtarët dhe sportistat tanë më të shquar, të shfaqen falas në të gjitha radiotelevizionet e Kosovës, ditë me radhë në terminet më të përcjellura.

Në fund dëshiroj t'i falënderohem individëve dhe kompanive të cilët kanë ndihmuar shoqatën dhe me kontributin e tyre kanë vërtetuar se **ÇDO HERË MUND TË BËHET PUNË, KUR EKZISTON VULLNETI !!!**

AKSIONI I AMC PËR PARANDALIMIN E KANCERIT TË QAFËS SË MITRËS



Edea Blyta

Doktor i Mjekësisë

Që nga viti 2009 OJQ “Aksioni për nëna dhe fëmijë” (AMC) ka për qëllim uljen e shkallës së vdekshmërisë së foshnjave dhe mirëqenien e nënave dhe fëmijëve në vendin tonë.

Vlorian Molliqaj, Drejtor Ekzekutiv për Organizatën “Aksioni për nëna dhe fëmijë” tregon se fillimisht kanë qenë të fokusuar në QKUK dhe spitale rajonale konkretisht në Klinikën e Gjinekologjisë dhe Neonatologjisë, për shkak që këto ndërlidhen ngushtë me shëndetin e nënave dhe foshnjave.

Projektet e AMC-së ndahen në katër fusha zhvillimore për të përmbushur misionin e shpëtimit të sa më shumë jetërave të nënave dhe fëmijëve në Kosovë: edukimi, avokimi, mbledhja e fondeve dhe hulumtimi.

“Programi i skriningut të kancerit të qafës së mitrës, ka filluar si pilot projekt në vitin 2016. Fillimisht është implementuar në Komunën e Prishtinës, dhe prej atij viti vazhdon edhe sot falas i mbështetur nga UNFPA në Kosovë.” – Vlorian Molliqaj shton se depistimi u realizua përmes metodës së PAP testit në nivelin e kujdesit shëndetësor primar.

niveleve të kujdesit shëndetësor primar, sekondar dhe terciar, sidomos midis qendrave të mjekësisë familjare, laboratorëve të patologjisë në spitalet rajonale dhe Institutit të Patologjisë në Qendrën Klinike Universitare të Kosovës.

Drejtori i AMC-së thotë se “përveç leximit të mostrave që bëhet në laboratore, ne kemi bërë edhe leximin e dyfishtë të mostrave për të ngritur cilësinë dhe të verifikojmë dhe njëherë rezultatin kështu që çdo 3 muaj, mostra pasi që është lexuar e sjellim në Prishtinë dhe lexohen edhe njëherë në Prishtinë, për të identifikuar në qoftë se ka gabime dhe për ta zvogëluar probabilitetin e gabimeve në të ardhmen”.

Brenda këtij trajnimit për ndërtimin e kapaciteteve është edhe përgatitja për profesionistët shëndetësor mbi përdorimin e aplikacionit e-Pap Test, që digjitalizon informacionin dhe statistikën administrative, duke rritur më tej cilësinë e programit.

Nevoja për programin për t’u zgjeruar në komuna të tjera është e dukshme për faktin se nga 2245 gra që iu nënshtruan skriningut me PAP test në vitin 2019, 180 prej tyre ishin nga komuna jashtë programit.



Programi është zgjeruar në komunën e Prizrenit, Mitrovicës dhe Pejës përkatësisht në vitin 2018, 2019 dhe 2020 dhe synon të zgjerohet edhe në qytetet e tjera të Kosovës.

Rreth 9.000 gra të moshës 21 deri në 65 vjeç janë kontrolluar për kancer të qafës së mitrës në këto komuna pa pagesë, dhe është vërejtur se disa nga këto gra erdhën për testim edhe nga komunat përreth si Obiliq, Vushtrri, Fushë Kosovë dhe Besianë.

Ndërgjegjësimi i popullatës është realizuar përmes mesazheve SMS për gratë nga moshja 21-65 vjeç dhe kanë vazhduar përpjekjet përmes aktiviteteve si ligjërata në shkolla, në institucione publike dhe prezencën e mediave, TV, radio si dhe platformave online.

Trajnimi për ndërtimin e kapaciteteve në lidhje me zhvillimin dhe zbatimin e projektit u është ofruar vazhdimisht anëtarëve të komisionit. Poashtu, ka pasur një bashkëpunim të vazhdueshëm ndërmjet

“Ju bëjmë ftesë grave që të bëjnë PAP testin, sepse zbulimi i hershëm ju shpëton jetën!” – Vlorian Molliqaj AMC

Qëllimi i Fondacionit AMC është që të rritet mbulueshmëria në të gjithë Kosovën dhe falenderojnë të gjithë profesionistët shëndetësor duke filluar nga mamitë, infermieret e deri të mjekët familjar dhe gjinekologët për gatishmërinë dhe mbështetjen e pahezitueshme në këtë program.

“Të gjitha gratë që nuk janë pjesë e komunave të programit tonë, dhe nuk i kanë kushtet të kryejnë PAP testin në sektorin privat, i ftojme të caktojnë terminin për skrining me PAP Test.” Vlorian Molliqaj, AMC

Vegëza:

https://www.who.int/health-topics/cervical-cancer#tab=tab_1

Korrespondenca:

blytaeada@gmail.com

MAMOGRAFIA MOBILE



Ardian Biçaku

*Specialist Radiolog
Klinika e radiologjisë
SHSKUK*

Mamografia mobile

Mamografia mobile, ose mamografia lëvizëse nënkupton ofrimin e shërbimit të ekzaminimeve mamografike që realizohen me aparat të njëjtë sikurse mamografët në institucionet shëndetësore ose mamografët statik, por që është i vendosur në automjet lëvizës dhe përdoret për skringing të kancerit të gjirit (KGJ).

Mamografia mobile në Kosovë është inauguruar në Tetor të vitit 2014. Është iniciuar nga Grupi i Grave Deputete (GGD) të Legjislaturës së IV të Kuvendit të Kosovës në bashkëpunim me Qendrën Kosovare për Luftimin e Kancerit të Gjirit Jeta/Vita, të cilët kanë grumbulluar fondet për blerjen e njësisë së mamografit mobil të cilat janë siguruar nga donacionet nga organizatat qeveritare dhe joqeveritare vendore dhe të huaja si dhe nga donatorët individual. Implementimi i shërbimit të mamografisë mamografisë mobile është realizuar përmes projektit “Ma-Mo 1” i cili është udhëhequr nga Diagnostika e Gjirit në Klinikën e Radiologjisë në Qendrën Klinike Universitare të Kosovës (QKUK) deri në fund të vitit 2019. Për shkak të pandemisë, përkohësisht projekti i mamografisë mobile është ndërprerë dhe presim që të rifilloj së shpejti.

Nevoja për mamografi mobile

Shërbimi i mamografisë mobile është strategji për përmirësimin e dallimeve në qasje të femrave në skringing për KGJ, duke ofruar pa pagesë këtë shërbim në fshatra dhe në qytetet të cilat nuk kanë mamografi dhe në këtë mënyrë zvogëlon dallimet regionale në qasje për mamografi, eliminon shpenzimet si dhe zvogëlon barrierat e udhëtimit për këtë shërbim.

Nëse i referohemi të dhënave të mbulueshmërisë së Kosovës me mamografi në vitin 2014, në atë kohë, në sektorin publik kanë ekzistuar 11 kabinete të mamografisë por të kualitetit teknik dhe operacional si dhe të kapaciteteve kadrovike të kufizuara. Objektivat kryesore të projektit “Ma-Mo 1” kanë qenë që të ofrojë ekzaminime kualitative mamografike në regionet që nuk janë të mbuluara me këtë shërbim, të inkurajojë femrat për ekzaminim mamografik, të ngrit vetëdijësimin për detektim të hershëm për KGJ, dhe të mblidhen shënime mbi gjendjen aktuale të mamografisë dhe diagnostikimit të patologjive të gjirit në Kosovë. Gjithashtu, implementimi i këtij projekti ishte i koordinuar me objektivat e Programit Nacional për Kontroll të Kancerit.

Dinamika e mamografisë mobile

Implementimi i projektit “Ma-Mo 1” në regionet jashtë Prishtinës ka filluar në Shkurt të vitit 2015, dhe ka vazhduar deri në fund të vitit 2019, ndërsa për shkak të pandemisë, në bazë të rekomandimeve ndërkombëtare për mamografi në kohë të pandemisë, si dhe të Institutit Kombëtarë për Shëndetësi të Kosovës ky shërbim përkohësisht është ndërprerë.

Gjatë këtyre katër viteve mamografi mobil ka vizituar 34 komuna/lokalitete të ndryshme (nga 38 komuna sa janë në Kosovë), në përjashmim të komunës së

Pejës e cila ka një shërbim kualitativ mamografik, si dhe tre komunave veriore të banuara kryesisht me popullatë jo-shqiptare/serbe (Mitrovicë, Leposaviq, Zveçan), ku realizimi i projektit me gjithë insistimin tonë nuk është arritur. Janë realizuar mbi 11000 mamografi ose rreth 5% të numrit të përgjithshëm të femrave të grupmoshës mbi 40 vjeçare (bazuar në regjistrimin e popullatës së vitit 2011). Me një organizim të mirëfilltë me autoritetet shëndetësore dhe komunale lokale, përmes këtij projekti janë ofruar shërbime mamografike të femrat nga rreth 600 fshatra të Kosovës, ndërsa nga numri i përgjithshëm i ekzaminimeve, 41% të femrave të ekzaminuara janë nga zonat rurale. Rreth 14% të femrave të ekzaminuara i takojnë nacionaliteve jo-shqiptare që tregojnë për gjithëpërfshirshmërinë e këtij projekti. Nga të dhënat tona, mbi 80% të femrave të moshës mbi 40 vjeçare në Kosovë nuk kanë bërë mamografi asnjëherë më parë. Kjo e dhënë shqetësuese do të duhej të fuqizonte përkrahjen e kampanjave mbi vetëdijësim të femrave për zbulimin e hershëm të KGJ dhe rolin që ka mamografia në këtë drejtim. Nga numri i përgjithshëm i ekzaminimeve, janë detektuar 109 raste të reja me KGJ.



Figura 1. Dita e parë e punës në terren. (në foto: Prof. Ilaz Bunjaku, inf. Zejnepe Paci, inf. Ganimete Canolli).

Deri në vitin 2017, shërbimi i mamografit mobil për kah numri i ekzaminimeve ka realizuar numrin më të madh të mamografive krahasuar me të gjitha kabinetet e mamografive statike në territorin e Kosovës dhe me të drejtë mund ta quajm si qendra më e madhe e mamografisë në Kosovë. Këtë epitet e “humb” pas realizimit të projektit “Ma-Mo 2” i cili përfshinë krijimin e qendrës referente për diagnostikë të gjirit në QKUK, e cila sot ofron të gjitha shërbimet imazherike për diagnostikë të gjirit (ultrazërin, mamografinë, rezonancën magnetike të gjirit) si dhe metodat diagnostike minimalisht invazive (biopsitë aspirative më gjilpërë të hollë – FNAB, core-needle biopsitë – CNB, lokalizimet me tel – Wire localization,

galaktografinë). Ky evolucion i projektit të mamografit mobil ishte i natyrshëm dhe i domosdoshëm për zhvillimin e mëtejshëm të diagnostikës së gjirit.

Numri i profesionistëve që janë angazhuar për të realizuar mamografinë mobile

Natyrë e punës në terren dhe lokalitete të ndryshme, si dhe specifikat e operimit të njësisë së mamografit mobil kërkojnë që përveç radiologut dhe teknikëve të radiologjisë, i nevojshëm është edhe stafi mbështetës që përfshinë shoferët për lëvizje të njësisë dhe ekipës së stafit shëndetësorë, si dhe ekipin e inxhinierëve të elektrikes për çështjet teknike në lokalitete të ndryshme. Në këtë projekt kanë qenë të angazhuar të gjithë radiologët e diagnostikës së gjirit, që përbën numrin prej 8 radiologëve, gjashtë teknik të radiologjisë të aftësuar për punë me aparaturën mamografike, si dhe shoferët dhe ekipa e inxhinierëve të elektrikes që janë angazhuar nga shërbimet e QKUK-së, ndërsa nga lokalitetet dhe komunat ku ka operuar mamografi mobil është kërkuar mbështetja me infermier për organizimin e çështjeve administrative. Organizimi i punës ditore është bërë në ekupe prej një radiologut, dy teknikëve të radiologjisë si dhe shoferit, ndërsa gjatë ndërrimit të lokalitetit apo kërkesave teknike në terren është angazhuar ekipi i inxhinierëve. Çdo ditë punë janë realizuar rreth 15 ekzaminime mamografike. Në disa komuna është angazhuar radiologu dhe tekniku i radiologjisë nga institucionet lokale shëndetësore, dhe kjo ka mundësuar shkëmbimin e përvojave profesionale si dhe edukimin profesional të teknikëve lokal për punë me mamografi.

QKMF Fushë Kosovë 2016.

Mamografët mobil në Kosovë

Aktualisht në Kosovë ekziston vetëm një njësi e mamografisë mobile. Mirëpo, përvojat e punës së mamografisë mobile dhe të dhënat e mbledhura mbi gjendjen në terren, në disa komuna kanë ndikuar në iniciimin e procedurave të sigurimit të mamografëve statik për Qendrat e Mjekësisë Familjare (QMF) dhe spitale regionale. Për dallim nga viti 2014, sot në Kosovë janë 15 mamograf statik në komuna të Kosovës në shëndetësi primare dhe sekondare të cilët janë operacional nga aspekti teknik dhe kadrovik. Suksesi i projektit të mamografisë mobile ka bërë impakt revolucionarë tek vendimëmrërsit në mbështetje të projekteve për të siguruar mamograf statik. Për hir të historikut të mamografisë në Kosovë, do të përmendi që mamografia e parë në Kosovë është realizuar me 8 Mars të vitit 1985.

Grupmosha që i nënshtrohet kësaj procedure

Femrat e moshës mbi 40 vjeçare duhet të bëjnë skringing mamografi çdo vit, këto janë dhe rekomandimet e grupit punues të Programit Nacional për Zbulimin e hershëm të kancerit të gjirit në kuadër të Bordit Nacional për Kontrollë të Kancerit të Ministrisë së Shëndetësisë i cili është përpiluar në bashkëpunim me organizatën Action for Mothers and Children (AMC). Për të kuptuar kriteret e veçanta për mamografi, së pari duhet të dallojmë mamografinë skringing nga mamografia diagnostike. Derisa mamografia skringing bëhet në mënyrë rutinore për zbulimin e hershëm të KGJ te femrat të cilat nuk ka ndonjë simptom të dyshimtë, mamografia diagnostike bëhet në rastet kur pacienti ka ankesa dhe simptome apo shenja klinike për sëmundje të gjirit ose pasi që në mamografinë skringing hasen të gjetura suspekte. Vlerësimi me mamografi diagnostike përfshinë projeksione shtesë mamografike si dhe aplikim të metodave tjera plotësuese imazherike si ultrazërin dhe rezonacën magnetike të gjirit. Skringing mamografia mund të bëhet edhe të grup-mosha 30-40 vjeçare në rastet kur kanë anamnezë familjare pozitive, pra anëtarë të familjes së



ngushtë (motra, nëna) me KGj të diagnostikuara para moshës 50 vjeçare dhe vlen rregullisht i “10 vjetëshit”, pra nëse familjari i saj është diagnostikuar në moshë 43 vjeçare, ajo mund të fillojë skringun nga moshë 33 vjeçare (10 vite më herët). Skringing mamografia nuk aplikohet te femrat në laktacion dhe te shtatzënat. Skringing mamografia unilaterale aplikohet dhe te femrat që kanë pasur mastektomi kontralaterale, ndërsa nuk aplikohet te rastet me lumpektomi apo pas trajtimit me radioterapi – këto raste do të vlerësohen me mamografi diagnostike dhe metoda plotësuese imazherike. Femrat me implante në gjinjë i nënshtrohen projeksione të veçanta mamografike andaj duhet të koordinohen për mamografi diagnostike dhe metoda tjera imazherike.

Skringing mamografia nuk bëhet te femrat nën moshën 40 vjeçar për shkak të densitetit të lartë të parenkimës së gjirit në këto moshë. Densiteti i lartë ulë sensitivitetin e mamografisë në detektim të KGj.

Në situatat kur evidentohen simptome të KGj përveç mamografisë diagnostike aplikohen edhe metodat tjera imazherike (ultrazëri, rezonanca magnetike e gjinjëve).

Shkalla e mbulimit të territorit të Kosovës me mamografi mobile

Mamografi mobil si njësi e vetme nuk është i destinuar për mbulimin e tërë territorit të Kosovës, por do të ishte i përshtatshëm për mbulimin e zonave ku nuk ka mamograf statik për momentin, dhe gjithashtu për shkak të lëvizshmërisë së kësaj njësie, do të mund të shfrytëzohej si njësi shtesë në kapacitetet ekzistuese, nëse do të planifikohet pilotimi i skringingut të kancerit të gjirit në ndonjë regjion më vogël. Numri i mamografëve për milion banorë, në Kosovë, është rreth 8.3, ndërsa në vendet e Evropës, sipas OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) në vitin 2018, p.sh.: Sllovenia ka 14.9, Austria 21.5, ose Italia 33.8 mamograf për milion banorë.

Sfidë tjetër në ofrimin e shërbimit të mamografisë në tërë territorin e Kosovës është stafi dhe përgatitja profesionale në lëminë e diagnostikës së gjirit e radiologëve dhe teknikëve të radiologjisë. Diagnostika e gjirit në Klinikën e Radiologjisë në QKUK, në bashkëpunim me spitalet regjionale dhe QMF që janë pajisur me mamograf, në vazhdimësi gjatë këtyre viteve ka ofruar trajnime për teknik të radiologjisë dhe radiolog për edukim profesional në këtë drejtim.

Duke u bazuar në sfidat e lartcekura, është përpiluar projekti “Ma-Mo 3”, si vazhdimësi e dy projekteve paraprake, i cili është orientuar në vlerësimin e fizibilitetit të qendrave ekzistuese për ofrimin e shërbimit të mamografisë, në kuptim të aparaturës dhe stafit ekzistues, si dhe planifikimin e nevojave për këto dy pika, i cili është realizuar pjesërisht, dhe orientimi tjetër është në vlerësimin e mundësisë së telemamografisë, që nënkupton leximin e mamografive në largësi përmes internetit. Telemamografia është pilotuar gjatë viteve 2017-2018, ku janë përfshirë Komuna e Gjakovës dhe njësi e mamografisë statike në QMF të Gjakovës, Qendra Kombëtare e Telemjekësisë (QKT) si dhe Diagnostika Gjirit në QKUK. Përmes këtij pilotimi, mamografitë janë realizuar në QMF të Gjakovës, ndërsa janë lexuar

nga radiologët në Diagnostikën e Gjirit të Klinikës së Radiologjisë. Për dy vite me radhë janë realizuar rreth 2000 mamografi. Sot, telemamografia me Komunën e Gjakovës ende funksionon, por jo në formatin e mëparshëm institucional. Rezultatet tona tregojnë që me një organizimin të tillë, e posaçërisht pas përvojave gjatë pandemisë ku shumë profesioneve iu është mundësuar puna në largësi përmes internetit, telemamografia është e përshtatshme të aplikohet dhe mund të zbus mungesën e radiologëve të profiluar në këtë fushë në QMF dhe Spitale Regjionale. Gjithashtu, kjo do të mundësonte krijimin e databazës elektronike të mamografive e cila do të ishte shumë e rëndësishme në ruajtjen elektronike të imazheve mamografike, përcjelljen/krahasimin e tyre gjatë viteve, si dhe vlerësimin opinionëve sekondarë të të gjeturave imazherike/patologjive të gjirit përmes bashkëpunimit në nivel kombëtar, e ndoshta dhe ndërkombëtarë.

Efektet e dëshirueshme të zbulimit të hershëm të kancerit të gjirit

Efekt kryesor i pritshëm është ulja e mortalitetit na kjo sëmundje, që arrihet përmes mamografisë në detektimin e hershëm të kancerit të gjirit. Qëllimi kryesor i mamografisë është në detektimin e hershëm të KGj, që në fazat fillestare kur ende nuk kemi shenja/simptome klinike. Zbulimin e hershëm, nënkupton shërim të plotë, trajtim më të përshtatshëm për pacientin, dhe zvogëlim të kostos së trajtimit në përgjithësi.

Përkrahja institucionale për mamografinë mobile

Përkrahja institucionale për mamografinë mobile në veçanti, si dhe për diagnostikën e gjirit në përgjithësi nuk ka munguar. Duhet të falënderojmë GGD, të cilët janë dhe përfaqësues tonë në Kuvend të Kosovës dhe Qeveri të Kosovës ndër vite. Tre projektet e lartcekura (Ma-Mo 1, Ma-Mo 2, dhe Ma-Mo 3) kanë pasur mbështetje të institucioneve. Kostot e funksionimit të projektit Ma-Mo 1 (njësia e mamografisë mobile) tani është i mbështetur nga buxheti i SHSKUK/QKUK. Projekti Ma-Mo 2 tani është pjesë e Diagnostikës së Gjirit në Klinikën e Radiologjisë në QKUK. Projekti Ma-Mo 3, segmenti i telemjekësisë, në aspektin teknik ka qënë i mbështetur nga QKT, ndërsa sa i përket vlerësimin të fizibilitetit të mamografëve statik në QMF dhe Spitale Regjionale, jemi faza e planifikimit është e gatshme. Në vitin 2016 është krijuar Seksioni i Imazherisë së Gjirit në kuadër të Shoqatës së Radiologëve të Kosovës i cili është përgjegjës për krijimin e standardeve të kualitetit të mamografisë në veçanti dhe procedurave diagnostike dhe algoritmeve diagnostike për KGj në përgjithësi, por nevojitet bashkërendimi institucional në të ardhmen për miratimin e këtyre standardeve.

KANCERI I GJIRIT DHE MUNDËSITË E TRAJTIMIT NË KOSOVË



Faton Sermahaj

*Specialist Onkolog
Klinika e Onkologjisë
SHSKUK*

Kanceri i gjirit është patologjia malinje më e shpeshtë tek gratë me rreth 32% të të gjithë tumorëve malinj që prekin ato. Është përgjegjës për 15% të vdekjeve të shkaktuara nga tumorët malinje tek gratë. Incidenca e kësaj sëmundje është në rritje në mënyrë konstante nga viti në vit, si tek vendet e zhvilluara poashtu edhe tek ato në zhvillim. Në vitin 2020 janë regjistruar 2,261,419 raste të reja me kancer të gjirit në botë si dhe 684,996 raste të vdekjeve nga kjo patologji. Përderisa incidenca e kancerit të gjirit është duke u rritur në të gjitha vendet si ato të zhvilluara, poashtu edhe ato në zhvillim, numri i vdekjeve nga kjo patologji në vendet e zhvilluara është në rënje, ndërsa në vendet në zhvillim po shënon rritje.

Në Kosovë, sipas Agjencionit Kosovar të Statistikave-Statistikat Shëndetësore, ka pasur një rritje të vazhdueshme të rasteve të reja me kancer të gjirit nga viti në vit. Në vitin 2012 janë regjistruar gjithsej 207 raste të reja me kancer të gjirit, ndërsa në vitin 2018 ka pasur 444. Në vitin 2019 janë regjistruar 376 raste të reja, duke paraqitur një rënje në krahasim me vitin paraprak, por gjithsesi duke mbajtur në ngritje lakoren e rasteve të reja në krahasim me vitet tjera paraprake. Kjo rritje e numrit të rasteve të reja në Kosovë mund t'i atribuohet rritjes së përgjithshme të rasteve të reja me kancer të gjirit në nivel global, zbulimit dhe diagnostikimit të rasteve të reja në faza të hershme të sëmundjes si rrjedhojë e kontrolleve më të shpeshta të grave, për shkak të ngritjes së vetëdijes së popullatës lidhur me këtë problematikë viteve të fundit, implementimit të programit të mamografisë mobile e cila ka filluar punë në vitin 2014, si dhe raportimit më të mirë të rasteve të reja me kancer të gjirit nga ana e personelit shëndetësor. Në anën tjetër të dhënat për mbijetesën dhe vdekshmërinë e pacientëve me kancer të gjirit në Kosovë mungojnë, duke paraqitur kështu një hendikep të madh në pasqyrimin real të situatës me këtë patologji.

Epidemiologjia

Kanceri i gjirit zakonisht prek femrat, ndërsa është sëmundje e pazakont tek meshkujt. Raporti femra/meshkuj, është 100/1. Faktorë të rrezikut në paraqitjen e kancerit të gjirit janë:

Mosha: risku për t'u prekur nga kanceri i gjirit rritet me moshën, kështu psh: në grupmoshën 0-39 vjeç, paraqitet 1 rast në 229 femra (0.44%), në grupmoshën 40-59 vjeç, 1 në 24 femra (4.14%), përderisa në grupmoshën 60-70 vjeç, paraqitet 1 në 13 femra (7.53%) (Jemal et al 2007). Raca: gratë kaukaziane kanë përqindje më të lartë të prekjes nga kanceri i gjirit në krahasim me Afro-amerikanet, por që ky dallim para moshës 50 vjeçare nuk vërehet. Shtrirja gjeografike: varësisht nga shtrirja gjeografike, dallon edhe incidence e kancerit të gjirit, psh: incidenca është më e ulët në Japoni, Tajlandë, Nigeri dhe Indi, krahasuar me Danimarkën, Zelandën e Re, Zvicrën, Anglinë apo SHBA-në. Niveli socio-ekonomik: incidenca e kancerit të gjirit është më e lartë tek vendet e zhvilluara në krahasim me vendet në zhvillim dhe kjo ka të bëjë më tepër me stilin e jetës. Lokalizimi: gjiri i majtë është zakonisht më i prekur në krahasim

me gjirin e djathtë, përderisa lokalizimi më i shpeshtë është në kuadrantin e sipërm të jashtëm dhe regjioni retroareolar.

Faktorët e riskut

Ekzistojnë disa faktorë të riskut të cilët lidhen me shpeshësinë e paraqitjes së kancerit të gjirit.

Faktorët gjenetik: kjo sëmundje është e trashëgueshme në (5-7)% të rasteve. Mutacionet në gjenet: BRCA1, BRCA2 si dhe gjeni p53 janë ato për të cilat dihet deri më tani se janë përgjegjëse për formën hereditare të sëmundjes. Historia familjare: risku relativ për zhvillimin e kancerit të gjirit tek një grua e cila ka një familjare të shkaillës së parë (nëna, vajza, motra) të prekur me karcinomë të gjirit, është 1.7. Sëmundjet proliferative të gjirit: disa gjendje specifike të gjirit siq janë: hiperplazia duktale, hiperplazia lobulare dhe atipike duktale, carcinoma lobulare in situ, carcinoma duktale in situ, shoqërohen me rritje të riskut për të zhvilluar një karcinomë invazive tek një femër. Histori personale me kancer: nëse një grua ka një histori me kancer të gjirit, kjo paraqet një risk për të zhvilluar një kancer të ri të gjirit. Faktorët reprodutiv: paraqitja e menarhes para moshës 12 vjeçare shoqërohet me rritje të moderuar të riskut për kancer të gjirit. Shtatëzania e parë para moshës 30 vjeçare ka rol mbrojtës, përderisa pas moshës 30 vjeçare ose mungesa e lindjeve tek një grua, shoqërohet me rritje të riskut. Ekspozimi ndaj radiacionit: është vërejtur një rritje e incidencës së kancerit të gjirit tek të mbijetuarat e bombës atomike në Japoni, në një periudhë kohore pas 10 – 15 vitesh. Marrja e estrogeneve, përdorimi i alkoolit, dietat e pasura me mish të kuq dhe yndyrëra si dhe obeziteti, paraqesin poashtu faktorë të riskut në paraqitjen e kancerit të gjirit.

Shenjat dhe simptomat

Shenjat të cilat mund të vërehen edhe me anë të inspeksionit janë: gungëzimi i gjirit, gropëzimi, asimetria e gjirit, rrjedhja nga thithi i gjirit (sidomos përmbajtja me gjak), tërheqja e thithit brenda, skuqja e lëkurës së gjirit dhe lëvorisja. Shpesh herë shoqërohet edhe me dhimbe të gjirit.

Diagnostikimi

Diagnostikimi i kancerit të gjirit bëhet përmes metodave imazherike dhe biopsisë. Metodat imazherike që zakonisht përdoren për diagnostikim janë: mamografia, ultratingulli dhe rezonanca magnetike e gjirit.

Biopsia: është e vetmja procedurë diagnostike e cila në mënyrë definitive determinon nëse një pjesë e indit të gjirit është kanceroze apo jo. Ekzistojnë disa tipe të biopsisë: Fine-needle aspiration, core needle aspiration dhe biopsia kirurgjikale. Në shumë raste edhe analiza citologjike e lëngut nga thithi i gjirit jep rezultate të sakta.

Testet laboratorike: pas konfirmimit histopatologjik të diagnozës, gjithmonë kërkohen edhe disa analiza shtesë siq janë: testet për receptorët hormonal

(Estrogjen dhe Progesteron), Her-2/neu dhe Ki-67. Rezultatet e këtyre analizave mundësojnë përcaktimin më të saktë të protokolleve të trajtimit të një pacienti me kancer të gjirit, poashtu japin informata edhe për prognozën e sëmundjes. Prej analizave të gjakut zakonisht kërkohen edhe tumor markerët: CEA dhe CA15-3, të cilët rolin kryesor e kanë në përcjelljen e pacientëve pas përfundimit të trajtimit (follow-up).

Llojet e kancerit të gjirit

Llojet më të shpeshta të kancerit të gjirit janë: karcinoma duktale invasive, karcinoma lobulare invasive, karcinomat e tipit mikst, ndërsa më rrallë mund të paraqiten edhe: karcinoma duktale in SITU, karcinoma lobulare in SITU, karcinoma medullare, tubulare, mucinoze (koloide), sëmundja Paget dhe angiosarkoma.

Stadifikimi dhe prognoza

Stadifikimi i kancerit të gjirit bëhet përmes sistemit të TNM klasifikimit i cili bazohet në: T (madhësia e tumorit), N (statusi i limfnodëve) dhe M (prania ose jo e metastazave në distancë). Në prognozën e kancerit të gjirit përveç madhësisë së tumorit, statusit të nryeve limfatike, metastazave në distancë, rol të rëndësishëm luajnë edhe statusi i receptorëve hormonal, Her2/neu, shkalla e keq diferencimit qelizor, invazioni limfovaskular, mosha e pacientit.

Trajtimi i kancerit të gjirit në Kosovë

Vendosja e protokollit të trajtimit tek një pacient me kancer të gjirit bëhet në bazë të rezultatit histopatologjik dhe stadifikimit të përgjithshëm të sëmundjes. Plani i trajtimit në mjekësinë bashkëkohore bëhet nga ana e të ashtuquajturës ekip multidisciplinare, e cila përbëhet nga kirurgu-onkolog, onkologu mjekësorë dhe radio-onkologu. Poashtu rol shumë të rëndësishëm kanë edhe patologu dhe radiologu. Një praktikë e tillë, pra një qasje multidisciplinare është shumë e domosdoshme që të instalohet edhe në Klinikën e Onkologjisë në Prishtinë, në mënyrë që pacientët tanë të kenë një trajtim sa më të dinjitetshëm dhe më efikas dhe rrjedhimisht një prognozë më të mirë.

Trajtimi i kancerit të gjirit bëhet përmes: kirurgjisë, radioterapisë dhe terapisë sistemike (kimioterapia, hormonoterapia, terapia e caktit, imunoterapia).

Qasja kirurgjikale e trajtimit të kancerit të gjirit tek pacientët në Kosovë, mund të themi se është më agresive, për faktin se është më tepër e shprehur mastektomia totale, në krahasim me vendet tjera ku gjithnjë e më shume zë vend kirurgjia parciale e gjirit apo lampektomia. Arsye për këtë është edhe fakti se në Kosovë në momentin e diagnostikimit, pacientët janë në stadi më të avancuar të sëmundjes. Ky fakt thekson edhe më tepër nevojën e diskutimit multidisciplinar para fillimit të trajtimit të pacientëve me kancer të gjirit, sepse rastet lokalisht të avancuara, do të mund të trajtoheshin fillimisht me kimioterapi neoadjuvante dhe pastaj kjo do të mundësonte një kirurgji më pak agresive, me ç'rast do të ruhej kualiteti i jetës së pacientit. Poashtu, në shumicën e rasteve realizohet diseksion aksillar i hapur, përderisa në vendet e zhvilluara realizohet sentinel lymph node

biopsia, e cila përjashton diseksionin e hapur aksillar të panevojshëm. Pasoja e diseksionit aksillar i shohim shpesh tek pacientët tona, me edem të ekstremitetit, e cila shkakton dhimbje, kufizim të lëvizshmërisë së krahut dhe shpeshherë invaliditet tek pacienti.

Sa i përket trajtimit me radioterapi në Klinikën e Onkologjisë, mund të themi se ka pasur pengesa në trajtimin e pacientëve, për shkak të aparaturës së vjetruar. Kjo sidomos ka qenë e theksuar kohëve të fundit. Por, me funksionalizimin e akceleratorit të ri, i cili është në përfundim e sipër, do të lehtësohet puna në radioterapi dhe do të shkurtrohet koha e pritjes për të filluar trajtimin.

Trajtimi me terapi sistemike, përkatësisht me kimioterapi, hormonoterapi dhe target terapi në Klinikën e Onkologjisë në Prishtinë, bazohet në protokollet onkologjike, ndërsa furnizimi i klinikës me këto preparate është relativisht i mirë, duke pasur herë pas here mungesë të tyre dhe rrjedhimisht nevojën që pacientët të sigurojnë vet ato, me një kosto financiare shpesh të papërbalueshme për ta.

Skriningu

Skriningu për kancer të gjirit definohe si proces me anë të të cilit bëhet evaluimi i popullatës së shëndoshë, përkatësisht femrave, në mënyrë sistematike kur nuk kanë shenja dhe simptoma, për të detektuar eventualisht kancerin e gjirit në fazë të hershme. Mamografia është procedura standarde për skrining. Si procedura të tjera janë: vetekzaminimi i gjirit, ekzaminimi klinik, tomosinteza digjitale e gjirit, ultratingulli, rezonanca magnetike dhe identifikimi i onkogjeneve të ndryshëm gjenetik. Benefitet e skriningut janë: diagnoza e hershme, klasifikimi dhe parandalimi i faktorëve të rrezikut dhe trajtimi me kohë duke zvogëluar mortalitetin. Të metat e skriningut janë: kosto e lartë financiare, jonizimi me radiacion, falsë biopsitë e rekomanduara dhe konsekuencat e tyre. Në shumicën e vendeve të botës skriningu rekomandohet të bëhet për grupmoshat 50-74 vjet. Por, disa vende rekomandojnë të fillojnë skriningun edhe nga mosha 40 vjeçare, duke u bazuar në incidencën e lartë me kancer të gjirit në vendet e tyre.

Fatqëqësisht në Kosovë ende nuk ka filluar të aplikohet skriningu për kancer të gjirit. Si pasojë pacientët tanë në momentin e diagnostikimit janë në stadi më të avancuar të sëmundjes dhe rrjedhimisht kërkohet qasje më agresive në trajtimin e tyre. Kjo njëkohësisht nënkupton prognozë më të pafavorshme dhe jetëgjatësi më të shkurtër.

Përgatitja dhe aplikimi i programit të skriningut për kancer të gjirit si dhe qasja multidisciplinare në trajtimin e pacientëve, janë nevojë imediate në mënyrë që të rritet efikasiteti i trajtimit, të sigurohet një prognozë më e mirë dhe një jetëgjatësi më e madhe.

Literatura:

1. Sung H et al. *Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries.* *CA Cancer J Clin.* 2021 Feb 4. doi: 10.3322/caac.21660.
2. Kosovo Agency of Statistics-health statistics. (homepage on the internet). Prishtine (assessed: 2021 May 13). Available from: <https://www.ask.rks-gov.net/media/5492/vjetari-final-2020-per-web.pdf>.
3. Sun YS et al. *Risk Factors and Preventions of Breast Cancer.* *Int J Biol Sci.* 2017;13(11):1387-1397.
4. *A Comprehensive Guide to Breast Cancer.* (homepage on the internet). (assessed: 2021 May 13). Available from: <https://www.belathline.com/health/breast-cancer>.
5. Jemal A et al. *Cancer statistics, 2007.* *CA Cancer J Clin.* 2007 Jan-Feb;57(1):43-66.
6. Shab TA, Guraya SS. *Breast cancer screening programs: Review of merits, demerits, and recent recommendations practiced across the world.* *J MicroscUltrastruct.* 2017;5(2):59-69.

RADIOTERAPIA



Brunilda Profka

*Specialiste Onkologe
Klinika e Onkologjisë
SHSKUK*

Radioterapia është një nga modalitetet baze të trajtimit të kancerit në onkologji. Ajo bazohet në përdorimin e rrezatimit jonizues për shkatërrimin e tumorit. Rrezatimi konsiderohet si paketë energjie në formën e fotoneve (p.sh: rrezet X, rrezet ultraviolet) ose me grimca (p.sh.:protone, neutrone, elektrone).

Zanafilla e radioterapisë daton nga fundi i shekullit të XIX, pas zbulimit të rrezeve X nga W.Roentgen dhe zbulimit të radiumit nga Marie dhe Pierre Curie në vitin 1989. Përparimi teknologjik solli zhvillimin e teleterapisë me aparatura të kobaltit 60 dhe akseleratorëve linearë. Këta janë në gjendje të prodhojnë rreze X me energji të lartë që mund të depërtojnë më thellë në inde duke shënuar një hap të madh përpara në mundësinë për të trajtuar tumoret jo sipërfaqësor. Për të qenë i dobishëm nga ana terapeutike, rrezatimi jonizues duhet të depërtojë mjaftueshëm për të depozituar një dozë adekuatë në indet target. Këto principe bazë janë trajtuar në dy kontekste sipas tipeve të trajtimit:

- 1.Teleterapia (tele nga latinishtja – nga larg, në distancë) ose rrezatimi me burim të jashtëm, dhe
- 2.Brakiterapia (brachys nga greqishtja – shkurt, nga afër), e cila kryhet me burim që vendoset në brendësi të indeve.

Të dyja format e trajtimit aplikohen në Klinikën e Onkologjisë. Teleterapia funksionon prej gati 10 vitesh. Ndërsa brakiterapia ka filloi punën gjatë këtij viti.

Gjatë dekadave të fundit progresi teknologjik ka ardhur në formën e përmirësimit të planit të trajtimit. Vlen të përmendim avancimin në sistemet me plane trajtimi 3-dimensionale, radioterapia me intensitet të moduluar, radioterapia sterotaktike për trajtimin e tumoreve në organet e trupit, radio-kirurgjia stereotaktike për tumoret e trurit kanë përmirësuar ndjeshëm mundësinë për të aplikuar dozën e rrezatimit në zona të vështira dhe në forma të pazakonta të tumoreve. Këto forma të reja të planit të trajtimit ofrojnë më tepër mundësi për një trajtim më efektiv si dhe një mbrojtje më të mirë të strukturave fqinje dhe të indeve të shëndosha.

Së fundmi kjo teknologji e re ka mbërritur dhe në Klinikën e Onkologjisë në QKU dhe pritet të vihet në funksion së shpejti pasi metodat e reja kërkojnë trajnimin adekuat të stafit të radioterapisë.

Pse duhet radioterapia?

Më shumë se gjysma e pacientëve me kancer trajtohen me radioterapi gjatë dekursit të sëmundjes së tyre. Ajo përdoret për të trajtuar çdo lloj kanceri. Gjithashtu mund të përdoret dhe për trajtimin e disa tumoreve beninjë. Onkologu e sugjeron radioterapinë si opsion në kohë të ndryshme të trajtimit dhe për arsye të ndryshme duke përfshirë:

- Trajtimi primar apo kurativ me radioterapi për zhdukjen e patologjisë tumorale,
- Trajtimi neo-adjuvant për të zvogëluar tumorin para një trajtimi radikal si kirurgjia,
- Trajtimi adjuvant apo parandalues për recidivat pas një mjekimi paraprak radikal,
- Trajtimi paliativ që synon të përmirësojë cilësinë e jetës nëpërmjet ngadalësimit të progresit të sëmundjes lokalisht dhe zgjatjes së jetës.
- Trajtimi simptomatik që synon të kontrollojë mjaft simptoma të cilat janë të vështira për t'u kontrolluar me metoda të tjera terapeutike si p.sh. dhimbja, kompresioni modular apo kompresioni në organe të ndryshme, etj)

Cilat janë rreziqet e radioterapisë?

Si çdo formë e trajtimit që ka efektet anësore dhe efektet e rrezatimit në inde janë zakonisht të kategorizuara në dy lloje, efekte të hershme dhe të vona. Në varësi dhe të vendit të rrezatimit ndryshon dhe simptomatika.

Efektet e hershme (akute) shfaqen pas javës së parë pas rrezatimit. Më e shpeshta është dermatiti që prezantohet në formën e skuqjes apo të irritimit të lëkurës. Të tjera efekte të hershme janë mielosupresioni, alopecia në rrezatimet e kokës, diareja, nauzea, kollat, urinim i shpeshtë, disfunksion seksual etj.

Efektet e vona nga ana tjetër ndodhin muaj deri në vite më vonë pas rrezatimit. Këtu përmendim, fibrozat, nekrozat, fistula, bllokim apo perforim intestinal, insuficencë renale dhe dëmtime nervore. Efektet e vona më frekvente varen nga doza ditore e rrezatimit kjo do të thotë që ka më pak efekte të vona të padëshiruara në rastet e dozave ditore më të vogla. Probabiliteti i zhvillimit të komplikimeve varet nga shumë faktorë përfshirë faktorin madhësi, lloji i indit, doza totale e rrezatimit dhe sasia e rrezatimit që merr një organ. Prandaj monitorimi i pacientëve bëhet në baza ditore për t'ju ardhur në ndihmë në lehtësimin e simptomave nga efektet e rrezatimit dhe ato të sëmundjes.

Dekada e kaluar ka pasur një shpërthim në teknologjinë e re për trajtimin e kancerit me rrezatim të jashtëm (EBRT), duke përfshirë radio-terapinë konformale 3D, radio - terapinë me intensitet të moduluar, radio-terapinë e drejtuar nga imazhi, me rregullim të frymëmarrjes dhe proton-terapia. Këto teknologji EBRT janë krijuar për të siguruar shpërndarjen më precize të dozës dhe lejojnë përshkallëzimin e dozës më të sigurt. Ato janë përdoren gjerësisht edhe pse janë akoma të reja dhe në zhvillim. Në disa raste, ato kanë zvogëluar toksicitetin në indet e shëndosha, por ende nuk kanë demonstruar përmirësim në kontrollin lokal ose në

Korrespondenca:
brunilda.haxhiu@outlook.com

kurim.

Shumë inovacione të EBRT-së marrin kohë për të planifikuar dhe zbatuar, shpesh duke rezultuar në një zvogëlim të vëllimit të pacientëve që mund të trajtohen. Për disa qendra me volum të madh pune do të rezultojë në rritjen e kohës së pritjes për të filluar radioterapinë, të cilat njihen se kanë pasojë negative në rezultatet e pacientit.

Zgjerimi i pajisjeve të EBRT dhe akomodimi i këtyre teknologjive të reja ka qenë gjithashtu i kushtueshëm në pajisje, hapësirë, rritje të personelit të nevojshëm për të operuar pajisjet e reja, ndërtimin e bunkerëve të rinj etj. Spitalet, administratorët dhe sistemet e kujdesit shëndetësor përballen me dilemën sesi të alokohen më mirë burimet e tyre kapitale për të investuar në këto teknologji të reja premtuese para se të maturohen pa kompromentuar aftësinë e tyre për të trajtuar një numër në rritje të pacientëve me kancer. Deri vonë, nuk kishte një zgjidhje të qartë për këto pengesa të kostos dhe kompleksitetit. Sidoqoftë, implementimi i një teknologjie të re e maturuar klinikisht mund të jetë përgjigja e kësaj dileme.

Të gjitha avancimet teknologjike në radioterapi kanë një emërues të përbashkët : pacientin. Qëllimi i tyre është përfitim i pacientit në kualitet trajtimi, në cikle më të shkurtra të radioterapisë, në kontroll më të lartë të tumorit, në minimizimin e efekteve të padëshiruara, në shumë raste rritjen shkallës së mbijetesës dhe së fundmi por jo më pak e rëndësishme përmirësimi i gjendjes mentale dhe kualitetit të jetës së pacientëve.

Literatura:

<https://www.mayoclinic.org/tests-procedures/radiation-therapy>

<https://www.uptodate.com/contents/radiation-therapy-techniques-in-cancer-treatment>

Principles and Practice of Radiation Oncology – Perez & Brady's




Ozalys
QËNDRO E BUKUR

**JETA ËSHTË E ÇMUAR,
BUKURIA GJITHASHTU.**

“ Si shumë të mbijetuar nga kanceri, ndjeva nevojën t'i jepja kuptim kësaj përvojë sfiduese. ”

Isabelle GUYORMARCH
punoi 3 vjet për të krijuar OZALYS
pasi kishte luftuar një kancer
të gjirit agresiv të fazës 3



**10 PRODUKTE PËR HIGJENËN &
KUJDESIN NDAJ LËKURËS PËR
TË NDIHMUAR GRATË**

gjatë dhe pas trajtimit të kancerit

**LABORATOIRE
INNOTECH
INTERNATIONAL**

LABORATOIRE
Ozalys  **Prodhuar në Francë**

KËNDVËSHTRIMI I ONKOLOGUT MBI VAKSINIMIN KUNDËR SARS-COV-19 TE PACIENTËT ME KANCER



Brunilda Profka

*Specialiste Onkologe
Klinika e Onkologjisë
SHSKUK*

Situata pandemike e jashtëzakonshme që kaploi globin për më shumë se një vit nga COVID 19 e shkatëruar nga SARS COV-2 (Severe Acute Respiratory Syndrome Corona Virus 2) si në cdo lëmi të mjekësisë ka pasur impakt të lartë dhe në pacientët me kancer.

Sëmundshmëria dhe mortaliteti në pacientët e trajtuar me kancer është relativisht i lartë me ashpërsi të sëmundjes deri në 35% dhe me vdekshmëri 20-30% sipas studimeve ndërkombëtare. Ashpërsia e simptomave dhe vdekshmëria te pacientët me kancer është e lidhur më së shumti me praninë e sëmundjeve shoqëruese se sa me vetë trajtimin anti-kanceroz. Pandemia u shoqërua me vonesa në diagnostikim për shkak të pezullimit të kirurgjive, procedurave imazherike dhe me shtyrje të kimioterapisë, radioterapisë, qasjes së reduktuar për shërbime paliative e suportive.

Pacientët e imunokompromentuar dihet që kanë një kohë më të gjatë të pastrimit viral për shkak të përgjigjes së vonë dhe të ulët humorale. Për më tepër përgjigjia imunitare ndaj qelizave T dhe ajo humorale anti -SARS COV-2 është më pak efektive dhe me të drejtë ngrihet pikëpyetja për efektivitetin e vaksinimit të kjo kategori e pacientëve. Kjo është e vërtetë që pacientët me kancer nuk zhvillojnë përgjigje të fortë imunitare e për rrjedhojë mund të jenë mbartës e të transmetojnë virusin për një kohë dhe më të gjatë se dy muaj. Andaj u pa e arësyeshme të vaksinohen ata pacientë me kancer që janë duke u trajtuar në qendrat onkologjike.

Duke i shtuar morbiditetin dhe mortalitetin lidhur me COVID -19, impakti i pandemisë në sistemin shëndetësor që nga parandalimi, screeningu dhe kujdesi paliativ për të sëmurët me kancer është i lartë.

Asnjë trajtim terapeutik, përveç kortikosteroidëve dhe tocilizumab, nuk ka treguar evidenca të larta për të arritur uljen e severitetit ndaj COVID -19. Andaj vaksinimi mbetet shpresa e vetme dhe për pacientët me kancer, jo vetëm duke kufizuar agresivitetin e infeksionit nga COVID-19 por dhe kthimin pranë normalitetit të përkujdesjes së pacientëve onkologjikë.

Vaksinimi i popullatës së të sëmurëve me kancer ka qene target e shumë kërkimeve shkencore dhe rezultatet janë të bazuara në evidenca shkencore. Disponueshmëria e vaksinave dhe prioritet kombëtare të vaksinimit do të kenë impakt mbi këtë popullatë pacientësh.

Aktualisht në shumicën e vendeve europiane janë tashmë të aprovuara dhe kanë filluar procesin e vaksinimit me këto tre vakcina:

(Pfizer/BioNtech BNT 162b2, Moderna/NIH mRNA-1273 and AstraZeneca AZD1222)

Disponibiliteti ende i ulët i vaksinave i ka detyruar autoritet shëndetësore të prioritojnë popullatat me

risk më të lartë të infektimit nga COVID-19.

Më poshtë do gjeni të listuara rekomandimet e përmbledhura në nivel ekspertash ndërkombëtar mbi vaksinimin e pacientëve me kancer:

1.Indikacionet e vaksinimit ndaj SARS-COV-2.

- të gjithë pacientët që janë duke u trajtuar me terapi dhe ata që ju ka përfunduar trajtimi në më pak se tre vitet e fundit.

- Prioritet janë pacientët e trajtuar me kimioterapi

- Ultra prioritet janë pacientët:

a) që trajtohen me qëllim kurativ duke përfshirë dhe kirurgjinë,

b) pacientët që marrin linjën e dytë apo të tretë të kimioterapisë paliative,

c) pacientët që trajtohen me radioterapi në regjionin torakal, ata me volum të madh të mushkërive, ata me prekje të zonave me nje limfatike të zmadhuara dhe ata me përfshirje të indit hematopoetik me volume të mëdha që trajtohen me radioterapi.

-Pacientët që marrin hormon – terapi dhe ata që kanë kaluar së fundmi COVID-19 nuk janë ultra -prioritet.

- Nuk duhen anashkaluar personat që përkujdesen nga afër me pacientët onkologjik (familjarët, infermierët, staf i afërt)

2. Vaksinimi i pacientëve me kancer të trajtuar me imuno-terapi.

- Është i indikuar vaksinimi i pacientëve që trajtohen me imunoterapi.

- Në rast të efekteve anësore serioze të paraqitura gjatë trajtimit me frenuesit e kontrollit imunitar është parë e arësyeshme të shtyhet vaksinimi nga SARS-COV-2.

3.Strategjia e vaksinimit

- Vaksinimi kryhet nga vaksinat e aprovuara me mRNA (ose nga vaksinat adenovirale joreplikuese në pacientet e imuno-kompromentuar nën moshën 65 vjeç)

- Nëse është e mundur vaksinimi rekomandohet 10 ditë para fillimit të kimioterapisë

- Për pacinetët që janë nën kimioterapi mund të bëhet në cdo kohë vetëm duke shmangur periudhën e aplazisë së palcës kockore

- Nuk ka nevojë të shtyhet cikli i terapisë për shkak të vaksinimit

- Testimi serologjik pas vaksinimit mund të jetë i nevojshëm

- Pacientët me kancer duhet të zbatojnë masat mbrojtëse edhe pas vaksinimit

4. Kundërrindikacionet e vaksinimit ndaj SARS-COV-2

Korrespondenca:

brunilda.haxhiu@outlook.com



Blerim Gjocaj

Specialist Onkolog
Klinika e Onkologjisë
SHSKUK

- Nuk ka asnjë kundërndikacion onkologjik

- Kundërndikacion definitiv të vaksinave me mRNA është historia në alergji nga një prej komponentëve të vaksinës (veçanërisht PEG ose polisorbate) ose reaksioni anafilaktik ndaj dozës së parë.

- Kundërndikacionet e përkohshme të vaksinimit kërkojnë vetëm shtyrjen e saj gjendet si: shtazania apo gjidhënia, sëmundje infektive aktuale, sëmundjet inflamtoare apo autoimune të ekzacerbuara, simptomatik nga COVID-19 në më pak se tre muaj, në rast të bërjes së vaksinës ndaj gripit në më pak se tre javë përpara, histori të reaksioneve të rënda nga vaksina të mëhershme ose të ndonjë përbësi në veçanti që kërkon konsultën e një spëcialisti alergolog para vaksinimit dhe një përcjellje prej 30 min pas vaksinimit.

Në se do ndaleshim në disa analiza më të thelluara në disa nga çështjet më të ndjeshme njëra prej tyre mbetet vaksinimi i pacientëve që trajtohen me frenuesit të pikave të kontrollit imunitar

Ndonëse në vendin tonë janë më të pakta rastet e pacientëve që trajtohen me imuno-terapi, duhet të dimë që kjo terapi nuk e rrit rrezikun për infeksione virale por mund të nxis kaskadën e përgjigjes autoimune që duhet trajtuar me agjentë imunosupresivë. Pavarësisht nga mungesa e të dhënave për vaksinat e mRNA në pacientët e trajtuar me frenues të pikave të kontrollit imunitar, vaksinimi ndaj SARS-CoV-2 nuk pritet të ketë një ndikim në zhvillim të ngjarjeve të padëshiruara autoimune. Vaksina e gripit është treguar e sigurt dhe efektive në pacientët e trajtuar me imunoterapi. Praktikisht të gjitha vaksinat e aprovuara deri më tani ndaj SARS-Cov-2 mund të merren dhe nga pacientët që trajtohen me frenuesit e pikave të kontrollit imunitar (antigjeni anti-citotoksik i shqëruar nga limfocitet T - CTLA-4, proteina e vdekjes qelizore të programuar PD-1 dhe ligandi i vdekjes së programuar PD-L1). Sidoqoftë në raste me efekte anësore të rënda autoimune është e arsyeshme që vaksinimi duhet shtyrë.

Cilën target popullatë të prekur nga kanceri do përzgjedhim për vaksinim?

Në janar të 2021 ESMO – Shoqata Europiane e Onkologë ve Mjekësore doli me një thirrje të trefishtë ndaj shteteve Europiane: Të vaksinohen të gjithë pacientët me kancer, veçanërisht ata që janë në trajtim aktiv kundër kancerit, të monitorohen efektet e vaksinës dhe të ngulitet besimi te pacientët dhe opinioni publik. Target popullata që ne përmendëm më lartë është e përcaktuar nga evidencat shkencore. Furnizimi me vaksina dhe prioritetet kombëtare do të kenë impaktin e tyre në këtë grup popullate. Është e vërtetuar shkencërisht që imunosupresioni pas trajtimit anti-kanceror persiston për disa muaj. Praktikisht të gjithë pacientët onkologjik që janë nën trajtim ose dhe ata që e kanë përfunduar së paku tre vite më parë duhet të vaksinohen ashtu sikurse dhe personat e afër që jetojnë dhe përkujdesen për ta. Kjo target popullatë në botë përfaqëson miliona

persona, afërsisht përbëjnë 5-10% të popullatës në vendet Europiane.

Gjithashtu nuk duhen harruar dhe faktorë të tjerë të rrezikut për zhvillimin e formave të rënda të COVID-19 sic janë : gjinia mashkullore, kushtet e vështira ekonomiko-sociale, sëmundjet shoqëruese (diabeti, sëmundje kronike kardio-pulmonare, insuficenca renale, cirroza hepatike, indeksi i masës trupore >40kg/m², HTA i komplikuar, transplantet). Rolin vendimtar në procesin e vaksinimit e luan marrëdhënia mjek – pacient, veçanërisht në kontekstin e vlerësimit të jetë giatësisë së pacientëve me sëmundje të avancuar.

Ekzistojnë dhe protokolle për vaksinimin e pacientëve që janë në studime klinike por meqë në vendin tonë këto nuk janë të aplikueshme nuk po ndalemi në to.

Në përmbledhje mund të themi që vaksinimi ndaj COVID-19 duhet të konsiderohet si një standard i kujdesit për pacientët me kancer. Përjashtime të rralla mund të ndodhin kur onkologu konsideron që përdorimi i vaksinës të mos jetë i sigurt ose në interesin më të mirë të pacientit. Njohuritë aktuale të sigurisë dhe efikasitetit të vaksinave të autorizuara COVID-19 në pacientët me kancer dhe veçanërisht ata që marrin trajtim aktiv mbeten të kufizuara, megjithëse përfitimet deri më tani tejkalojnë rreziqet e efekteve anësore të lidhura me vaksinat, duke marrë parasysh rrezikun e lartë të sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë nga COVID-19 në pacientët me kancer.

Literatura:

Nature Review s Clinical Oncology ISSN 1759-4782 (online)

Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 vaccination for patients with solid cancer: Review and point of view of a French oncology intergroup (GCO, TNCD, UNICANCER)

Society for Immunotherapy of Cancer. SITC Statement on SARS-CoV-2 Vaccination and Cancer Immunotherapy. SIT Cancer <https://www.sitcancer.org/aboutsite/press-releases/2020/sitc-statement-sars-cov-2-vaccination-cancer-immunotherapy> (2020).

American society of clinical oncology. <https://www.asco.org/ascocoronavirus-resources/covid-19-patient-care-information/covid19-vaccine-patients-cancer>, accessed February 2021.

Korrespondenca:

blerimgjocaj@hotmail.com

ONKOSEKSOLOGJIA



Hajrullah Fejza

*Specialist seksolog
Ordinanca Specialistike e
Seksologjisë "LIBIDO",
Prishtinë*

Meqenëse numri i të prekurve me kancer të llojeve të ndryshme është në rritje të vazhdueshme e në anën tjetër zhvillimi i madh në diagnostikim dhe trajtim e rrisin jetëgjatësinë e tyre lind nevoja për një përkujdesje të shtuar ndaj shëndetit seksual të këtyre personave. Trajtimi shumë disiplinor i kësaj popullate me kirurgji, kimioterapi dhe rrezatim dëmton në një masë të konsiderueshme shëndetin fizik dhe psikosocial duke ndikuar dukshëm në cilësinë e jetës së tyre, partnerëve dhe familjes në përgjithësi. Rrjedhimisht edhe funksionet seksuale pësojnë çrregullime te natyrës organike dhe psikologjike. Këto çrregullime përfshijnë dëshirën seksuale dhe përgjigjen seksuale në të gjitha fazat e saj. Për të siguruar trajtim të mirëfilltë profesional të këtyre personave është domosdoshmëri e kohës të mendohet për zhvillimin e shërbimit të onkoseksologjisë si disipline shumë disiplinore.

Seksologjia si shkencë është relativisht e re dhe daton nga gjysma e dytë e Shek. XX dhe rrjedhimisht edhe onkoseksologjia si derivate i saj dhe si term është pak e njohur andaj, dhënia e informatave për profesionistë shëndetësor dhe për pacientë të mbijetuar të kancerit duhet të jetë imperativ i kohës. Profesionistët shëndetësor që kujdesen për trajtimin dhe rehabilitimin e këtyre pacientëve duhet të pajisen me njohuri dhe të jenë të aftë që të aderojnë çështjet që kanë të bëjnë me rikthimin e funksioneve seksuale aq sa është e mundur dhe në asnjë mënyrë mos të hezitojnë të komunikojnë me pacientë dhe të japin këshilla të mirëfillta rreth këtij problemi.

Në vendet ku shëndeti seksual dhe seksologjia janë pak ose fare pak të njohura për profesionistët shëndetësor dhe pacientët është e kuptueshme që qasja ndaj këtij problem është shumë e ultë. Infermierja e CARITAS-it që ofron shërbime të përkujdesjes shtëpiake për pacientë me kancer në Prishtinë e Fushë Kosovë deklaroi se ata janë të gatshëm të diskutojnë edhe për problemet e shëndetit seksual nëse pyeten nga ofruesi i shërbimeve.

Qëllimi i këtij vështrimi është informimi, vetëdijesimi dhe ngritje kureshtjes te profesionistët shëndetësor për një problem shumë të madh e të fshehur nga të dyja palët: profesionistët shëndetësor dhe pacientët me kancer.

Në këtë punim kemi bërë një vështrim të gjerë të literaturës ekzistuese të kësaj fushe duke u përpjekur që të marrin informatat më të reja nga publikimet e pakta që janë bërë në këtë fushë. Nga të gjitha këto punime kemi nxjerr ato që janë relevante, koherente dhe me sfond të mirëfilltë shkencor.

Shkalla e prevalencës së çrregullimeve seksuale të shoqëruara me kancer dhe trajtimi i tyre në SHBA janë në korrelacion të drejtë me diagnozën primare, mënyrën e trajtimit, vlerësimin, llojin e çrregullimit seksual dhe vlerësohet të jetë në mes të 40 % deri 100%, (4).

Kanceri i gjirit është maligniteti më i shpeshtë i grave në nivel botëror. Sipas raportit të fundit të Organizatës Botërore të Shëndetësisë i vitit 2018, ka 2,1 milion raste të diagnostikuara rishtas të kancerit të gjirit çdo vit në të gjithë botën. Kanceri i gjirit nuk është vetëm

kanceri më së shpeshti i diagnostikuar i grave dhe vajzave (24,2%), por edhe shkaku kryesor i vdekjes nga ky lloj kanceri (15%), (16).

Seksualiteti është një element shumë i rëndësishëm në ruajtjen e cilësisë së jetës në gratë e reja të shëndetshme, si dhe në pacientët me kancer të gjirit. Mosfunksionimi seksual raportohet të jetë nga 9-43% në popullsinë së përgjithshme. Trajtimi i kancerit rrit rrezikun e mosfunksionimit seksual për shkak të efekteve anësore të shumta të terapisë. Disa studime kanë hulumtuar incidencën e çrregullimeve seksuale midis të mbijetuarve të rinj nga kanceri i gjirit. Përfundimi i studimit të kryer nga Alder me bp.(1) ishte se 68% e grave të trajtuara për kancer të gjirit raportuan probleme me funksionimin seksual. Një studim tjetër tregoi se midis pacientëve që ishin ende gjatë terapisë, 64% përjetuan mosfunksionim seksual. Për më tepër, 45% e grave pas trajtimit të përfunduar janë ankuar ende për uljen e cilësisë së jetës seksuale.

Ekziston një numër i madh kërkimesh shkencore që shqyrtojnë lidhjen midis ndryshimeve seksuale të përjetuara pas kancerit dhe cilësisë së jetës ose mirëqenies psikologjike, me vështirësi seksuale të shoqëruara me cilësi më të ulët të jetës dhe me nivel të lartë të shqetësimit. Informimi dhe diskutimi i ndryshimeve seksuale me një profesionist shëndetësor është një përparësi e lartë për shumë pacientë me kancer duke ndihmuar me ndryshimet seksuale dhe duke siguruar që intimiteti seksual të mos pushojë pas kancerit. Kjo ka çuar në përfundimin se ofruesit e kujdesit shëndetësor duhet të sigurojnë në mënyrë rutinore informacion në lidhje me ndryshimet seksuale të lidhura me kancerin, si dhe mundësin për të diskutuar këto ndryshime në mënyrë holistike. Sidoqoftë, provat e hulumtimit sugjerojnë që diskutime të tilla nuk po ndodhin me shumicën e pacientëve ose partnerët e tyre (9).

Ekzistojnë disa kategori të pakënaqësisë seksuale që mund të përjetojnë gratë si rezultat i diagnozës së tyre me kancerit të gjirit, duke përfshirë simptomat e menopauzës dhe dyspareuni, imazhin negativ të trupit, dëshirën e zvogëluar seksuale, marrëdhëniet e tensionuara dhe ulje të komunikimit me partnerin, ankthi për zbulimin e kancerit në takimet e tyre. Për të gjitha këto probleme janë studiuar disa metoda të adresimit të secilës fushë (Marsh S).

Gjetjet e hulumtimit të Reese JB (10) zbuluan pengesa individuale dhe institucionale për komunikimin efektiv në lidhje me shqetësimet seksuale dhe theksuan lehtësuesit kryesorë të komunikimit (p.sh., një marrëdhënie pozitive pacient-ofrues i shërbimit). Pacientët shprehën preferencat për komunikim të hapur, bashkëpunues; profesionistët shprehën preferencat për synimet e përqendruara të ndërhyrjes, identifikimi i shqetësimeve, ofrimi i burimeve dhe referimeve dhe formatim i përshtatshëm. Duhet zhvilluar një model të komunikimit efektiv të shqetësimeve seksuale për të informuar ndërhyrjet e komunikimit.

Ndërsa numri i grave të mbijetuar nga kanceri vazhdon të rritet, ekziston një nevojë në rritje për të kapërcyer

hendekun midis shkallës së lartë të mosfunksionimit seksual si pasojë e kancerit, mungesës së vëmendjes dhe intervenimeve që janë në dispozicion të shumicës së të mbijetuara që vuajnë nga probleme seksuale. Pengesat e identifikuar më parë që pengojnë komunikimin nga ana e profesionistëve përfshijnë kohën e kufizuar, mungesën e përgatitjes si dhe mungesën të burimeve të pacientit duke përfshirë edhe atë të referimit (1).

Pacientet femra të mbijetuara të kancerit kanë nevoja të paplotësuara shëndetësore seksuale / vaginale. Preferencat për marrjen e informacionit për shëndetin seksual ndryshojnë nga moshë. Komunikimi, vetëdija dhe burimet arsimore të përmirësuara mjek-pacient duke përdorur strategji të provuara të promovimit të shëndetit seksual mund t'i ndihmojnë gratë të përballen me efektet anësore të trajtimit (13).

Aptecar L me bp (2) kanë bërë një hulumtim special me instrumente të posaçme për mbledhje të të dhënave lidhur me shëndetin seksual të gratë me kancer të gjirit dhe kanë gjetur se analiza e cilësisë së jetës seksuale të pacientëve me kancer të gjirit gjatë vitit të parë të trajtimit hormonal me një mjet të standardizuar të zhvilluar së fundmi, të dedikuar për kancer, vuri në dukje nevojën për komunikim më të thellë midis profesionistëve dhe pacientëve në lidhje me çështjet seksuale për të mbushur hendekun aktual në kujdesin e pacientëve me kancer dhe të ndihmojë pacientët me ndërhyrje dhe mbështetje adekuate.

Cilësia e jetës seksuale ndikohet gjatë dhe pas trajtimit të kancerit të gjirit dhe nuk vlerësohet në mënyrë specifike me pyetësorët e përgjithshëm të cilësisë së jetës lidhur me shëndetin EORTC QLQ-C30 ose QLQ-BR23. Pyetësor specifik, EORTC SHQ-C22, përfshirë aspektet fizike, psikologjike dhe sociale të seksualitetit, u krijua kohët e fundit për të adresuar këtë çështje tek pacientët me kancer.

Holanda së bashku me shtetet Skandinave llogaritet se kanë përparuar më shumë në drejtim të zhvillimit të seksologjisë dhe rritjes së përkujdesit ndaj personave me çrregullime seksuale. Në hulumtimin e Kedde H me bp. (7) ka rezultuar se nga gratë që ishin ende nën trajtim, 64% kishin mosfunksionim seksual. Në gratë që kishin përfunduar trajtimin, kjo ishte e shprehur në 45%. Të gjitha mosfunksionimet e vlerësuara ishin më të zakonshme në mesin e grave të reja me kancer të gjirit në krahasim me gratë në përgjithësi në popullatën Holandeze. Veçanërisht, menopauza e hershme dhe terapia hormonale shkaktuan shfaqje afatgjatë të çrregullimit të zgjimit gjenital. Mastektomia radikale shkaktoi shfaqjen afatgjatë të çrregullimit orgazmik të femrave, dyspareuni dhe menopauzë të hershme. Gjysma e grave raportuan se tema “ndryshimet në funksionimin seksual” ishte ngritur gjatë trajtimit, kryesisht me iniciativë të profesionistëve të shëndetit. Gjashtë në 10 gra me një mosfunksionim seksual që ndien nevojën për kujdes nuk u konsultuan me një profesionist shëndetësor.

Probleme me funksionim seksual si pasojë e kancerit kanë edhe burrat dhe atë në masë të atillë që shpeshherë e bënë të papërfillshme edhe mbijetesën nga kanceri. Burrat në përgjithësi janë më shumë të shqetësuar me funksionimin seksual dhe rrjedhimisht rikuperimi i tyre në këtë fushë ka domethënie esenciale. Në studimin e Andrew Mathew (8) është

gjetur se prevalenca e konsiderueshme e problemeve të shëndetit seksual tek burrat pas trajtimit të kancerit së bashku me ashpërsinë e ndikimit dhe sfidat për ndërhyrje të suksesshme e bëjnë mosfunksionimin seksual një nga ngarkesat më të konsiderueshme të cilësisë së jetës që lidhet me shëndetin te të gjithë të mbijetuarit me kancer. Kirurgitë, terapitë me rrezatim dhe mos trajtimi (p.sh. mbikëqyrja aktive) në mënyrë të ndryshme sjellin shpërfytyrim fizik, dhimbje dhe përçarje të funksionimit fiziologjik, psikologjik dhe me partnerin. Megjithëse ndërhyrjet biomjekësore dhe psikologjike kanë treguar në mënyrë të pavarur përfitim, trajtimi afatgjatë dhe efektiv për mosfunksionimin seksual mbetet i pakapshëm.

Mosfunksionimi seksual është një nga pasojat më të përhapura, shqetësuese dhe më të përhershme të trajtimit të kancerit të prostatës. Përkundër kësaj, shumë pak dihet për menaxhimin e mosfunksionimit seksual i cili pasqyrohet nga fakti që shërbimet aktuale të kujdesit shëndetësor nuk plotësojnë në mënyrë adekuate nevojat e shëndetit seksual të të mbijetuara të kancerit të prostatës. Si pasojë, një pjesë e konsiderueshme e të mbijetuara të kancerit të prostatës kanë ulur thellësisht cilësinë e jetës dhe luftojnë për të ri gjetur dhe ripërcaktuar identitetin tyre mashkullor (5).

Te rastet e personave të prekur nga kanceri nuk dëmtohet vetëm seksualiteti i partnerit të sëmurë por edhe cilësia e jetës së çiftit pëson dëmtime të konsiderueshme. Analizat e shumta të regresive tregojnë një efekt të rëndësishëm të moshës, terapisë hormonale dhe mirëqenies psikologjike në funksionimin seksual dhe një efekt të rëndësishëm të mirëqenies fizike dhe mendore në cilësinë e marrëdhënies në çift. Në studimin e bërë nga Valentina Elisabeta me bp (15) është gjetur se 71.9% e çifteve që kishin njërin partner të prekur nga kanceri nuk ishin të informuar në mënyrë adekuate për efektet anësore të trajtimeve për seksualitetin dhe ndikimin e tij në jetën e çiftit.

Kosova, për dallim nga shumë vende të rajonit tashmë ka seksolog dhe ordinancë specialistike të seksologjisë dhe nevojitet vetëm vullnet e gatishmëri për bashkëpunim të sigurtë me onkolog dhe mjekë familjarë në mënyrë që ky problem të adresohet mirë dhe në mënyrë profesionale.

Rekomandimet

Mënyra e qasjes dhe ndërhyrjes së onkoseksologjisë duhet të përfshin një ekip profesionistësh ndërdisiplinorë (mjekë familjar, psikolog, punonjës social, terapistë çifti dhe seksolog, infermierë të onkologjisë) dhe të gjithë së bashku duhet dhënë informacione të azhurnuara dhe terapi adekuate për pacientët e prekur nga kanceri dhe partnerët e tyre lidhur me seksualitetin. Aktualisht ekziston nevoja për të rritur ndërgjegjësimin dhe për të ofruar trajnime profesionale në fushën e onkoseksologjisë për mjekë, infermierë dhe profesionistë të tjerë që punojnë me pacientët me kancer në mënyrë që ata të mbështesin klientët e tyre dhe të përmirësojnë cilësinë e jetës së tyre.

Rekomandoj organizim të trajnimeve për mjekë, infermierë e onkologë lidhur me çrregullimet seksuale dhe mënyrën e kujdesit dhe këshillave për pacientët me kancer.

Literatura:

1. Alder J, Zanetti R, Wight E, Urech C, Fink N, Bitzer J. *Sexual dysfunction after premenopausal stage I and II breast cancer: do androgens play a role?* "J Sex Med" 2008, 5(8):1898-906
2. Aptecar L, Fiteni F, Jarlier M, Delaine S, Guillaume V, Jacot W, D'Hondt V. *Breast Cancer Res Treat.* 2021 Apr;186(3):705-713. doi: 10.1007/s10549-020-06062-x
3. Bober, Sharon L et al. "How to ask and what to do: a guide for clinical inquiry and intervention regarding female sexual health after cancer." *Current opinion in supportive and palliative care vol. 10,1* (2016): 44-54. doi:10.1097/SPC.0000000000000186
4. Carter J, Lacchetti C, Andersen BL, Barton DL, Bolte S, Damast S, Diefenbach MA, DuHamel K, Florendo J, Ganz PA, Goldfarb S, Hallmeyer S, Kusner DM, Rowland JH. *Interventions to Address Sexual Problems in People with Cancer: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Adaptation of Cancer Care Ontario Guideline.* *J Clin Oncol.* 2018 Feb 10;36(5):492-511. doi: 10.1200/JCO.2017.75.8995.
5. Cormie, P., Chambers, S.K., Newton, R.U. et al. *Improving sexual health in men with prostate cancer: randomised controlled trial of exercise and psychosexual therapies.* *BMC Cancer* 14, 199 (2014). <https://doi.org/10.1186/1471-2407-14-199>
6. Jeffery, Diana D et al. "Self-Reported Sexual Function Measures Administered to Female Cancer Patients: A Systematic Review, 2008-2014." *Journal of psychosocial oncology vol. 33,4* (2015): 433-66. doi:10.1080/07347332.2015.1046012
7. Kedde H, van de Wiel HB, Weijmar Schultz WC, Wijzen C. *Sexual dysfunction in young women with breast cancer.* *Support Care Cancer.* 2013 Jan;21(1):271-80. doi: 10.1007/s00520-012-1521-9.
8. Matthew A. *Core principles of sexual health treatments in cancer for men.* *Curr Opin Support Palliat Care.* 2016 Mar;10(1):38-43. doi: 10.1097/SPC.0000000000000183
9. Perz J, Ussher JM; *Australian Cancer and Sexuality Study Team.* *A randomized trial of a minimal intervention for sexual concerns after cancer: a comparison of self-help and professionally delivered modalities.* *BMC Cancer.* 2015 Sep 9; 15:629. doi: 10.1186/s12885-015-1638-6.

DERMATOKIRURGJIA TEK LEZIONET TUMORALE



**Merita
Hajdini-Zeqiri**

*Specialiste
Dermatovenerologe
Klinika dermato-
onkologjike
Bonn, Gjermani*

Në kohën kur e gjithë vëmendja botërore është përqendruar të pandemia Covid -19, janë në fakt pacientet onkologjike ata të cilët po vuajnë paralelisht me të sëmurët e shtrirë në reparte intensive dhe po e luftojnë virusin. Në valën më të madhe të pandemisë, sikur të gjithë harruan se sëmundjet kancerogjene, së bashku me sëmundjet kardiovaskulare, janë në fakt problemi kryesor global që brenda vitit marrin me mijëra jetëra të njerëzve. Prandaj, është shumë me rëndësi që fokusi te pacientet onkologjikë të kthehet aty ku e ka vendin, në mënyrë që të evitohet një katastrofë tjetër që mund të pasonte në vitin e parë apo të dytë pas përmbylljes së pandemisë, pikërisht për këtë neglizhim të këtij grupi kaq te rëndësishëm që kanë nevojë për ndihmë të vazhdueshme.

Diagnostikimi dhe trajtimi i sëmundjeve onkologjike mbetet edhe ma tutje një sfidë për të gjithë mjekët, kjo për faktin se kanceri në të gjitha organet e njeriut vjen në forma nga me të ndryshmet dhe shpeshherë befason edhe ekspertët më të mëdhenj të kësaj lëmie.

Kanceri i lëkurës ndahet në 3 forma kryesore

1. Prekancerozat (keratozat aktinike, carcinoma planocelulare in situ, Morbus Bowen).
2. Format gjysmë malinje (Basal cell carcinoma, Carcinoma planocelulare).
3. Format malinje (me perfaqesuesen kryesore Melanoma malinje, si dhe disa forma më të rralla si Merkel cell carcinoma, Sarkoma Kaposi, Bowen Carcinoma).

Detyrë kryesore e mjekut specialist, dermatologut, është dermatoskopimi dhe detektimi në fazat e hershme të çdo llojit të kancerit të lëkurës. Prevenimi, siç e dimë të gjithë, është forma më e lehtë e evitimit të skadimit të sëmundjes. Këtë rol e luan në radhë të parë vetëdijësimi i popullatës, dhe në rastin optimal, sigurimi shëndetësor, i cili e përkrah pacientin në forma të ndryshme në paraqitjen te mjeku specialist për kontroll të rregullt. Natyrisht, një rol mjaft të madh e kanë edhe mediat me anë të kampanjave të ndryshme për informim të rregullt të opinionit në çështjen e parandalimit dhe rëndësinë e trajtimit të hershëm të kancerit të lëkurës. Në Gjermani p.sh, që nga viti 2008 sigurimi shëndetësor e mbulon çdo dy vite kontrollën e tërë trupit, i a.q. Skin screening dhe e stimulon pacientin që t'i përmbahet këtyre kontrollave. Diku afër 80% e tumoreve të lëkurës zbulohen gjatë këtyre kontrollave preventive. Sepse një gjë dihet tashmë sigurtë/ kanceri i lëkurës nuk ka kurrfarë simptomash subjektive, s'ka dhembje, kuarje, djegie, etj. Vjen në mënyrë të qetë, por përbrenda është një vullkan i egër i cili mezi pret te shpërthejë. Është padyshim një prej tumoreve të organizmit i cili metastazon më së shpejti, prandaj nuk duhet neglizhuar dhe çdo shtyrje në trajtim do të ishte fatale për jetë. Një informim i thjeshtë i opinionit se çdo nevus që e ndryshon formën dhe ngjyrën duhet te kontrollohet nga dermatologu, do të sillte padyshim rezultate të shumta në prevenim.

Gjatë pandemisë Covid-19, një numër i madh i punonjësve është kthyer në sistemin punë nga

shtëpia (home office). Sipas përvojës time personale, duket se pikërisht ky qëndrim/punë nga shtëpia i ka bërë shumë persona të jenë më të vëmendshëm për trupin, lëkurën e në veçanti për nevuset e tyre dhe ka si rezultat paraqitjen e tyre më të shpeshtë për kontrolle te dermatologu. Këtu edhe vërehet përparësia e dermatologjisë si disiplinë optike, ku pothuajse çdo ndryshim në lëkurë mund të vërehet me sy. Megjithatë, fjala përfundimtare në caktimin e diagnozës dhe trajtimin e mëtutjeshëm i mbetet natyrisht dermatologu.

Dy shkaktarët kryesor të paraqitjes së kancerit të lëkurës janë padyshim faktori gjenetik dhe ekspozimi i tepërt ndaj rrezeve të diellit, sidomos gjatë periudhës së mesditës, që rezultojnë me djegie të lëkurës dhe dëmtim ireverzibil të shtresave të lëkurës. Personat me mbi 50 nevuse në trup dhe ata me histori pozitive familjare janë dyfish më të rrezikuar në paraqitjen e kancerit të lëkurës. Prandaj mbrojtja nga rrezet e diellit dhe kontrollimi i rregullt i nevuseve janë faktorët kyç në preventivin e paraqitjes së kancerit të lëkurës.

Diagnostikimi i kancerit të lëkurës bëhet nga ana e dermatologut me dermatoskop, një llupë zmadhuese 10-20x, varësisht nga modeli. Diku 70% të melanomave malinje shkaktohen nga nevuset që veçse ekzistojnë në trup, e 30% të pjesës tjetër shkaktohen në lëkurën intakte, pra pa pasur paraprakisht ndonjë lezion në lëkurë. Ekzistojnë rregulla të ndryshme që përdoren në diagnostikim, si nga ana klinike, ashtu edhe nga dermatoskopimi. Rregulla kryesore që përdoret në mbarë botën është rregulla ABCD (A/ asimetria e nevusit, B/border, kontura te çrregullta, C/color, ngjyra të shumta brenda nevusit dhe D/dimensioni përmbi 5mm). Rregulla tjetër është ajo sipas ugly duckling apo patës se shëmtuar, që nënkupton çdo nevus që duket krejtësisht ndryshe nga të tjerët dhe njëkohësisht ka pamje jo të mirë, duhet larguar kirurgjikisht. Në dermatologjinë moderne është i pamundur funksionimi dhe diagnostikimi i kancerit të lëkurës pa dermatoskop. Fatmirësisht teknologjia e avancuar e ka mundësuar që të zhvillohen edhe shumë aparatura tjera ndihmuese që e përkrahin klinikistin/ dermatologun në përditshmëri. Në klinikën dermato-onkologjike në Bonn ku unë punoj, ku njëkohësisht e kemi ekspertizë kryesore kancerin e lëkurës dhe mbi 80% të pacientëve që frekuentojnë çdo ditë në klinikë janë pacientë onkologjik, jemi në rangun e parë në landin Nordrhein Westfalen sa i përket numrit të tumoreve të lëkurës të diagnostikuara gjatë vitit. Kjo kuotë e lartë e diagnostikimit është arritur krahas angazhimit klinik të personelit shëndetësor, edhe falë kësaj teknologjie. Aparaturat që përdoren janë Videodermatioskopi FotoFinder (fotografimi me zmadhim, ruajtja në bazë dhe më vonë krahasimi i nevuseve të pacientit), Neviscence (fotografim dhe vlerësim brenda pak sekondave të shkallës potenciale të malinjizimit), OCT (Optical Coherence Tomography, i dedikuar për Non-melanoma-skin-cancer, një prej metodave më të reja për detektimin e kancerit jo-melanome të lëkurës në mënyrë joinvazive, pra pa pasur nevojë të merret biopsia e lëkurës). Natyrisht, me gjithë këtë teknologji mjaft të avancuar, gjithmonë duhet pasur në mendje se barrën

Korrespondenca:
merita.hajdini@gmail.com

kryesore në diagnostikimin përfundimtar e mbajmë në klinikistët.

Trajtimi i kancerit të lëkurës bëhet në mënyra të ndryshme, invazive dhe joinvazive, kjo në bazë të llojit dhe stadit të tumorit. Format prekanceroze trajtohen me krioterapi/azot të lëngshëm, me terapi lokale në formë të kremës (Diclofenac, Efundix, Aldara), apo të format e shpërndara (Field cancerisation) me anë të terapisë fotodinamike (PDT/Photodynamic therapy, me ç'rast përdoret drita ultraviolete e kuqe e llampës së posaçme dhe aplikohet në dhomë të mbyllur në ambientet e klinikës), varësisht 1-2 sesione brenda 2 javësh. Para dy vitesh është aprovuar edhe daylight Photodynamic Therapy, kjo lloj terapie e cila principin e ka të njëjtë, mirëpo përdorën rrezet e diellit si burim i dritës. Basal cell carcinoma (të gjitha format përveç asaj sipërfaqësore) dhe Carcinoma planocelulare gjithnjë me mënjanim kirurgjikal me metodën mikrofotografike të kontrolluar (Micrographic controled surgery/3D surgery) me largim të tumorit deri në ind të shëndoshë (Exision in toto).

Te melanoma malinje rregulla standarde mbetet mënjanimi komplet kirurgjik, në Gjermani marrja e biopsisë është e kontraindikuar, praktike kjo që përdorët jo rrallë në USA. Pas vërtetimit të diagnozës, varësisht prej trashësisë së tumorit sipas Breslow, pason re-mënjanimi. Është me rëndësi të ceket se sipas protokollit me të ri të AJCC (American Joint Commitee on Cancer), trashësia e tumorit duhet të paraqitet vetëm sipas Breslow, ndërsa niveli Clark është larguar dhe nuk merret më parasysh dhe nuk ka nevojë të ceket as në raportin histopatologjik. Ky është zëvendësuar me prezencën e ulceracionit dhe numrit të mitozave në tumor. Është obligative që në raportin histopatologjik të ceket klasifikimi TNM (Tumor, Nodus, Metastasis). Gjithnjë sipas Breslow, ndër 1-2mm trashësi të tumorit te melanoma malinje bëhet re-operimi me 1 cm distancë sigurie, te trashësia 2,01-4mm bëhet me 2cm distancë sigurie, ndërsa te format me mbi 4mm trashësi të tumorit atëherë vendos bordi i tumorëve në varësi nga lokacioni i tumorit dhe strukturat anatomike përreth. Edhe të largimi i nyjeve limfatike regjionale (SLND- Sentinel Lymph node Dissection) ka një ndryshim në protokoll, te trashësia Breslow përmbi 1mm gjithmonë vjen deri të largimi i nyjeve limfatike regjionale dhe kjo mbetet e njëjtë. Mirëpo, dallimi qëndron në largimin e nyjeve limfatike te tumorët me trashësi Breslow 0,75mm te faktorët shtesë të rrezikut, si ulceracioni i tumorit, mitoza e shtuar në tumor dhe tek pacientet e moshës ndër 40 vjeç. Çdo largim i nyjeve limfatike regjionale jashtë këtyre rregullave, vetëm në formë të profilaksës, është kontra indikacion absolut dhe shkon në dëm të pacientit (primum non nocere). Te forma e melanomës Lentigo-maligna, re-operimi bëhet me 5mm distancë sigurie, por në lokalizimet akrrale (veshë, hundë, gishta të duarve dhe të këmbëve), kjo rregull nuk vlen, por mjafton vetëm largimi i tumorit deri në indin e shëndoshë. Edhe diagnostika e zgjeruar, Rëntgeni i toraksit, MRT, CT, caktimi i tumor markerëve S100 dhe LDH, bëhet vetëm prej stadit të 2 të tumorit, dhe çdo diagnostikim i tillë pa bazë do të jetë vetëm ngarkesë për pacientin, si nga ana psikike ashtu edhe nga ajo financiare.

Situata në terapi ndryshon të format e metastazave të konfirmuara të melanomës malinje. Gjithnjë sipas

protokollit më të ri ndërkombëtar, kemoterapia më nuk bën pjesë në terapinë e metastazave, por fjalën kryesore e ka terapia me antitropa (BRAF, MEK Inhibitorët, Anti PD1). Edhe pse në 10 vitet e fundit kjo lloj terapie ka bërë një revolucion të vërtetë në trajtim, prapë se prapë mbetet ende shumë për te punuar në këtë drejtim dhe çdo pacienti me metastaza, pa marrë parasysh në cilin organ, i ofrohet pjesëmarrje në studime të shumta shkencore të cilat janë jo të pakta në numër e që kryhen çdo ditë në klinikat gjermane, me qëllim të njohjes sa më të mirë të funksionimit të kancerit dhe njëkohësisht luftimit të tij.

Me gjithë zbulimet e shumta në onkologjinë e tumoreve të lëkurës, terapia standarde e artë (Gold standard therapy) mbetet mënjanimi kirurgjikal. Prandaj, nuk është edhe e rastësishme kur thuhet se dermatokirurgjia është mbretëreshë e dermatologjisë. Në klinikat gjermane nuk mund të paramendohet puna e një dermatologu pa njohuritë bazë dhe aftësitë kirurgjikale. Prandaj, në kuadër të specializimit 5 vjeçar të dermatologjisë, është e domosdoshme edhe përfshirja së paku 6 mujore e trajnimit në kirurgji të lëkurës. Në këtë mënyrë përfiton më së shumti pacienti, i cili trajtimin e fillon dhe e përfundon te dermatologu, pa pasur nevojë të humb kohë nga një specialist të tjetri.

PATOLOGJIA MOLEKULARE DHE EPOKA E MJEKËSISË SË PERSONALIZUAR SFIDAT DHE PERSPEKTIVA



Ekrem Maloku

*Profesor i Patologjisë dhe
Mjekësisë së bazuar në
Evidencë*

*Kolegji Gjerman Heimerer i
shkencave shëndetësore*

*Specialist Neuropatolog klinik
New York University Langone
Health/ Grossman School of
Medicine & amp;
Dartmouth Hitchcock Medical
Center/ Geisel School of
Medicine Alumni, SHBA*

Si pasojë e zhvillimeve të fundit dhe përparimeve në diagnostikën molekulare roli i patologut ka zënë vend qendror në të gjitha disiplinat e mjekësisë e sidomos në menaxhimin adekuat në Onkologji. Këtu duhet spikatur përparimet enorme në mjekësinë precize në vitet e fundit që në të njëjtën kohë e kanë vendosur patologun në një pozitë krejtësisht tjetër me shumë se kurdoherë më parë kur është në pyetje marrja e vendimeve klinike në raport me pacientet e caktuar.

Sot jemi dëshmitarë të situatave kur diagnoza onkologjike mund të vendoset edhe përpara largimit të tumorit nga trupi. E gjithë kjo i dedikohet aftësisë që kemi në ditët e sotme që në sajë të teknologjisë moderne imazherike të jemi në gjendje që të nxjerrim mostra të vogla të indit, dhe të gjykojmë për diagnozën. Kjo përfundimisht i ofron klinikistit informata shtesë relevante që do t'i ndihmojë të arrijë deri te vendimet komplekse në menaxhimin e rasteve specifike. Kjo ka lidhshmëri të ngushtë edhe me përparimet e mëdha në fushën terapeutike dhe mund të sjellë deri në situatat kur ndërhyrja kirurgjike mund të mos jetë opsioni më i përshtatshëm për menaxhim fillestar të patologjisë së caktuar.

Elementet bazë që duhet konsideruar në mjekësi të personalizuar

Në kohën aktuale në të cilën ne praktikojmë duhet pasur parasysh edhe një element tejet të rëndësishëm në raport me mundësitë e punës në mostrat e vogla indore. Aty gjithnjë na ofrohet mundësia të realizojmë një numër të madh testesh e kjo në mes tjerash përfshin ngjyrimet speciale, imunohistokiminë si dhe markerët molekular. Në situatat konkrete kjo mund të ilustruhet me shembujt e shpeshtë në praktiken klinike kur pacienti paraqitet me formën e avancuar të kancerit të mushkërive, të trurit, gjurit etj. Duke iu referuar fakteve informative të paraqitura më herët është e mundshme që në situata të tilla të merret mostra indore jo vetëm për diagnozën bazë të tumorit por edhe në realizimin e analizave shtesë për të vlerësuar nëse pacienti është kandidat adekuat për terapinë e caktuar, sikurse në rast të prezencës së abnormaliteteve specifike si: mutacionin në gjenin për EGFR,[1] ALK translokacionin[2], ekspresionin e proteinës PD-L1[3], tejkspresionin e HER-2[4], proteinës RAS në karcinomen kolorektale[5]. Këtu duhet përmendur edhe përparimet enorme në mundësitë që kemi sot për të klasifikuar në mënyrë precize llojin e tumorit nëpërmjet profilizimit të metilimit të ADN-se sidomos në rastet kur morfologjia dhe imunohistokimia nuk japin përgjigje definitive[6]. Duhet theksuar se tashmë në shumë vende aplikimi i testeve të tilla është obligativ për menaxhim adekuat të pacientit.

Avantazhi të cilën na e mundëson teknologjia si dhe masivizimi i diagnostikës molekulare dhe stafi mirë i trajnuar sidomos në qendrat e avancuara akademike është që shumë nga analizat e tilla molekulare mund të kompletohen në një periudhë një javore e cila i hapë rrugë një pike shumë sensitive siç është diskutimi i hershem në takimet multidisiplinare të bordeve tumorale e që në të vërtetë përfaqëson një

domosdoshmëri vitale për një kategori të tillë të pacientëve shumë të sëmurë.

Padyshim që përfshirja e testeve molekulare si pjesë qenësore diagnostike ka si rrjedhojë edhe faktin që raportet patologjike janë shumë më të detajuara si asnjëherë më parë dhe të orientuara në aspektin klinik. Këto pika udhëzuese dhe komunikimi me kohë dhe efikas në mes anëtarëve të ekipit trajtues dhe patologut ka bërë që jetëgjatësia e pacientëve me kancer të rritet. Në ditët e sotme patologu duhet të grumbullojë informata të shumëllojshme që rrjedhin nga testet e ndryshme dhe në fund t'i lidh këto informata me ato klinike gjë që e vendos patologun në rol qenësor në kuadër të vendimeve të marra klinike për pacientin.

Duke iu referuar pikave të lartpërmendura çdo njeri nga ne si profesioniste shëndetësor mund të shoh jo vetëm rolin qenësor që ka patologjia molekulare, por kjo padyshim vendos edhe kërkesa shtesë e sidomos në nevojën që departamentet e patologjisë të jenë multidisiplinare dhe të punësojnë jo vetëm Patologe-mjete të trajnuar, por edhe shkencëtarë me përvojë të ndryshme si morfologë, gjeneticistë, ekspertë të informatikës dhe bioinformatikës. Diagnoza morfologjike gjithësi ka vendin e saj të merituar në parashikimin e prognozës dhe reagimin në terapi por aplikimi i metodave molekulare sikurse sekuencimi gjenetik definitivisht e plotësojnë në masë të madhe e shpeshherë janë qenësore në diagnozën finale dhe si rrjedhojë trajtimin adekuat të pacientit.

Sfidat aktuale dhe perspektiva në vendet në zhvillim me fokus në aktualitetin Kosovar

Përkthyer në kushtet funksionimit të Patologjisë dhe sistemit shëndetësor në tërësi në Kosovë atëherë kjo kërkon fokusimin në shumë pika. Natyrisht sikurse në çdo vend që kërkon vendosjen e standardeve të tilla dhe rolin merituar të Patologut dhe të gjithë anëtarëve tjerë të ekipit mjekësor në epokën e mjekësisë precize, burimet njerëzore duhet të jenë fokus kryesor. Vëllimi shumë i lartë i informatave që duhet absorbuar në çdo fushë subspecialistike me fokus të veçantë në atë të patologjisë dhe integrimi dhe koordinimi efikas me fushat përkatëse klinike shton nevojën e domosdoshme të profilizimit duke përfshirë në këtë pikë edhe subspecialistë të Patologjisë Molekulare. Kjo është tashmë shumë mirë e rregulluar në vendet e zhvilluara si në SHBA dhe në shumë vende perëndimorë Evropiane dhe është në agjendë serioze në shumë vende tjera. Profilizimi në fushat e veçanta të Patologjisë do të shtonte efikasitetin dhe kompetencën në secilën nga profilet e patologjisë, do të zvogëlonte gabimet në diagnozë dhe në të njëjtën kohë do të krijonte kushte për një koordinim efikas me të gjitha ekipet mjekësore që kujdesen rreth pacientit të caktuar. E gjithë kjo do t'i hapte rrugë komunikimit më të mirë në mes të gjitha ekupeve mjekësore që marrin pjesë në menaxhimin e pacientit të caktuar, duke përfshirë edhe organizimin e bordeve tumorale në baza javore për të diskutuar rastet komplekse. E gjithë kjo me qëllim parësor që anëtarët e ekipit të arrijnë në konsensus për trajtimin efikas të patologjisë së caktuar, nëse është e domosdoshme dërgimin me kohë të

Korrespondenca:

ekrem.maloku@kolegji-heimerer.eu

mostrës përkatësisht indit tumoral për analiza shitesë sidomos ato molekulare duke siguruar që pacienti do të trajtohet me protokollet ekzistuese terapike pa vonesa. Natyrisht e gjithë kjo nuk mund të realizohet edhe pa përkrahje dhe investim në aparaturo adekuate për patologji molekulare e cila është e domosdoshme për implementimin e synimeve të tilla bashkë me trajnimet adekuate si dhe sigurimet shëndetësore për shkak të kostos së lartë të këtyre testeve. Kjo kërkon një vëmendje të veçantë nga instancat më të larta të shtetit që të punohet në sigurimin e kujdesit standard ndaj pacientit, me protokollet e fundit mirë të dizajnuara e cila në vete në shekullin në të cilin jetojmë përfshinë edhe analizën molekulare-gjenetike si pjesë e trajtimit adekuat të personalizuar. Kjo kërkon investim urgjent në burime njerëzore, teknologji dhe ambiente adekuate të punës dhe në aspekt afatgjatë padyshim përkthehet në dobi të kujdesit efikas të pacientit, reduktimit enorm të udhëtimeve jashtë vendit për analiza shitesë diagnostike/terapeutike bashkë me një ambient bashkëkohor të trajnimit akademik-klinik si për studentët e studimeve bazike, atyre të doktoratës ashtu edhe për specialistët e fushave përkatëse.

Valon Morina

*Profesor asistent, Gjenetike
Humane
Kolegji Gjerman Heimerer i
shkencave shëndetësore*

Literatura:

1. Ghafoor Q, Baijal S, Taniere P, O'Sullivan B, Evans M, Middleton G. Epidermal Growth Factor Receptor (EGFR) Kinase Inhibitors and Non-Small Cell Lung Cancer (NSCLC) - *Advances in Molecular Diagnostic Techniques to Facilitate Targeted Therapy*. *Patbol Oncol Res*. 2018 Oct;24(4):723-731.
2. Malapelle U, Gravara LD, Battiloro C, Anellino A, Rocco D. Personalized genomic medicine: non-small-cell lung cancer and anaplastic lymphoma kinase. *J Transl Genet Genom* 2019;3:3.
3. Sabari JK, Leonardi GC, Shu CA, Umetsu R, Montecalvo J, Ni A, Chen R, Dienstag J, Mrad C, Bergagnini I, Lai WV, Offin M, Arbour KC, Plodkowski AJ, Halpenny DF, Paik PK, Li BT, Riefy GJ, Kris MG, Rudin CM, Sholl LM, Nishino M, Hellmann MD, Rekbtman N, Awad MM, Drilon A. PD-L1 expression, tumor mutational burden, and response to immunotherapy in patients with MET exon 14 altered lung cancers. *Ann Oncol*. 2018 Oct 1;29(10):2085-2091
4. Wong NACS, Amary F, Butler R, Byers R, Gonzalez D, Haynes HR, Ilyas M, Salto-Tellez M, Taniere P. HER2 testing of gastro-oesophageal adenocarcinoma: a commentary and guidance document from the Association of Clinical Pathologists Molecular Pathology and Diagnostics Committee. *J Clin Pathol*. 2018 May;71(5):388-394.
5. Wong NA, Gonzalez D, Salto-Tellez M, Butler R, Diaz-Cano SJ, Ilyas M, Newman W, Shaw E, Taniere P, Walsh SV; Association of Clinical Pathologists Molecular Pathology and Diagnostics Group. RAS testing of colorectal carcinoma—a guidance document from the Association of Clinical Pathologists Molecular Pathology and Diagnostics Group. *J Clin Pathol*. 2014 Sep;67(9):751-7.
6. Sahn F, Schrimpf D, Stübel D, Jones DTW, Hielscher T, Scheffzyk S, Okonechnikov K, Koelsche C, Reuss DE, Capper D, Sturm D, Wirsching HG, Berghoff AS, Baumgarten P, Kratz A, Huang K, Wefers AK, Hovestadt V, Sill M, Ellis HP, Kurian KM, Okuducu AF, Jungk C, Drueschler K, Schick M, Beverunge-Hudler M, Manrin C, Seiz-Rosenbagen M, Ketter R, Simon M, Westphal M, Lamszus K, Becker A, Koch A, Schittenhelm J, Rushing EJ, Collins VP, Brebner S, Chavez L, Platten M, Hänggi D, Unterberg A, Paulus W, Wick W, Pfister SM, Mittelbronn M, Preusser M, Herold-Mende C, Weller M, von Deimling A. DNA methylation-based classification and grading system for meningioma: a multicentre, retrospective analysis. *Lancet Oncol*. 2017 May;18(5):682-694.

Korrespondenca:

valon.morina@kolegji-heimerer.eu

MJEKËSIA PRECIZE NË ONKOLOGJI: KOHA PËR NJË ZHVENDOSJE PARADIGME



Kleida Mati

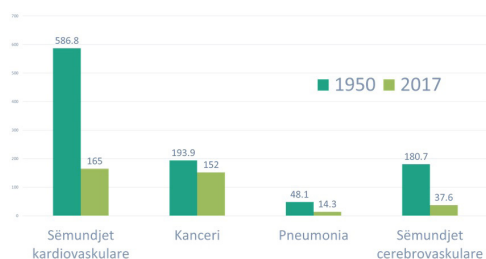
*Specialiste Onkologe
Klinika MLA
Tiranë*

Përshkrimi më i vjetër që kemi për kancerin (edhe pse fjala kancer nuk është përdorur në të) është zbuluar në Egjipt dhe daton rreth 3000 vjet p.e.s.. Quhet papirusi i Edwin Smith-it dhe është një kopje e një pjese libri antik egjiptian mbi kirurgjinë. Në të përshkruhen 8 raste tumori ose ulçer e gjirit te cilat janë trajtuar me kirurgji. Shkrimi përfundon me fjalinë, “Nuk ka shërim.”

Po sot, 5000 vjet me pas, si e trajtojmë ne kancerin? A kemi qenë te suksesshëm duke ndjekur rrugën e shëruesve të asaj kohe?

Në grafikun 1 paraqitet vdekshmëria sipas shkakut në Sh.B.A për vitin 1950 dhe vitin 2017. Përkatësisht sëmundjet kardiovaskulare, kanceri, pneumonia dhe sëmundjet cerebrovaskulare.

Përmirësimet në diagnostikim, trajtim e parandalim kanë ndikuar ndjeshëm në uljen e vdekshmërisë nga sëmundje vdekjeprurëse si sëmundjet kardiovaskulare, pneumonia dhe sëmundjet cerebrovaskulare. Po kanceri? Vdekshmëria nga kanceri vazhdon të jetë e lartë dhe pa ndryshime të konsiderueshme ndër vite. Sigurisht, disa zbulime në lidhje me trajtimin e kancerit kanë rezultuar të jenë histori suksesi si për ndikimin në jetëgjatësi edhe në cilësinë e jetës. Por në përgjithësi, nuk kemi pasur ndikim të rëndësishëm në luftën kundër kancerit. Kanceri në stadet e avancuara vazhdon të mbetet një sfidë e madhe për t'u trajtuar ndaj, parandalimi dhe diagnostikimi i hershëm mbeten deri më tani mënyra e vetme për të rritur shanset për mbijetesë.



Grafik 1. Vdekshmëria sipas shkakut në Sh.B.A. për vitin 1950 dhe vitin 2017.

Ajo çka mund të mendohet është se kanceri është një sëmundje komplekse dhe kjo është një ndër arsyet e hapave të ngadaltë në lidhje me trajtimin e tij. Pa dyshim, kanceri njihet si një sëmundje që është nën ndryshim të vazhdueshëm, një gjendje që karakterizohet nga plasticiteti dhe heterogjeniteti, që evoluon në nivel gjenetik dhe zhvillohet në stade të ndryshme klinike.

Por edhe pse kompleksiteti i kancerit është i mirë mbështetur në fakte, fjalori i përshkrimit të kancerit është i varfër dhe i pandryshuar ndër shekuj. Në ditët e sotme vazhdojmë të përshkruajmë kancerin në bazë të simptomave klinike (kollë, rënie në peshë, lodhje, dhimbje etj.), përmasave dhe pamjes nga ekzaminimet imazherike (psh. formacion hepatik 3 cm) dhe organit të origjinës (kancer gjiri, kancer

pulmoni etj.). Pra, kanceri përshkruhet vetëm sipas manifestimit të sëmundjes. Që prej më shumë se një shekulli, standardi i artë për diagnostikimin e kancerit është diagnoza histopatologjike, që në thelb ka identifikimin dhe diferencimin e një qelize malinje nga një qelizë e shëndetshme. E megjithatë, pavarësisht kompleksitetit të njohur të sëmundjes, në shumicën e rasteve, trajtimi përcaktohet vetëm në bazë të diagnozës histopatologjike dhe të dhënave klinike, pa kryerjen e testeve molekulare apo gjenetike. Edhe pse rëndësia e tyre është thelbësore në përcaktimin e trajtimit, ato ende nuk janë plotësisht të integruara në praktikën e përditshme klinike.

Pra, duke sjell në vëmendje kompleksitetin e kancerit dhe modalitet e deritanishme të diagnostikimit dhe trajtimit është koha për një zhvendosje paradigme, është koha për të kaluar nga arti i mjekësisë në shkencën e mjekësisë.

Kujdesi shëndetësor i personalizuar (KSHP)

Trajtim i personalizuar nuk është plotësisht i panjohur për mjekësinë. Për analogji mund të përmenden testet laboratorike për të vlerësuar sensitivitetin e një mikroorganizmi ndaj një antimikrobiku, të cilat janë thelbësore në përcaktimin e trajtimit adekuat për një infeksion të caktuar. Kjo qasje e mirë-vendosur, si përfundim sjell rezultate më të mira në trajtimin e pacientit, shmang efektet anësore si pasojë e terapeve jo efektive, shkurton qëndrimin në spital dhe minimizon vizitat e panevojshme te mjeku.

Për sa i përket onkologjisë, koncepti mbi trajtimin është varur gjithmonë në një premisë kyçe: shumica e trajtimeve të kancerit janë të adaptuara duke përgjithësuar pacientët dhe duke krijuar një model trajtimi që do të funksionojë për të gjithë - “one size fits all”. Por të përgjithësosh pacientët dhe të nxjerrësh një model të përbashkët është e pamundur, për këtë arsye trajtimet kundër kancerit nuk janë njësoj efektive për të gjithë, edhe kur diagnoza histopatologjike dhe vendndodhja anatomike e tumorit janë të ngjashme.

Kujdesi i personalizuar dhe trajtimi preciz janë dy terma të ndryshëm, edhe pse shpesh i hasim të zëvendësojnë njëri-tjetrin. Mjekësia precize përshtat trajtimin për pacientët mbi bazën e diferencave gjenetike, mjedisit dhe stilit të jetesës, ndërsa mjekësia e personalizuar nënkupton përshtatjen e kujdesit shëndetësor për secilin pacient, individualisht.⁷ Me fjalë të tjera, trajtimi preciz është krijuar për të synuar sëmundjen e duhur me trajtimin e duhur, ne pacientin e duhur dhe në kohën e duhur.

Edhe pse kur përmendet mjekësia precize, menjëherë sjellim në vëmendje të dhënat mbi gjenomin, është e rëndësishme të theksohet se të dhënat nga gjenomi janë vetëm një prej elementëve të mjekësisë precize. Kur i referohemi të dhënave të gjenomit nënkuptojmë analizën e gjenomit me anë të testeve të Gjeneratës Tjetër të Sekuencionimit (Next Generation Sequencing), Whole Exome Sequencing (WES) dhe Whole Genome Sequencing (WGS). Por mos të harrojmë se kanceri nuk është një sëmundje që shkaktohet vetëm nga një mutacion gjenetik i trashëguar apo i krijuar de novo. Kanceri duhet të

kuptohet si një sëmundje e një sistemi (Fig.1). Kuptimi i kancerit vetëm si rezultat i mutacioneve gjenetike dhe defekteve molekulare duhet të konsiderohet i reduktuar.

Ndaj, analiza e faktorëve që ndikojnë në gjendjen e qelizës dhe transformimin e saj në një qelizë me rritje dhe replikim të pakontrolluar dhe raporti i saj me mjedisin rrethues nën ndikim të këtyre faktorëve është thelbësore për kuptimin dhe si rrjedhojë kontrollin e kancerit. Aktualisht, kanceri menaxhohet duke dhënë një trajtim të caktuar (psh. kimioterapi, radioterapi, kirurgji), pa marrë në konsideratë faktorët e tjerë që ndikojnë nga bashkësia e input-eve.

Por tashmë, mos të harrojmë se mjekësia moderne ka hyrë në erën e omics-eve, ndër të cilat mund të përmenden radiomics, personomics, proteomics, transcriptomics, lipidomics etj. të cilat do të sjellin të dhëna nga (1) tumori, (2) pacienti, (3) indri rrethues (stroma), (4) ndërveprimi i qelizës tumorale me mjedisin rrethues, çka do të na lejojë të shohim sistemin në tërësinë e tij. E megjithatë, analiza e gjenomit, të dhënave imazherike dhe laboratorike në përshtatje me fenotipin janë vala e parë e mjekësisë precize që do të mundësojë trajtimin e personalizuar të pacientëve me kancer.

Rëndësia klinike e mjekësisë precize

Me hyrjen e shekullit të XX, u zbulua se rrezatimi mund të përdorej në trajtimin e kancerit. E më pas, në vitet 1950, filloi zhvillimi i barnave që mund të ndikonin në funksionimin e qelizave tumorale. Tani, në shekullin e XXI, vazhdojmë ende të përdorim po të njëjtat mjete për të luftuar kancerin - kirurgjinë, kimioterapinë dhe radioterapinë. Por të dhënat e reja po tregojnë se ka edhe mënyra të tjera për të luftuar.

Premisa e onkologjisë precize është të zhvillohen trajtime që synojnë karakteristika molekulare të një tumori të caktuar, duke shkuar edhe më tej nga ç'mund të mendohej, pa marrë në konsideratë organin nga ku ka origjinën tumori, duke u fokusuar në mutacione gjenetike specifike.

Pa dyshim, ky është një moment shumë i rëndësishëm dhe shpresëdhënës në luftën kundër kancerit. Por që kjo ëndërr të kthehet në realitet me përfitime klinike, do të duhej të ndihmonte një pjesë më të madhe të pacientëve me kancer se ata që aktualisht përfitojnë nga këto trajtime.

Përpjekjet për të arritur këtë, janë nga më të shumtat. Çdo ditë e më shumë identifikohen ndryshime molekulare, të cilat mund të bëjnë të prekshme nga barnat qelizën tumorale, me fokusin kryesor gjenomën e kancerit. Por këto nuk janë pengesat e vetme në implementimin e këtyre trajtimeve. Një ndër problemet kryesore për implementimin e tyre mbetet qasja ndaj këtyre testeve diagnostikuese dhe trajtimit përkatës, veçanërisht në vendet me të ardhura të ulët dhe mesatare.

Edhe pse në dukje, këto teste diagnostikuese dhe trajtime mund të mendohen si të paarrtshme për nga kostot për vendet me të ardhura të ulëta e mesatare, disa studime kanë treguar se këto trajtime përkundrazi, kanë potencialin të ulin kostot e trajtimit përbri një efekti më të mirë trajtimi e me më pak efekte anësore për pacientët me kancer.

Si ndihmojnë metodat e reja diagnostikuese në rrugën drejt mjekësisë precize?

Pas përfundimit të Projektit mbi Gjenomin e Njeriut (Human Genome Project) në vitin 2003, studimet në fushën e Onkologjisë u zhvendosën në drejtim të analizimit të gjenomit të kancerit, me qëllim identifikimin e mutacioneve të rëndësishme gjenetike në qelizën kanceroze. Zhvillimi i teknikave të sekuençimit të gjeneratës tjetër (NGS), i dha një tjetërsim gjithë qasjes në diagnostikim dhe trajtim të kancerit, duke na zhvendosur në "erën gjenomike" të menaxhimit të kancerit.

Identifikimi i shpejtë i variacioneve të ndryshme gjenetike që janë sensitive ndaj një terapie të caktuar është thelbësore për implementimin e farmakoterapisë së personalizuar.

I pari test diagnostikues i këtij lloji i cili u aprovua nga FDA ishte FoundationOne CDx. Një test laboratorik, i cili identifikon variacione gjenetike në 324 gene. Gjithashtu, rezultatet e këtij testi përfshijnë instabilitetin mikrosatelit (MSI), ngarkesën mutacionale të tumorit (TMB) dhe humbjen e heterozigotitetit (LOH) për pacientët me kancer ovari. Ky test ka gjetur përdorim edhe në Shqipëri e Kosovë, kryesisht në menaxhimin e pacientëve me kancer pulmonar. Rezultatet e këtij testi paraqiten në një raport të integruar ku tregohen ndryshimet gjenetike dhe terapitë e përshtatshme të mbështetura nga studimet me nivel evidencash përkatëse. Në këtë profil të plotë gjenomik (CGP) është mundësia të merren të dhëna të plota nga profili gjenetik i tumorit në një test të vetëm, duke kursyer "kohë dhe ind" - dy komponent të rëndësishëm në rrugëtimin e pacientëve me kancer.

Mund të themi me siguri se mjekësia moderne padyshim është ajo gjenomike, dhe teknologjia në këtë drejtim duket se ka kaluar pritishtëritë e zhvillimit. Por kjo lloj mjekësie duket sikur ka kufijtë e saj të aplikimit në vendet me të ardhura të ulëta dhe mesatare. Ashtu sikurse themi se qasja "one size fits all" nuk mund të funksionojë për menaxhimin e kancerit, po ashtu, kjo qasje nuk mund të funksionojë edhe në përpjekjet për implementim të këtyre teknologjive në të gjithë botën. Problemet që hasen në implementimin e këtyre testeve dhe trajtimeve të reja në vendet në zhvillim janë nga më të shumtat. Ndaj kjo çështje kërkon një impenjim të madh nga ana e gjithë palëve të interesit për të sjellë standardin më të mirë të menaxhimit të kancerit.

Si onkologë asnjëherë nuk duhet të harrojmë se ashtu siç çdo person është unik, edhe çdo tumor është unik. Kjo duhet të jetë një lloj "mante" për këdo që është i përfshirë në luftën kundër kancerit. Por pavarësisht asaj që presim shumë shpejt të vijë, ende për disa kohë do të na duhet të luftojmë me armët e vjetra - trajtimi standard i kancerit, që gjithashtu po përmirësohet vazhdimisht, pasi deri më tani, avantazhi i trajtimit me mjekësi precize mbetet vetëm për disa pacientë. Vetëm atëherë kur i qasja ndaj këtyre modaliteteve të reja të menaxhimit të kancerit të jetë gjerësisht i arritshëm do të mund të flasim për një transformim në menaxhimin e kësaj sëmundjeje.

Literatura:

1. Kiven Eriq Lukong, *Understanding breast cancer – The long and winding road*, BBA Clinical, Volume 7, 2017, Pages 64-77, ISSN 2214-6474, <https://doi.org/10.1016/j.bbaci.2017.01.001>
2. CDC - National Center for Health Statistics
3. *Fulfilling the Potential of Cancer Prevention and Early Detection*. Institute of Medicine (US) and National Research Council (US) National Cancer Policy Board. Curry SJ, Byers T, Hewitt M, editors.
4. *Tumor heterogeneity and cancer cell plasticity*. Corbin E, Meacham, Sean J, Morrison Nature. 2013 Sep 19; 501(7467): 328–337. doi: 10.1038/nature12624
5. *Lung Cancer in Developing Countries: Access to Molecular Testing*. DOI: 10.14694/EdBook_AM.2013.33.327 American Society of Clinical Oncology Educational Book 33 (May 16, 2013) 327-331.
6. *Moving Away From a One-Size-Fits-All Approach to Gastric Cancer*. DOI: 10.1200/JOP.18.00154 Journal of Oncology Practice 14, no. 4 (April 01, 2018) 225-226.
7. *Delivering precision medicine in oncology today and in future—the promise and challenges of personalised cancer medicine: a position paper by the European Society for Medical Oncology (ESMO)*. Annals of Oncology. VOLUME 25, ISSUE 9, P1673-1678, SEPTEMBER 01, 2014 DOI:<https://doi.org/10.1093/annonc/mdu217>
8. *Hallmarks of Cancer: The Next Generation*. Cell. VOLUME 144, ISSUE 5, P646-674, MARCH 04, 2011 DOI:<https://doi.org/10.1016/j.cell.2011.02.013>
9. Olivier M, Asmis R, Hawkins GA, Howard TD, Cox LA. *The Need for Multi-Omics Biomarker Signatures in Precision Medicine*. Int J Mol Sci. 2019;20(19):4781. Published 2019 Sep 26. doi:10.3390/ijms20194781
10. Arruebo M, Vilaboa N, Sáez-Gutiérrez B, et al. *Assessment of the evolution of cancer treatment therapies*. Cancers (Basel). 2011;3(3):3279-3330. Published 2011 Aug 12. doi:10.3390/cancers3033279
11. Heilmann HP. (2013) *History of Radiation Oncology*. In: Brady L.W., Yager T.E. (eds) *Encyclopedia of Radiation Oncology*. Springer, Berlin, Heidelberg.

FLOW CITOMETRIA METODË MODERNE NË DIAGNOSTIKIMIN E LEUKEMISË



**Arbana
Baloku Zejnullahu**

*Specialiste e Pediatriisë
Reparti i Hemato-Onkologjisë
Klinika Pediatrike, QKUK*

Flow Cytometria (FC) është një metodë laboratorike që përdoret për të zbuluar, identifikuar dhe numëruar qelizat specifike.

Flow Citometri (ose citometri rrjedhës) është një instrument i sofistikuar që mat karakteristikat e shumëfishta fizike të një qelize të vetme siç janë madhësia dhe granulariteti kur qeliza rrjedh në suspenzion përmes një pajisje matëse, duke i ndriçuar qelizat (ose grimcat e tjera) ndërsa ato rrjedhin individualisht përpara një burimi drite dhe më pas zbulon dhe korrekon sinjalet nga ato qeliza që rezultojnë nga ndriçimi.

Kjo metodë gjithashtu mund të identifikojë përbërës të veçantë brenda qelizave. Ky informacion bazohet në karakteristikat fizike por edhe markerët e quajtur antigjene në sipërfaqen e qelizës ose brenda qelizave që janë unike për atë lloj qelize.

Pajisja e parë e Flow Cytometrisë e bazuar në fluoreshencë (ICP 11) u zhvillua në vitin 1968 nga Wolfgang Göhde nga Universiteti i Münster në Gjermani.

Zyrtarisht, në vitin 1978 emri Cytophotometri u ndryshua në "Flow cytometry" në Konferencën e Fondacionit Amerikan të Inxhinierisë.

Flow cytometria është metodologji e përdorur për të zbuluar antigjene sipërfaqësore në qeliza duke përdorur antitropa monoklonalë të konjuguar me fluorokrome të ndryshme.

Flowcitometria gjen përdorim të gjerë si në shkencë ashtu edhe në praktikën klinike dhe një prej përdorimeve më të rëndësishme është përdorimi i flowcitometrisë për diagnostikim të leukemive.

Vlera e karakterizimit e qelizave leukemike është të përcaktojë linjën e gjakut (të tilla si mieloide, Limfoide T ose limfoide B). Mund të përdoret gjithashtu edhe për të gjetur linja të dyfishta të gjakut në leukeminë bifenotipike, ko-ekspresionin e antigjeneve ose profilet aberrante si dhe për të përcaktuar klonalitetin. Përdoret edhe për të bërë përcjellë sëmundjen minimale residuale të leukemisë.

Pra është një teknikë që përdoret për të zbuluar dhe matur karakteristikat fizike dhe kimike të një populatë qelizash ose grimcash.

Parimi themelor i FC është kalimi i qelizave një nga një përpara një laseri në mënyrë që ato të mund të zbulohen, numërohen dhe renditen. Komponentët e qelizave janë etiketuar në mënyrë fluoreshente dhe më pas ngacmohen nga laseri për të lëshuar dritë në gjatësi valore të ndryshme.

Në këtë proces, një mostër që përmban qeliza ose grimca pezullohet në një lëng dhe injektohet në instrumentin e Flowcitometrit. Mostra përqendrohet për të rrjedhur në mënyrë ideale një qelizë në të njëjtën kohë përmes një rreze laser, ku drita e shpërndarë është karakteristike për qelizat dhe përbërësit e tyre. Mijëra qeliza në sekondë kalojnë një nga një përmes një ose më shumë rrezeve laser në një

Flowcitometër, të cilat matin dritat e shpërndara në disa kënde dhe emisionet e fluoreshencës. Të dhënat e mbledhura pastaj përpunohen në kompjuter.

Komponentet bazike të Flowcitometrit janë: Burimi i dritës, Sistemi fluidik, Sistemi optik, Detektorët e dritës dhe Kompjuteri.

Për punë me Flowcitometër është e rëndësishme të ketë një grup antitropash monoklonalë të zgjedhur posaçërisht për t'u përdorur për sëmundje të ndryshme, të quajtur si panel. Është me rëndësi të caktohet paneli sa më i saktë ngase duke përdorur panelin e gabuar, ose një panel që është shumë i vogël ose i kufizuar, shpesh nuk arrin të përcaktojë fenotipin në mënyrë të mjaftueshme ose mund të humbasë një diagnozë të rëndësishme diferenciale.

Për tu analizuar mostra në Flowcitometër, ajo duhet së pari të përgatitet. Ekzistojnë disa protokole të përgatitjes së mostrës. Pas përgatitjes, mostra vendoset në aparatin Flowcitometër për tu procesuar dhe pas marrjes së të gjitha mostrave, bëhet analizimi i të dhënave të fituara në kompjuter. Raportimi i rezultateve përfshin përcaktimin e përqindjes së qelizave me markerët specifikë për sëmundjen përkatëse dhe llojin e antitropave pozitiv.

Që kur Flowcytometria u bë e disponueshme për tregti mbi 40 vite më parë, zhvillimi i saj është rritur me hapa të mëdhenj. Në fillim mund të matnin 1-2 parametra qelizorë, ndërsa sot, mund të matim në mënyrë rutinore deri mbi 20 parametra fluoreshente njëkohësisht. Flowcytometrat modernë janë gjithashtu të aftë të matin mijëra grimca çdo sekondë.

Flowcitometria përdoret për të identifikuar qelizat në tretësi dhe përdoret më së shpeshti për vlerësimin e gjakut periferik, aspiratit të palcës kockore dhe lëngjeve të tjera të trupit, për të identifikuar dhe vlerësuar sasi të qelizave imune dhe për të diagnostikuar malinjitet hematologjike.

Në Kosovë Flowcitometria për momentin përdoret vetëm për të diagnostifikuar malinjitet hematologjike në moshat pediatrike.

Në vitin 2018 Dr. Arbana Baloku Zejnullahu dhe Dr. Albana Xani, pediatre nga reparti i Hemato-onkologjisë në QKUK janë trajnuar në periudhe gati 1 vjeçare për punë me Flow cytometër në klinikën Universitare të Gracit në Austri nga Prof. Wolfgang Schwinger. Ky trajnim u realizua në kuadër të bashkëpunimit shumë vjeçar që klinika pediatrike pranë QKUK tashmë e ka me Universitetin mjekësor në Grac. Pas kthimit të mjekeve nga Austria ishte e nevojshme të krijohet laborator i Flowcitometrisë, sepse përveç aparatit Flowcitometër që tanimë ishte në repartin e hemato-onkologjisë, nevojitej edhe aparaturë shtesë dhe material shpenzues si reagensa, të cilat realizohen pas përpjekjeve të shumta dhe falë një angazhimi maksimal të stafit. Më në fund është arritur krijimi i laboratorit të Flow cytometrisë. Ky laborator tani gjendet në repartin e hemato-onkologjisë pediatrike pranë klinikës pediatrike në



Albana Xani

*Specialiste Pediatër
Reparti i Hemato-Onkologjisë
Klinika Pediatrike, QKUK*

QKUK.

Në vitin 2020 përkatësisht në kohë pandemie ka filluar të punohet analiza e pare flowcitometrike. Kjo analizë bëhet duke analizuar aspiratin e palcës kockore ose gjakun periferik.

Deri më tani në klinikën pediatrike janë realizuar 47 analiza Flowcitometrike, ku janë diagnostikuar 17 pacientë me leukemi. Njëkohësisht kjo analizë dërgohet edhe në Grac të Austrisë për kontrollë të dyfishtë nga profesori i cili i ka trajnuar mjeket vendore dhe deri më tani të gjitha diagnozat janë verifikuar plotësisht. Duhet cekur se kjo analizë kryhet pa pagesë nga profesori në Grac për fëmijët kosovarë.

Në pacientët e ekzaminuar, ka dominuar Leukemia akute limfoblastike me qeliza B, pastaj Leukemia akute limfoblastike me qeliza T si dhe Leukemia akute mieloblastike.

Te pacientët është realizuar edhe analiza e diagnostikimit të biologjisë molekulare ku janë ekzaminuar fusion gjenet më të shpeshta te leukemisë akute limfoblastike dhe leukemisë akute mieloblastike, analizë kjo e cila punohet ne Utrecht të Holandës falë bashkëpunimit që ka klinika pediatrike me qendrën për onkologji pediatrike Princess Maxima në Utrecht. Kjo analizë kryhet pa pagesë për pacientët e repartit dhe shërben si marker për stratifikim të pacientëve në bazë të riskut të sëmundjes.

Te fëmijët e diagnostikuar me Leukemi akute limfoblastike ka filluar trajtimi me kemoterapi sipas protokollit dhe të gjithë pacientët janë në përcjellje të vazhdueshme nga mjekët e repartit të hemato-onkologjisë pediatrike. Deri më tani të gjithë pacientët janë në fazë të remisioinit. Analiza Flowcitometrike ka ndihmuar në diagnostikim të shpejtë, përcaktimin e saktë të nëntipit të leukemisë varësisht nga imunofenotipi që kanë shprehur. Kjo ka ndihmuar në stratifikim edhe të riskut të pacientit dhe përcaktim të saktë të protokollit të trajtimit.

Literatura:

1. Jaban-Tigh RR, Ryan C, Obermoser G, Schwarzenberger K. *Flow Cytometry. J Invest Dermatol.* 2012 Oct

<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0022202X15354877>

2. Adan A, Alizada G, Kiraz Y, Baran Y, Nalbant A. *Flow cytometry: basic principles and applications. Crit Rev Biotechnol.* 2017 Feb 17

<https://doi.org/10.3109/07388551.2015.1128876>

3. Baumgarth N, Roederer M. *A practical approach to multicolor flow cytometry for immunophenotyping. J Immunol Methods.* 2000 Sep 21 <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022175900002295>

4. Nassar AF, Ogura H, Wisniewski AV. *Impact of recent innovations in the use of mass cytometry in support of drug development. Drug Discov Today.* 2015 Oct

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4668584/>

5. *Citometria de flujo.*

https://www.wikivevo.com/wiki/Flow_cytometry

6. Shapiro Howard M. *Practical Flow Cytometry, 4th Edition | Wiley. Wiley.com.*

<https://www.wiley.com/en-ao/>

7. Givan AL. *Flow Cytometry: First Principles. John Wiley & Sons; 2013. 277 p.*

8. Saxena R, Anand H. *Flow cytometry in acute leukemia. Indian J Hematol Blood Transfus.* 2008 Dec

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3475429/>

9. Brown M, Wittwer C. *Flow Cytometry: Principles and Clinical Applications in Hematology. Clin Chem.* 2000 Aug 1

<https://doi.org/10.1093/clinchem/46.8.1221>

10. Cossarizga A, Chang H-D, Radbruch A, Akdis M, Andrä I, Annunziato F, et al. *Guidelines for the use of flow cytometry and cell sorting in immunological studies*. Eur J Immunol.* 2017

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/eji.201646632>

11. Ormerod MG. *Flow Cytometry: A Practical Approach. OUP Oxford; 2000. 300 p.*

Korrespondenca:

albana_xani@hotmail.com

KANCERI I ZORRËS SË TRASHË (CRC)



Ugor Gozalan

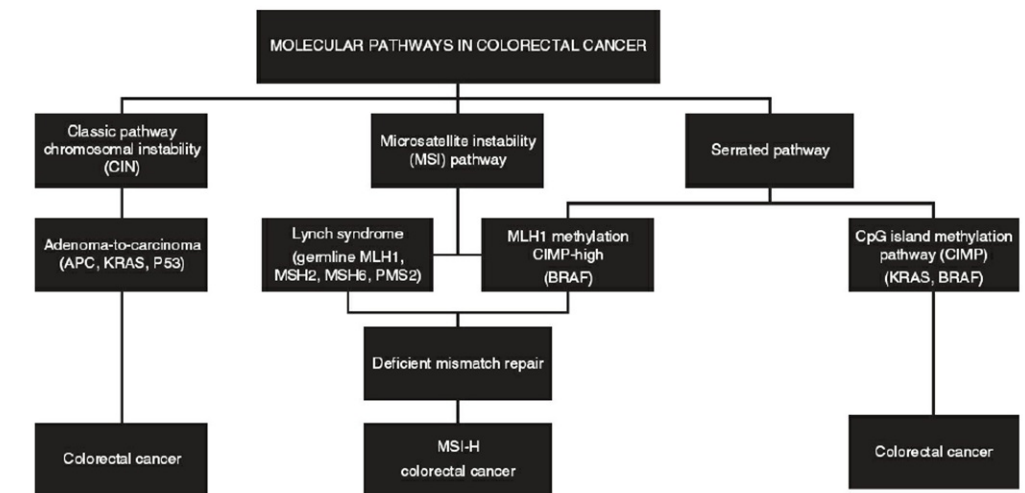
Profesor i Kirurgjisë
Specialist Kirurg i përgjithshëm
Royal Medical

Kanceri i zorrës së trashë (CRC) është shkaku kryesor i sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë së lidhur me kancerin. Kanceri i zorrës së trashë është kanceri i tretë më i zakonshëm i diagnostifikuar në të gjithë botën dhe shkaku i katërt kryesor i vdekjeve nga kanceri si tek burrat ashtu edhe tek gratë. Në një vend të përparuar, përpjekjet që synojnë parandalimin, shqyrtimin dhe zbulimin e hershëm, kanë rezultuar në një rënie të ndjeshme të incidencës së CRC me rreth 3% në 4% në vit gjatë 15 viteve të fundit. Shkalla e përgjithshme e mbijetesës (OS) për CRC varet shumë nga faza e sëmundjes në të cilën diagnostifikohet, me mbijetesë 5-vjeçare për sëmundjen lokale, rajonale dhe metastatike afërsisht 90%, 70% dhe 12%, përkatësisht (1,2)

FAKTORËT E RREZIKUT Moshë

Moshë është një faktor kryesor i rrezikut në zhvillimin e CRC sporadike. Incidenca e CRC rritet në mënyrë progresive pas moshës 40 vjeç dhe rritet në mënyrë eksponenciale pas moshës 50 vjeçare. Më shumë se 90% e rasteve të reja më CRC dhe 94% e vdekjeve më CRC, ndodhin në pacientë mbi moshën 50 vjeç. Incidenca e CRC në pacientët e moshës > 60 vjeç, është 50 herë më e lartë se pacientët <40 vjeç. Udhëzimet aktuale rekomandojnë depistimin endoskopik që fillon në moshën 50 vjeç për pacientët me rrezik mesatar për CRC.

Dieta



tendencë për të ulur formimin e adenomave të reja në pacientët me histori të adenomave si dhe zvogëlojnë rrezikun e CRC.

Aktiviteti fizik

Pasiviteti fizik dhe mbipeshja janë dy faktorë të ndryshueshëm të lidhura me stilin e jetës që lidhen me zhvillimin e CRC. Aktiviteti i rregullt fizik është treguar në disa studime që ndikon në uljen e rrezikut të CRC me provat më të forta të vërejtura në kancerin e zorrës së trashë. Obeziteti, posaçërisht dhjamosja e tepërt qendrore, është treguar se ndërlikohet me rritjen e insulinës në qarkullim dhe uljen e ndjeshmërisë së insulinës, të dy besohet që e rrisin rrezikun e kancerit.

Pirja e duhanit

Pirja e cigares kontribuon në zhvillimin e polipeve adenomatoze, veçanërisht lezioneve pararendëse adenoma më agresive për CRC. Disa studime kanë treguar se pirja e duhanit për një kohë të gjatë rrit rrezikun e zhvillimit të CRC, veçanërisht të kancerit të zorrës së trashë, dhe gjithashtu demonstroi një moshë mesatare më të hershme të shfaqjes së CRC të duhanpirësit (3).

TUMORGJENEZA KOLOREKTALE

Shumica e CRC lindin si kancer sporadik në pacientë pa një histori të konsiderueshme familjare të CRC. CRC jo polipozë trashëguese (HNPCC) dhe polipoza adenomatoze familjare (FAP) janë sindromat më të zakonshme që hasen në praktikë (Figura 1).

Konsumi i mishit të kuq, mishit të përpunuar dhe dhjamtit të kafshëve, si dhe prania e niveleve të larta të kolesterolit në fekalë, lidhen me rritjen e rrezikut të CRC. Përveç kësaj, disa studime sugjerojnë që njerëzit që hanë një dietë të ulët në fibra natyrore dhe të ulët në fruta dhe perime kanë një rrezik më të lartë të CRC. Për më tepër, një rrezik i rritur i zhvillimit të CRC ka qenë gjithashtu i lidhur me konsumin e moderuar të alkoolit (30 g ose afërsisht 2 pije në ditë). Në të kundërt, suplementët e folatit janë treguar mbrojtës ndaj CRC. Shtesat e kalciumit kanë treguar një

Figura 1: CRC zhvillohen përmes tre rrugëve të dallueshme molekulare. Llogaritë e rrugës së paqëndrueshmërisë klasike ose kromozomike (CIN) për 30% në 70% të CRC që rezultojnë nga adenoma që përparon në karcinoma.

CRC Nonpolyposis e trashëguar

Sindroma HNPCC ose Lynch, është sindroma më e zakonshme e trashëguar e kancerit kolorektal. Është raportuar se përbën 2% deri 5% të të gjitha CRC-ve. Kjo sindromë autosomike dominante rezulton nga mutacionet e linjës germinale në gjenet e riparimit të mospërputhjes së ADN-së (MMR)

duke çuar në akumulimin e mutacioneve që predispozojnë për zhvillimin e kancerit kolorektal, endometrial dhe kancere të tjerë. Një nënshkrim molekular i mutacioneve MMR është gjetja e paqëndrueshmërisë mikroselitare në tumor (Figura 1). Mutacionet në MLH1 dhe MSH2 përbëjnë gati 90% të të gjithë pacientëve me sindromën Lynch. HNPCC gjithashtu rrit rrezikun e shfaqjes së kancereve të tjerë duke përfshirë kancerin endometrial, vezore, gastrike dhe hepatobiliare. Kur krahasohet me CRC sporadike, pacientët me HNPCC do të paraqesin tendencë më të madhe për lokalizim të kancerit në kolonin e djathtë (60% deri 70% ndodhin afërsisht në përkuljen e shpretkës), në një moshë më të re (~45 vjeç) dhe kanë një normë të rritur të metakronës dhe tumore sinkron (20%). Individët e prekur potencialisht mund të identifikohen gjithashtu përmes shqyrtimit duke përdorur kriteret e Amsterdamt ose udhëzimet e Bethesda (Tabela 1). Kolonoskopia depistuese në individët e prekur duhet të fillojë nga moshë 20-25 vjeç dhe duhet të përsëritet çdo 1 deri në 2 vjet.

Polipoza adenomatoze familjare

FAP është sindroma e dytë më e trashëguar e CRC-se që përbën rreth 1% të të gjitha CRC-ve. Është një çrregullim gjenetik autosomal dominant që rezulton nga mutacionet e linjës germinale në APC.FAP klasik manifestohet me qindra deri në mijëra adenoma kolorektale duke filluar në adoleshencë që zhvillohen në CRC pothuajse universalisht deri në dekadën e katërt të jetës. Incidenca gjatë gjithë jetës së CRC në pacientët me FAP afrohet 100%. Kirurgia profilaktike është thelbësore, veçanërisht në pacientët me FAP klasik, për të ulur vdekshmërinë në lidhje me CRC. Rezekcioni kolorektal profilaktik duhet të ndiqet nga mbikëqyrja e shpeshtë e traktit GI të mbetur për të identifikuar polipet e tjerë parakancerozë. Megjithatë deri në 90% të pacientëve mund të zhvillojnë polipe në traktin e sipërm të GI, veçanërisht në duodenum, vetëm rreth 5% e polipeve duodenale kalojnë në karcinoma invazive. Janë përshkruar variantet e FAP klasike, që vijnë gjithashtu nga mutacionet e gjenit APC, dhe në mënyrë të ngjashme predispozojnë për zhvillimin e CRC. Polyposis coli adenomatoz i zbutur (aFAP) shpesh përshkruhet si një variant më pak agresiv i FAP. Këta pacientë zhvillojnë më pak polipe, zakonisht të kufizuar në zorrën e trashë proksimale dhe rrallë prekin rektumin. CRC mund të shfaqet më vonë në dekadën e pestë të jetës.

CRC sporadike

Rrjeti Atlas i Gjenomit të Kancerit (TCGA) në analizën e tyre të fundit gjithëpërfshirëse molekulare të CRC, demonstroi se kanceret e zorrës së trashë dhe rektumit nuk dallohen molekularisht dhe identifikuan dy nëntipe të dallueshme; të papërputhura dhe të hipermutuara me nënshkrime unike gjenetike. Përafërsisht 70% e CRC sporadike lind përmes

këtij progresioni të adenomës në karcinomë, e drejtuar nga humbja e gjeneve APC dhe / ose shtypës të tumorit p53 me akumulimin e paqëndrueshmërisë kromozomale me kalimin e kohës. Një rrugë e dytë përfshin humbjen e riparimit të mospërputhjes së ADN-së dhe ilustron nga mutacionet e linjës germinale të parë në sindromën Lynch ose nga metilimi i fituar i MLH1.BRAF duket se vepron përmes një shtegu të tretë (4-7).

Tabela 1: Kriteret e Amsterdamt dhe Udhëzimet e Bethesda

Kriteret e Amsterdamt- I Përshkrimi fillestar në 1991
<ul style="list-style-type: none"> • > ose e barabartë me 3 të afërm me kancer kolorektal (CRC) • > ose e barabartë me 1 rast në një të afërm të shkallës së parë • > ose e barabartë me 2 gjenerata të njëpasnjëshme duhet të preken • > ose i barabartë me 1 tumor duhet të diagnostikohet para moshës 50 vjeç • FAP duhet të përjashtohet • tumoret duhet të konfirmohen me histologji
Kriteret e Amsterdamt- II Rishikimi në 1996
<ul style="list-style-type: none"> • ose të barabartë me 3 të afërm me kancer kolorektal (CRC) ose me një kancer të lidhur me HNPCC • karcinoma endometriale • adenokarcinoma e zorrës së hollë • uretër ose kanceri i legenit renal • o? 1 rast në një të afërm të shkallës së parë • ose e barabartë me 2 gjenerata të njëpasnjëshme duhet të preken • ose i barabartë me 1 tumor duhet të diagnostikohet para moshës 50 vjeç • FAP duhet të përjashtohet • tumoret duhet të konfirmohen me histologji
Kriteret e Bethesda-s
<ul style="list-style-type: none"> • Kriteret e Amsterdamt janë përmbushur • 2 ose më shumë keqdashje të lidhura me HNPCC • Pacienti me kancer kolorektal (CRC) ka <ul style="list-style-type: none"> - i afërmi i shkallës së parë me kancer të lidhur me CRC ose HNPCC; një nga kanceret e diagnostikuar <45 vjeç dhe adenoma e diagnostikuar <40 vjeç - CRC dhe kanceri endometrial <45 vjeç - CRC e padiferencuar (solide ose cribriform) e djathtë në histologji të diagnostikuar <45 vjeç - unaza e shenjës CRC <45 vjeç - adenoma kolonike <40 vjeç

Bethesda e rishikuar

Më poshtë janë Udhëzimet e Rishikuara Bethesda për testimin e tumoreve kolorektal për paqëndrueshmëri mikroselitare (MSI).

- Kanceri i zorrës së trashë ose i mitrës i diagnostikuar tek një pacient se si është më pak se 50 vjeç
- Prania e tumoreve sinkron, kolorektal metakron ose të tjera të shoqëruara me HNPCC, * pavarësisht nga moshë.
- Kanceri i zorrës së trashë me histologjinë MSI-H ** të diagnostikuar në një pacient që është më pak se 60 vjeç.
- Kanceri kolorektal i diagnostikuar në një ose më shumë të afërm të shkallës së parë me një tumor të lidhur me HNPCC, me një nga kanceret që diagnostikohet nën moshën 50 vjeç.
- Kanceri kolorektal i diagnostikuar në dy ose më shumë të afërm të shkallës së parë ose të dytë me tumore të lidhura me HNPCC, pavarësisht nga moshë.

CRC SCREENING

Depistimi duhet të fillojë në moshën 50 vjeç për pacientët me rrezik mesatar të CRC. Pacientët me sindroma të njohura ose të dyshuara të trashëgimisë CRC dhe pacientët me sëmundje inflamatorë të zorrëve për një kohë të gjatë konsiderohen me rrezik të lartë për CRC.

Gjaku në jashtëqitje është një zbulim jo specifik por mund të tregojë për adenoma të mëdha ose tumore okulte. Sidoqoftë, ndjeshmëria e FOBT-ve është shumë e ndryshueshme. Për këtë arsye, shpesh duhen dy ose tre mostra për të përfunduar testin me ndjeshmëri të pranueshme. Nëse FOBT është pozitiv, duhet të kryhet kolonoskopia totale.

Klizma bariu me kontrast të dyfishtë (DCBE) përdoret më rrallë se kolonoskopia për depistim dhe mund të zbulojë karcinomën kolorektale dhe polipet më të mëdha se 1 cm me saktësi të barabartë me atë të kolonoskopisë. Është përdorur në pacientët që refuzojnë ose nuk mund të bëjnë një kolonoskopi të plotë në zorrën e trashë, si një shtesë e sigmoidoskopisë fleksibël, për të vlerësuar pjesën e mbetur të zorrës së trashë dhe për kthime të vështira për tu përfytyruar në zorrën e trashë. Vështirësia me këtë metodë është se lezionet e zbuluara nga DCBE kërkojnë vlerësim dhe ndërhyrje të mëtejshme, duke ulur efektivitetin e kostos së metodës.Rekomandimet aktuale të shqyrtimit të Shoqatës Amerikane të Kancerit janë për DCBE çdo 5 vjet me kolonoskopi pasuese nëse rezultatet e testit janë pozitive.

Tomografia e kompjuterizuar (CT) kolonografia (kolonoskopia virtuale) është shfaqur si një teknikë për diagnostikimin e polipeve të zorrës së trashë në popullatën e depistimit që përdor rindërtimin tre-dimensional të zorrës së trashë të shpërndarë në ajër. Një studim i

fundit multi-institucional duke shikuar 2,600 pacientë asimptomatikë 50 vjeç ose më të vjetër zbuloi se kolonografia CT identifikoi 90% të pacientëve me adenoma ose kancere me diametër 10 mm ose më shumë. Sidoqoftë, disa nga kufizimet kryesore përfshinin nevojën për përgatitje të plotë të zorrëve dhe kolonoskopinë pasuese për diagnostikimin indor të anomalive radiografike.

Rekomandimet aktuale të shqyrtimit të Shoqatës Amerikane të Kancerit janë për kolonoskopinë virtuale çdo 5 vjet me kolonoskopinë pasuese nëse zbulohet një plagë. (Tabela 2)

Antigjeni karcinembrionik (CEA) është një glikoproteinë që gjendet në membranat qelizore të shumë indeve, përfshirë CRC. Prandaj, CEA nuk ka asnjë rol në shqyrtimin e lezioneve primare. Rezultate të rreme pozitive ndodhin në sëmundje beninje (mushkëri, mëlçi dhe zorrë). Niveli CEA është rritur edhe tek duhanpirësit. Në përgjithësi, 60% e tumoreve do të humbasin vetëm nga depistimi i CEA (7-11)

Diagnostikimi

Prezantimi klinik

Pacientët me CRC mund të jenë asimptomatikë ose të paraqiten me simptoma të tilla si gjakderdhje rektale, anemi e pashpjegueshme, lodhje, gulçim, dhimbje barku, ndryshim i zakoneve të zorrëve, anoreksi, humbje peshe, të përziera dhe / ose të vjella. Dhimbja e legenit ose tenesmi mund të tregojë për një kancer të përparuar të rektumit me përfshirjen e muskujve ose nervave të dyshemesë së legenit. Sëmundja metastatike mund të paraqitet si dhimbje barku, ethe, hepatomegali, ascite, rrjedhje dhe adenopati supraklavikulare.

Përdorimi rutinë i CT për diagnostikimin e CRC dekurajohet sepse imazhet me prerje tërthore mund të humbin lehtësisht sëmundjen murale në viskusin e zbrazët. Endoskopia me biopsi rekomandohet për diagnozën histologjike. Imazhi kryq sektorial pasues duhet të përdoret për të bërë stadimin klinik përmes vlerësimit të barkut dhe legenit dhe për vlerësimin e provave të ndërlikimeve CRC siç janë bllokimi ose vrëma, të cilat mund të garantojnë ndërhyrje urgjente ose emergjente. (2).

Tabela 2— Udhëzimet aktuale për shqyrtimin dhe mbikëqyrjen e CRC siç rekomandohen nga Task Force e SH.B.A.-së për Shoqërinë janë përshkruar në

Pacientët me rrezik mesatar (Shoshitje fillon në moshën 50 vjeç)	
• Kolonoskopi	Çdo 5-10 vjet
• Sigmoidoskopi fleksibile (FSIG)	Çdo 5 vjet
• Klizmë bariumi me kontrast të dyfishtë (DCBE)	Çdo 5 vjet
• Kolonografia e tomografisë së kompjuterizuar (CTC)	Çdo 5 vjet
• Gjak okult në feces (FOBT)	Çdo vit
• Testimi imunokimik i fekaleve (FIT)	Çdo vit
Pacientët me rrezik të rritur për shkak të historisë personale të polipeve	
• Polipet hiperplazike të vogla rektale	Njësoj si rreziku mesatar
• 1-2 adenoma tubulare të vogla (<1 cm) me displazi të gradës së ulët	Kolonoskopia 5-10 vjet pas polipektomisë
• 3-10 adenoma të vogla • Çdo adenomë > 1 cm • Çdo adenomë me displazi të gradës së lartë • Çdo adenomë me veçori villous	Kolonoskopia 3 vjet pas polipektomisë së plotë
• > 10 adenoma në një ekzaminim të vetëm	Kolonoskopia <3 vjet pas polipektomisë
• ‘Sessile adenomë’ hiqen në copa	Colonoscopy 2-6 muaj pas polipektomisë, për të verifikuar heqjen e plotë

Literatura:

- 1) Compton C, Fenoglio-Preiser CM, Pettigrew N, et al. American Joint Committee on Cancer Prognostic Factors Consensus Conference: Colorectal Working Group. *Cancer* 2000;88(7):1739–1757.
- 2) The MD Anderson Surgical Oncology Handbook, Sixth edition 2019 Wolters Kluwer
- 3) World Cancer Research Fund and American Institute for Cancer Research Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: A Global Perspective. Washington, DC: American Institute for Cancer Research; 2007.
- 4) Church J, Simman C. Practice parameters for the treatment of patients with dominantly inherited CRC (familial adenomatous polyposis and hereditary nonpolyposis CRC). *Dis Colon Rectum* 2003;46(8): 1001–1012.
- 5) Merg A, Lynch HT, Lynch JF, et al. Hereditary colon cancer-part I. *Curr Probl Surg* 2005;42(4):195–256.
- 6) Merg A, Lynch HT, Lynch JF, et al. Hereditary CRC-part II. *Curr Probl Surg* 2005;42(5):267–333.
- 7) Umar A, Boland CR, Terdiman JP, et al. Revised Bethesda guidelines for hereditary nonpolyposis CRC (Lynch syndrome) and microsatellite instability. *J Natl Cancer Inst* 2004;96(4):261–268.
- 8) Pignone M, Rich M, Teutsch SM, et al. Screening for CRC in adults at average risk: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force.
- 9) Pignone M, Rich M, Teutsch SM, et al. Screening for CRC in adults at average risk: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force.
- 10) U.S. Preventative Task Force. Screening for CRC: recommendation and rationale. *Ann Intern Med* 2002;137(2):129–131.
- 11) Burt RW. Colon cancer screening. *Gastroenterology* 2000;119(3):837–853.
- 12) Chau I, Allen MJ, Cunningham D, et al. The value of routine serum carcinoembryonic antigen measurement and computed tomography in the surveillance of patients after adjuvant chemotherapy for CRC. *J Clin Oncol* 2004;22(8):1420–1429.

MAMOSCINTIGRAFIA/SCINTIMAMOGRAFIA



Luljeta Abdullahu

*Specialiste e Mjekësisë
Nukleare
Klinika e Mjekësisë Nukleare
SHSKUK*

Me rritjen e ndërjegjësimit dhe përparimet teknologjike që po vazhdojnë të zhvillohen dhe zgjerohen në mënyrë që të zbulojnë kanceret e gjirit më herët është rritur dukshëm numri i përgjithshëm i gjetjeve pozitive, që ka ndikuar edhe në rritjen e incidencës të sëmurëve nga kanceri i gjirit.

Në një përpjekje për të ulur sëmundshmërinë dhe vdekshmërinë e kancerit të gjirit, ekziston një nevojë për teknika të reja dhe efektive të imazherive suplementare duke përdorur metoda me kosto më efektive.

Metodat Suplementare të Imazherive:

Scintigrafia e gjirit është një metodë diagnostikuese jo invazive, që siguron imazhet tomografike planare, duke përdorë substanca me doza shumë të ulëta radioaktive që grumbullohen në organet e ndryshme. Rrezatimi i emituar prej tyre ofron informacion të përgjithshëm mbi qëndrueshmërinë e qelizave tumorale dhe mbi aktivitetin metabolik dhe rrjedhën e gjakut në inde.

Mund të konsiderohet si ndihmës i mamografisë në raste të caktuara.

Qëllimi i këtij artikulli është të sigurojë informacione të përgjithshme në lidhje me scintigrafinë e gjirit në pacientët me kancer të gjirit të njohur ose të dyshuar.

Vlera parashikuese pozitive është e ulët për mamografitë, duke pasur parasysh vlera më të larta fals pozitive, por kur kombinohen me një modalitet tjetër, vlera parashikuese pozitive do të rritet, gjë që përmirëson kujdesin në përgjithësi.

Anatomia dhe fiziologjia

Gjurmues i përdorur gjerësisht për scintigrafinë e gjirit janë analoge kation lipofilik, siç janë:

^{99m}Tc -SestaMIBI dhe Tetrofosmin, të cilat grumbullohen në miokard dhe në neoplazi të ndryshme, dhe ato përqendrohen më së shumti në mitohondrie. Prurja lidhet me rritjen e metabolizmit të varur nga energjia dhe përhapja e qelizave.

Shpërndarja normale e tekneiumit ^{99m}Tc sestamibi (radiofarmaceutiku më i përdorur për scintimamografinë) është gjëndra e pshtymës, tiroidea, miokardi, melçia dhe fshikëza e thëmtit.

Çdo marrje e radiofarmakut më e madhe se parenkima mesatare e gjirit është e dyshimtë për natyrë malinje. Nëse gjiri demonstroi marrje të butë dhe homogjene të radiofarmakut konsiderohet një gjetje normale. Marrja e lehtë, e përhapur gjerësisht nuk është tregues i natyrës malinje. Vlerësimi i sjetullës është i rëndësishëm për interpretimin e metastazës së mundshme në nyje limfatike aksillare në prani të një zone fokale ipsilaterale të rritjes së marrjes që sugjeron ndryshime malinje primare.

Indikacionet

Indikacionet për scintimamografinë debatohen duke pasur parasysh se MRI aktualisht është modaliteti më i preferuar për indikacione të ngjashme; megjithatë, arsytet e deklaruara më shpesh që kryhet scintimamografia përfshijnë mamografitë e dyshimta, të dyshimta ose të vështira për t'u interpretuar dhe kancerin potencial shumëfokal të gjirit. Për më tepër, pacientët me implantet e gjirit, metastaza e nyjave limfatike axillare e një adenokarcinoma me origjinë primare të panjohur, dhe monitorimi i përgjigjes ndaj kimioterapisë neoadjuvante. [7] [8] [9] [10]

Kundërrindikacionet

Kundërrindikacionet për scintimamografinë gjithashtu po debatohen aktualisht, me shumicën e tyre janë kundërrindikacione relative. Gratë shtatzëna ose në laktacion do të ishin në rrezik të lartë për fetusin dhe / ose foshnjën me ekspozimin ndaj rrezatimit. Scintimamografia nuk duhet të kryhet nëse ka një histori të ndryshme të ndërhyrjes kirurgjikale të kohëve të fundit duke përfshirë aspirimin e kistit, aspirimin e gjilpërës së hollë, biopsinë e gjilpërës thelbësore dhe biopsinë ekscizionale me sugjerime të pritjes 2 javë për procedurat kryesore. Vonesa e duhur në ekzaminim rekomandohet për të minimizuar shanset e pozitivëve të rremë nga rritja e marrjes në indet reaktive post-kirurgjikale. Ekzaminimi gjatë menstruacioneve gjithashtu duhet të shmanget, si dhe mbindjeshmëria ndaj tekneiumit 99m . [11]

Teknika e imazhit të gjirit duke përdorur radioisotope

Asnjë përgatitje specifike nuk është e nevojshme që pacienti të jetë i gatshëm për një scintimamografi.

Teknika është e thjeshtë dhe jo-invazive. Radiofarmaku injektohet në mënyrë intravenoze, dhe imazhet e gjirit në projeksionet anësore dhe anteriore merren nga 10 deri në 20 minuta p.i. duke përdorur një Gamma kamerë.

Imazhet planare që do të merren përfshijnë anën e prirur anësore (përfshirë gjirin, axilën dhe murin e përparmë të gjoksit), anën e pjerrët të pasme të prirur dhe gjoksin e përparmë shtrirë (përfshin gjinjtë dhe dy axilat).

Imazhet e gjirit dhe të nënsjetullës, të marra pas administrimit intravenoz të molekulave me prirje biokimike për qelizat e tumorit, të markuar (etiketuar) me radionuklide që emitojnë fotone (^{99m}Tc -MIBI).

Ky studim i mjekësisë bërthamore tregon akumulim normale të gjirit dhe nuk ka nyje tek ky pacient.

Raporti Imazhit 19 shtatorit 2001, "Testi i kancerit të gjirit të mjekësisë bërthamore mund të jetë i dobishëm për disa gra, veçanërisht në ato me gjë të dendura".

Një nga arsytet kryesore për kimioterapinë e dështuar të gjirit është bioresistenca në kursin e trajtimit. Scintigrafia e gjirit mund të jetë në gjendje

të parashikojë nëse një pacient do të përgjigjet në mënyrë të favorshme ndaj kimioterapisë, dhe mund të ndihmojë në formimin e protokollit të trajtimit, sipas një studimi në numrin më të fundit të Journal of the Nuclear Medicine.

“Parashikuesi i ndryshores së kimorezistencës u konsiderua si shpëlarje prej 99mTc-sestamibi në studimin para terapisë”, kanë shkruar autorët. “Shkalla e shpëlarjes (WOR) është llogaritur nga raporti i indeksit të vonuar në akumulimin e hershme, me zberthimin dhe korrigjimin e sfondit.”

Edhe pse çdo test me më pak se 100% vlerë parashikuese negative është i papranueshëm, vlera parashikuese relativisht e lartë negative mbi 85% në scintimamografi mund të konsiderohet me vlerë duke u provuar veçanërisht në mungesë të ndonjë modaliteti tjetër me vlerë më të mirë parashikuese negative. Në çdo rast është më mirë sesa mamografia me rreze X ku pacienti mund të përfitojë nga procedura e thjeshtë imazherike pa dhimbje. Për më tepër, specifikiteti dhe saktësia e diagnozës me përdorimin e scintimamografisë do të çojë në më pak nevojë për biopsi ose FNAB

Vërejtjet përfundimtare

- Imazhi i gjirit i mjekësisë bërthamore nuk është një mjet shqyrtimi për kancerin e gjirit, dhe
- Nuk mund të zëvendësojë mamografinë me rreze X në shfaqjen rutinore të pacientëve me kancer të gjirit.
- Sidoqoftë, pas një ekzaminimi fizik të gjirit, kryhet mamografia dhe ultrazërit,
- Imazhi i gjirit i mjekësisë bërthamore mund të jetë i përshtatshëm për pacientë të caktuar.
- Imazhi shtesë i gjirit ndihmon në përcaktimin nëse një pacient ka një anomalë të dyshimtë të gjirit që do të kërkonte një biopsi për të konfirmuar praninë e kancerit të gjirit.

Imazhi i gjirit i mjekësisë bërthamore mund të jetë i përshtatshëm për pacientët me:

- Ind i dendur i gjirit
- Anomalitë e mëdha, të palpueshme (të afta për tu ndjerë) që nuk mund të ilustrohen mirë me mamografi ose me ultratinguj
- Implantet e gjirit
- Kur dyshohet për shumë tumore
- Një gungë në vendin kirurgjikal pas mastektomisë (heqja e gjirit) pasi indi mbresë mund të jetë i vështirë për tu dalluar nga tumoret e tjera me ekzaminime të tjera të imazhit të gjirit
- Për të kontrolluar nyjet limfatike aksilare (nënsqetull) për të përcaktuar nëse ato përmbajnë qeliza kanceroze-biopsi e nyjes limfatike sentinele

Diskutimi:

- Mjekësia bërthamore përfshin përdorimin e rrezatimit, por doza është shumë e ulët dhe nuk është e dëmshme për pacientët. Shumica e radiofarmakut largohet nga trupi brenda disa orësh nga studimi
- Marrja e Sestamibi është rreth 9 herë më shumë në qelizat kancerogjene sesa në qelizat normale .
- Kështu që përqendrimet fokale të radiofarmakut shihen në kancerin e gjirit, si dhe në axilla, nëse përfshihen.

Komplikimet

Procedura është relativisht jo-invazive me pak efekte anësore; megjithatë, ndërlikimet e mundshme mund të përfshijnë ekstravazimin e radiofarmakut dhe reagimin alergjik ndaj tij. Ekstravazimi i tekneiumit 99m nuk është treguar të shkaktojë efekte të rëndësishme të dëmshme në indet e përfshira, dhe zakonisht, ndërhyrja kirurgjikale nuk do të ishte e nevojshme.

Reagimet alergjike ndaj radiofarmakut janë të rralla, por nëse ato ndodhin ose rrezikojnë të ndodhin, hapat e duhur të dhënë nga Kolegi Amerikan i Radiologjisë, i cili përfshin përgatitjen me kortikosteroide dhe antihistaminë si dhe ilaçe të shfaqura pas zhvillimit të simptomave përfshirë epinefrinën dhe labetalolin . [12]

Rëndësia klinike

Qëllimi kryesor i scintimamografisë është rritja e vlerës pozitive parashikuese të zbulimit të kancerit të gjirit me imazhe në mënyrë që të ulët kostoja e përgjithshme dhe të përmirësohet përvoja e pacientit duke minimizuar numrin e biopsive negative të gjirit. Aktualisht, scintimamografia nuk përdoret zakonisht për shkak të MRI; siç u tha më lart, megjithatë, nëse kryhen kërkime dhe diskutime shtesë për të mbështetur efikasitetin dhe përdorimin e tij, ai mund të jetë një aset i vlefshëm për botën e imazheve të gjirit. [7] [13] [9]

Literatura:

1. DeSantis CE, Ma J, Goding Sauer A, Newman LA, Jemal A. Breast cancer statistics, 2017, racial disparity in mortality by state. *CA Cancer J Clin.* 2017 Nov;67(6):439-448. [PubMed]
2. Guo F, Kuo YF, Shib YCT, Giordano SH, Berenson AB. Trends in breast cancer mortality by stage at diagnosis among young women in the United States. *Cancer.* 2018 Sep 01;124(17):3500-3509. [PMC free article] [PubMed]
3. Sondik EJ. Breast cancer trends. Incidence, mortality, and survival. *Cancer.* 1994 Aug 01;74(3 Suppl):995-9. [PubMed]
4. Saslow D, Boetes C, Burke W, Harms S, Leach MO, Lehman CD, Morris E, Pisano E, Schnall M, Sener S, Smith RA, Warner E, Yaffe M, Andrews KS, Russell CA., American Cancer Society Breast Cancer Advisory Group. American Cancer Society guidelines for breast screening with MRI as an adjunct to mammography. *CA Cancer J Clin.* 2007 Mar-Apr;57(2):75-89. [PubMed]
5. Khalkhali I, Mena I, Diggles L. Review of imaging techniques for the diagnosis of breast cancer: a new role of prone scintimamography using technetium-99m sestamibi. *Eur J Nucl Med.* 1994 Apr;21(4):357-62. [PubMed]
6. Medical Advisory Secretariat. Scintimamography as an adjunctive breast imaging technology: an evidence-based analysis. *Ont Health Technol Assess Ser.* 2007;7(2):1-47. [PMC free article] [PubMed]
7. Schillaci O, Buscombe JR. Breast scintigraphy today: indications and limitations. *Eur J Nucl Med Mol Imaging.* 2004 Jun;31 Suppl 1:S35-45. [PubMed]
8. Krivorot'ko PV. [Diagnostic accuracy of mammography and mammoscintigraphy in multifocal breast cancer]. *Vopr Onkol.* 2013;59(1):59-64. [PubMed]
9. Pawkowski P, Zielińska D, Kołodziejczyk A, Zawisza R, Zebrowski J, Patrzyk R. Clinical importance of (99m)Tc-MIBI mammoscintigraphy in multifocal breast lesions. *Nucl Med Rev Cent East Eur.* 2006;9(2):144-6. [PubMed]
10. Kanaev SV, Krivorot'ko PV, Novikov SN, Semiglagov VF, Semiglagova TLu, Turkevich EA, Zhukova LA, Klimashevskii VF, Ivantsov AO, Donskikh RV, Klimenko VV, Briantseva ZhV. [Effectiveness of mammary scintigraphy for determining the results of neoadjuvant polychemotherapy in breast cancer]. *Vopr Onkol.* 2013;59(3):328-33. [PubMed]
11. Goldsmith SJ, Parsons W, Guiberteau

KANCERI I GJIRIT HER2 POZITIV



**Adelina
Ademi-Musliu**

*Specialiste Onkologe
Klinika e Onkologjisë
SHSKUK*

Kanceri i gjirit ishte dhe mbetet kanceri më i shpeshtë i diagnostikuar dhe shkaku i vdekjes nga kanceri për gratë në të gjithë botën, duke treguar nevojën për mundësi të efektshme të trajtimit për mijëra gra që diagnostikohen çdo ditë¹. Një në pesë gra të diagnostikuara me kancer të gjirit do të jenë HER2 pozitiv². Mbishprehja e HER2 është e lidhur me një formë veçanërisht agresive të kancerit të gjirit, e shoqëruar me mbijetese më të shkurtër si dhe kohë relapsi të sëmundjes më të reduktuar³. Zbulimet e terapive të cakut (target) bënë ndryshimin epokal në trajtimin e kancerit të gjirit HER2 pozitiv.

Historiku

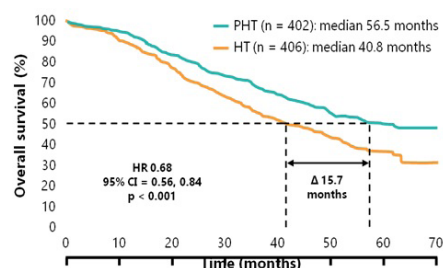
HER 2 gjeni për herë të parë u përshkrua në vitin 1984. Gjenerali HER2 në kushte normale luan rol në kontrollimin e një qelize normale të gjirit që të rritet, ndahet dhe riparohet vetë. Ndërsa, gjeni HER2 mutant mund të shkaktojë që shumë proteina të receptorëve HER2 të prodhohen (mbishprehje), në mënyrë që qelizat të rriten dhe të ndahen shumë shpejt dhe në mënyrë të pakontrolluar. Familja e receptorëve HER (Human Epidermal Growth Receptor)- HER1, HER2, HER3, HER4 - rregullojnë rritjen e qelizave dhe diferencimin, dhe përfundimisht janë të përfshirë në zhvillimin e shumë llojeve të kancerit tek njerëzit⁴. Në vitin 1990 u zhvilluan për herë të parë antitruapat monoklonale në targetimin e HER2 dhe ishin baza e së ardhmes së barërave për targetimin e HER2 receptoreve. Në vitin 1998 FDA (Food and Drug Administration) në SHBA, aprovon për herë të parë Trastuzumab në trajtimin e pacienteve me kancer të gjirit të avancuar në kombinim me kimioterapi. Në vitin 2000 EMA (European Medicines Association) aprovon Trastuzumab për trajtimin e pacienteve në Unionin Europian. Në vitin 2006 Trastuzumab mori aprovimin nga EMA dhe FDA si terapi agjuvante për gratë me HER2-pozitiv kanceri të gjirit në fazën e hershme. Në vitin 2007 aprovohet Lapatinib si TKI (Tyrosine Kinase Inhibitor) në kombinim me kimioterapi për trajtimin e kancerit të gjirit të avancuar që ka progreduar në trajtimin e mëparshëm. Në vitin 2011 në Evropë vihet në dispozicion trajtimi neoagjuvant me Trastuzumab tek kanceri i gjirit stad i hershëm përcjellur pastaj me trajtim agjuvant. Në vitin 2012 në SHBA aprovohet Pertuzumab si linjë e parë për kancerin e gjirit të avancuar HER2 pozitiv. Një vit më vonë aprovohet edhe në Evropë. Pertuzumab parandalon HER2 receptorin që të lidhet me receptorët tjerë të grupit HER (Her1, HER3 dhe HER4) duke ndaluar rritjen e kancerit. Në vitin 2013 aprovohet T-DM1 për kancerin e gjirit të avancuar HER2 pozitiv të trajtuar më parë. T-DM1 është një barë antitrop i konjuguar (ADC – antibody drug conjugate) i cilin përbëhet nga Trastuzumab dhe agjenti potent citotoksik DM1. Ai targeton dhe inhibon signalin e HER2 duke dërguar kemoterapi potente DM1 direkt brenda në qelizat kanceroze HER2 duke zvogëluar dëmtimet në indet e shëndosha dhe duke reduktuar efektet e rënda anësore që zakonisht i jep kimioterapia tradicionale. Europa aprovon në vitin 2013 aplikimin subkutan (SC) të Trastuzumab për stadet e hershme dhe të avancuara të kancerit të gjirit HER2 pozitiv.

Trastuzumab SC administrohet në vetëm dy deri në pesë minuta (krahasuar me 30–90 minuta për formën standarde IV), duke ofruar komoditet shumë më të madh për pacientët ashtu edhe për profesionistët shëndetësor. Në vitin 2013 në SHBA Pertuzumab merr aprovimin për aplikim si terapi neoagjuvante të kancerit i gjirit HER2 pozitiv stad i hershëm⁵. Në 2015 EMA aprovon Pertuzumab në kombinim me Trastuzumab dhe kimioterapi për trajtim neoagjuvant tek HER2 pozitiv, lokalisht të avancuar, inflamator ose stadi të hershme bazuar në përgjigjen komplete patologjike pCR (pathological complete response).

Studimet e mëdha që shpjen në aprovimin e terapive kundër HER2 receptorit

Studimi CLEOPATRA

Rezultatet e para të hulumtimit klinik CLEOPATRA në vitin 2012, treguan se përfitimi dhe siguria e shtimit të Pertuzumab në Trastuzumab dhe Docetaxel u mirëmbajt me ndjekje afatgjatë. Mbijetesa mesatare e përgjithshme ishte 57.1 muaj (95% CI 50–72) në grupin me Pertuzumab dhe 40.8 muaj (36–48) në grupin placebo (raporti i rrezikut 0.69, 95% CI 0.58–0.82). Mbijetesa mesatare pa progres të sëmundjes ishte 18.7 muaj (95% CI 17–22) në grupin me pertuzumab dhe 12.4 muaj (10-14) në grupin placebo (raporti i rrezikut 0.69, 95% CI 0.59-0.81).



**End of study analysis
(10-year follow-up)^{2†}**

	PHT (n = 402)	HT (n = 406)
Median OS, months	57.1	40.8
Stratified HR (95% CI)	0.69 (0.58, 0.82)	
8-year landmark OS rates	37%	23%

*Data cut-off: February 2014; Data cut-off: November 2018.

CI, confidence interval; H, Herceptin; HR, hazard ratio; OS, overall survival; P, PERJETA; T, docetaxel.

1. Swain SM, et al. *N Engl J Med* 2015; 372:724-734; 2. Swain SM, et al. *Lancet Oncol* 2020; 21:519-530.

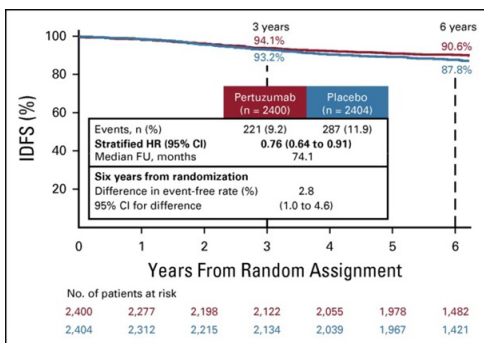
Përfitimi nga trajtimi ishte i qëndrueshëm në të gjitha nëngrupet. Në aspektin e sigurisë, vetëm dy ngjarje serioze anësore u raportuan në pacientët të cilët morën pertuzumab (një insuficiencë kongjестive e zemrës dhe një disfunkcion simptomatik ventrikular i majtë). Një hulumtim i tillë për stadi metastatikë

Korrespondenca:
adelinaademi@hotmail.com

me një mesatare të ndjekjes që tejkalon 8 vjet është i jashtëzakonshëm dhe arritje e paparë. Me protokollin e bazuar në Pertuzumab, 8 vjet pas diagnozës së sëmundjes metastatike, më shumë se një e treta (37%) e pacientëve ishin gjallë dhe 16% ishin akoma të lirë nga progresi i sëmundjes.

Studimi APHINITY

APHINITY ishte një hulumtim multicentrik i randomizuar për pacientet HER2 pozitiv me kancer të gjirit në stadin e hershëm që u futën në trajtim me Pertuzumab, Trastuzumab dhe kimioterapi si dhe me një vit trajtim me Pertuzumab dhe Trastuzumab krahasuar me grupin tjetër me Trastuzumab dhe placebo. Tani së fundmi doli edhe analiza pas 6 vitesh përcjelljeje të pacienteve në hulumtimin APHINITY. Kjo analizë konfirmoi se u përmirësua në mënyrë sinjifikante mbijetesë e lirë e invazionit të sëmundjes IDFS (invasive disease free survival) me shtimin e Pertuzumab në terapinë agjuvante standarde për pacientet me kancer të gjirit HER2 pozitiv me një limfatike pozitive. Për rezultatet në lidhje me mbijetesën e përgjithshme nevojitet akoma përcjellje e pacienteve dhe pritet që në vitin 2022 të dalë analiza tjetër.



Kaplan-Meier plot of IDFS (intent-to-treat population). FU, follow-up; HR, hazard ratio; IDFS, invasive disease-free survival.

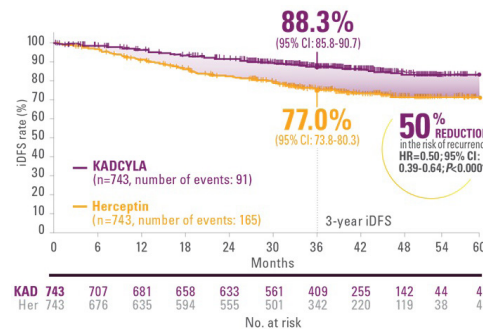
Studimi KATHERINE

Pacientet të cilat kanë rezidu të kancerit të gjirit invaziv pas marrjes së kimioterapisë neoagjuvante kombinuar me Trastuzumab kanë prognozë më të keqe krahasuar me ato që nuk kanë kancer rezidual (mbetje). Trajtimi me T-DM1 ofron benefit të pacientet me kancer gjirit metastatik HER2 pozitiv të trajtuara me parë me kemioterapi dhe terapi HER2 të caktuar.

Hulumtimi KATHERINE, randomizoi pacientet me kancer të gjirit stad të hershëm HER2 pozitiv të cilat kishin sëmundje invazive reziduale në gji ose aksille në kohën e kirurgjisë, pasi që kanë marrë terapi neoagjuvante me kemioterapi dhe Trastuzumab. Pacientet morën T-DM1 agjuvante dhe grupi tjetër Trastuzumab për 14 cikle. Qëllimi primar i studimit ishte mbijetesë e lirë invazive e sëmundjes. Në mesin e pacienteve me kancer të gjirit të hershëm HER2 pozitiv që kishin sëmundje invazive reziduale, pas përfundimit të kimioterapisë agjuvante, rreziku për rekurencë të kancerit të gjirit invaziv ose vdekjes ishte 50% me i vogël me T-DM1 agjuvante krahasuar me vetëm Trastuzumab.

Futja e terapive që synojnë HER2 ka ndryshuar rrjedhën natyrale të sëmundjes, deri në atë masë që

pacientët HER2 pozitivë tani përjetojnë rezultate më të mira sesa ata me kancer gjiri HER2-negativ.



Mbijetesë e lirë invazive 3 vjeçare e sëmundjes ishte 88.3% për T-DM1 vs 77% për Trastuzumab.

Përkundër këtij përparimi të jashtëzakonshëm, mbetet e madhe nevoja për trajtime shtesë për këtë grup specifik të kancerit të gjirit, pasi që afërsisht gjysma e pacienteve nëstade të avancuara të trajtuar për HER2-pozitiv do të zhvillojnë progres të sëmundjes brenda 18 muajve të trajtimit standard dhe një e treta e pacienteve me fazë të hershme të kancerit të gjirit përfundimisht do të zhvillojnë sëmundje të avancuar¹⁰. Nevojiten trajtime të reja target HER2 që këta njerëz të jetojnë me gjatë dhe të kenë një jetë më të mirë. Zhvillimi i vazhdueshëm i strategjive efektive anti HER2 dhe disponueshmëria e teknologjive të reja që lejojnë kuptimin e shpejtë dhe në thellësi të problemit, njohjen e biologjisë së sëmundjes, do të ndihmojnë në përmirësimet e mëtejshme në rezultatet e pacienteve, përfshirë këtu edhe shanset e rritura për shërim qoftë edhe në prani të sëmundjes metastatike.

Trajtimi i HER2 kancerit të gjirit në Kosovë

Në Kosovë diagnostikohen rreth 400 raste të reja me kancer të gjirit në vit. Rreth 80 prej tyre janë HER2 pozitiv. Trajtimi onkologjik specifik në Klinikën e Onkologjisë përveç me kimioterapi standarde bëhet edhe me terapi të caktuar për këtë nentip specifik të kancerit të gjirit. Në klinikën tonë pacientet kanë pasur mundësinë të marrin Trastuzumab që nga viti 2012. Revidimi i fundit i listës esenciale ka bërë që të shtohet edhe Pertuzumab tani së fundi. Këtë vit si rezultat i këtij revidimi pacientet tona me kancer të gjirit HER2 pozitiv kanë filluar të trajtohen edhe me Pertuzumab. Meqë ky nëngrup specifik karakterizohet më agresiv dhe me prognozë më të keqe, trajtimet e reja në botën e zhvilluar treguan që agresiviteti i kësaj sëmundjeje mund t'i takoj të shkuarës nëse ofrohen terapitë adekuate. Është më se i domosdoshëm aplikimi subkutan (SC) i Trastuzumab në klinikën tonë. Një aplikim i tillë do t'i bënte pacientet të ndjehen më mirë meqë do të shkurtrohej koha e qëndrimit në klinikë prej 60 minutave në 5 minuta. Në anën tjetër, duke e parë numrin e madh të shërbimeve në Klinikën e Onkologjisë, mbingarkesën e personelit shëndetësor, aplikimi subkutan do të lehtësonte shumë punën në klinikë të stafit shëndetësor. Përveç kësaj, Trastuzumab subkutan është dozë fikse për një aplikim dhe humbja e preparatit është e pamundur. Mbetemi me shpresë që në revidimet e ardhshme të listës esenciale të barërave të futën terapi tjera tani më të aprovuara për kancerin e gjirit HER2 pozitiv, të cilat kanë treguar mbijetesë më të mirë, ulje të rrikthimit të sëmundjes por edhe kualitet më të mirë të jetës.

Literatura:

1. GLOBOCAN facts and figures. http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx
2. Wolff AC, et al. ASCO/College of American Pathologists guideline recommendations for human epidermal growth factor receptor 2 testing in breast cancer. *J Clin Oncol* 2007 vol 131 p18-43
3. Press MF, et al. HER-2/neu gene amplification characterized by fluorescence in situ hybridization: poor prognosis in node-negative breast carcinomas. *J Clin Oncol* 1997 vol 15 p2894-2904
4. Campbell MR, et al. HER3 Comes of Age: New Insights into Its Functions and Role in Signaling, Tumor Biology, and Cancer Therapy. *Clinical Cancer Research* 2010 vol 16 p1373-1383
5. Perjeta neoadjuvant Roche press release. Available online at http://www.roche.com/media/media_releases/medcor-2013-10-01.htm
6. Swain SM, Miles D, Kim S-B, et al. Pertuzumab, trastuzumab, and docetaxel for HER2-positive metastatic breast cancer (CLEOPATRA): end-of-study results from a randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 3 study. *Lancet Oncol* 2020; published online March 12. [https://doi.org/10.1016/S1473-2045\(19\)30863-0](https://doi.org/10.1016/S1473-2045(19)30863-0)
7. Minckwitz von G, Huang Ch, Mano M, Loibl S et al. Trastuzumab Emtansine for Residual Invasive HER2-Positive Breast Cancer. *N Engl J Med* 2019; 380:617-628, February 14, 2019
8. Dawood S, et al. Prognosis of Women With Metastatic Breast Cancer by HER2 Status and Trastuzumab Treatment: An Institutional-Based Review. *J Clin Oncol* 2010 vol 28 p92-98
9. Baselga J, et al; CLEOPATRA Study Group. Pertuzumab plus trastuzumab plus docetaxel for metastatic breast cancer. *N Engl J Med* 2012 vol 366 p109-119
10. Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group. *Lancet* 2005;365(9472):1687-717.

EFEKTET E METFORMINËS NË PREVENCËN DHE TRAJTIMIN E KANCERIT



Alberina Krasniqi

Doktor i Mjekësisë

I. Kanceri dhe ripropozimi i metforminës në fushën e kancerit

Kanceri është sëmundje në të cilën kemi ndarje të pakontrolluar, rritje abnormale të qelizave si dhe pushtim të indeve të shëndosha nga këto qeliza çfarë edhe e bën sëmundje shumë vdekjeprurëse, ku vlerësohet se afërsisht një në gjashtë njerëz vdesin nga kanceri në të gjithë botën. Për shkak të karakteristikave të tij dhe zbulimit të shpeshtë në fazë terminale, përkundër trajtimeve të shumta, beteja në luftën kundër kancerit është jo rrallë e humbur. Metformina, një bar tashmë i njohur dhe i përhshkruar si zgjedhje e parë në diabetin melit tip 2, si dhe në sindromën policistike të ovarëve, ka marrë vëmendje edhe më të madhe pasi u vërejt një lidhje mes përdorimit të saj dhe zvogëlimit të incidencës dhe mortalitetit të kancerit. Historia e saj e gjatë në përdorimin klinik e mundësoi të jetë një kandidat e shkëlqyer për ripropozim të saj për preventivë edhe trajtim të kancerit. Ripropozimi është një inovacion në farmakologjinë klinike për shkak që njohja e mekanizmit dhe sigurisë së barnave të vjetra kanë përparësi në koston më të ulët të kërkimeve shkencore dhe barnat mund të hyjnë në studime klinike më shpejt. Kjo është edhe një prej arsyeve pse i është dhënë vëmendje e madhe metforminës në fushën e kancerit.

Çfarë lidhje ka një bar antidiabetik me kancerin?

Diabeti është një prej faktorëve të pavarur prognostikë në lloje të ndryshme të kancerit si: karcinoma hepatocelulare, kanceri i pankreasit, kanceri kolorektal, kanceri i gjirit, kancerit endometrial madje edhe malinjitetet hematologjike si myeloma, limfoma non-hodgkin dhe leukemia. Si faktor i mundshëm në progresionin e tumorit është marrë roli mitogjenik i insulinës, ku me rritjen e niveleve të insulinës kemi edhe rritje të insulinës dhe faktorit rritës të ngjashëm me insulinën (I / IGF), i cili bën rregullimin e përhapjes së qelizave, diferencimin, apoptozën, transportin e glukozës dhe metabolizmin e energjisë. Gjithashtu është parë që shumë qeliza kanceroze kanë receptorë të shtuar të insulinës (IR). Prandaj, nëse diabeti si sëmundje rrit rrezikun e kancerit nënkuptohet që metformina gjatë mjekimit të diabetit, parandalon të ndodh një proces tumoroz.

II. Metformina dhe mekanizmi molekular i saj në efektin kundër kancerit

Metformina hyn në qelizë përmes OCT-1 dhe OCT-3 (transporteri organik kationik 1,3) dhe është demonstruar që ekspresioni i transportuesve të metforminës është i ndryshueshëm përgjatë linjave të qelizave të tumorit. Efektet anti-kancer të saj bazohen në: 1) aktivizimin e LKB1 dhe AMPK si dhe inhibimin e mTOR; 2) arrestimin e ciklit qelizor, stimulimin e apoptozës dhe autofagjisë; 3) inhibimin e sintezës së proteinave; 4) reduktimin e nivelit të insulinës qarkulluese; 5) pengimin e angiogenezës; 6) inhibimit të përgjigjes së proteinave të shpalosura; 7) zhdukjen e qelizave burimore të kancerit dhe 8) aktivizimi i sistemit imunitar.

Metformina vepron përmes dy rrugëve në efektet e

saj antitumoroze: 1) rrugës sinjalizuese të AMPK dhe 2) rrugës sinjalizuese të I/IGF.

Çfarë është AMPK dhe si ndalohe progresioni i tumoreve nga kjo rrugë?

AMPK apo proteinë kinaza e aktivizuar nga AMP është një proteinë kinazë e cila aktivizohet në kushte të mungesës së energjisë dhe pas aktivizimit pasojnë dy procese: 1) inhibimi i mTOR (objektivi i gjitarëve i rapamicinës) dhe 2) dëmtimi i faktorit të elongimit 2 (faktor esencial për sintezën e proteinave). mTOR është një proteinë kinazë e cila ka rol të fuqishëm në sintezën e proteinave dhe përmes kësaj në rritjen e qelizave, proliferimin dhe mbijetesën qelizore. Për më shumë, AMPK inhibon edhe rrugët sinjalizuese të EGFR (receptorit të faktorit rritës epidermal) dhe ErbB2 (onkogjeni eritroblastik B) dhe si pasojë inhibohet edhe më shumë mTOR.

Si aktivizohet rruga sinjalizuese e AMPK nga ana e metforminës?

Metformina meqënëse ul prodhimin e glukozës hepatike dhe rrit ndjeshmërinë e indeve ndaj glukozës, atëherë në këto kushte hipoglicemike nivelet e LKB1 (kinaza e mëlcisë B1) i cili është një tumorsupresorjanë të larta. Aktivizimi i LKB1 sinjalizon direkt dhe aktivizimin e AMPK. Metformina mund të pengojë gjithashtu zinxhirin e kompleksit respirator I, me këtë fosforilimin oksidativ dhe uljen e niveleve të ATP-së (adenozinë trefosfat) në qelizë si dhe ngritjen e niveleve të AMP (adenozinë monofosfatit) duke rritur raportin AMP/ATP dhe stresin oksidativ në qelizë. Me rritjen e këtij raporti aktivizohet rruga sinjalizuese e AMPK.

Si inhibohet rruga sinjalizuese I/IGF nga ana e metforminës?

Metformina rrit ndjeshmërinë e indeve ndaj insulinës dhe ul nivelet e glukozës qarkulluese në gjak prandaj kemi edhe zvogëlimin sinjifikant të insulinës pasi që nuk ka nevojë për të në këto kushte. Me uljen e insulinës në gjak kemi një kaskadë të uljes së faktorëve tjerë mitogjenikë dhe promovues të kancerit si IGF dhe hormoneve steroide duke e potencuar edhe më shumë rolin e metforminës si bar kundër kancerit.

III. Efektet antitumoroze të metforminës: Evidenca epidemiologjike

Nga një mori studimesh të bëra në incidencën dhe mortalitetin e përgjithshëm të kancerit dhe varësisht prej llojit të studimit kishte edhe rezultate variabile por si përmbledhje, metformina në krahasim me barnat e tjera antidiabetike zvogëlonte incidencën e kancerit prej 10-40% dhe zvogëlimi i mortalitetit sillëj në këto vlera. Në shumë prej këtyre studimeve u zbulua se pacientët që ishin në sekretagogët e insulinës ose në terapi me insulinë kishin gjasa më të mëdha për zhvillim të kancerave solide sesa ata në terapi me metforminë. Përdorimi i metforminës mund të shoqërohet me një ulje të konsiderueshme të rrezikut për kancerin kolorektal, kancerin e mëlcisë, pankreasit, stomakut dhe ezofagut por nuk u gjet ndonjë lidhje sinjifikante

Korrespondenca:

alberinakrasniqi96@gmail.com

midis përdorimit të metforminës dhe rrezikut të kancerit të prostatës, gjirit, veshkave, melanomës dhe kancerit të mushkërive.

e përgjithshme të përgjigjes (ORR). Nga këto hulumtime u zbulua që metformina përmirëson PFS, RFS dhe ORR. Më poshtë është paraqitur një përmbledhje me rezultate sinjifikante të metforminës nga këto hulumtime. (TABELA 1)

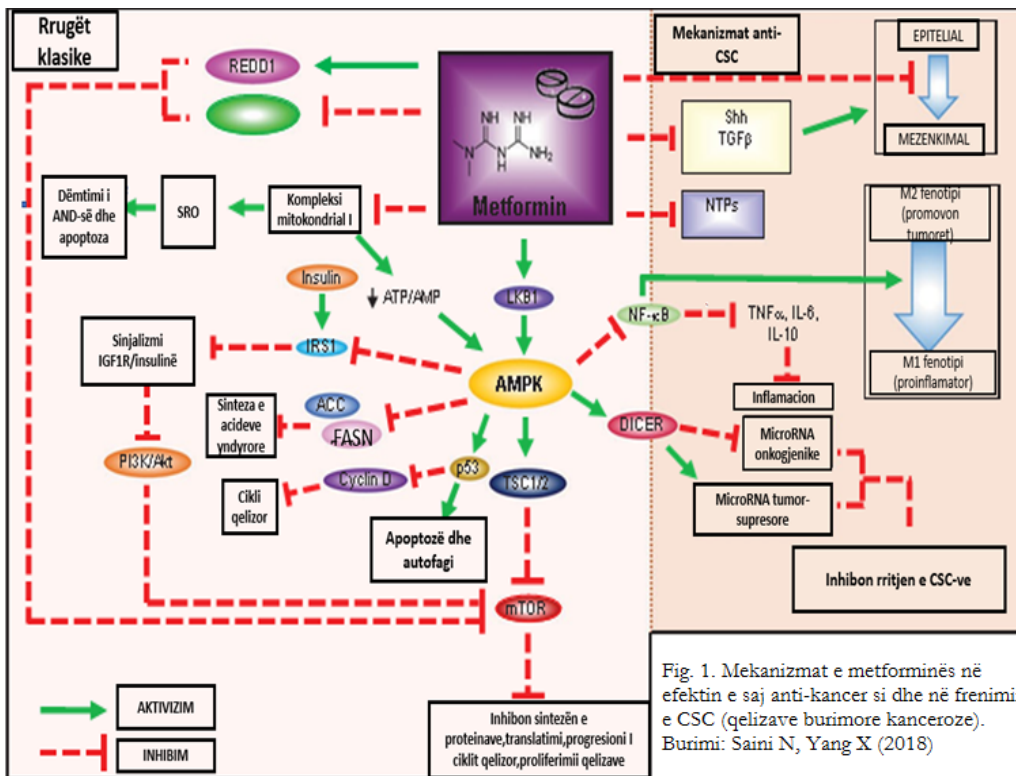


Fig. 1. Mekanizmat e metforminës në efektin e saj anti-kancer si dhe në frenimin e CSC (qelizave burimore kanceroze). Burimi: Saini N, Yang X (2018)

Nëse metformina si terapi e vetme ka efekt kundër kancerit, çfarë është roli i metforminës si terapi e kombinuar atëherë?

Në studimet paraklinike si dhe ato retrospektive është vërejtur një rritje e ndjeshmërisë së qelizave të kancerit ndaj radioterapisë dhe kemoterapisë pas shtimit të metforminës në terapi. Duke ditur që një nga mekanizmat e metforminës kundër kancerit është edhe dëmtimi i kompleksit I-rë të zinxhirit të transportit të elektroneve dhe me këtë rritja e raportit AMP/ATP dhe gjenerimi i ROS (specieve reaktive të oksigjenit) atëherë me gjenerimin e ROS në qelizat kanceroze dhe radioterapinë e cila dëmton ADN qelizore padyshim që ndodh vdekja e qelizave kanceroze. Gjithashtu mendohet që metformina zvogëlon nivelin e glutationit në qelizë duke mbështetur edhe më shumë mendimin që metformina ndikon në përgjigjen e saj kundër kancerit përmes stresit oksidativ dhe së bashku me kemoterapi dhe radioterapi, ky stres oksidativ i qelizave është i trefishuar.

Hulumtimet klinike të metforminës në terapinë e kancerit

Akumulimi i shpejtë i provave epidemiologjike, preklinike dhe atyre klinike për efektin antikancerogjen të metforminës i ka mundësuar metforminës të anashkalojë vlerësimin e Fazës I farmakokinetike / toksicitetit të metforminës dhe të kalojë direkt në testimin e Fazës II dhe Fazës III. Qëllimi kryesor i këtyre hulumtimeve është të përcaktohet doza maksimale e tolerueshme në pacientët e trajtuar me metforminë si dhe mbijetesën pa progresion (PFS), mbijetesën pa rekurrencë (RFS) dhe shkallën

Sa premtuese është e ardhmja e metforminës në fushën e kancerit?

Studime të shumta epidemiologjike, paraklinike dhe klinike në fazën e dytë dhe të tretë të cilat po hulumtojnë rolin e metforminës në këtë fushë vazhdimisht po shtohen, megjithatë ende ka çështje debatuese dhe punime shkencore me rezultate kundërtëse rreth këtij roli. Disa prej faktorëve të cilët mund të kenë ndikuar në këto rezultate jokonkluzive mund të jenë: numri i vogël i pacientëve të përfshirë, përfshirje e mostrave më të vogla të pacientëve jodiabetikë dhe atyre me kontroll ndaj glicemisë, mospërshtatja e indeksit të masës trupore, moshës si dhe faktorëve të rrezikut, numri i vogël i hulumtimeve të randomizuara etj. Edhe pse ka studime kundërtëse një numër i madh i hulumtimeve zbuluan që metformina është bar i dobishëm në uljen e incidencës dhe mortalitetit të përgjithshëm të kancerit si dhe kancerit në organe specifike. Një numër i studimeve vërejtën që radioterapia dhe kemoterapia e kombinuar me metforminë dha përgjigje edhe më të mirë në trajtim të kancerit.

Duke qenë se metformina është bar i lirë, me efekte minimale anësore, me histori të gjatë në eksperiencën klinike atëherë ajo është një opzion mjaftueshëm komplementar në terapinë e kancerit. Sfidë e përdorimit të këtij bari në të ardhmen do jenë polimorfizmat gjenetikë dhe stimulimi i ekspresionit të transporterëve membranorë të metforminës (OCT-1,3) por pas këtij rishikimi ne jemi konfidentë të themi që e ardhmja e metforminës në fushën e kancerit është mjaft premtuese.

Literatura:

1. Saraei P, Asadi I, Kakar MA, Moradi-Kor N. The beneficial effects of metformin on cancer prevention and therapy: a comprehensive review of recent advances. *Cancer Manag Res.* 2019
2. Cai H, Zhang Y, Han TK, Everett RS, Thakker DR. Cation-selective transporters are critical to the AMPK-mediated antiproliferative effects of metformin in human breast cancer cells: Transporters in metformin effect against breast cancer cells. *Int J Cancer.* 2016
3. Decensi A, Puntoni M, Goodwin P, Cazzaniga M, Gennari A, Bonanni B, et al. Metformin and cancer risk in diabetic patients: a systematic review and meta-analysis. *Cancer Prev Res (Phila).* 2010
4. Stevens RJ, Ali R, Bankhead CR, Bethel MA, Cairns BJ, Camisasca RP, et al. Cancer outcomes and all-cause mortality in adults allocated to metformin: systematic review and collaborative meta-analysis of randomised clinical trials. *Diabetologia.* 2012
5. Thakkar B, Aronis KN, Vamini MT, Shields K, Mantzoros CS. Metformin and sulfonylureas in relation to cancer risk in type II diabetes patients: a meta-analysis using primary data of published studies. *Metabolism.* 2013
6. Yu H, Zhong X, Gao P, Shi J, Wu Z, Guo Z, et al. The potential effect of metformin on cancer: An umbrella review. *Front Endocrinol (Lausanne).* 2019
7. Heckman-Stoddard BM, DeCensi A, Sabasrabudhe VV, Ford LG. Repurposing metformin for the prevention of cancer and cancer recurrence. *Diabetologia.* 2017
8. Zi F, Zi H, Li Y, He J, Shi Q, Cai Z. Metformin and cancer: An existing drug for cancer prevention and therapy (Review). *Oncol Lett.* 2017
9. Jiralalaspang S, Palla SL, Giordano SH, Meric-Bernstam F, Liedtke C, Barnett CM, et al. Metformin and pathologic complete responses to neoadjuvant chemotherapy in diabetic patients with breast cancer. *J Clin Oncol.* 2009
10. Saini N, Yang X. Metformin as an anti-cancer agent: actions and mechanisms targeting cancer stem cells. *Acta Biochim Biophys Sin.* 2018, 50(2), 133–143

Studimi	Tipi i kancerit	Pjesëmarrësit	Intervenimi	Përfundimi
NCT01101438 Hulumtim i rando- mizuar në fazën e tretë të metforminës kundrejt placebo në kancerin e hershëm të gjirit	Kanceri i gjirit	3649 pjesëmarrës, nga mosha 18 deri në 74 vjeç	Bari: metforminë Të tjera: placebo	Metformina përmirësoi PFS-në e pacientëve (PFS- progesion free survival)
NCT01666730 Një studim i fazës II të metforminës plus FOLFOX 6 të mod- ifikuar në pacientët me kancer pankreatik metastatik	Adenokarcinoma e pankreasit	50 pjesëmarrës; mbi 18 vjeç	Bari: metformi- na,oxaliplatin, kalci- um leucovorin, dhe fluorouracil	Metformina përmirësoi PFS dhe OS të pacientëve (OS-overall survival)
NCT02437656 Studimi i fazës II që vlerëson efikasitetin e kombinimit të metforminës me radiokemoterapinë neoadjuvante në trajtimin e kancerit të zorrës të avancuar lokalisht	Kanceri rektal	60 pjesëmarrës mbi 18 vjeç	Bari:metformina	Metformina ka përmirësuar shkallën e ruajtjes së sfinkterit të pacientëve (SPR)
NCT03118128 Efekti i shtimit të metforminës në prognozën e pa- cientëve me leukemi limfoblastike akute	Leukemia akute limfoblastike	102 pjesëmarrës mbi 18 vjeç	Bari: metformina (metformina plus prednizoni në një cikël 7-ditor si para-trajtim dhe gjatë 28 ditëve trajtimin e induksionit të remi- sionit)	Efekte përfituese të metforminës në sh- kallën e relapsit dhe RFS të pacientëve (RFS-relapse free survival)
NCT01579812 Një vlerësim i fazës II të metforminës, duke synuar qelizat burimore të kancerit për parandalimin e relapsit në pacientët me kancer ovarian, të tubit fallopian dhe kancerin primar peritoneal në fazën IIC / III / IV	Kanceri ovarian,i tubit fallopian dhe kanceri primar peritoneal	90 pjesëmarrës nga 19 vjeç deri në 79 vjeç	Bari: metforminë	Metformina përmirësoi RFS- në e pacientëve (RFS-relapse free survival)

TABELA 1- Një përmbledhje e studimeve të hulumtimeve klinike të efekteve të metforminës në kancer



Revista Mjeku

Këshilla Juridike

Ligji nr.2004/38 - për të drejtat dhe përgjegjësitë e banorëve të Kosovës në sistemin shëndetësor

Neni 4 - E drejta në kujdes cilësor shëndetësor

4.1. Çdo banor ka të drejtë, për kujdes shëndetësor që është i kushtëzuar me gjendjen e tij të shëndetit. Kujdesi shëndetësor duhet të jetë adekuat, me qasje në vazhdimësi për të gjithë dhe pa diskriminim.

Neni 5 - E drejta e zgjedhjes

5.1. Banori ka të drejtë, që të konsultohet dhe të trajtohet nga mjeku, të cilin e zgjedh vetë, me pëlqimin e institucionit shëndetësor, brenda kufijve të përcaktuar me ligj dhe rregullat operative të institucionit. 5.2. Banori mund të kërkojë që të ekzaminohet nga konziliumi mjekësor brenda institucionit në lidhje me: çfarëdo diagnoze të vënë ose terapie të rekomanduar nga mjeku përgjegjës; lëshimin e planifikuar nga institucioni shëndetësor me shtretër, ose dërgimin te institucioni tjetër shëndetësor.

Neni 9 - E drejta për të qenë i informuar

9.1. Banori ka të drejtë që të pranojë informatën e plotë, në një formular individual.

9.2. Banori ka të drejtë, që të pranojë informata të detajizuara lidhur me:

- a. gjendjen e shëndetit të tij, përfshirë këtu edhe vlerësimin mjekësor;
- b. ekzaminimet dhe intervenimet e rekomanduara;
- c. përparësitë e mundshme dhe rreziqet e realizimit të ekzaminimeve ose të intervenimeve të rekomanduara;
- d. datat e planifikuara për realizimin e ekzaminimeve dhe të intervenimeve;
- e. të drejtën e tij, për të vendosur lidhur me ekzaminimin ose intervenimin e rekomanduar;
- f. procedurat dhe metodat e mundshme alternative;
- g. rrjedhën e ofrimit të shërbimeve si dhe rezultatet e pritura;
- h. suksesin ose dështimin eventual të çfarëdo ekzaminimi ose intervenimi të përfunduar, përfshirë edhe rezultatet që dallojnë nga ato të pritura, si dhe shkaqet për këtë;

i. mënyrat e rekomanduara për jetë të shëndoshë dhe j. çdo informatë tjetër, relevante për shëndetin e banorit ose për trajtimin e tij.

9.3. Banori ka të drejtë që të disponojë me emrat, kualifikimet dhe pozicionet e personave që janë të përfshirë drejtpërdrejt në procesin e ofrimit të shërbimeve shëndetësore për të.

9.8. Banori, i cili ka aftësi të plotë veprimi, mund ta refuzojë të drejtën për të qenë i informuar, përveç në rastet kur ai duhet që, patjetër, të jetë koshient për natyrën e sëmundjes, me qëllim që të mos e rrezikojë shëndetin e të tjerëve.

9.11. Banori ka të drejtë që të informohet edhe në rastet kur pëlqimi i tij, nuk është kusht për fillimin e trajtimit.

Neni 10 - E drejta e vendimit personal

10.1. Banori, ka të drejtë që të vendosë se a do t'i nënshtrohet ose jo trajtimit të caktuar. Kjo e drejtë mund të kufizohet vetëm në mënyrën e përcaktuar me ligj.

10.2. Brenda kornizës së realizimit të së drejtës të vendimit personal, banori është i lirë që të vendosë se a dëshiron që të shfrytëzojë shërbimet shëndetësore apo jo, si dhe me cilat intervenime të pajtohet dhe cilat intervenime t'i refuzojë, duke pasur parasysh kufizimet e përcaktuara me ligj.

10.5. Në rast të intervenimeve invazive është i domosdoshëm pajtimi me shkrim i banorit ose në rast se banori nuk është në gjendje që ta bëjë këtë, deklarata e tij, gojore ose deklarata e dhënë në ndonjë mënyrë tjetër, në praninë e njëkohshme të dy dëshmitarëve.

10.6. Banori mund ta tërheqë, në çdo kohë, pëlqimin e tij, për realizimin e intervenimit të caktuar. Me rastin e tërheqjes së pëlqimit pa arsytim të mjaftueshëm, banori mund të jetë i obliguar që të kompensojë shpenzimet e arsyeshme, që janë bërë si pasojë e këtij veprimi.

14.1. Pëlqimi me shkrim i banorit, kërkohet për shfrytëzimin e cilësdo nga: qelizat, përbërjes së qelizave, indeve, organeve ose të pjesëve të trupit, që largohen nga banori, për së gjalli, nëpërmjet intervenimit, që nuk i ka shërbyer qëllimit për të cilin ai, fillimisht ka dhënë pëlqimin. Për shkatërrimin e rëndomtë të këtyre materialeve, nuk nevojitet të merret pëlqimi i banorit. 14.2. Banori ka të drejtë, që të vendosë për cilindo intervenim që është i lidhur me trupin e tij, pas vdekjes, brenda kufizimeve të përcaktuara me ligj.

Neni 15 - E drejta e refuzimit të dhënies së pëlqimit

15.1. Me përjashtim të kushteve të përcaktuara në paragrafët 2 dhe 3 si dhe rasteve të definuara në paragrafin 6, të këtij neni, banori me aftësi të plotë të veprimi, ka të drejtë që të refuzojë dhënien e pëlqimit, përveç në rastin kur me këtë, do të rrezikojë jetën ose sigurinë fizike të të tjerëve.

15.2. Çfarëdo refuzimi i dhënies së pëlqimit, për të cilin vlerësohet se do të dëmtojë në mënyrë serioze ose të përthershme shëndetin e banorit, mund të zbatohet nga ana e banorit vetëm nëpërmjet deklaratës publike, deklaratës së plotë dhe përfundimtare private ose në rast pamundësie për të shkruar, deklaratës së dhënë në praninë e njëkohshme të dy dëshmitarëve. Në rastin e fundit, refuzimi i dhënies së pëlqimit, duhet të evidentohet në dokumentacionin shëndetësor të banorit dhe duhet të vërtetohet me nënshkrimin e të dy dëshmitarëve.

15.3. Intervenimet jetëpërkrahëse ose jetëshpëtuese, mund të refuzohen, duke lejuar që sëmundja të ketë

rrjedhën e saj të natyrshme, vetëm atëherë kur banori lëngon nga sëmundja serioze, që është e pashërueshme dhe kur është e sigurt se kjo sëmundje, bazuar në të arriturat e fundit të shkencës mjekësore, do të shkaktojë vdekjen, brenda një periudhe të shkurtër kohore, edhe në rast se ofrohet kujdesi plotësisht adekuat shëndetësor. Refuzimi i intervenimeve jetëpërkrahëse ose jetëshpëtuese mund të bëhet, duke i respektuar procedurat formale, të definuara në paragrafin 2 të këtij neni.

15.4. Refuzimi i dhënies së pëlqimit, në mënyrën si është definuar në paragrafin 3, mund të jetë i vlefshëm vetëm në rast se Komisioni, i përbërë nga tre mjekë, e ekzaminon banorin dhe merr vendim unanim, të cilin e shpreh në formë të deklaratës me shkrim, me të cilën vërteton se banori, me rastin e refuzimit të dhënies së pëlqimit, ka qenë plotësisht koshient për pasojat e këtij vendimi dhe se, me këtë rast, kushtet e definuara në paragrafin 3, janë përmbushur. Ditën e tretë, pas dhënies së deklaratës nga ana e Komisionit mjekësor, banori sërish – në praninë e dy dëshmitarëve – duhet të deklarojë refuzimin e dhënies së pëlqimit. Në rast se banori nuk pajtohet që t'i nënshtrohet ekzaminimit të Komisionit mjekësor, deklarata e tij, lidhur me refuzimin e trajtimit mjekësor, mund të mos merret në konsiderim.

15.7. Në rastin e refuzimit, siç është definuar në paragrafët 2 dhe 3 të këtij neni, duhet bërë përpjekje që, nëpërmjet intervistës personale, të kuptohen shkaqet e vendimit të këtyre të banorit dhe të tentohet që ky vendim të ndryshohet. Gjatë kësaj, si shtesë informatës së definuar në nenin 9, banori duhet të informohet edhe një herë mbi pasojat e moszbatimit të intervenimit.

15.8. Banori mundet, në çdo kohë që, të tërheqë deklaratën lidhur me refuzimin e dhënies së pëlqimit, pa asnjë kufizim, sa i përket mënyrës se si mund ta bëjë këtë.

Neni 17

17.1. Banori, me aftësi të plotë veprimi, mundet që në rastin e mundësisë për humbjen e mëvonshme të aftësisë së tij të veprimit, në deklaratë publike të refuzojë pëlqimin për:

a. disa ekzaminime ose intervenime të përcaktuara në paragrafin 15.1;

b. intervenimet e përcaktuara në paragrafin 15.3, dhe

c. intervenimet e caktuara jetëpërkrahëse ose jetëshpëtuese, nëse vuan nga ndonjë sëmundje e pashërueshme dhe si pasojë e sëmundjes është i paaftë për t'u kujdesur fizikisht për veten, ose nëse ka dhimbje, që nuk mund të pakësohen me gjithë terapinë përkatëse.

Neni 19 E drejta e qasjes ndaj dokumentacionit shëndetësor

19.8. Pas përfundimit të trajtimit mjekësor të banorit, vetëm personi i autorizuar nga ai, me deklaratë të plotë dhe përfundimtare private, është i autorizuar që të ketë qasje në dokumentacionin shëndetësor dhe të nxjerrë kopje të tij.

19.9. Në rast se banori vdes, përfaqësuesi i tij ligjor, i afërmi i ngushtë dhe trashëgimtarët, janë të autorizuar, që të njoftohen me të dhënat e institucionit shëndetësor, që kanë pasur ose mund të kenë pasur lidhje me shkakun e vdekjes, me trajtimin mjekësor të zbatuar para vdekjes, si dhe të kenë qasje në dokumentacionin shëndetësor; kopjet nga dokumentacioni shëndetësor, mund të nxjerren me shpenzime personale.

Neni 20 - E drejta e ruajtjes së konfidencialitetit dhe aspektit privat të të dhënave shëndetësore

20.1. Banori ka të drejtë në ruajtjen e konfidencialitetit dhe përmasës private të të dhënave personale; të informatave që janë të lidhura me gjendjen e tij shëndetësore; trajtimin mjekësor si dhe çdo informate tjetër, që përmban dokumentacioni i tij shëndetësor.

20.2. Banori, është i autorizuar, që të bëjë deklaratë përkitazi me atë se kush mund të marrë informata mbi sëmundjen e tij dhe prognozën e saj, si dhe kush nuk ka të drejtë të jetë i njoftuar plotësisht ose pjesërisht mbi të dhënat e shërimit të tij.

Neni 21 - PËRGJEGJËSITË E BANORIT

21.1. Gjatë shfrytëzimit të shërbimeve të kujdesit shëndetësor, banori duhet t'i respektojë dispozitat ligjore, të lidhura me to.

21.2. Nëse këtë e lejon gjendja shëndetësore banorit, varësisht nga aftësitë dhe njohuritë e tij banori duhet të bashkëpunojë me punëtorët shëndetësorë, të përfshirë në trajtimin mjekësor, në mënyrat si vijon:

a. informimi mbi të gjitha detajet e domosdoshme për përcaktimin e diagnozës, përgatitjen e planit të trajtimit dhe për kryerjen e intervenimeve të nevojshme; posaçërisht informimi i punëtorëve shëndetësorë, për çdo sëmundje të mëhershme, trajtimin shëndetësor, përdorimin e barnave ose për prodhimet dhe procedurat paramjekësore, si dhe për afinitetin e tij ndaj faktorëve të rrezikshëm, që mund të dëmtojnë shëndetin;

b. informimi për çdo detaj në lidhje me sëmundjen e tij, që mund të rrezikojë sigurinë jetësore ose fizike të të tjerëve, në veçanti mbi ndonjë sëmundje ngjitëse ose mbi ndonjë sëmundje ose gjendje që e përjashton atë nga ushtrimi i profesionit;

c. lajmërimi i personave nga të cilët mund të ketë marrë sëmundjen ngjitëse si dhe të

personave, të cilët mund t'i ketë infektuar, në rastin e sëmundjeve ngjitëse;

d. informimi për të gjitha deklaratat e mëparshme, të dhëna në kuadër të procedurave ligjore, që kanë lidhje me sëmundjen ose çrregullimin, për të cilën ofrohet kujdesi shëndetësor;

e. t'u përmbahet udhëzimeve, të marra në lidhje me trajtimin mjekësor;

f. respektimi i rregullave operative të institucionit shëndetësor;

g. pagesa e bashkëpagesave dhe e çmimeve të tjera;

h. prezantimi i provave të besueshme për të dhënat personale.

Neni 24 - Ankesat e banorëve

24.1. Banori ka të drejtë të parashtojë ankesë ndaj institucionit shëndetësor përkitazi me shërbimin shëndetësor që i është ofruar, jo më vonë se 60 ditë pas shkakimit të incidentit.

24.2. Institucioni shëndetësor duhet të bëjë hetime lidhur me pohimet në ankesë dhe duhet të informojë banorin mbi rezultatet e hetimeve me shkrim, brenda 10 ditëve të punës.

Neni 26 - Kërkesat e banorëve për dëmshpërblim

26.1. Banori ka të drejtë të parashtojë kërkesë për dëmshpërblim, mbështetur në përgjegjësinë civile të institucionit shëndetësor për dëmtimin e shëndetit të tij gjatë trajtimit mjekësor, jo më vonë se brenda një viti prej momentit kur është bërë koshient për dëmin e shkakuar.

Neni 28

28.2. Kërkesa e banorit duhet të shqyrtohet brenda periudhës tremujore, ndërsa vendimi i Komisionit lidhur me të, duhet t'i dorëzohet banorit me shkrim.

Neni 33 - Ankesa kundër vendimit të Komisionit

Kundër vendimeve të Komisionit mund të ushtrohet ankesa në gjykatën kompetente, në përputhje me ligjet përkatëse.

MINISTRIA E SHËNDETËSISË - Karta e të Drejtave dhe Përgjegjësisë të Pacientit UA 15/2013

11. E drejta për shmangie të vuajtjeve dhe dhimbjeve

Çdo qytetar ka të drejtë për të shmangur, sa më shumë të jetë e mundur, dhimbjen dhe vuajtjen në çdo fazë të sëmundjes së tij.

KODI I ETIKËS DHE DEONTOLOGJISË MJEKËSORE

Neni 24 – Përkushtimi dhe sjellja

Mjeku duhet t'i garantojë të sëmurit

përkushtim, sjellje të mirë dhe kompetencë profesionale. Ai e ka për detyrë t'i dedikojë të sëmurit të gjithë kohën e domosdoshme për informimin e tij dhe marrjen e vendimeve diagnostike e mjekuese sa më të drejta. Mjeku duhet të përmbushë misionin e tij me respekt dhe zbatim të standardeve profesionale dhe etike, pa abuzuar mbi të sëmurin nga ana fizike, emocionale ose materiale. Atij nuk i lejohej t'i imponojë të sëmurit opinionet e tij personale, filozofike, morale ose politike.

Neni 30 – E drejta e të sëmurit për t'u informuar

I sëmuri ka të drejtë të informohet për sëmundjen, ekzaminimet dhe mjekimet që I propozohen dhe rezultatet e tyre. Mjeku e ka për detyrë ta informojë të sëmurin në mënyrë të sqartë dhe të kuptueshme, duke marrë parasysh në çdo rast personalitetin dhe gjendjen e tij .

Nëse i sëmuri është nën 16 vjeç apo I paaftë për të kuptuar gjendjen dhe mjekimin që I propozohet, informacioni i jepet familjarit më të afërt që e ka nën kujdestari. Nëse mjeku gjykon se duke informuar të sëmurin rrezikon të dëmtojë gjendjen e tij psikik e shëndetësore, atëherë ai nuk është I detyruar ta informojë e as ta njohë me dokumentacionin mjekësor. Një diagnozë e rëndë dhe prognozë fatale mund të zbulohet me shumë maturi. Gjithsesi familjarët duhet të jenë të informuar dhe paralajmëruar, përveçse, nëse vetë i sëmuri i ka përcaktuar më parë personat të cilët mund të informohen për gjendjen e tij.

Neni 35 – Vazhdimësia e mjekimit (ofrimi i shërbimeve shëndetësore jashtë orarit të punës)

Në çfarë do rrethanash qoftë, mjeku e ka për detyrë të sigurojë vazhdimin e mjekimit të sëmurit të tij. Edhe në rast të një rreziku publik, mjeku nuk duhet të braktisë të sëmurit e tij, veçse me Urdhër nga autoritetet përgjegjëse në përputhje me Ligjin.

Në rastet kur mjeku do të largohet dhe do të lerë detyrën për një kohë, apo kur ai e gjykon se problemet apo gjendja shëndetësore e të sëmurit dalin jashtë aftësive dhe njohurive të tij profesionale, apo jashtë mundësive të tjera për ta trajtuar, atëherë mjeku e ka për detyrë të marrë të gjitha masat që i sëmuri të kalojë për të vazhduar mjekimin tek një mjek tjetër I fushës përkatëse i aftë për të marrë përsipër këtë trajtim.

Neni 36 – Ndërrimi i mjekut kurues

Mjeku ka të drejtë të heq dorë apo të refuzojë vazhdimin e mjekimit të sëmurit dhe të rekomandojë trajtimin e tij tek një mjek apo institucion tjetër në këto raste:

- a. Për arsye profesionale apo personale;
- b. Kur i sëmuri, i aftë dhe I ndërgjegjshëm për

të marrë vendime të pavarura, humb besimin tek mjeku; dhe

c. Kur i sëmuri, i cili është koshient, sillet në mënyrë të pahijshme, bëhet brutal dhe kërcënues ndaj mjekut.

Edhe në këto raste, nëse i sëmuri përbën urgjencë mjekësore, mjeku e ka për detyrë t'i ofrojë ndihmën mjekësore deri në kapërcimin e situatës apo të ketë siguruar vazhdimin e trajtimit nga një mjek tjetër.

- Ofrimi i shërbimeve shëndetësore jashtë orarit të punës është rregulluar me ligjin e Punës si në vijim;

LIGJI Nr. 03/L-212 I PUNËS

Neni 23 Puna më e gjatë se orari i plotë i punës

1. Në raste të jashtëzakonshme, me rritjen e vëllimit të punëve dhe në raste të tjera të domosdoshme, me kërkesën e punëdhënësit, punëtori duhet të punojë me gjatë se orari i punës (puna jashtë orarit), më së shumti deri në tetë (8) orë në javë.

2. Puna më e gjatë se orari i plotë i punës, në pajtim me paragrafin 1. të këtij neni, mund të zgjasë vetëm për aq kohë sa është e domosdoshme.

3. Puna që e tejkalon kufirin e përcaktuar sipas paragrafit 1. të këtij neni mund të bëhet edhe në rastet emergjente për parandalimin e aksidenteve ose forcave madhore të paparashikuara.

4. Përveç punës shtesë të detyrueshme nga paragrafi 1. i këtij neni, i punësuarit mund të bëjë punë shtesë vullnetare në marrëveshje me punëdhënësin, me kompensim page sipas nenit 56 të këtij ligji.

5. Ndalohet puna jashtë orarit për të punësuarit nën moshën tetëmbëdhjetë (18) vjeç.

6. I punësuarit i cili punon me orar të shkurtuar të punës nuk mund të punojë më gjatë se orari i plotë i punës.

7. Punëdhënësi është i obliguar të mbajë të dhëna të sakta për punët jashtë orarit dhe t'i prezantojë ato sipas kërkesës së Inspektoratit të Punës.

8. Inspektori i Punës ndalon punën jashtë orarit, nëse ajo ndikon dëmshëm në shëndetin dhe aftësinë punuese të të punësuarit.

9. Punëdhënësi është i obliguar të shpallë orarin e punës në vend të dukshëm.

- Në rastet kur i punësuarit nuk respekton kontratën e punës të lidhur me punëdhënësin, konsiderohet se ka kryer veprë penale apo mund të jetë i dyshuar për kryerjen e veprës penale sipas nenit 218 - Cenimi i të drejtave në marrëdhëniet e punës të Kodit Nr. 06/L-074 Penal të Republikës së Kosovës.

Literatura:

Ligji nr.2004/38 - për të drejtat dhe përgjegjësitë e banorëve të Kosovës në sistemin shëndetësor;

<https://gjk.rks-gov.net/ActDetail.aspx?ActID=2454>

Ministria e Shëndetësisë - Karta e të Drejtave dhe Përgjegjësi të Pacientit UA 15/2013;

<http://prak-kosova.org/wp-content/uploads/2018/08/Karta-e-te-Drejta-te-Pacienteve-ne-Kosove.pdf>

Kodi i Etikës dhe Deontologjisë Mjekësore;

<https://omk-rks.org/wp-content/uploads/2020/01/KO-32-2019-Kodi-Etik-i-OMK-s%C3%AB.pdf>

Ligji nr.03/L-212 i Punës;

<https://gjk.rks-gov.net/ActDetail.aspx?ActID=2735>

Prof.Dr.Xhavit Bicaj

Mjek, radiolog, doktor i shkencave dhe profesor. Lindi me 23 dhjetor 1949 në fshatin Vrellë, komuna e Istogut. Shkollën fillore e kreu në vendlindje, ndërsa të mesmen në Istog. Diplomoi në Fakultetin e Mjekësisë në Beograd më 1975. Pas diplomimit punësohet në Banjë të Pejës, më pas në Podujevë dhe në vitin 1976 punësohet në Institutin e Radiologjisë të Fakultetit të Mjekësisë në Prishtinë. Specializimin nga lëmia e Radiologjisë e kreu më 1980. Më 1981 zgjidhet asistent i lëndës Radiologjia në Fakultetin e Mjekësisë të Universitetit të Prishtinës. Me 8 mars 1985 për herë të parë në Kosovë themelon shërbimin e Radioterapisë kontakte. Më 1986 mbron temën e magistraturës me titull "Morbiditeti spitalor nga sëmundjet malinje ne Kosovë". Në vitin 1993 për herë të parë hap kabinetin privat të Radiologjisë diagnostike në Prishtinë. Më 1998 në Fakultetin e Mjekësisë në Prishtinë mbron tezën e doktoratës me titull: "Trajtimi radioterapeutik i kancerit të lekurës". Ka marrë pjesë në shumë kongrese e simpoziume dhe ka publikuar mbi 40 punime si autor dhe koautor. Në vitin 2000 në kuadër të SHKKK-së themelon Shërbimin Mjekësor (Ryder Kosova) për trajtimin e të sëmurëve nga sëmundjet malinje në fazën terminale të sëmundjes. Në vitin 2003 ka botuar dy monografi nga fusha e trajtimit të dhimbjes: "Qetësimi i dhimbjes" dhe "Trajtimi i të sëmurëve malinj në fazën terminale të sëmundjes". Më 2004 zgjidhet shef i Katedrës së Radiologjisë. Është pensionuar dhe jeton në Prishtinë.



Literatura:

Prof. Dr. Isuf Dedushaj: "Enciklopedia e doktorëve të shkencave të mjekësisë shqiptare gjithandej globit (1445-2019), dhe mjekëve që lanë gjurmë të pashlyera në historinë e mjekësisë shqiptare, OMK, Prishtinë 2019.

Pjesë nga biografia e Prof.Dr.Bicajt.

Kalendari i aktiviteteve për vitin 2021

Institucioni/Shoqata organizuese e aktivitetit	Tema	Koha e mbajtjes së aktivitetit
Qendra e Mjekësisë Urgjente - Prishtinë	Ligjërata vjetore profesionale	Gjatë gjithë vitit 2021
Qendra Kryesore e Mjekësisë Familjare Obiliq	Ligjërata vjetore profesionale	Gjatë gjithë vitit 2021
Accessible Quality Healthcare	Trajnimi për Trajner TOT	Prill-Nëntor 2021
Fakulteti i Mjekësisë	Cikël i ligjëratave me mjek shqiptar nëpër botë	Janar-Dhjetor 2021
Kolegji i Kirurgëve të Kosovës	International Grand Rounds "Surgical Leadership & Quality Course"	Janar-Dhjetor-2021
Asociacioni i Hematologëve Kosovar	Simpozium – Updates in Hematology CML, MPNs	29 Janar 2021
Klinika e Hematologjisë	Ligjërata vjetore profesionale	Janar-Dhjetor 2021
Spitali i përgjithshëm Prizren	Ligjërata vjetore profesionale	Janar-Dhjetor 2021
Qendra Kryesore e Mjekësisë Familjare Viti	Ligjërata vjetore profesionale	Janar-Dhjetor 2021
Qendra Kryesore e Mjekësisë Familjare Podujevë	Ligjërata vjetore profesionale	Janar-Dhjetor 2021
Community Development Fund CDF	Trajnim për menaxhimin e TB në KPSH	Prill- Dhjetor 2021
Klinika e Oftalmologjisë	Ligjërata profesionale	Shkurt-Maj 2021
Shoqata e Urologëve të Kosovës	Ligjërata profesionale	Shtator-Nëntor 2021
Spitali i përgjithshëm Gjilan	Ligjërata profesionale	Shkurt-Dhjetor 2021
Qendra Kryesore e Mjekësisë Familjare Ferizaj	Ligjërata profesionale	Janar-Dhjetor 2021
Qendra Kryesore e Mjekësisë Familjare Prizren	Ligjërata profesionale	Shkurt-Dhjetor 2021
Qendra Kryesore e Mjekësisë Familjare urgjenca Prizren	Ligjërata profesionale	Janar-Dhjetor 2021
Qendra Kryesore e Mjekësisë Familjare Junik	Ligjërata profesionale	Janar-Dhjetor 2021
Qendra Kryesore e Mjekësisë Familjare Mitrovicë	Ligjërata profesionale	Janar-Dhjetor 2021
Qendra Kryesore e Mjekësisë Familjare Dragash	Ligjërata profesionale	Janar-Dhjetor 2021
Qendra Kryesore e Mjekësisë Familjare Skënderaj	Ligjërata profesionale	Mars-Dhjetor 2021
AQH - OBSH	Pen protocols	Qershor-Shtator 2021
Klinika e Neonatologjisë	Ligjërata profesionale	Prill-Dhjetor 2021
Instituti I Evropës Juglindore për Politika Shëndetësore dhe Sociale	Konferencë	18 Shtator 2021
Klinika e Pediatriës	Ligjërata profesionale	Janar-Dhjetor 2021
Klinika e Infektivës	Ligjërata profesionale	Janar-Dhjetor 2021
Hermes Pharma Group	Aptos Threads, Methods and Therapeutics	23 Prill 2021
Oda e Mjekëve të Kosovës	Kongresi i II vjetor multidisiplinar me fokus onkologjinë	15-16 Tetor 2021
Oda e Mjekëve të Kosovës	Kongres multidisiplinar me fokus COVID-19	18-20 Nëntor 2021
	Dita Botërore e Goditjeve Cerebrale	29 Tetor
	Dita Botërore e Shëndetit Mendor	10 Tetor
	Muaji i ndërgjegjësimit për kancerin e gjirit	Tetor
	Dita Botërore e Diabetit	14 Nëntor



Revista Mjeku

Monumenti përkujtimor për nderë të profesionistëve shëndetësorë

Që nga themelimi i spitalit të parë Kosovë, bazuar në të dhënat historike në vitin 1327, vazhduar me 1342 dhe me mjekun e parë në Kosovë me origjinë italiane Medicus Prizrensis, punëtorët shëndetësorë në periudha të ndryshme historike, ashtu si dhe vet popullata e Kosovës, kanë jetuar dhe vepruar me sakrificë të përditshme.

Okupatorët që vinin e ndërroreshin, asnjëherë nuk u munduan që kësaj popullate t'i ofroreshin shërbime shëndetësore, ashtu siç shënon në shkrimet saj Miss.Durham, ku konstaton se "As otomanët nuk kishin investuar në infrastrukturë ose ato ishin të pakta, e mos të flasim për investimet në mbrojtjen shëndetësore", kështu vetëm në vitin 1872 llogaritet si hapja e spitalit të parë në Kosovë gjatë pushtimit turk.

Edhe pas luftës së dytë botërore, Kosova ishte lënë në mëshirën e sunduesve të rinj, Epoka e komunizmit filloi me 9 mjekë (jo shqiptar), 15 farmacistë, 6 teknik mjekësor, 11 higjienistë dhe 23 punëtorë tjerë shëndetësor, me kualifikim të ulët shëndetësor. Pra për popullatën përkujdesej një mjek në 79000 banorë dhe në tërë territorin e Kosovës ka punuar vetëm një stomatolog.

Difteria, Tuberkulozi, Kala Azari, Tifoja Abdominale, Meningjitet, Fruthi, Kolla e bardhë dhe sëmundjet tjera vrastare ngjitëse po shfarosnin fëmijë dhe të rinjë në Kosovë. Çdo i dyti varr ishte i fëmijëve të vdekur nga sëmundjet ngjitëse, kjo si pasojë e përkujdesjes diskriminuese shëndetësore nga sundimtarët e rinjë.

Se sa ishin të drejtat e barabarta në Kosovë tregon një nga të dhënat e vitit 1963, prej 300 mjekëve në Kosovë, 50 nga ta ishin shqiptar dhe 333 punëtorë tjerë shëndetësor, ndërsa struktura e përbërjes së popullsisë ishte 74% në favor të popullsisë shqiptare.

Me themelimin e Fakultetit të Mjekësisë në 17 Qershor të vitit 1969, akt i cili ndryshoi dhe ndriçoi horizontet e mjekësisë në Kosovë duke i dhënë fund diskriminimit arsimor të këtij lloji.

Mjekët dhe punëtorët shëndetësorë, si shtresë e re intelektuale, që nga vitet e '60-ta deri në vitet '90, u bënë hale në sy, të regjimit. Mjekët përndiqeshin, burgoseshin por asnjëherë nuk dorëzoheshin apo nuk u bënëin mashë e regjimit.

Punëtorët shëndetësorë ishin në ballë të përkujdesjes të të lënduarve dhe plagosurve të demonstratave '68,'81, edhe helmimeve të nxënësve shqiptar e të demonstratave demonstratave të '89. Punëtorët shëndetësor dhe Fakulteti i Mjekësisë ishin të parët në goditjet shoviniste të viteve '90, por ata nuk u ndalën në organizimin e mbrojtjes shëndetësore të popullatës. Punëtorët shëndetësor arritën që të përballojnë rreziqet dhe të organizojnë spitalet ushtarake në të gjitha zonat operative të UÇK-së, ju qëndruan pranë ushtarëve dhe civilëve të plagosur ku disa edhe ranë në altarin e lirisë.

Pas luftës së UÇK-së, ne u ngritëm si feniksi dhe bëmë të pamundurur në ringritjen e sistemit dhe

institucioneve shëndetësore të rënuara në themele, kjo që të vijë dita të përballemi me pandeminë e Covid-19 duke e paguar me shumë jetë.

Iniciativa për ngritjen e një obelisku në nderim të punës dhe sakrificës së punëtorëve shëndetësorë, u ndërmor nga vet Kryetari i OMK-së, qysh në Tetor 2020. Pas dhënies së mbështetjes për një iniciativë të tillë nga ana e Këshillit Drejtues të OMK-së u bë thirrje për bashkëpunim dhe përkrahje nga Odat e Profesionistëve Shëndetësor ku edhe ato u shprehën të gatshme për të bërë ç'është e nevojshme për realizimin e këtij projekti.

Odat e Profesionistëve Shëndetësor (OPSh), pas dakordimeve të detaleve të projektit, i janë drejtuar Kryetarit të Komunës së Prishtinës, me kërkesën për ndarjen e një hapësire për ndërtimin e këtij obelisku.

Ky projekt ka gëzuar menjëherë përkrahjen e Kryetarit të Komunës dhe kështu në muajin maj 2021, Kuvendi Komunal i Prishtinës gjithashtu aprovoi projektin dhe ndau parcelën e kërkuar nga OPSh-të.

Obesliku është paraparë të ketë formën klasike, që pasqyron shtyllën e shtetit si dhe me përmasa të përafërta 2.5 metra i gjerë dhe deri në 10 metra i gjatë, kjo në vartësi prej projekteve konkurruese.



GJENI RRUGEN E TYRE INDIVIDUALE

Zbuloni një rrugë përpara për planin e trajtimit të pacientëve me kancer – duke përdorur të dhëna të fuqishme dhe gjithëpërfshirëse të profilit gjenomik nga Foundation Medicine¹⁻⁶

Vizitoni [rochefoundationmedicine.com](https://www.rochefoundationmedicine.com)

1. Frampton GM *et al.* *Nat Biotechnol* 2013; 31: 1023-1031; 2. Woodhouse R *et al.* *PLoS One* 2020; 15: e0237802; 3. He J *et al.* *Blood* 2016; 127: 3004-3014; 4. FoundationOne[®] CDx Technical Specifications, 2019. Available at: <https://www.foundationmedicine.qarad.eifu.online/foundationmedicine/en/foundationmedicine> (Accessed February 2021); 5. FoundationOne[®] Liquid CDx Technical Specifications, 2020. Available at: <https://www.foundationmedicine.qarad.eifu.online/foundationmedicine/en/foundationmedicine> (Accessed February 2021); 6. FoundationOne[®] Heme Technical Specifications, 2019. Available at: <https://www.foundationmedicine.qarad.eifu.online/foundationmedicine/en/foundationmedicine> (Accessed February 2021).

Foundation Medicine[®] and FoundationOne[®] are registered trademarks of Foundation Medicine[®], Inc. Roche is the licensed distributor of Foundation Medicine[®] products outside of the United States. M-XX-00004261 Date of preparation: February 2021.

Shiko më shumë, bëj më shumë



KOSOVO, Laboratori Nucleus
Rr. Mati 1, B-Relax, V-Hyrja 1, Prishtinë,
nucleus.patologjia@gmail.com

ALBANIA, Laboratori Diagnostik Morfologjik LDM
Rr e Dibres, Kompleksi Halli, Tiranë
<https://www.foundationmedicine.al/>

