



# SËMUNDJET REUMATIKE



- Imazhëria në diagnostikimin e spondilitit ankilozant
- Skleroza sistemike
- Vlerësimi dhe monitorimi tek spondiliti ankilozant

- Terapia fizikale te spondiliti ankilozant
- Osteoporoza
- Kapilaroskopia në sëmundjet reumatike

- Komorbiditeti dhe sëmundjet reumatike
- Sëmundjet reumatizmale tek adoleshentët
- Rituximab dhe Belimumab në trajtimin e LES





## ODA E MJEKËVE TË KOSOVËS

[www.omk-rks-org/revista mjeku](http://www.omk-rks-org/revista%20mjeku)

[revistamjeku@omk-rks.org](mailto: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.

Revista Mjeku  
Revistë e Odës së Mjekëve të Kosovës  
Vëllimi 3, Numër 2, Qershor 2023  
Publikohet 4 herë në vit

Këshilli redaktues:

Astrit Hamza  
Dafina Bytyqi- Shabani  
Edea Blyta  
Elton Bahtiri  
Faik Hoti  
Fisnik Kurshumliu  
Ibadete Bytyçi  
Linda Çarkaxhiu- Huseyin  
Lul Raka  
Naser Gjonbalaj

web faqja

[www.omk-rks.org/revista-mjeku](http://www.omk-rks.org/revista-mjeku)

Redaksia:

[revistamjeku@omk-rks.org](mailto:revistamjeku@omk-rks.org)

+383 49 872 300

+383 49 872 070

+383 (0)38 544 872

QKUK, Instituti A, Kati III, 10000,

Prishtinë.

Koordinatori ndërlidhës:

Elira Selimi

Numri i radhës botohet në Shtator 2023  
Dorëshkrimet pranohen në sekretarinë e  
revistës deri me datë 15 Gusht 2023.

Te gjitha dorëshkrimet vlerësohen  
nga këshilli redaktues para botimit.

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

Materialet e publikuara janë pronë e  
Revistës Mjeku.



Astrit Hamza



Dafina Bytyqi Shabani



Edea Blyta



Elton Bahtiri



Faik Hoti



Fisnik Kurshumliu



Ibadete Bytyçi



Linda Çarkaxhiu  
Huseyin



Lul Raka



Naser Gjonbalaj

# Përmbajtja

Faqe

Kryeredaktori: Fisnik Kurshumliu

8

## Aktualitete në Odën e Mjekëve të Kosovës

Profilizimet në Odën e Mjekëve të Kosovës

9

## Temat e numrit

Roli i imazherisë në diagnostikimin e spondilitit ankilozant

10-12

Skleroza sistemike - Skleroderma

13-15

Vlerësimi dhe monitorimi i pacientëve të diagnostikuar me spondilitin ankilozant

16-17

Korrelacioni i prekjes pulmonare dhe gastroezofageale të sklerodermia sistemike

18-20

Roli i terapisë fizikale tek spondiliti ankilozant

21-22

Osteoporozë

23-25

Kapilaroskopia në sëmundjet reumatike

26-28

Komorbiditeti dhe sëmundjet reumatike: nevoja për strategji të trajtimit holistik

29-31

Sëmundjet reumatizmale tek adoleshentët

32-34

Kontrolli i sëmundjeve dhe trajtimi me medikamente të sigurta për shtatzënat me sëmundje reumatike

35-38

Rituximab dhe Belimumab në trajtimin e Lupusit Eritematoz Sistemik

49-41

Sindroma "Rhupus" - një sfidë diagnostike

42-43

## Këshilla juridike

Anëtarësimi, rianëtarësimi, kuota e anëtarësisë dhe rianëtarësimi

44-45

# Përmbajtja

Faqe

Portreti i një mjeku

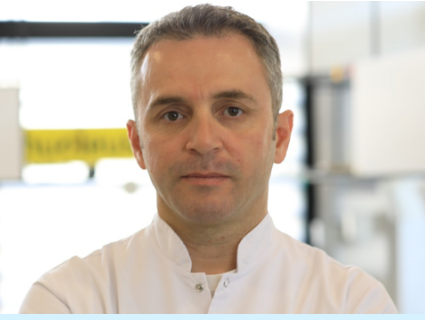
Prof. Dr. Sylejman Rexhepi

46

Kalendari i aktiviteteve

47



**Fisnik Kurshumliu***Kryeredaktor i Revistës Mjeku*

*Sëmundjet reumatike përfshijnë një spektër të gjerë të patologjive që përfshijnë kockat, nyjat, muskujt dhe organet tjera.*

*Këto sëmundje kanë ndikim të rëndësishëm në kualitetin e jetës meqë kufizojnë lëvizshmërinë e individit dhe gjendjen e përgjithshme. Deri sa disa nga këto sëmundje mund të menaxhohen me terapi medikamentoze, ka prej tyre që shkaktojnë dëmtime të mëdha organike dhe rrezikojnë jetën.*

*Ky numër i revistës Mjeku, me temë bosht “Sëmundjet Reumatike” ka synim që të informojë lexuesin për faktorët e rrezikut, simptomat dhe opcionet terapeutike të këtyre sëmundjeve.*

*Me rritjen e shkallës së informacionit dhe të kuptuarit e këtyre problemeve shëndetësore, mund të përmirësohet kujdesi dhe mbështetja e pacientëve të përfshirë me sëmundje reumatike.*



## PROFILIZIMET NË ODËN E MJEKËVE TË KOSOVËS



Pleurat Sejdiu

*Kryetar i Odës së Mjekëve të Kosovës*

*Specialist i Ortopedisë,  
Qendra Klinike Universitare e Kosovës.*

Korrespondenca:  
pleurat.sejdiu@omk-rks.org

Oda e Mjekëve të Kosovës është organizatë e pavarur, e cila mbron dhe përfaqëson interesat profesionale të anëtarëve të saj, siguron standardet e larta të kodit të Etikës dhe deontologjisë mjekësore, promovon dhe mbron veprimtarinë e profesionistëve shëndetësor, private si dhe publiko-private, siguron Edukimin e Vazhdueshëm Profesional me qëllim të ngritjes së performancës shëndetësore dhe ofrimit më cilësor të shërbimeve shëndetësore dhe shërbimeve tjera që kanë të bëjnë me kujdesin shëndetësor.

Oda e Mjekëve të Kosovës nga funksionalizimi i plotë sipas kompetencave publike të saj ka tentuar disa herë përmes komunikimeve zyrtare ta adresojë çështjen e profilizimeve të profesionistëve shëndetësor, përkatësisht mjekëve të punësuar në institucionet publike shëndetësore.

Një iniciativë e tillë e bashkëpunimit ndërinstytucional drejt përkrahjes financiare të mjekëve të angazhuar nga SHSKUK për çështjen e edukimit të vazhdueshëm profesional, përkatësisht profilizimet e tyre i është adresuar bordit drejtues të SHKUK-së në muajin Qershor të vitit 2020, së bashku me draft memorandumit e bashkëpunimit ndërmjet OMK dhe SHSKUK. Nga atëherë nuk kemi marrë përgjigje as për takime e as për ta diskutuar bashkëpunimin e mundshëm për përkrahjen e mjekëve në ngritjen e kapaciteteve profesionale përmes profilizimeve.

Përkundër insistimeve të vazhdueshme për rregullimin e kësaj problematike Oda e Mjekëve të Kosovës ka vendosur që çështjen e profilizimit të mjekëve ta realizojë vetme përmes organizimit të trajnimeve të ndryshme sipas planifikimeve buxhetore me qëllim edukimin e vazhdueshëm profesional të anëtarëve të saj.

OMK për herë të parë ka organizuar trajnime profesionale për mjekët e Spitalit të Përgjithshëm të Prizrenit dhe Spitalit të Përgjithshëm të Gjilanit, me qëllim të ngritjes së kapaciteteve profesionale, përmirësimin e shërbimeve shëndetësore për pacientë në IPSH, rajonale duke e shkarkuar kështu Qendrën Klinike Universitare të Kosovës nga ngarkesa e trajtimit të pacientëve për çështje shëndetësore të cilat mund ti marrin në nivelin primar apo sekondar në vendet ku jetojnë.

Trajnimet e lartpërmendura janë realizuar me përkrahjen financiare nga Qeveria e Dukatës së Madhe të Luxemburgut përmes projektit për shëndetësi në Kosovë LuxDev dhe pritet të vazhdojnë deri në fund të këtij viti.

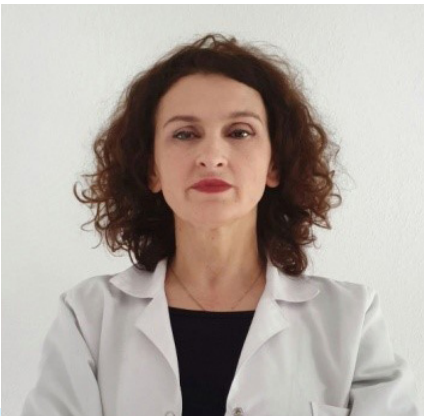
Duke e parë interesimin e madh të komunitetit të mjekëve, OMK në planifikimin e saj buxhetor për vitin 2023, ka planifikuar realizimin edhe të trajnimeve të tjera jashtë dhe brenda vendit, për mjekët anëtarë të saj, varësisht nga lloji i fushës specialistike që rezultojnë si nevojë për ngritjen e

cilësisë së shërbimeve shëndetësore.

Në këtë drejtim, OMK ka hapur konkurs për 28 profilizime dhe procesi i përzgjedhjes së kandidatëve tanimë ka filluar.

OMK mbetet e përkushtuar që profesioni i mjekut të jetë në nivelin e duhur dhe do të mbështesë anëtarët e saj për ngritjen e kapaciteteve profesionale duke ua lehtësuar angazhimin e tyre gjatë ushtrimit të profesionit me qëllim ofrimin e shërbimeve shëndetësore sa më të mira për qytetarët e vendit!

## ROLI I IMAZHERISË NË DIAGNOSTIKIMIN E SPONDILITIT ANKILOZANT



Lirije Gashi - Sadiku

Specialist i Radiologjisë,  
Klinika e Radiologjisë,  
Qendra Klinike Universitare e  
Kosovës.

Spondilitis ankiлоzant-SA është sëmundje kronike inflamatore reumatizmale - spondiloartropati seronegative (autoimune) që rezulton me fusionim (ankylosis) të shtyllës kurrizore dhe artikulacioneve sakroiliake (SI), por përfshirja është prezente edhe në disa nyje tjera të vogla dhe të mëdha e po ashtu përfshije ekstraskelitale.

90% e pacienteve me SA janë HLA-B27 pozitiv (një antigjen-protein në gjak), ndërsa jo të gjithë njerëzit me HLA-B 27 zhvillojnë sëmundjen, vetëm ¼ e pacientëve që kanë HLA-B27 pozitiv, zhvillojnë sëmundjen (2).

Spondyliti ankiлоzant (SA), është formë e spondiloartritis; Diferenca kryesore në mes të Spon-

diloartritis dhe SA është që të gjitha rastet e SA janë formë e spondiloartritisit, por jo të gjitha rastet e spondiloartritisit janë SA.

Tek SA, zhvillohen entesitet, respektivisht inflamacioni i pjesës së tendinëve dhe ligamenteve ku ngjiten në kockë. Sinoviti luan rol dytësor dhe sqaron faktin e formimit të sindesmofiteve, formën katrore të trupave të unazave, destruksionin disko-vertebral. Entesiti exudativ dhe artriti periferik çojnë në kombinim të fibrozës dhe osteolizës dhe në stade të avancuara ankiлоzën.

Më tepër përfshihen meshkujt se sa femrat, dhe diku rreth ¼ e pacientëve me HLA-B27 pozitiv zhvillojnë sëmundjen.

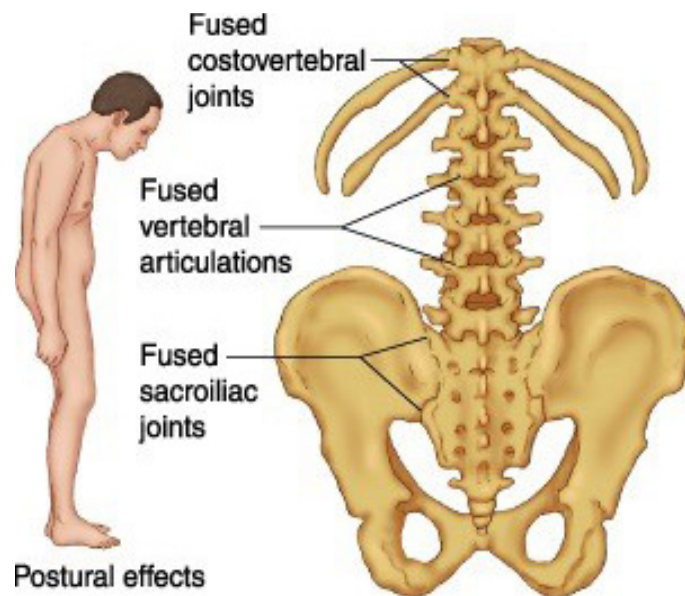


Figura 1. Formë e avancuar e SA Burimi: Ankylosing Spondylitis Disease Information | Immunology & Rheumatology Clinic (drankitjain-rheumatology.in)

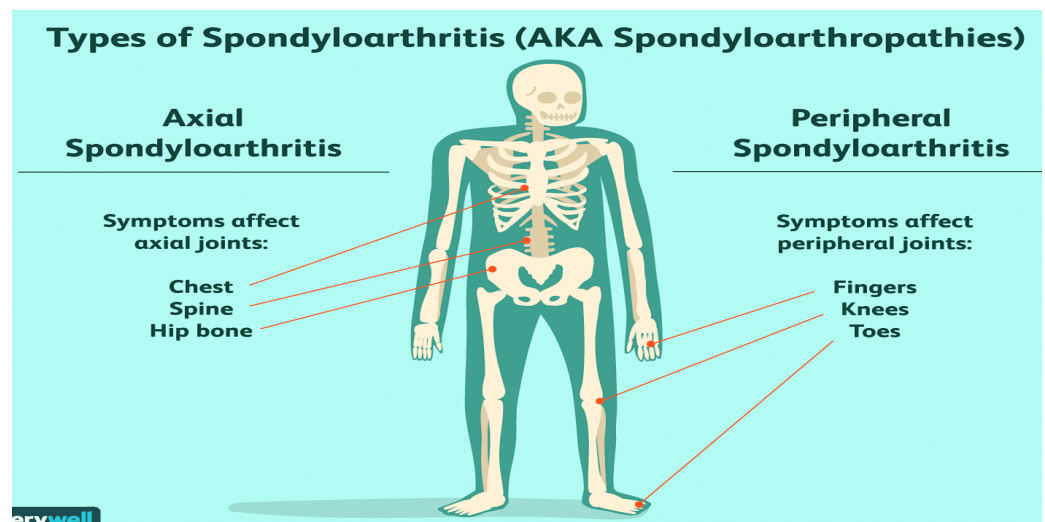


Figura 2. Shtrirja aksiale dhe periferike e SA.  
Burimi: <https://www.verywellhealth.com/ankylosing-spondylitis-prognosis-5210904>

Korrespondenca:  
lira\_gashi2000@hotmail.com



Në 70% të pacientëve, SA fillon me dhimbje shpine në pjesën e poshtme dhe dhimbje topitëse në regjionin gluteal. Në stadet e avancuara të SA dhimbjet janë permanente në kurriz, pasojnë me shtangim të kurrizit.

#### Manifestimet ekstraskelietale:

Iridocyclitis/uveitis, kardiovaskulare-aortitis, fibrozë pulmonare, cauda equine syndrome.

#### Manifestimi në skelet:

Shtrirja kryesore në skelet është aksiale. SA si në art.sacroiliake - si dhe shtyllën kurrizore, fillimisht në kalimin torako-lumbal art.costo - sternal në stadet e avancuara ndërsa shtrirja periferike e SA përfshin art. HS, gjunjët dhe nyjat e gishtërinjve.

#### Diagnostikimi i SA përmes imazherisë:

##### 1. Radiografia e thjeshtë:

Radiografia e thjeshtë është e vlefshme në detektim të ndryshimeve të SA kur është në stadet më të avancuara, ndërsa e metë e saj është detektimi i ndryshimeve në fazën fillestare. Në bazë të studimeve të reja dhe me metoda diagnostike të avancuara si MRI, është vërejt se ndryshimet në ra-

diografi të thjeshtë nuk shfaqen në stadet e hershme të sëmundjes. Shenjat dalluese në radiografi janë: erozionet, osteofitoza dhe osetoporozja, skleroza, ankiloza (3).

Zakonisht ndryshimet incipiente të SA fillojnë në unazat e kalimit torako-lumbal ose lumbosakral.

##### a. Përfshirja e kurrizit:

Spondilitis anterior -"Romanov sign"- të unazave që shkaktohet nga erozioni i sipërm dhe i poshtëm i trupit të unazave që është ndër shenjat e para të ndryshimit inflamator të kurrizit, e që çdoherë skajet me sklerozë "the shiny corner sign"- ndriçim i skajit të unazës - gjetje radiologjike në SA që paraqesin sklerozë reaktive sekondare si pasojë e erozioneve inflamatore në pllakat e sipërme dhe të poshtme të trupave të unazave (4).

Radiografia e shenjës është edhe "squaring"- forma katrore e trupit të unazave që ndodh pas shenjës Romanov, me ç' rast humb forma konkave e rregullt e sipërfaqes ventrale të trupit të unazave (4).

Shenja Anderson: paraqet pseudoartrozë e përcjellë nga frakturat diskovertebrale,

osifikim i shprehur i shtyllës kurrizore dhe shtangim.

Sindesmofitet margjinale- spikula/osteofite fine, të holla, urëzuese në mes trupave të unazave; Sindesmofitet paraqiten në 2/3 me SA dhe kryesisht në kalimin torako-lumbal të shtyllës kurrizore.

Kalcifikimet lineare dhe cirkulare të diskut intervertebral.

Ankiloza kostovertebrale- osifikim i shprehur i shtyllës kurrizore dhe shtangim. Shenja "Trolley-track" në projekcion AP paraqet tri vija osifikuese qendrore lig. (supraspinos dhe interspinos) si dhe vija e ankilozës kosto-vertebrale dhe kosto-transverse.

"Dagger sign"- vijë e bardhë lineare që tregon kalcifikim të ligamentit supraspinat dhe interspinos.

"Bamboo spine" Osifikimi i lig. longitudinal të pasmë dhe të përparmë, paraqitet si vija undulante në stadet e avancuara.

Në diagnozë diferenciale Spondiliti ankilozant vije me: DISH, Artriti psoriatik, Spondyliti deformans, RA.

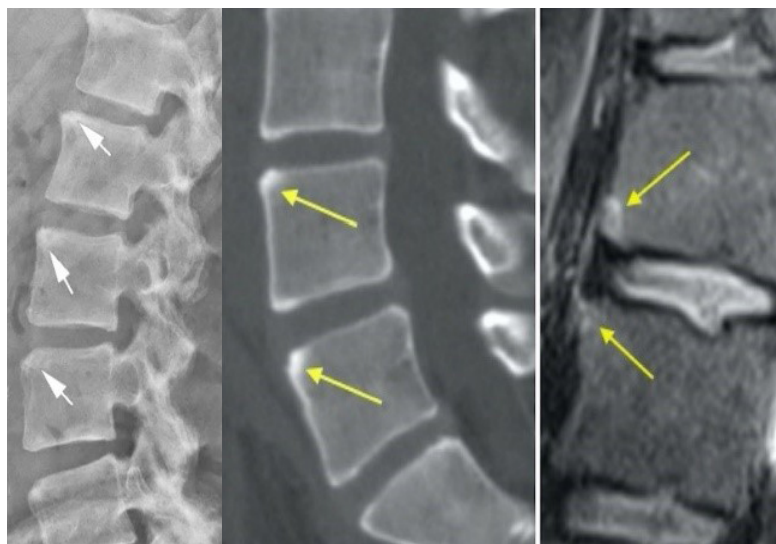


Figura 3. Shenja Romanov dhe "Shiny corner sign" në radiografi, CT dhe MRI. Burimi: <https://radiologyassistant.com/musculoskeletal/Arthritis>

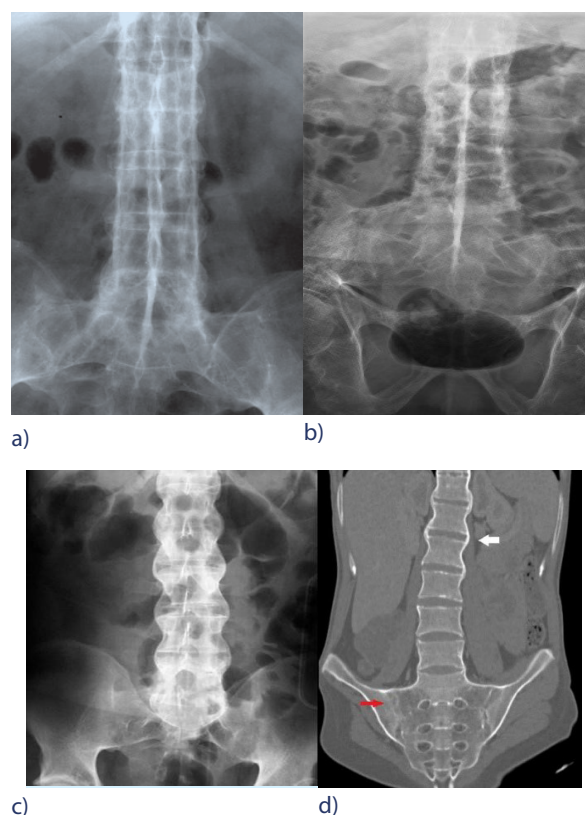


Figura 4. Pacient 32 vjeçar, mashkull, realizuar në QKUK, Klinika e Radiologjisë, shenja Dagger(a), shenja Trolley (b), shenja Bamboo(c) dhe sindesmofitet në CT(d).

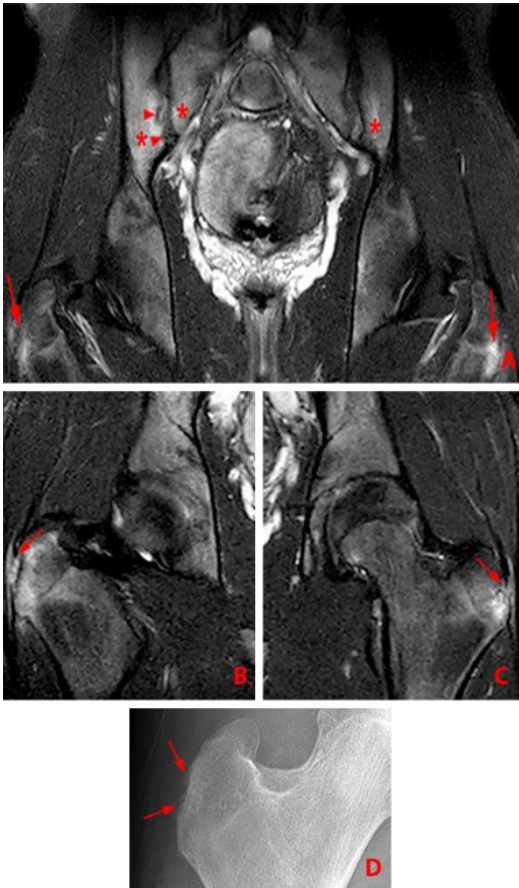


Figura.5. (a) Edemi subkondral i palcës kockore (\*) përgjatë art. sacroiliake, me zgjerim të hapësirës artikulare dhe erozione djathtas. Edemi kockor subkortikal në trohanterin e madh (→). (b, c) Entesitis bilateral, me edem në trohanterin e madh dhe entesitis të tendinës së gluteal medius (→) kortikale (d) erozione dhe osteofitozë përgjatë trohanterit të madh (→)  
Burimi: <https://radsourc.us/web-clinic-sign/>

b. Të gjeturat imazherike në artikulationet sakro-iliake ( SI): Tek 95% të rasteve japin të dhënat fillestare të sëmundjes.

Ndryshimet në art. Si në radiografi të thjeshtë janë më të vështira për tu detektuar sepse duhet të kalojnë vite nga fillimi i sëmundjes që të detektohen erozionet, skleroza reaktive, zgjerimi i hapësirës artikulare. Në stadet e avancuara vërehet ankilozë - humbje e hapësirës artikulare sakroiliakale.

Në diagnozë diferenciale të sacroiliitis në SA vije në radhë të parë oseitis condensans dhe osteoarthritis.

Imazheria me rezonancë magnetike- MRI është metodë e zgjedhjes që ndër të gjitha ekzaminimet radiologjike ka avantazhin e detektimit të ndryshimeve të hershme e sidomos e vlefshme tek sacroiliiti dhe spondylodisciti. MRI detekton edemin e hershëm të palcës kockore (STIR sequenca) dhe dëmtimin e kartilagos, sinovitin, kapsulitin, entesitin dhe ndryshimet inflamatore të ligamenteve të përfshira (sequenca-T1 weighted me kontrast) (5).

MRI detekton ndryshimet e hershme kur radiografia është normale e po ashtu edhe CRP dhe SE janë normale.

Përforcimi i kontrastit në T1 e sinovias, korelon me ndryshimin inflamator.

Përforcimi i kontrastit në lig.interspinos indikon entesitin, e që flet për një sëmundje aktive (6).

Rritja e sinjalit në T2 korelon me edem ose ind fibrotik vaskular.

MRI shërben edhe për përcjelljen e rezultateve të tretmanit në pacientë me SA aktiv.

MRI mund të konfirmon dyshimet klinike për një SA, por assesi nuk e zëvendëson një ekzaminim klinik të kujdesshëm nga klinicisti/reumatologu.

CT dhe radiografia janë më ndjeshme në detektim të ndryshimeve të erozioneve, sklerozës dhe "bone formation"- osetofitozës.

Në stadet e avancuara të SA, CT është metodë që qartëson rastet kur radiografia nuk është mjaft e qartë dhe vlerëson komplikimet e frakturave vertebrale, stenozen spinale dhe instabilitetin e kurritit.

#### Përfundim:

Imazheria është pjesë standarde në diagnostikimin dhe përcjelljen e trajtimit të SA.

Radiografia, CT dhe MRI janë metoda imazherike që përdoren për diagnostikim.

MRI si metodë sensitive ka rol decidiv sepse detekton ndryshimet mjaft herët sidomos në artikulationet sacroiliake, prandaj në të ardhmen duhet më tepër të indikohet në rastet me klinikë pozitive dhe HLA-B27 pozitiv.

Për shkak të prognozës së keqe, bashkëpunimi mes klinicistit dhe radiologut duhet të jetë sa më i ngushtë, jo vetëm në diagnostikim të hershëm por edhe në përcjelljen me imazheri të trajtimit dhe efektit terapeutik.

#### Referencat:

- 1."Ankylosing spondylitis". [mayoclinic.org](http://mayoclinic.org). Mayo Clinic. Retrieved 5 June 2022.
- 2.Sheehan NJ (January 2004). "The ramifications of HLA-B27". *Journal of the Royal Society of Medicine*. 97.
- 3.Dale K. Radiographic grading of sacroiliitis in Bechterew's syndrome and allied disorders. *Scand J Rheumatol* 1980, Suppl. 32: 92 [Google Scholar].
- 4.Bechterew's syndrome (ankylosing spondylitis). A syndrome with distinct subgroups.Vinje O, Møller P, Dale K, Kåss E, Berg K. *Scand J Rheumatol*. 1985;14(2):133-43. doi: 10.3109/03009748509165494.PMID: 3923615.
- 5.MRI Assessment of Extra-axial Findings at Pelvic Sites in a Group of Axial-SpA Patients Fabio Massimo Perrotta et al., *Rheumatology and Therapy*, 2021.
- 6.Baraliakos X., Hermann K.G., Landewe R., Listing J., Golder W., Brandt J., et al. (2005) Assessment of acute spinal inflammation in patients with ankylosing spondylitis by magnetic resonance imaging: a comparison between contrast enhanced T1 and short tau inversion recovery (STIR) sequences. *Ann Rheum Dis* 64: 1141-1144 [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar].

## SKLEROZA SISTEMIKE - SKLERODERMA



Afrim Gashi

Specialist i Mjekësisë Interne,  
Klinika e Reumatologjisë,  
Qendra Klinike Universitare e  
Kosovës

Lëndim Skleroza sistemike, apo skleroderma është sëmundje kronike, multisistemike e ndërmetjetësuar imunologjikisht që karakterizohet nga aktiviteti i çrregullt i sistemit imunitar, dëmtimi vaskular i ndjekur nga neovaskularizimi dhe remodelimi vazal defektoz, si dhe fibroza progresive e lëkurës dhe e organeve të brendshme. Vaskulopatia duket se luan rol vendimtar në nxitjen e rrugës patogjenike midis autoimunitetit dhe fibrozës. Fazat e hershme të sëmundjes karakterizohen nga prania e fenomenit Raynaud në pothuajse të gjithë pacientët, e ndjekur nga shfaqja e gishtërinjve të fryrë - "puffy fingers", prania e antitropave SSc specifike dhe ndryshimet mikrovaskulare të dukshme me kapilaroskopi. Aktualisht, faza e hershme e sëmundjes është një nga fokuset kryesore të studimeve klinike meqë potencialisht përfaqëson periudhën e aktivizimit të imunitetit me ndjeshmërinë më të lartë ndaj trajtimit immunosupresiv. Gjatë ecurisë së sëmundjes, në pacientë të ndryshëm variabiliteti i prekjes së organeve të brendshme është shumë i lartë dhe karakterizohet me një sërë simptomash klinike duke përfshirë: sklerozën e lëkurës, ulcerat digjitale (DU), sëmundjen intersticiale të mushkërive (ILD), hipertensionin pulmonar (PAH), fibrozën kardiakë, çrregullimet gastrointestinale, mosfunksionimin e mëlçisë dhe krizën renale sklerodermike. Varësisht nga gjetjet klinike, të dhënat serologjike dhe prognoza skleroza sistemike grupohet në sklerodermën e lokalizuar (morfenë), sklerozën sistemike të limituar (LcSSc; më parë referuar si sindroma CREST), sklerozën sistemike difuze (DcSSc) dhe sklerozën sistemike pa sklerodermë (sine scleroderma).

Skleroza sistemike ka shkallë të lartë të mortalitetit - më të lartë se çdo sëmundje tjetër reumatike veçanërisht për pacientët me sklerozë sistemike difuze. Megjithatë shumica e pacientëve me SSc janë femra, prognoza më e keqe është vënë re tek meshkujt. Vlerësimet e prevalencës dhe incidencës janë sfiduese për shkak të rasteve të pakta, spektrit të gjerë të manifestimeve klinike, kriterëve të ndryshme diagnostikuese, rajonit gjeografik, madhësisë së popullsisë dhe dizajnit të studimit. Megjithatë, në studimet epidemiologjike është raportuar incidenca nga 0.2 në 7.5 për 100,000 persona në vit, dhe prevalenca nga 3,1 në 144,5 për 100,000 individë. Shumica e gjeneve predispozuese për SSc janë haplotipe të Antigenit Leukocitar Njerëzor (HLA) dhe të gjeneve jo-HLA të ndërlidhura me imunitetin dhe inflamacionin, të përbashkëta edhe me sëmundje të tjera të indit lidhor si artriti reumatoid dhe lupusi eritematoz sistematik. Ndikimi i faktorëve mjedisor në një individ gjenetikisht të ndjeshëm mendohet se nxitë një proces multifokal kronik të karakterizuar nga ndryshimet vaskulare, inflamacioni, autoimuniteti dhe fibroza. Vaskulopatia, e cila është ura lidhëse ndërmjet ndryshimeve imune dhe fibrozës, në nivel klinik shprehet me fenomenin Raynaud, ulcerat digjitale, kriza sklero-

derma renale dhe hipertensioni arterial pulmonar. Për shkak të tipareve të ndryshme klinike si dhe ecurisë heterogjene skleroza sistemike në fakt, është një sëmundje e paparashikueshme, e cila ende paraqet sfidë të konsiderueshme për mjekun reumatolog. Ndërkaq për pacientët, diagnosticimi me sklerozë sistemike shoqërohet me pasiguri të madhe për sa i përket prognozës dhe zhvillimit të manifestimeve që janë potencialisht vdekjeprurëse. Paraqitja e tyre në emergjencë ose në klinikat e paspecializuara mund të vonojë diagnozën përfundimtare dhe të komprometojë trajtimin e duhur.

## Prezantimi klinik dhe klasifikimi Dislokimet

Skleroza sistemike fillimisht prezantohet me shenja dhe simptoma jo specifike si fenomeni Raynaud, edemi dhe parestesia e gishtërinjve, refluksi gastroezofageal, disfagia, lodhja, humbja e peshës, mungesa e apetitit, dhimbja muskuloskeletore, dhimbja dhe shtangimi i nyjave. Në disa pacientë, vërehen manifestime të sëmundjes organ-specifike të tilla si fibroza pulmonare, hipertensioni arterial pulmonar, insuficienca renale ose komplikimet gastrointestinale. Në bazë të shtrirjes së përfshirjes lëkurore, pacientët grupohen në nëngrupin e sklerozës sistemike të limituar (LcSSc) apo të sklerozës sistemike difuze (DcSSc). Pothuajse të gjithë pacientët me LcSSc dhe DcSSc prezantohen me antitropa antinuklear pozitiv (ANA), fenomenin e Raynaud-it dhe ndryshime kapilare në shtratin e thonjve. Pacientët me LcSSc zhvillojnë sklerozë të lëkurës distalisht bërrylave dhe gjunjëve, si dhe kanë përfshirje të fytyrës. Përkundrazi, pacientët me DcSSc përveç distalisht zhvillojnë edhe sklerozë proksimale. Pacientët me LcSSc kanë më shumë gjasa të kenë antitropa anticentromere dhe të zhvillojnë hipertension pulmonar, ndërsa pacientët me DcSSc antitropa anti-topoizomerazë I (anti-Scl70) ose anti-ARN polimerazë III dhe krizë renale sklerodermike.

Kriteret e reja të klasifikimit jo vetëm që konfirmojnë rolin e rëndësishëm të përfshirjes së lëkurës për diagnozën e SSc, sipas kriterëve ACR të vitit 1980, gjithashtu prezantojnë veçori që zakonisht shfaqen në fazën e hershme, duke lejuar arritjen e diagnozës përmes përdorimit të një sistemi pikësh. Pacientët me stade të ndryshme të sëmundjes mund të kenë të njëjtin rezultat që do të thotë se rezultati nuk korrespondon me ashpërsinë e sëmundjes. Shkalla e progresionit në sklerozë definitive sistemike ndryshon në bazë të nëntipit të sklerozës sistemike. Në mënyrë tipike, pacientët me sklerozë sistemike difuze zhvillojnë simptomat e para jo-Raynaud brenda 1-2 viteve nga fillimi i fenomenit Raynaud; Megjithatë, disa pacientë me sklerozë sistemike difuze mund të zhvillojnë simptoma të tjera paralelisht ose vetëm disa javë pas fillimit të fenomenit Raynaud; Në të kundërt, në pacientët me sklerozë sistemike të limituar simptomat e

para jo-Raynaud shfaqen midis 5 dhe 10 vitesh pas fillimit të fenomenit Raynaud

rituximab, tocilizumab, ciklofosamid ose transplantimi i qelizave staminalle hema-

tit të nintedanib në grupin eksperimental. Ndër të gjitha strategjitë imunomoduluese

**Tab.1. 2013-Sistemi i klasifikimit të Sklerozës sistemike sipas ACR dhe EULAR**

<b>Përfshirja proksimale e lëkurës</b>
• Trashje e lëkurës së gishtërinjve të të dy duarve, e shtrirë në afërsi të nyjave metakarpofalangeale (kriter i mjaftueshëm; rezultati 9).
<b>Trashje e lëkurës së gishtave (llogaritet vetëm rezultatin më i lartë)</b>
• Gishtërinjtë e fryrë (2 pikë) • Sklerodaktilia e gishtërinjve (distaisht nyjave metakarpofalangeale por proksimalisht nyjave proksimale interfalangeale; 4 pikë)
<b>Lezionet në majë të gishtërinjve (llogaritet vetëm rezultati më i lartë)</b>
• Ulcera digjitale (2 pikë) • Shenjat 'pitting' në majë të gishtave (3 pikë)
<b>Teleangioektazia (2 pikë)</b>
<b>Kapilarë jonormal në thonj (2 pikë)</b>
<b>Hipertensioni arterial pulmonar ose sëmundja intersticiale e mushkërive</b>
• Hipertensioni arterial pulmonar (2 pikë) • Sëmundja intersticiale e mushkërive (2 pikë)
<b>Fenomeni i Raynaud (3 pikë)</b>
<b>Autoantitrupa të lidhura me sklerozën sistemike (rezultati maksimal - 3 pikë)</b>
• Anti-centromere (3 pikë) • Anti-topoizomeraza I (3 pikë) • Anti-arn polimeraza III (3 pikë)

për klasifikim nevojiten 9 pikë. Këto kritere janë të zbatueshme për çdo pacient që konsiderohet për t'u përfshirë në një studim të sklerozës sistemike. Kriteret nuk janë të zbatueshme për pacientët me trashje të lëkurës që kursen gishtërinjtë ose për pacientët që kanë çrregullim të ngjashëm me sklerodermën e cila shpjegon më mirë manifestimet e tyre (p.sh; fibrozë sklerotike nefrogjene, morfea e gjeneralizuar, fasciiti eozinofilik, skleredema diabetike, skleromiksedema etj.).

#### Qasja terapeutike

Trajtimi i sklerozës sistemike mbetet sfidues pasi aktualisht rezultatet janë të pakënaqshme dhe asnjë trajtim i ri nuk i përmbush plotësisht pritshmëritë. Qëllimi i trajtimit është stabilizimi dhe parandalimi i sëmundjes progresive. Qasja aktuale terapeutike përfshin imunosupresionin e përgjithshëm dhe menaxhimin e komplikimeve, me rekomandim që fillimisht të përcaktohet fenotipi dhe faza e sëmundjes. Agjentët imunosupresiv, si metotreksati (MTX), ciklofosamidi (CYC) dhe mykofenolat mofetil (MMF), janë barna të zgjedhjes së parë dhe indikohen për rastet me përfshirje lëkurore dhe mushkërore të sklerodermës. Në përgjithësi, MMF, konsiderohet si terapi e linjës së parë duke pasur parasysh toksicitetin e favorshëm dhe profilin e ulët të efekteve anësore. Në rast përkeqësimi, mund të merren parasysh trajtime të tjera, të tilla si

topoetike. Bazuar në rezultatet e fazës së tretë të studimit klinik "FocuSSced", në vitin 2021 Tocilizumab u miratua nga FDA për përdorim në pacientët me përfshirje mushkërore nga dcSSc.

Ende nuk ka të dhëna nëse tocilizumab është i efektshëm tek pacientët me përfshirje mushkërore nga ISSc, si dhe nëse mund të kombinohet në mënyrë të sigurt me trajtimet e tjera ekzistuese në pacientët me përfshirje mushkërore nga dcSSc. Me efikasitet të ngjashëm me ciklofosamidin, antitrupi monoklonal anti-CD20, rituximab, duket se përmirëson fibrozën e lëkurës dhe FVC, dhe mund të përdoret si alternativë ndaj ciklofosamidit për të shmangur efektet e tij anësore. Megjithatë, për kontrollin adekuat të fibrozës pulmonare, është theksuar nevoja që RTX të shoqërohet me MMF, veçanërisht në pacientët me fenotip më agresiv të sëmundjes. Nintedanib, frenues i tirozinës kinazës (TKI), targetues i receptorit të faktorit të rritjes së fibroblastit (FGF), receptorit PDGF dhe receptorit të faktorit të rritjes endoteliale vasikulare (VEGF), është miratuar së fundmi për trajtimin e sëmundjes intersticiale pulmonare të nxitur nga SSc. Studimi "SENSCIS", i cili vlerësoi nintedanib në kontekstin e trajtimit me apo pa MMF tregoi se trajtimi i njëkohshëm me MMF siguron përfitim të mundshëm në funksionin e mushkërive, duke ngadalësuar rënien e FVC në grupin placebo, si dhe duke rritur shkallën e efek-

të disponueshme për trajtimin e sklerozës sistemike, transplantimi i qelizave staminalle hematopoietike (HSCT) mund të çojë në përmirësimet më të thella si në sklerozën lëkurore, ashtu edhe në sëmundjen intersticiale të mushkërive. Duke qenë procedurë e kushtueshme dhe e lidhur me efekte të padëshiruara kërcënuese për jetën, HSCT përgjithësisht konsiderohet për pacientët me sklerozë sistemike të hershme difuze të lëkurës si qasje e linjës së dytë kur terapitë e tjera dështojnë apo e linjës së parë në pacientët e përzgjedhur me kujdes kur përfitimi i parashikuar i HSCT tejkalon rreziqet e mundshme.

Vazodilatatorët, si antagonistët e kalciumit, frenuesit e fosfodiesterazës së tipit 5 (PDE5), dhe analogët sintetikë të antagonistëve të receptorit të prostaciklinës dhe endotelinës (ERA), indikohen për trajtimin e fenomenit Raynaud, ulcerat digjitale ishëmike dhe hipertensionit pulmonar (PAH). Bosentan, ambrisentan dhe macitentan janë antagonistë të receptorit të endotelinës (ERA) të miratuar aktualisht për trajtimin e PAH, përfshirë edhe PAH e lidhur me sëmundjet e indit lidhor.

Në studimin klinik "RAPIDS-2" ku ishin të përfshirë 188 pacientë me së paku 1 ulcerë digjitale, Bosentan zvogëloi shfaqjen e DU-ve të reja, por nuk pati efekt në shërimin e DU ekzistuese. Analogët intravenoz të prostaciklinës duket se japin efekte më të

mira në shërimin dhe zvogëlimin e ulcerave të reja digjitale. Frenuesit oral të fosfodies-terazës 5 (PDE-5) si sildenafil dhe tadalafil janë agjentë të miratuar për trajtimin e PAH, pasi kanë treguar efikasitet të jashtëzakonshëm vetëm ose në kombinim me ERA. Për më tepër, provat klinike kanë demonstruar efikasitetin e sildenafilit në shërimin e ulcerave digjitale. Selexipag, agonist oral, selektiv i receptorit të prostaciklinës është miratuar kohët e fundit për trajtimin afatgjatë të PAH. Selexipag konsiderohet të ketë profil të mirë sigurie, me efekte negative minimale, që variojnë nga të lehta në mesatare.

#### Përfundimi

Skleroza sistemike është sëmundje komplekse, ende me shumë të panjohura, mirëpo të kuptuarit e patogenezës së saj ka përmirësuar mundësitë e trajtimit, prognozën dhe mbijetesën e pacientëve. Çdo pacient i cili prezantohet me fenomenin Raynaud që fillon ose përkeqësohet afër kohës së zbulimit të antitropave antinuklear, veçanërisht autoantitropave specifike të sklerozës sistemike, kapilarë jonormalë të thonjve dhe gishtërinj të fryrë konsiderohet të ketë sklerozë sistemike shumë të hershme. Diagnoza e hershme e SSc është aktualisht thelbësore, sepse përbën mjetin kryesor për të ndryshuar rrjedhën natyrale të sëmundjes me përdorimin e agjentëve terapeutikë më agresivë. Në këta pacientë, mungesa e parashikuesve të besueshëm të evolucionit të sëmundjes sugjeron nevojën për ndjekje të vazhdueshme dhe skринing për detektim të përfshirjes së organeve të brendshme. Mundësitë e trajtimit të SSc kanë dëshmuar përmirësime të rëndësishme, veçanërisht në menaxhimin e komplikimeve organore. Strategjitë terapeutike, duke përfshirë qasjet e kombinuara me imunomodulatore premtajnë mbajtjen e sëmundjes në remision për periudhë më të gjatë kohore. Megjithatë, heterogjeniteti i SSc kërkon plane trajtimi të përshtatura dhe kërkime të vazhdueshme për të kuptuar më mirë nxitësit patogjenë të sëmundjes dhe për të zhvilluar terapi modifikuese më efektive. Referimi në qendrat e specializuara të sklerodermës mund të përmirësojë më tej kujdesin e pacientit përmes diagnostikimit të hershëm, vlerësimit të rrezikut dhe trajtimit të individualizuar.

# VLERËSIMI DHE MONITORIMI I PACIENTËVE TË DIAGNOSTIKUAR ME SPONDILITIN ANKILOZANT



## Kreshnik Grezda

Specializant,  
Qendra Klinike Universitare e  
Kosovës

Doktor i Mjekësisë,  
Qendra Kryesore e Mjekësisë  
Familjare, Gjakovë

Korrespondenca:  
kreshnikgrezda@gmail.com

Spondiliti ankilozant është një sëmundje inflamatore, autoimune, progresive që prek në mënyrë primare boshtin kurrizor dhe nyjën sakroiliake, por pa përjashtuar nyjat tjera si ijët, shpatullat, nyjat periferike si dhe organe siç është syri.

Kjo sëmundje vlerësohet që prek rreth 1 % të popullatës së përgjithshme. (Baraliakos et al), dhe duke pasur parasysh ashpërsinë e saj, ajo është bërë një çështje e rëndësishme shëndetësore dhe ekonomiko-sociale.<sup>1</sup>

Sëmundja fillon me lodhje, dhimbje të fundshpinës, ijëve, shtangim pas pushimit dhe përfundon me bashkimin e vertebrave (ankilozja) që ngjan me shkopin e bambusit.<sup>2</sup>

Rezultatet e para të terapisë me anti TNF bashkë me implikimet e shumta shëndetësore dhe ekonomiko-sociale, bënë që të lind nevoja për vlerësimin dhe monitorimin klinik të pacientëve.

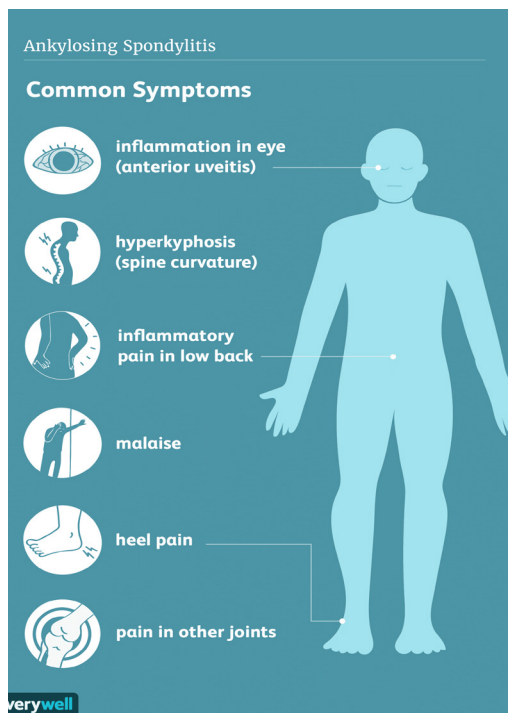


Figura 1. Simptomat e zakonshme të SA.

Burimi <https://www.verywellhealth.com/symptoms-of-ankylosing-spondylitis-4099082>

Në vitin 1995 një grup klinikistësh dhe metodologjistësh që kishin interes të veçantë në vlerësimin e pacientëve me spondilit ankilozant formuan organizatën tashmë të mirënjohur ASAS (The assessment of SpondyloArthritis international Society).<sup>3</sup> Përgjatë gjithë kësaj kohe janë krijuar disa instrumente për vlerësimin dhe monitorimin e pacientëve me Spondilitin ankilozant si:

1. Pikëzimi i aktivitetit të sëmundjes së spondilitit ankilozant

(Ankylosing spondylitis disease activity score -ASDAS)

2. Pikëzimi i kualitetit të jetës të spondilitit ankilozant

(Ankylosing spondylitis quality of life score -ASQoL)

3. Pikëzimi i Bath-it për aktivitetin e sëmundjes së spondilitit ankilozant

(Bath ankylosing spondylitis disease activity score -BASDAI)

4. Indeksi funksional i Bath-it për spondilitin ankilozant

(Bath ankylosing spondylitis functional index -BASFI)

5. Pikëzimi global i Bath-it për spondilitin ankilozant

(Bath ankylosing spondylitis Global score -BAS-G)

6. Indeksi metrologjik i Bath-it për spondilitin ankilozant

(The Bath Ankylosing Spondylitis Metrology Index -BASMI)

7. Indeksi funksional i Dougados

(Dougados functional index -DFI)

8. Pyetësori për vlerësimin e shëndetit tek spondiloarthropatitë

(Health assessment questionnaire for the spondyloarthropathies -HAQ-S)

1. Pikëzimi i aktivitetit të sëmundjes së spondilitit ankilozant (Ankylosing spondylitis disease activity score -ASDAS)

Është një instrument për matjen e aktivitetit të sëmundjes tek pacientët me SA. Ka dy variacione: me CRP ose me SE. Prej tyre më e preferuar është me CRP.

Janë gjithsej 5 parametra që maten: Vlerësimi i dhimbjes së shpinës, kohëzgjatja e shtangimit mëngjesor, dhimbja dhe/ose edemi i nyjave periferike, mirëqenia e përgjithshme, markeret serologjik të inflamacionit (CRP ose SE).

ASDAS është më sensitive në detektimin e ndryshimeve të aktivitetit të sëmundjes në krahasim me BASDAI dhe është miratuar nga ASAS.<sup>4,5</sup>

Kalkulimi i ASDAS mund të bëhet online (<http://www.asas-group.org>).

2. Pikëzimi i kualitetit të jetës të spondilitit ankilozant (Ankylosing spondylitis quality of life score -ASQoL)

Është një instrument për vlerësimin e kualitetit të jetës nga perspektiva e pacientit. Është shumë i pranueshëm nga pacienti pasi që nevojiten vetëm rreth 4 minuta për t'u kompletuar pyetësori.<sup>6</sup>

Pyetësori përfshin pyetje në lidhje me ndikimin

e sëmundjes në gjumë, disponim, motivim, përballimin e sëmundjes, aktivitetet e jetës së përditshme, pavarësinë, raportet, dhe jetën sociale. Është instrumenti më i përdorur për matjen e kualitetit të jetës te pacientët me SA.<sup>3</sup>

**3. Pikëzimi i Bath-it për aktivitetin e sëmundjes së spondilitit ankilozant (Bath ankylosing spondylitis disease activity score - BASDAI)**

Është një instrument që përdoret për matjen e aktivitetit të sëmundjes së raportuar nga vetë pacienti me spondilit ankilozant. Ky është i vetadministrueshëm nga ana e pacientit për matjen e aktivitetit të sëmundjes, për dallim prej ASDAS që përveç vetadministrimit nga ana e pacientit nevojitet edhe ana laboratorike (CRP ose SE).<sup>3,7</sup>

Pyetjet e parashtruara në të janë: Lodhja, dhimbja spinale, artralgjia ose edemi, entesiti (apo inflamacioni i tendinëve dhe ligamenteve), kohëzgjatja e shtangimit mëngjesor, ashpërsia e shtangimit mëngjesor.<sup>3</sup>

Është një instrument mjaft i përdorshëm sidomos për hulumtime klinike për shkak të lehtësisë me të cilën realizohet, përsëritjes si dhe sensitivitetit ndaj ndryshimeve.<sup>3</sup>

Matja e tij mund të bëhet online. (<https://www.basdai.com>).

**4.Indeksi funksional i Bath-it për spondilitin ankilozant ( Bath ankylosing spondylitis functional index - BASFI)**

Është një instrument për të përcaktuar dhe monitoruar funksionin fizik te pacientët me spondilit ankilozant. Ky njëherazi është instrumenti fizikal më i përdorur për vlerësimin e funksionit fizik tek pacientët me spondilit ankilozant.<sup>3,8,9</sup>

Përbëhet prej 10 detyrave me të cilat vlerësohet shkalla e vështirësisë së kryerjes së atyre detyrave nga ana e pacientit me spondilit ankilozant: veshja e çorapeve apo getave pa ndihmë apo mjete ndihmëse, përkulja përpara për të marr një stilolaps nga dyshemeja pa ndihmë, arritja deri në një raft të lart pa ndihmë, të ngrihesh nga një karrige e dhomës së ngrënies pa përdorur duart, të ngrihesh nga dyshemeja, nga shtrirja në shpinë pa asnjë ndihmë, qëndrimi pa mbështetje për 10 minuta pa shqetësim, ngjitje 12-15 shkallë pa përdorur parmakë apo ndihmë për ecje (një këmbë në çdo hap), të shikosh mbi supe pa e kthyer trupin, bërja e aktiviteteve të sforcuara fizike, bërja e aktiviteteve tërë ditën qoftë në shtëpi apo në punë.<sup>10</sup>

Është i vetadministrueshëm nga pacienti dhe shumë i përshtatshëm për përdorim klinik.<sup>3</sup>

Është i vërtetuar nga ASAS dhe matja e tij mund të bëhet online. <http://www.asasgroup.org>.

**5.Pikëzimi global i Bath-it për spondilitin ankilozant ( Bath ankylosing spondylitis Global score - BAS-G)**

Është një instrument që vlerëson globalisht mirëqenien e personit me SA për një periudhë të

caktuar kohore. Me anë të tij bëhet matja e efektit të SA në mirëqenien e pacientëve, në javën e fundit dhe në 6 muajt e fundit.<sup>3,7</sup>

Është i miratuar nga ASAS, i vetadministrueshëm nga pacienti, si dhe i qasshëm online (<http://www.asasgroup.org>).

BAS-G është e thjeshtë për përdorim, e thjeshtë për vlerësim, dhe e përshtatshme për përdorim klinik.

**6.Indeksi metrologjik i Bath-it për spondilitin ankilozant ( The Bath Ankylosing Spondylitis Metrology Index – BASMI)**

Është instrument që përdoret për të matur lëvizshmërinë e skeletit aksial në pacientët me SA dhe lejon vlerësimin objektiv të ndryshimeve sinjifikante klinike të lëvizjes spinale. Ai përbëhet prej 5 matjeve të lëvizshmërisë spinale dhe të ijëve: rotacionit cervical, distancës tragus-mur, fleksionit lumbal, fleksionit anësor lumbal dhe distancës intermalleolare.<sup>3,11</sup>

BASMI është e përshtatshme për përdorim në hulumtimet klinike, është sensitive për detektimin e ndryshimeve në grupet e trajtimit, dhe siguron informata të cilat nuk mund të merren me vlerësime të tjera.<sup>3</sup>

**7.Indeksi funksional i Dougados ( Dougados functional index - DFI)**

Është një instrument që vlerëson aftësinë funksionale të personave me SA. Në të përfshihen aktivitetet e jetës së përditshme, larja, qëndrimi, ngjitja shkallëve, ndryshimi i pozitës, përkulja, kryerja e punëve të shtëpisë, kollitja ose teshtitja, frymëmarrja e thellë.<sup>3</sup>

Është miratuar nga ASAS si alternative e BASFI për matjen e funksionit fizikal të pacientëve me SA.

Është e vetadministrueshme nga ana e pacientit dhe kërkon kohë më shumë se BASFI.

Nuk ka të dhëna të mjaftueshme që e mbështesin përdorimin e tij në praktikën klinike.<sup>3</sup>

**8.Pyetësi për vlerësimin e shëndetit tek spondiloarthropatite ( Health assessment questionnaire for the spondyloarthropathies - HAQ-S)**

Është një instrument që përdoret për vlerësimin e funksionit fizikal të pacientëve me SA.

Në pyetësor përfshihen pyetje në lidhje me veshjen, të ngrënit, ecjen, higjienën, arritjen e gjërave, mbërthimin e gjërave, detyrat dhe punët, si dhe 5 pyetje të tjera specifike të lidhura me funksionin e qafës dhe qëndrimin statik (drejtimi i makinës, përdorimi i pasqyrës së pasme, bartja e gjërave të rënda ushqimore, ulja për kohë të gjatë, puna në tavolinë). Megjithatë nuk ka prova të mjaftueshme për të mbështetur përdorimin e HAD-S në kujdesin individual të pacientit.<sup>12</sup>

BASDAI, BASFI dhe ASQoL janë tashmë në proces të validimit në gjuhën shqipe dhe pritet shumë shpejt të jenë në dispozicion të pacientëve dhe mjekëve shqiptarë.

## Referencat:

1.Bond D. Ankylosing spondylitis: Diagnosis and management. Nurs Stand. 2013 Dec 18;28 (16-18):52-9; quiz 60. doi: 10.7748/ns2013.12.28.16.52.e7807. PMID: 24345154.

2.The National Health Service) <https://www.nhs.uk/conditions/ankylosing-spondylitis>.

3.Zochling J. Measures of symptoms and disease status in ankylosing spondylitis: Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score (ASDAS), Ankylosing Spondylitis Quality of Life Scale (ASQoL), Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (BASDAI), Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index (BASFI), Bath Ankylosing Spondylitis Global Score (BAS-G), Bath Ankylosing Spondylitis Metrology Index (BASMI), Dougados Functional Index (DFI), and Health Assessment Questionnaire for the Spondyloarthropathies (HAQ-S). Arthritis Care Res (Hoboken). 2011 Nov;63 Suppl 11:S47-58. doi: 10.1002/acr.20575. PMID: 22588768.

4.Machado PM, Landewé RB, van der Heijde DM. Endorsement of definitions of disease activity states and improvement scores for the Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score: Results from OMERACT 10. J Rheumatol. 2011 Jul;38(7):1502-6. doi: 10.3899/jrheum.110279. PMID: 21724723.

5.Pedersen SJ, Sørensen IJ, Hermann KG, Madsen OR, Tvede N, Hansen MS, Thamsborg G, Andersen LS, Majgaard O, Loft AG, Eriksen J, Asmussen K, Johansen JS, Jurik AG, Møller J, Hasselquist M, Mikkelsen D, Skjædt T, Hansen A, Østergaard M. Responsiveness of the Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score (ASDAS) and clinical and MRI measures of disease activity in a 1-year follow-up study of patients with axial spondyloarthritis treated with tumour necrosis factor alpha inhibitors. Ann Rheum Dis. 2010 Jun;69(6):1065-71. doi: 10.1136/ard.2009.111187. Epub 2009 Sep 9. PMID: 19740906.

6.Development of the ASQoL: a quality of life instrument specific to ankylosing spondylitis L C Doward, A Spoorenberg, S A Cook, D Whalley, P S Helliwell, L J Kay, S P McKenna, A Tennant, D van der Heijde, M A Chamberlain.

7.Jones SD, Steiner A, Garrett SL, Calin A. The Bath Ankylosing Spondylitis Patient Global Score (BAS-G). Br J Rheumatol. 1996 Jan;35(1):66-71. doi: 10.1093/rheumatology/35.1.66. PMID: 8624626.

8.Stone MA, Pomeroy E, Keat A, Sengupta R, Hickey S, Dieppe P, et al. Assessment of the impact of flares in ankylosing spondylitis

## KORRELACIONI I PREKJES PULMONARE DHE GASTROEZOFAGEALE TE SKLERODERMIA SISTEMIKE



### Afërdita Kurtaj

Asistent,  
Alma Mater Europaea Campus  
College "Rezonanca"

Specializant në Endokrinologji,  
Qendra Klinike Universitare e  
Kosovës

Sklerodermia sistemike është sëmundje autoimune sistemike, karakterizohet nga depozita të tepërta të kolagjenit dhe makromolekulave të indit lidhor në lëkurë dhe organe të brendshme, ndryshime të dukshme dhe shpesh të rënda fibroproliferative mikrovaskulatore, si dhe anomali imunologjike humorale dhe qelizore.

Termi scleroderma vjen nga greqishtja që do të thotë scleros (e fortë) derma (lëkurë).

Sklerodermia përveç lëkurës ndikon në sisteme të shumta të organeve të brendshme më së shumti në mushkëri, sistemin gastrointestinal, zemër dhe veshkat. Patogjeneza e sklerozës sistemike është komplekse sepse ka ndërveprimin midis faktorëve mjedisorë dhe gjenetikë, me një mekanizëm rregullator epigjenetik që përfshin ndryshime në shprehjen e ADN-së dhe mikro-ARN të cilat shkaktojnë dëmtime mikrovaskulare të karakterizuara nga anomali të qelizave strukturore dhe funksionale të qelizave endoteliale.

#### 1.1 Epidemiologjia

SSc është një sëmundje sporadike e fituar në mbarë botën, moshë, gjinia, dhe etnia janë faktorë të rëndësishëm që përcaktojnë ndjeshmërinë e sëmundjes, më e shpeshtë është nga 30-50 vjeç. Në vendin tonë raca e bardhë ka incidencë më të lartë të shfaqjes së sëmundjes sesa raca e zezë, si dhe predispozitat tek femrat janë 3-4 herë më të mëdha sesa tek meshkujt.

#### 1.2 Etiologjia

Etiologjia e saktë e sklerozës sistemike nuk dihet, nuk trashëgohet, edhe pse ka një predispozitë gjenetike që luan një rol të rëndësishëm në zhvillimin e saj. Studimet e fenotipeve të HLA me teknika serologjike kanë evidentuar lidhje të sëmundjes me HLA-A1, B8, DR3 ose DR3/DR52.

Faktorët e mjedisit të njohur si një ndër shkaktarët

e sklerodermisë: ekspozimi ndaj pluhurave të silicit, ndaj tretësit (klorur vinil, trikloretilen, toluene, benzene), rrezatimi, radioterapia, pacientët e trajtuar me pembrolizumab (frenues të kontrollit imunitar për melanoma metastatike), Cytomegalovirus, herpesvirusi i njeriut 5 dhe parvovirusi B19 janë propozuar si faktorë përshpejtues viralë të shfaqjes së sëmundjes.

#### 1.3 Klinika

Sklerodermia sistemike është një sëmundje komplekse dhe heterogjene me 2 forma klinike që variojnë nga përfshirja e kufizuar e lëkurës:

1. **Forma e lokalizuar (e kufizuar)** lcSSc përfshin lëkurën e fytyrës, duart, këmbët.

2. **Forma difuze (e shpërndarë)** dcSSc përfshin ato dhe, përveç kësaj, mund të përparojë në organet e brendshme, duke përfshirë veshkat, zemrën, mushkëritë dhe traktin gastrointestinal.

Një nëngrup i pacientëve me SSc kanë lëkurë të spikatur me calcinosis, fenomen i Raynaud, dismotilitet ezofageal, sclerodactyly, dhe telangiectasi i quajtur sindromi CREST. Përfshirja e organeve të brendshme në lcSSc tenton të tregojë përparim të fshehtë të ecurisë së sëmundjes. Hipotiroidizmi dhe ciroza biliare primare mund të zhvillohet në fazën e vonë të lcSSc.

Fenomeni Raynaud është një vazokonstruksion episodik që ndodh në pothuajse çdo pacient me SSc në gishta dhe në këmbë, majën e hundës dhe të veshëve. Sulmet shkaktohen nga ekspozimi ndaj të ftohtit, rënie e temperaturës, situata emocionale, stresi dhe vibrimi.

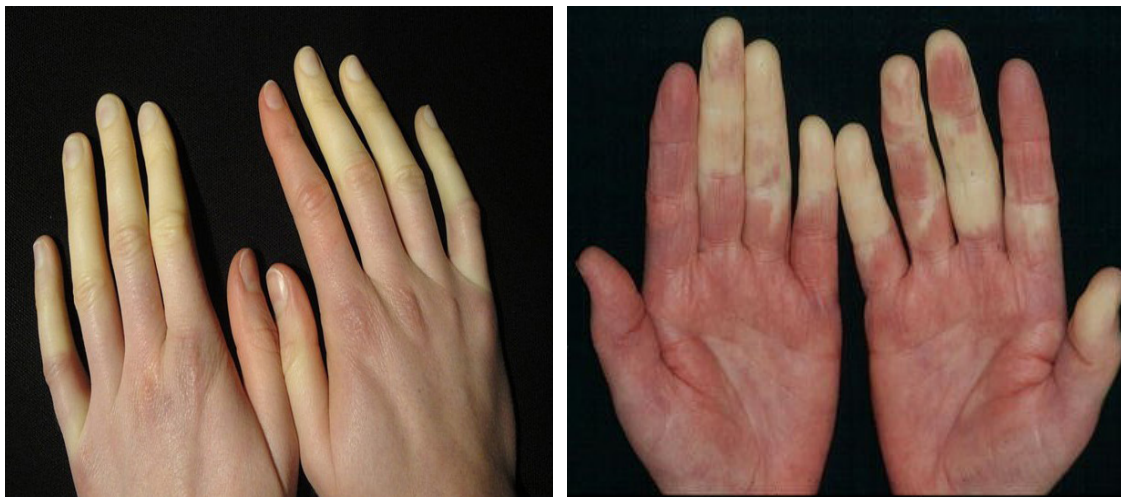
#### II. Prezantimi dhe paraqitja e studimit të rasteve

Qëllimi i studimit ishte vlerësimi i shpeshtësisë së të dhënave klinike specifike për patologjinë dhe studimi i korrelacionit mes prekjes pulmonare dhe

Tabela 1.2 Format e sklerodermisë sistemike dhe karakteristikat.

Karakteristikat	Forma e lokalizuar cutane	Forma difuze cutane
Prekja e lëkurës	Fillim indolent, i kufizuar në gishta (sklerodactyly), bërryla, fytyrë. Lëkurë e trashë, e fortë. Progresion i ngadaltë	Fillim i shpejtë, difuz, gishta, ekstremitete, fytyrë, trung. Progresion i shpejtë
Fenomeni Raynaud	Përfshirja e lëkurës e lidhur me isheminë kritike	Përfshirja e lëkurës përkon me fillimin e sëmundjes
Sistemi muskuloskeletal	Arthralgjia e hershme, lodhje	Arthralgjia e rëndë, sindroma e tunelit të kyçit të dorës, fërkimet e tendinit
Fibrozë pulmonare	E moderuar	E hershme, shpeshtë dhe e rëndë
Hipertension arterial pulmonar	E shpeshtë, kronike, e izoluar	Mbivendosje me fibrozën pulmonare
Kriza renale	Shumë rrallë	Ndodh në 15% të rasteve
Calcionza cutane	Ndodh shpesh	Manifestim i dukshëm i lehtë
Antitruapat karakteristike	Anticentromera	Antitopoizomeraza I (Scl-70) Anti-RNA polymerazë III





Sulmet tipike fillojnë me zbehje, e ndjekur nga cianoza me kohëzgjatje të ndryshueshme pastaj zhvillohet eritema në mënyrë spontane.

Figura 1.2. Fenomeni Raynaud vlerësohet me anë të Capilaroscopisë. (Fotografi e duarve të dy nga pacientëve në studim).



Fytyra merr një pamje karakteristike "pamja mauskopf" me tendosje dhe me shkëlqim të lëkurës, humbjen e rrudhave, dhe herë pas here pa shprehje të fytyrës për shkak të lëvizjes së reduktuar të qepallave, faqeve, dhe gojës. Hollimi i buzëve dhe reduktimi i hapjes së gojës (mikrostomia) ndërhyr tek të ushqyerit dhe higjiena e gojës. Hunda merr pamjen si një gjilpërë e ngjashme.

Figura 1.3. Formimi i plikave radiale dhe hollimi i buzëve në hapjen e gojës. Burimi: Sticherling M. Systemic sclerosis-dermatological aspects. Part 1: Pathogenesis, epidemiology, clinical findings. J Dtsch Dermatol Ges. 2012 Oct;10(10):705-18

Tabela 1.3 Format më të shpeshta të prekjës së organeve të brendshme:

Pulmonare	Sëmundja e intersticiumit të mushkërisë Hipertensioni pulmonar
Gastrointestinale	Refluks gastroezofageal, ezofagiti i rëndë eroziv, zhdukje të motilitetit, konstipacion, keqpërthithje të vitaminës B12, vitaminës D.

gastroezofageale, gjatë periudhës 2012-2017 (studim retrospektiv).

Në studim u përdorën si burim i të dhënave dokumentacioni i marr nga Departamenti i Statistikës së Qendrës Spitalore "Nënë Tereza" Tiranë, për vitet 2012 - 2017 i pacientëve të hospitalizuar në Shërbimin e Reumatologjisë dhe nga kartelat klinike të tyre, të cilat gjendeshin të arkivuara në Shërbimin e Statistikës.

Objektivat:

- Shpërndarja e sëmundjes sipas gjinisë dhe grupmoshave.
- Simptomat më të shpeshta në klinikën e SS.

•Ekzaminimet specifike imazherike dhe laboratorike që na orientojnë drejt shkallës së prekjës pulmonare dhe gastroezofageale.

•Shpërndarja e rasteve sipas prekjës së organeve.

•Korrelacioni mes prekjës pulmonare dhe gastroezofageale.

**Rezultatet**

Gjatë studimit janë analizuar të dhënat e 34 rasteve të pacientëve të trajtuar pranë Shërbimit të Reumatologjisë në vitet 2012-2017, me diagnozën Sklerodermia sistemike me prekje pulmonare dhe gastroezofageale, dhe u arritën këto rezultate:

•Me diagnozën përfundimtare Sklerodermia sistemike me prekje pulmonare dhe gastroezofageale u gjetën 34 pacientë të paraqitur nga viti 2012 deri në vitin 2017.

•Studimi ynë përfshinë 6 vite dhe piku më i lartë i paraqitjes së pacientëve ishte viti 2015 me 24% të totalit.

•Nga 34 raste të marra në studim femrat përkën 94% kundrejt meshkujve 6%.

•Raporti femra : meshkuj rezultoi afërsisht 16:1. Grupmosha më e prekur i përket moshës 51-60 vjeç (68% e rasteve). Moshë mesatare e rasteve të studiuara ishte 54 vjeç.

•Shenjat kryesore klinike më të shpeshta te

pacientët e marr në studim përfshijnë:

Fenomeni Raynaud i cili është i ndarë në 3 faza nga i cili rezultoi:

1 fazë nxirje ose zverdhje ishte prezente në 32 % , 2 faza nxirje dhe zverdhje në 29% dhe dominon ulcera dhe cikatrice me 38% të rasteve të mara në studim.

Prekja e lëkurës së fytyrës u nda në 4 karakteristika prej të cilave dominante ishte induracioni i lëkurës me 82%, pastaj plikat radiale me 56%, telangiektazia në 52% dhe me shpeshtësi më të ulët rezultoi hollimi i buzëve në hapjen e gojës me 35 %.

•Me vështirësi në frymëmarrje ankojnë të gjitha rastet dhe dominon me përqindje më të lartë vështirësia në frymëmarrje në gradën e mesme me 44%, e lehtë 35% dhe vështirësi të theksuar kishin vetëm 21 %.

•Nga të dhënat laboratorike hemogrami ka një rëndësi shumë të madhe pasi na tregon për mal-absorbim nga prekja gastro-efozageale. Në studimin tonë rezultoi se dominon anemia mikrocitare e cila është shfaqur në 31 pacientë respektivisht 91% dhe përqindje më të ulët ka anemia makrocitare e shfaqur në 8 pacient respektivisht 8%.

•Nga të dhënat e bilancit elektrolitik dominon hipocalcemia në 85% të rasteve.

•Azotemi/kreatinemi rezultoi të jetë i lartë në 53% të pacientëve.

•Serologjia/antitruapat kanë rëndësi për të verifikuar për sëmundjen autoimune. Ne analizuam testin ANA: a) dominon forma pozitive (++) 44%, b) pozitive e lehtë (+) 26%, c) pozitive shumë e shprehur (+++++) 21 % , dhe d) pozitive e shprehur (++++) 9%.

Karakteret e antitruapave rezultoi: SCL70 në 68% nga 34 raste të studiuara, centromere 24 % , dhe homojene 21 %.

•Proteina C reaktive CRP rezultoi e rritur në 80% të rasteve e cila është dominante ndaj Eritrosedimentit me 32%. Vlerë më të madhe të paraqitjes në vlera normale ka SE në 68% të rasteve, e cila korrelohet me koeficient R= -1 çka do të thotë se janë të korreulara negativisht ndërmjet tyre.

•Ekzaminimet specifike që tregojnë për prekje gastroefozageale janë:

RTG skopi me kontrast barium e cila na tregon për kalueshmërinë e ezofagut, peristaltikën dhe rregullshmërinë e sfinkterit të poshtëm ezofageal. Rastet u paraqitën me 3 kategori të ndryshimeve prej të cilave dominante ishte ezofagu i zgjeruar me humbje të peristaltikës dhe mbetje kontrasti në 56%, e ndjekur nga ezofagu me peristaltikë të ruajtur por me refluks në 29%, dhe ezofagu me peristaltikë të ruajtur pa refluks në 15 % të rasteve. Fibrogastroskopia rezultoi dominante pa ndryshime endoskopike në 74% të rasteve, ndërsa 26% paraqesin ndryshime endoskopike.

•Prekja pulmonare dokumentohet nëpërmjet ekzaminimeve:

Ro grafi pulmoni është detektues i vonë i prekjes

pulmonare. Në studimin tonë sipas përshkrimit imazherik rezultoi të jetë me prekje pulmonare 47 % e rasteve të studiuara e cila karakterizohet nga theksimi i vizatimit pulmonar bilateral (bazal/difuz), fibrozë pulmonar, sinuset e lira.

CT/HRCT e analizuar rezultoi të jetë me prekje pulmonare në 65% e rasteve të karakterizuara nga opaciteti periferik (ground glass) dhe vizatim reticular endotelial dhe fibrozë pulmonare.

Prova funksionale respiratore (spirometria) dominon disfunktion respirator me predominim të a) restriksionit në 53% b) mix në 26% dhe ventilim normal në 21 %.

•Shpërndarja e rasteve të analizuar rezultoi me dominim të prekjes pulmonare në 32% të rasteve, e ndjekur nga prekja ezofageale në 26%, fibrozë pulmonare në 18%, prekje ezofagopulmonare në 15% dhe ulcera gastrike në 9%.

•Korrelacioni i prekjes pulmonare dhe gastro-efozageale ka koeficient R=1, çka do të thotë se prekja pulmonare dhe gastroefozageale janë të korreulara pozitivisht ndërmjet vete.

## Referencat:

1. Zsuzsanna H. McMahan, Subhash Kulkarni, Joan Chen, Jiande Z. Chen, Ramnik J. Xavier, P. Jay Pasricha & Dinesh Khanna. Systemic sclerosis gastrointestinal dysmotility: risk factors, pathophysiology, diagnosis and management; *Nature Reviews Rheumatology* volume 19, pages166-181 (2023).

2. Maurizio Cutolo & Vanessa Smith ; *Detection of microvascular changes in systemic sclerosis and other rheumatic diseases; Nature Reviews Rheumatology* volume 17, pages665-677 (2021).

3. Anthony S. Fauci, Carol A. Langford; *Harrison's Rheumatology*, 3E; McGraw Hill Professional, 2013 M03 22 - 368 pages.

4. Richard A. Watts, Philip G. Conaghan, Christopher Denton, Helen Foster, John Isaacs, and Ulf Muller -Landner. *Oxford text book of Rheumatology* fourth edition; OUP Oxford, 2013 M10 31 - 1552 pages.

5. Ade Adebajo; *ABC of Rheumatology*, 4th Edition; ISBN: 978-1-444-31683-4 September 2009 BMJ Books 192 pages.

6. Johnson SR. *Advanced Epidemiologic Methods for the Study of Rheumatic and Musculoskeletal Diseases*. *Rheum Dis Clin North Am*. 2018 May;44(2):xv-xvi.

## ROLI I TERAPISË FIZIKALE TEK SPONDILITI ANKILOZANT



### Fitim Sadiku

Research Associate,  
Evidence Synthesis Group

Fiziterapeut,  
Handikos

Sipas Kolegjit Amerikan të Reumatologjisë, Spondiliti ankirozant (SA) është forma më e zakonshme e grupit të sëmundjeve të spondiloartrite seronegative<sup>1</sup>, e cila zakonisht fillon me inflamacion të nyjave sakroiliake dhe përfundon me "shkrirjen" e shtyllës kurrizore të quajtur "shpina e bambusit". Dhimbjet dhe ngurtësia e shpinës janë të zakonshme dhe progresive, ndërsa inflamacioni mund të jetë prezent edhe në nyjat e ijëve, shpatullave, apo nyjave të tjera periferike.<sup>2,3</sup>

Një raport i Shoqatës Nacionale të Spondilitit Aksial në Mbretërinë e Bashkuar raporton se 1 në 200 persona kanë spondiloartrit, i cili zakonisht fillon në vitet e 20-ta të jetës dhe prek më shumë meshkujt.<sup>4</sup> Prandaj, një sëmundje jo pak e rrallë dhe natyra klinike e saj, e bëjnë atë një çështje të rëndësishme shëndetësore dhe socio-ekonomike.

Rekomandimet për menaxhimin e sëmundjes nga Assessment of SpondyloArthritis International Society dhe European League Against Rheumatism përfshijnë kombinimin e trajtimit farmakologjik dhe jo-farmakologjik.<sup>5</sup> Mirëpo në anën tjetër, trajtimi afatgjatë farmakologjik mund të paraqet rrezik potencial dhe serioz për efekte anësore të tyre në organizëm, prandaj roli i terapisë fizikale është po ashtu kyç në menaxhimin e sëmundjes.<sup>6</sup>

Qasja e terapisë fizikale dhe qëllimet e saj tek SA

Terapia fizikale përfshin një qasje jo-farmakologjike në menaxhimin e dhimbjes dhe gjendjes osteomuskulore tek SA, gjë që studimet e shumta e kanë konfirmuar rolin e saj në përmirësimin e aktivitetit të sëmundjes, dhimbjes, dhe kapacitetit funksional.<sup>4,8-10</sup> Ekzistojnë modalitete të ndryshme të fizioterapisë të cilat kanë efekt në trajtimin e simptomave tek gjendjet inflamatore reumatike.

Kinezioterapia

Një nga modalitetet kryesore fizioterapeutike në trajtimin e SA është kinezioterapia. Duke pasur parasysh natyrën klinike të sëmundjes, aplikimi i ushtrimeve të rregullta ka rol shumë të rëndësishëm në përmirësimin e qëndrimit, zvogëlimin e ngurtësimeve muskulore, zbutjen e dhimbjes dhe lodhjes dhe rritjen e kapacitetit respirator përmes ushtrimeve të frymëmarrjes, e cila zvogëlohet për shkak të artritit kronik në nyjat e kafazit të krahërorit. Llojet e ushtrimeve në menaxhimin e sëmundjes përfshijnë:

Ushtrimet e amplitudës së lëvizjes janë kritike tek SA, sepse pacientët priren të kufizojnë lëvizjen në nyjën ku ka inflamacion aktiv apo dhimbje. Mungesa e lëvizjes mund të çojë në kufizimin e lëvizshmërisë dhe të rrisë rrezikun e fuzionit të asaj nyje. Përveç kësaj, kur një nyje është e inflamuar, muskujt për-

reth shtrëngohen për të kontrolluar lëvizjen, duke rezultuar në ngurtësi dhe dhimbje edhe më të madhe. Prandaj, rekomandohet që këto ushtrime të bëhen çdo ditë për të gjitha nyjat.

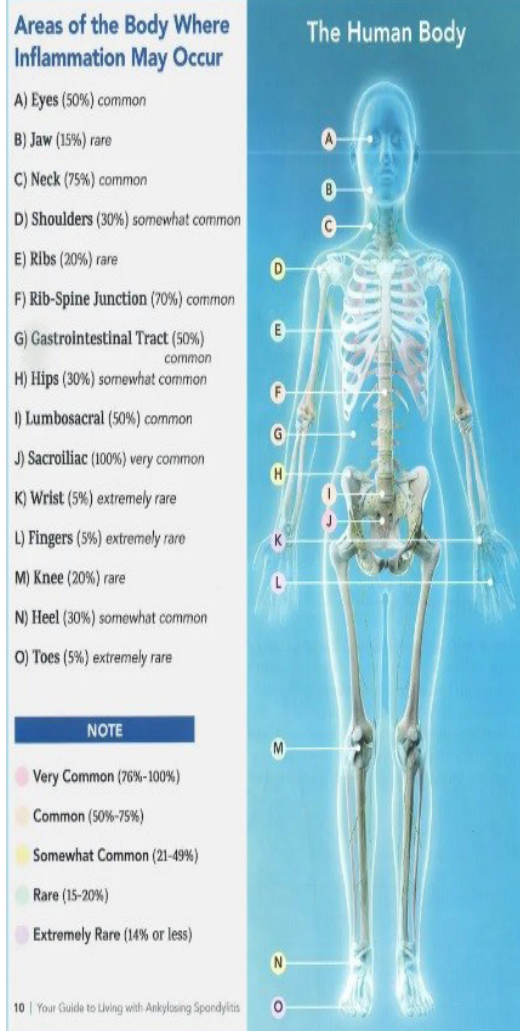


Figura 1. Zonat inflamatore tek Spondiliti Ankirozant

Burim i informacionit: Spondylitis Association of America. Spondyloarthritis.

Ushtrimet e forcimit muskular janë kyçe sidomos për muskujt e shpinës dhe abdominal, pasi që veprojnë si një "korse" për të mbështetur shtyllën kurrizore. Këto ushtrime zvogëlojnë stresin në shtyllën kurrizore dhe për këtë arsye mund të minimizojnë dhimbjen e shpinës nga inflamacioni. Ushtrimet e forcimit muskular duhet të kryhen 2 deri në 4 herë në javë për rezultate më të mira.

Ushtrimet aerobike dhe kardiovaskulare përmirësojnë funksionin e zemrës, mushkërive dhe shëndetin e përgjithshëm. Studimet tregojnë se njerëzit me spondiloartrit që bëjnë ushtrime aerobike kanë funksion më të mirë të frymëmarrjes, qëndrueshmëri dhe humor më të

mirë, dhe aktivitete më të ulët të sëmundjes sesa njerëzit që nuk ushtrojnë. Këto ushtrime rekomandohet të bëhen 3-5 herë në javë për 75-150 minuta në javë.

Duke pasur parasysh se sëmundja ka një shkallë të lartë të rrezikut për osteoporozë, ushtrimet fizikale kanë efekt edhe në përmirësimin e densitetit kockor. Përveç kësaj, ushtrimet e balancës mund të ndihmojnë në zvogëlimin e mundësive për të rënë, gjë që ulë rrezikun e frakturave gjatë rënies. Ushtrimet e balancës duhet të kryhen 3 deri në 5 herë në javë.<sup>7</sup>

#### Termoterapia dhe krimoterapia

Janë modalitete që përdorin të nxehtin apo të ftohtin për qëllime terapeutike. Efektet e tyre mund të jenë në përmirësimin e amplitudës së lëvizjes, zvogëlimin e dhimbjes, përdërisa krioterapia mund të ketë efekt edhe në zvogëlimin e inflamacionit. Sipas një studimi, aplikimi i termoterapisë tek Spondiliti ankilozant nuk ka pasur ndonjë ndryshim tek proteinat e fazës akute (alfa-1-AGP, alfa-1-ACT, alfa-2-haptoglobina dhe alfa-2-koeruloplazmina), por ka rritur nivelin e CRP-së, përdërisa tek aplikimi i krioterapisë ka ulur nivelin e CRP-së. Kjo tregon se aktivizimi i procesit inflamator mund të jetë i mundur nga termoterapia (ndoshta për shkak të përforcimit të prodhimit të IL-6), por jo edhe nga krioterapia.<sup>11</sup>

#### Hidroterapia

Përdërisa ushtrimet në sipërfaqen e tokës kërkojnë të punojnë kundër forcës së gravitetit, në ujë ka një forcë tjetër, e cila nuk ju tërheq poshtë si graviteti, por ju shtyn lart. Kjo forcë quhet forca e shtytjes dhe në fakt na ndihmon të lëvizim në ujë dhe trupi të ndihet më i lehtë. Në ujërat të thella deri në bel trupi ynë peshon rreth gjysmën e asaj që peshon në tokë. Prandaj, hidro-kinezioterapia tek pacientët me SA ofron ushtrime me më pak presion në nyje, ulë tendosjet muskulore dhe dhimbjen. Është me rëndësi që temperatura e ujit në pishinat e hidroterapisë të jetë më e lartë se në pishinat e zakonshme (33-34 °C) pasi që do të ndihmojë në relaksim muskolor dhe ushtrimet mund të realizohen më lehtë. Hidroterapia nuk rekomandohet tek pacientët që kanë tension arterial jostabil, diabet të pakontrolluar, angjinë apo gulçim në pushim.<sup>4</sup>

#### Elektroterapia dhe magnetoterapia

Deri më tani, nuk ka prova të mjaftueshme se përdorimi i elektroterapisë apo TENS-it dhe magnetoterapisë ka ndonjë efekt të kënaqshëm në përmirësimin e dhimbjes, aktivitetin e sëmundjes, kapacitetin funksional apo kualitetin e jetës tek SA.<sup>12,13</sup>

Si përfundim, modaliteti kryesor i terapisë fizikale në trajtimin e pacientëve me Spondilit ankilozant është kinezioterapia e fokusuar në ushtrimet e zgjatjes dhe forcimit muskolor të trungut për parandalimin e qëndrimit kifotik të hershëm, ushtrimet e frymëmarrjes për rritjen e

kapacitetit respirator dhe ushtrimet e balancës për uljen e rrezikut nga frakturat e rënies në fazën kronike të sëmundjes.

#### Referencat:

- 1.American College of Rheumatology, Spondyloarthritis.
- 2.Xiong Y, Cai M, Xu Y, Dong P, Chen H, He W, Zhang J. Joint together: The etiology and pathogenesis of ankylosing spondylitis. *Front Immunol.* 2022 Oct 17;13:996103. doi: 10.3389/fimmu.2022.996103. PMID: 36325352; PMCID: PMC9619093.
- 3.Chen CW, Wei JC, Gu J, Yu D. Editorial: Advances in Pathogenesis, Etiology, and Therapies for Ankylosing Spondylitis. *Front Immunol.* 2021 Dec 23;12:822582. doi: 10.3389/fimmu.2021.822582. PMID: 35003143; PMCID: PMC8732985.
- 4.National Axial Spondyloarthritis Society. Spondyloarthritis.
- 5.Braun, J.; van den Berg, R.; Baraliakos, X.; Boehm, H.; Burgos-Vargas, R.; Collantes-Estevez, E.; Dagfinrud, H.; Dijkmans, B.; Dougados, M.; Emery, P.; et al. 2010 update of the ASAS/EULAR recommendations for the management of ankylosing spondylitis. *Ann. Rheum. Dis.* 2011, 70, 896-904.
- 6.Martin A, Chopra R, Nicassio PM. Nonpharmacologic Pain Management in Inflammatory Arthritis. *Rheum Dis Clin North Am.* 2021 May;47(2):277-295. doi: 10.1016/j.rdc.2020.12.009. Epub 2021 Feb 26. PMID: 33781495.
- 7.Spondylitis Association of America. Spondyloarthritis.
- 8.Ritchlin C, Adamopoulos IE. Axial spondyloarthritis: New advances in diagnosis and management. *BMJ.* 2021 Jan 4;372:m4447. doi: 10.1136/bmj.m4447. PMID: 33397652.
- 9.Sharan D, Rajkumar JS. Physiotherapy for Ankylosing Spondylitis: Systematic Review and a Proposed Rehabilitation Protocol. *Curr Rheumatol Rev.* 2017;13(2):121-125. doi: 10.2174/1573397112666161025112750. PMID: 27784233.
- 10.Gravaldi LP, Bonetti F, Lezzerni S, De Maio F. Effectiveness of Physiotherapy in Patients with Ankylosing Spondylitis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Healthcare (Basel).* 2022 Jan 10;10(1):132. doi: 10.3390/healthcare10010132. PMID: 35052296; PMCID: PMC8775656.
- 11.Samborski, W et al. "Kann die Thermoerapie bei der Spondylitis ankylosans zur Aktivierung der Erkrankung führen?" [Can thermal therapy of ankylosing spondylitis induce an activation of the disease?]. *Zeitschrift für Rheumatologie* vol. 51,3 (1992): 127-31.

## OSTEOPOROZA



## Ismet Bajraktari

*Profesor i asocuar  
Alma Mater Europea-  
Campus College  
Rezonanca*

*Specialist i Mjekësisë  
Interne- Reumatologjisë,  
Ordinanca Internistike  
Reumatologjike  
Prorheuma, Prishtinë*

Korrespondenca:  
dr.ismeti@hotmail.com

Në klasifikimin ndërkombëtar të sëmundjeve (KNS-X), osteoporozja me thyerje patologjike të kockave është me shifër M 80, kurse ajo pa thyerje patologjike të kockave është me shifër M 81.

## Definicioni

Për shkak të diferencave në qëndrime ka pas shumë dallime si të definohet osteoporozja. Sipas marrëveshjes së Consensus Development Conference në vitin 1993 definicioni për këtë sëmundje është:

Osteoporozja është sëmundje metabolike dhe multifaktoriale, sistemike, progresive e kockave që karakterizohet me humbje të masës kockore, dëmtimin e mikroarkitekturës së indit kockor, rritje të fragjilitetit kockor dhe me pasojë rritje të rrezikut për frakturë.

Fjala osteoporozë rrjedh nga gjuha greke osteo-kockë dhe porozis-vrimë.

## Histori

Kirurgu anglez i shek. XVIII John Hunter vërejti se nga një sëmundje e panjohur kockat bëhen aq të buta sa mund të prehen me thikë. Në vitin 1830 patologu francez Jean Georges Chretien vërejti se kockat te disa pacientë ishin mbushur me vrima të mëdha.

Sir Astley Copper në shek.19 vërejti se kockat në pleqëri zbardhen dhe zbuten.

Johan Lobstein vërejti një vit më vonë të njëjtat ndryshime dhe përdori termin osteoporozë.

Në vitin 1940 Fuller Albright në Massachusetts vërejti se gratë pas menopauzës kanë predisponim për këtë sëmundje, dhe më 1943 filloi trajtimin me estrogenet.

Më 1960 fillohet me diagnozën radiologjike të osteoporozës, 2 vite më vonë fillohet me matjet më të sakta me DEXA.

Gjithashtu në vitin 1960 Herbert Fleisch zbuloi bifosfonatet, kurse në vitin 1986 osteoporozja filloi të trajtohet me Raloxifen. Më 1990 zbulohen citokinetet proinflamatorë në osteoporozë.

Në vitin 2009 fillohet me trajtimin e sëmundjes me antitropa monoklonale.

## Epidemiologjia

Të dhënat epidemiologjike për osteoporozën janë alarmante.

Osteoporozja është sëmundja më e shpeshtë e kockave në botë, ngase 10% e popullatës në botë kanë osteoporozë.

Në popullatën mbi 60 vjeç çdo e dyta grua, dhe çdo i pesti burrë ka osteoporozë.

Në Evropë në vitin 2001 ka pas 3.8 milion fraktura, nga të cilat mbi 230000 ishin të qafës së femurit. Kosto ekonomike e kësaj sëmundjeje është tepër

e lartë ngase në secilin vit nga viti 2001-2020 Evropa ka pas 3.8-4.1 milion fraktura, me një kosto vjetore mesatare prej 40 miliard euro. Kjo vlerë për SHBA është dyfish më e lartë.

Sot në çdo 55 sekonda në botë ndodh një frakturë patologjike nga Osteoporozja.

## Etiologjia dhe patogjeneza

nda Kocka është ind dinamik me procesin e përvetshëm të ndërtimit (osteoblastet) dhe të zbërthimit (osteoklastet).

Te fëmijët dhe të rinjtë dominon aktiviteti osteoblastik, dhe për këtë shkak kockat bëhen më të forta dhe kështu fitohet maksimumi i dendësisë së masës kockore, i cili është i kontrolluar gjenetikisht në 60-80% të masës kockore.

Në formimin e pikut kockor - (te femrat rreth moshës 25 vjeç, te meshkujt - 30 vjeç) kanë rol edhe: aktiviteti fizik, ushqimi, marrja e shtuar e Ca dhe vit D, ekspozimi në diell, koha e paraqitjes së pubertetit etj.

Rol negativ në formim të zvogëluar të pikut kockor luan: duhani, alkooli, kafeja, drogat, sëmundjet dhe barnat e ndryshme. Pas përfundimit të rritjes lineare, kemi periudhën prej 15-20 vite në të cilën nuk kemi humbje as shtim të masës kockore dhe të densitetit mineralo - kockor (DMK).

Rënia e përqendrimit të estrogenit dhe testosteronit në gjak prish balancën e aktivitetit të osteoblasteve, rrit numrin dhe aktivitetin e osteoklasteve, me rritjen e prodhimit të citokineve proinflamatorë, sidomos: IL-1, IL-6, TNF- $\alpha$  por edhe të citokineve tjera.

## Ndarja e osteoporozës

Osteoporozja ndahet në:

1. Osteoporozë primare, është forma më e shpeshtë ngase 95 % e pacientëve që diagnostikohen me këtë patologji janë pacientë me Osteoporozë primare.

2. Osteoporozë sekondare, e cila paraqitet si pasojë e ndonjë sëmundjeje tjetër e cila me mekanizmin e vet etiopatogjenik shkakton osteoporozë.

1. Osteoporozja primare po ashtu ndahet në tre entitete:

- Idiopatike,
- Postmenopauzale, dhe
- Senile.

## a) Osteoporozja primare idiopatike

Është osteoporozja primare më e rrallë ngase afërsisht 0.1% e pacientëve janë me këtë formë të osteoporozës.

Duket se çrregullimet gjenetike kanë rol në

paraqitjen e saj, ngase paraqitet te fëmijët dhe në rini, edhe pse këta pacientë kanë gonadat seksuale normale.

Nuk ka publikime shkencore që vërtetojnë shkaku direkt të prejardhjes së kësaj osteoporozë.

#### b) Osteoporozë postmenopauzale

Paraqitet 10-15 vjet pas menopauzës. Kjo formë e osteoporozës është në lidhje direkte me zvogëlimin e estrogjeneve dhe testosteronit në gjak.

Është shumë më e shprehur te gratë, megjithëse edhe numri i burrave të prekur është në rritje.

Ka një rrjedhje të ngadalshme dhe të qetë, dhe nga kjo e dhënë edhe sëmundja definohet si epidemi e qetë.

Përcillet me fraktura të shpeshta në vende si: vertebrat, qafa e femurit, pjesa distale e parakrahut etj.

Disa nga këto fraktura shkaktojnë invaliditet dhe mortalitet të lartë-fraktura e qafës së femurit.

#### c) Osteoporozë senile

Paraqitet pas decenies së VI-të të jetës së pacientëve. Paraqitet dy herë më shpesh te femrat se te meshkujt. Shpesh është shumë rezistente në terapi. Ka një kosto të lartë sociale dhe medicinale për shkak të komplikimeve që e përcjellin.

2. Osteoporozë sekondare shkaktohet nga ndonjë sëmundje tjetër në organizmin human. Burimi primar i kësaj osteoporozë është në një sëmundje, në ndonjë sistem të organeve, ose në ndonjë shprehje apo preparat farmaceutik që ka marrë pacienti për një kohë të gjatë.

Osteoporozë ka faktorë të ndryshëm të rrezikut. Ata ndahen në katër grupe:

1. Të pandryshueshëm: ku bëjnë pjesë: gjinia, moshë, historiku familjar, raca dhe menopauza e hershme < 45 vjet.

2. Të ndryshueshëm: peshë trupore, ushqimi i varfër me Ca, vit D, P, Mg, mungesa e aktivitetit fizik, duhani, alkooli, kafeja dhe barnat.

3. Madhor: moshë mbi 65 vjeç, frakturat vertebrale, frakturat pas rrëzimeve të vogla, anamneza familjare, fraktura e qafës së femurit te nëna, menopauza e hershme, përdorimi i glikokortikoideve mbi 3 muaj resht, malapsorbicioni dhe hipogonadizmi, hiperparatireoidizmi dhe

4. Minor: dendësia e zvogëluar kockore në RTG, humbja e lartësisë trupore >2 cm në 1 vit, hipertireozë, marrja e zvogëluar e Ca dhe vit D, humbja për 10 % e peshës trupore deri në moshën 25 vjeçare dhe aktiviteti i vogël fizik < 30 min/24 orë.

#### Tabloja klinike

Në fillim sëmundja nuk ka fare manifestime klinike, edhe pse ajo vazhdon të zhvillohet në pacientët tanë. Por edhe në këtë fazë shpesh ka shenja që janë nga osteoporozë por që nuk janë specifike. Këtu numërohen: dhimbjet periodike të kockave, pambudësia e uljes dhe përkuljes, dhimbjet e vertebrave të belit gjatë ngritjes së trupit nga pozita e shtrirë, në atë ulur etj.

Këto shenja apo mungesa e tyre mund të persistojnë me vjet.

Shenjat e para klinike të osteoporozës janë dhimbjet difuze të kockave, kurse dhimbjet e papritura në kockat e vertebrave tregojnë shpesh për fraktura vertebrale që tani veçse kanë ndodhur.

Këto dhimbje reagojnë më pak në analgjetik dhe ARJS dhe kjo në fakt është një veçori klinike e sëmundjes.

Frakturat vertebrale shpesh për fat të keq janë shenja e parë klinike e osteoporozës.

Shumë pacientë bashkë me osteoporozën kanë edhe lodhjen dhe mundimin.

Në fazat e vona paraqitet gibusi torakal dhe humbja e lartësisë trupore për 15-20 cm, gjendje të cilën më shpesh e vërejnë familjarët e më pak e vëren pacienti.

Në fazat e avancuara të sëmundjes kemi edhe fraktura të kockave të ndryshme duke përfshirë edhe kockën e femurit, e cila në moshën senile paraqet rrezik për jetë.

#### Diagnoza dhe diagnoza diferenciale

Janë një numër i madh i sëmundjeve që duhet të merren në konsideratë në diagnozë diferenciale. Këtu numërohen: prolapsi i diskut intervertebral, lëndimet akute dhe kronike të shtyllës së kurrizit, maligniteti, mijeloma multiple, osteomalacia, Mb. Paget, hiperparatireoidizmi (primar dhe sekondar), osteogenesis imperfecta tarda (tip I) dhe osteochondrodysplasia kongjenital.

Metodë e artë diagnostike është DEXA-Densitometria (DXA-dual absorciometry X ray), ku matet T scori i kockave kompakte (qafa e femurit) dhe kockave spongiotike (vertebrat).

DXA paraqet standard të artë ku doza e rrezatimit është minimale (<7 µSv).

Ky rrezatim zgjat shkurt (5-10 min.), mund të përdoret edhe për fëmijë.

Vlerat nën -2.5 paraqesin osteoporozë (Figura 1).

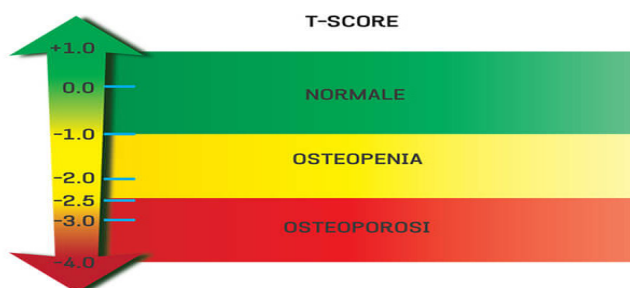


Figura 1. T Scor për Osteoplemi dhe Osteoporozë

Burimi: <https://www.google.com/>

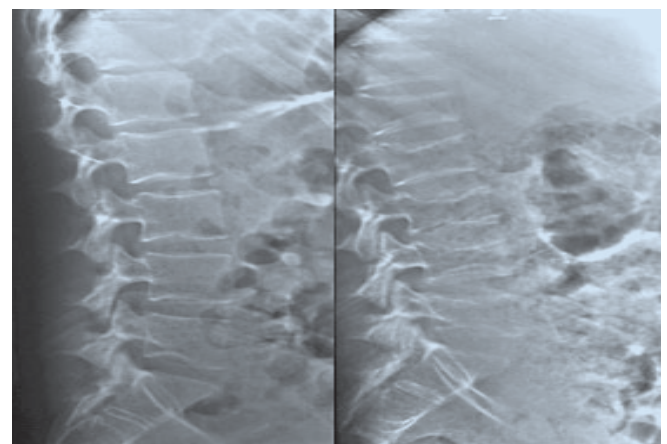


Figura 2. Ndryshimet radiologjike osteoporotike te pacientët me osteoporozë.

Metodë tjetër diagnostikuese është ultrazëri (UZ) i cili përdoret për skrining dhe vlerësim të egër të rrezikut nga osteoporozja dhe rreziku nga frakturat.

Metodë tjetër është edhe radiografia e vertebrave (vertebrogrami), i cili rentgenogram kryhet në dy drejtime (AP i L-L). Ky ekzaminim kryhet kur ka dyshim për frakturë osteoporotike në raste kur kemi zvogëlim të lartësisë trupore dhe dhimbje të vertebrave.

RTG kryhet edhe atëherë kur DEXA është në normë, por kemi dyshime klinike për frakturë. Por duhet të dihet se osteoporozja manifestohet në radiologji kur masa e indit kockor të humbur është më e madhe ose e barabartë me 30 % nga masa normale (foto 1 dhe 2).

Në hulumtimet tjera laboratoriko-klinike numërojmë ato themelore: SE, hemogrami, transaminazat, kretinina, Ca total dhe i lirë, P, fosfataza alkalike, elektroforeza e proteinave dhe urina.

Te osteoporozja sekondare: hormoni folikulostimulues, hormoni tireostimulues, parot-hormoni, 25 OHD3, kortizoli në urinën 24/h, imunoelektroforeza, fosfataza alkalike dhe acidike kockore, Mg, biopsia e palcës kockore, biopsia e kockës me histiomorfometri dhe scintigrafia e kockave.

**Terapia.** Trajtimi mjekësor i pacientëve me osteoporozë është tërësisht individual, ngase duhet përshtatur me moshën, sëmundjen dhe shkaktarët e saj, sëmundjet përcjellëse, peshën trupore dhe gjendjen e përgjithshme psiko-fizike të pacientit që trajtohet. Kurse qëllimi i trajtimit është: 1. Prevenca e frakturave,

2. Stabilizimi dhe rritja e densitetit mineralo-kockor dhe masës kockore,

3. Largimi i simptomave të frakturave dhe deformiteteve të kockave,

4. Rritja e kapaciteteve funksionale dhe aftësive fizike,

5. Mbatja e kualitetit të jetës në normë për moshë.

Masat e përgjithshme janë hapi i parë i trajtimit. Pacienti duhet të ndërpresë shprehitë e këqija të duhanit, alkoolit, drogave, kafes dhe çajit të fortë më shumë se tre copë në 24 orë etj.

Rregullisht të merr dozat ditore fiziologjike të kalciumit prej 1000 mg si dhe të vit D nga 800-1200 UI varësisht nga pesha trupore dhe ekspozimi në diell, si dhe marrja e kalcitrioloi të pacientët ku nuk ka veprim vit D. Preferohet edhe marrja e pemëve, perimeve, qumështit dhe produkteve të tij, peshkut dhe frutave të detit, si dhe

preferohet dietë mesdhetare. Në këtë grup të masave hyjnë edhe rregullimi i peshës trupore, korrigjimi i të pamurit, trajtimi i sëmundjeve degjenerative dhe i sarkopenisë. Këto masa kryesisht merren nga mjekët në shërbimet primare shëndetësore, kurse në trajtimin specialistik hyjnë trajtimi me: terapi antiresorptive, hormonale, anabolike dhe terapi biologjike.

Terapia antiresorptive (bifosfonatet) është terapi ideale e cila mund të aplikohet në shtëpi apo në institucione shëndetësore.

Këtu marrin pjesë: Alendronati (Fosamax, Fosamax I, Fosavance) që jepet një herë në javë për ose me shumë lëngje, pastaj Acid Ibandronik (Bonviva, Alvondronik, Ibat) tbl 150 mg 1x në muaj, po ashtu me shumë lëngje, Risendronati (Actonel) që në formë tabletash merret një herë në javë, Pamindronati (Aredia) që aplikohet te gjendjet e veçanta klinike të osteoporozës sekondare të shkaktuara nga metastazat kockore të karcinomave, pastaj te myeloma multiple, karcinomat primare në kocka etj., dhe në këto raste varësisht nga pesha trupore merren 60 ose 90 mg të ampullës të tretura në tretje të klorurit të natriumit prej 500 mg shumë ngadalë për një apo dy ditë rresht, dhe i fundit nga ky grup-Zolendronati (Aclasta, Zometa) që indikohet te ngjarjet e rënda të tumoreve kockore, metastazave në kocka apo edhe rasteve të rënda të osteoporozave sekondare të përcjellë me hiperkalciuri në gjak. Jepen 4 mg të ac. Zelendronik të tretur në 100 ml të klorurit të Natriumit për 15 minuta.

Terapia hormonale ka aplikim sekondar (pas bifosfonatave), ngase ka edhe vepime pozitive edhe negative. Këtu numërohen Estrogenet (Raloksifeni, Bazedoxifeni) për femra dhe Testosteroni për meshkuj. Për shkak të komplikimeve që kanë shkaktuar këto trajtime hormonale tani jepen në raste shumë të rralla.

Terapia anabolike është terapia e Osteoporozës postmenopauzale të rëndë me dhe pa frakturë, si dhe Osteoporozës së meshkujve. Këtu marrin pjesë: Stroncium renolati (Osseor, Protelos, Servier) merret 2 g në ditë zakonisht në mbrëmje, dhe Teriparodite (Forteo) që jepet nën lëkurë çdo ditë por jo më gjatë se 2 vite.

Kurse linja e fundit e trajtimit farmakologjik të osteoporozës është terapia me antitropa monokonal, terapi e cila ka bërë revolucion në përmirësimin e tablosë klinike të osteoporozës. Këtu hyjnë Denosumab (Prolia) dhe Romosumab (Evenity).

Në shumicën e rasteve terapinë kundër osteoporozës e aplikon mjeku me përvojë, me përjashtim të terapisë me Kalcium dhe vit D që jepen në mjekësinë primare.

Prognoza e sëmundjes është përmirësuar tejet shumë, sidomos është zvogëluar shumë invaliditeti i shkaktuar nga frakturat osteoporotike vertebrale, dhe ato të qafës së femurit ngase tani përveç trajtimit ortopedik të Artroplastikës së njëjës kocko-femorale po trajtohen me shumë sukses edhe frakturat vertebrale me mbushje të tyre nga ana e Kirurgjisë spinale.

### Prognoza

Prognoza e osteoporozës zakonisht është e mirë, me përjashtim të frakturave të qafës së femurit, të cilat fraktura të moshat e shtyra kanë shkallë të lartë të mortalitetit.

### Referencat:

1. Prof. Asoc. Dr. Ismet H. Bajraktari - Reumatologjia fq. 209-213 Alb Med, 2019.
2. Osteoporosis: Webster's Timeline History, 2005-2007 Paperback - March 10, 2010.
3. www.American Foundation of Osteoporosis.
4. Rissell-Aulet M, Shapiro B, Jaffe CA et al. Peak bone mass in young healthy men is correlated with the magnitude of endogenous growth hormone secretion Clin Endocrinol Metab 1998; 83:3463-3468.
5. Eisman JA. Genetics of osteoporosis. Endocr Rev 1999;20:788-804.
6. Scholes D, LaCroix AZ, Ichikawa LE, Barlow WE, Ott SM. Change in bone mineral density among adolescent women using and discontinuing depot medroxyprogesterone acetate contraception. Arch Pediatr Adolesc Med 2005;159:139-144.
7. Chapuy MC, Arlot ME, Duboeuf F, et al. Vitamin D3 and calcium to prevent hip fractures in elderly women. N Engl J Med 1992;327:1637-1642.
8. Rubin J, Rubin C, Jacobs CR. Molecular pathways mediating mechanical signaling in bone. Gene 2006;367-1-16.
9. Bolog EP. Secondary osteoporosis: underlying disease and the risk for glucocorticoid-induced osteoporosis. Clin Ther 2004;26-1-14.
10. J R Guthrie 1, L Dennerstein, J D Wark. Risk factors for osteoporosis: A review. Medscape Womens Health. Jul-Aug 2000;5(4):E1.
11. Camacho PM, Petak SM, Binkley N, Diab DL, Eldeiry LS, Farooki A, Harris ST, Hurlley DL, Kelly J, Lewiecki EM, Pessah-Pollack R, McClung M, Wimalawansa SJ, Watts NB. AMERICAN ASSOCIATION OF CLINICAL ENDOCRINOLOGISTS/AMERICAN COLLEGE OF ENDOCRINOLOGY CLINICAL PRACTICE GUIDELINES FOR THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF POSTMENOPAUSAL OSTEOPOROSIS- 2020 UPDATE EXECUTIVE SUMMARY. Endocr Pract 2020 May;26(5):564-570.

## KAPILAROSKOPIA NË SËMUNDJET REUMATIKE



### Arta Baftiu- Gashi

Specialiste e Mjekësisë Interne  
- Reumatologjisë,  
Klinika e Reumatologjisë,  
Qendra Klinike Universitare e  
Kosovës

Kapilaroskopia është metodë joinvazive që tregon strukturën morfologjike të kapilarëve në shtratin e thonjve tek pacientët me sëmundje reumatike. Për shkak të shumë përparësive, përdorimi i kësaj metode duhet të gjejë vend në praktikën e përditshme reumatologjike. (8)

Vizualizimi i drejtpërdrejtë i kapilarëve të thonjve filloi në fillim të shekullit 19-të, por shumica e studimeve u kryen në vitin 1990. Në vitin 2013 kapilaroskopia u përfshi në kriteret e Shoqatës Evropiane të Reumatologëve (EULAR) dhe Kolegjit Amerikan të Reumatologëve (ACR), për diagnostikimin e sklerozës sistemike. Zhvillimi më i fundit në këtë fushë është aplikimi i një kriteri të ri VEDOSS (Very Early Diagnosis of SSc), i cili përfshin 1. Sy Raynaud 2. Tendosjen e lëkurës së gishtërinjve deri te sklerodaktilia, 3. Kapilaroskopi jo normale, 4. ACA (antitruapat anti-centromer) pozitiv dhe anti Scl-70 (antitruapat anti-topo-izomerase) pozitiv. (1,2).

Kapilaroskopia normale është një kriter i rëndësishëm në dallimin midis Raynaud primar dhe sekondar.

Përgatitja e pacientit për kapilaroskopi:

Pacienti nuk duhet të ketë histori për trauma dhe infeksione të paktën dy-tri javët e fundit. Thonjtë artificial dhe manikyri janë të kundërlinduar. Temperatura e dhomës ku kryhet ekzaminimi duhet të jetë 22-25 °C dhe pacienti të jetë i pranishëm 15 minuta para ekzaminimit, në mënyrë

që kapilarët e thonjve të përshtaten me temperaturën e dhomës, të mos konsumojë duhan as kafe 15 minuta para ekzaminimit. Gjatë realizimit të kapilaroskopisë duhet larguar unazat për shkak të mundësisë së vazokonstruksionit. Kjo procedurë mund të zgjasë prej 15-30 minuta. (1)

Thonjtë përgatiten duke vendosur një shtresë të hollë 1-2 pika të vajit të kedrit në rrënjën e thonjve, ku vendoset kapilaroskopi. Sonda mund të jetë me zmadhim 50, 100, 200 e deri në 1000. Analizohen të gjitha majat e gishtërinjve, përveç gishtit të madh. Gishti i madh shpesh tregon parregullsi në rrjetin e tyre kapilar, për shkak të traumave të përsëritura gjatë jetës së përditshme. Gishti që më së miri analizohet është gishti i 4 (unazës) dhe gishti i 5, por duhet analizuar të tetë gishtat. Për çdo gisht duhet të bëhen nga tri fotografi dhe në fund të analizohen dhe vlerësohen me pikëzim. Gjatë ekzaminimit analizohen pamja e kapilarëve, trashësia, shtrirja, numri i kapilarëve (1,8).

Kapilaroskopia (gjetjet) normale:

- Ekzaminimi fizik pa gjetje që sugjerojnë një shkak dytësorë për Sy Raynaud (ulcera, gangrena, nekroza, sklerodaktilia, kalcinoza ose trashja e lëkurës)
- Nuk ka histori të sëmundjes autoimune, dhe
- ANA me titër të ulët ose negative.

Tabela 1. Parametrat e rëndësishëm kapilaroskopik - Burimi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27407282>

Parametrat kapilaroskopik	Pamje normale
Transparenca dhe dukshmëria e kapilarëve Edemi perikapilare	Kapilarët duken qartë Nuk ka
Pleksus i subpapilare venoz	Është i dukshëm deri në 30% te njerëzit e shëndetshëm
Grup kapilarësh dhe forma e tyre	Kapilarë të drejtë dhe pingul me rrënjën e thonjve
Morfologjia e kapilarëve Diametri i kapilarit	Kanë formën e shkronjës U Diametri më i vogël se 20 um
Kapilarë të përdredhur Kapilarë të dillatuar (20-50 um) dhe gjigant mbi 50 um Kapilarët e degëzuar	Zakonisht mungojnë Mungojnë Mungojnë
Neoangiogjeneza Gjakderdhjet (hemorragjitë)	Mungon Zakonisht mungojnë, por mund të jenë prezentë në raste të traumës lokale
Densiteti i kapilarëve	9-13 mm lineare
Zona avaskulare	Mungon

Korrespondenca:  
arta\_baftiu@hotmail.com



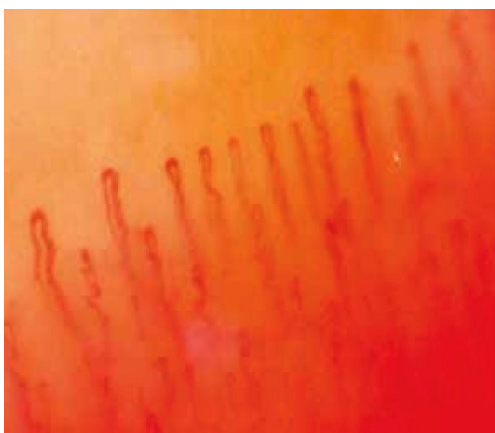


Figura 1. Imazhet e kapilaroskopisë normale, kapilarë në formë të shkronjës U

Burimi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27407282>

Indikacionet për kapilaroskopi:

- Diagnoza diferenciale në mes të Sy Raynaud primare dhe sekondare
- Përcaktimi i stadi të sklerozës sistematike
- Përcaktimi i rrezikshmërisë për ulceracione të reja tek të sëmurët me SS
- Diagnoza diferenciale në mes të dermatomiozitet dhe polimiozitet
- Lupus eritematoz sistematik
- MCTD.

#### SYNDROMA RAYNAUD

Është sindromë klinike që mund të lajmërohet tek të rinjtë si çrregullim funksional, pra bëhet fjalë për Raynaud primar. Ndërsa Raynaud sekondar shpesh mund të jetë simptomi i parë i sëmundjeve reumatike (SSP, LES, PM-DM, MCTD). Sindroma Raynaud me prezencë të antitropave antinuklearë pozitiv (ANA), gjithmonë duhet të përcillet për shkak të mundësive të mëdha për shfaqjen e ndonjë sëmundjeje inflamatore reumatike.

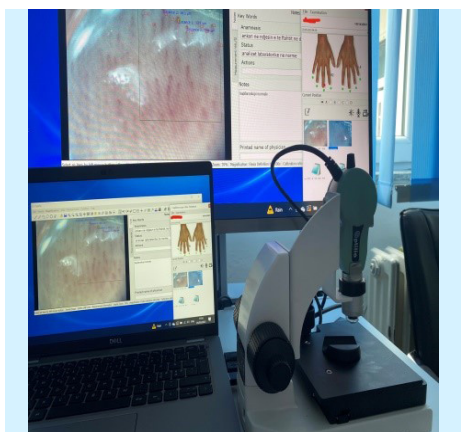


Figura 3. Kapilaroskopi në Klinikën e Reumatologjisë

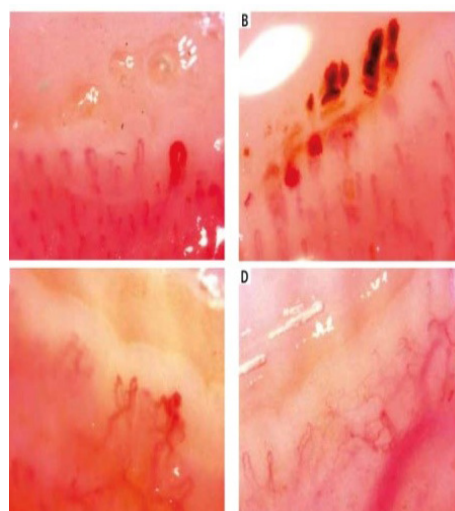


Figura 2. Kapilaroskopia në sklerozën sistematike progresive A - faza e hershme, B - faza aktive, C dhe D faza e vonshme

Burimi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2016>

Me kapilaroskopi mund të bëhet dallimi në mes të Rynaud primar dhe sekondar. Kapilarë të rregullt në rrënjën e thonjve janë karakteristik për Rynaud primar, çdo ndërtrim tjetër nga normalja në kapilaroskopi mund të jetë dyshim për ndonjë sëmundje të indit lidhorë që kërkon observim të mëtejshëm. Në raste kur kemi kapilaroskopi normale tek të sëmurët me simptomatologji për një rën nga sëmundjet inflamatore reumatike, propozohet që kapilaroskopia e thonjve të përsëritet brenda 3-6 muaj. (1, 6)

#### SKLEROZA SISTEMIKE PROGRESIVE (S.S.P)

Sy. Raynaud është simptomi i parë në 90% të rasteve tek të sëmurët me sklerozë sistematike. Kapilarët në rrënjën e thonjve tek të sëmurët me SSP kanë model karakteristik (i ashtuquajtur i scleroderma pattern).

Tri ndërrimet kryesore morfologjike janë: kapilarë të zmadhuar (megakapilarë), hemorragjia dhe zonat avaskulare. Klasifikimi i këtyre ndryshimeve bëhet në tri faza, varësisht nga stadi i sëmundjes:

1. Faza e hershme - arkitektura e kapilarëve e ruajtur, pak kapilarë gjigant dhe mikrohemorragji, nuk ka humbje të dukshme të kapilarëve. (8)
2. Faza aktive - arkitektura e kapilarëve e çorganizuar, kapilarë të shumtë gjigant dhe mikrohemorragji, humbje e moderuar e kapilarëve, si dhe pak kapilarë të degëzuar. (8)
3. Faza e vonshme - çrregullim i rëndë i arkitekturës së kapilarëve, pothuajse mungojnë kapilarë gjigant dhe mikrohemorragjitë, humbje e konsiderueshme e kapilarëve me zona avaskulare dhe kapilarë të shumtë të degëzuar me neoangiogenezë. (8)

Sipas ACR (American College of Rheumatology) ndjeshmëria e kriterëve për diagnostikimin e SSP është rritur nga 67%-99%,

kur kriterëve standarde i janë shtuar edhe ndërrimet patologjike të kapilaroskopisë së rrënjës së thonjve. (8)

#### LUPUS ERITEMATOZ SISTEMIK (LES)

Ndërrimet kapilaroskopike tek LES janë më pak karakteristike për dallim nga SSP. Në LES kapilarët e thonjve janë shpesh normale dhe ndryshimet e lehta ndodhin në 30% të pacientëve. Ndryshimet më të shpeshta përfshijnë kapilarë të zgjeruar dhe të shkurtër, ndërsa qarkullimi i gjakut është i ngadalësuar. Këto anomali shpesh shoqërohen edhe me ndryshime diskoide në lëkuren e gishtërinjve. (1,6)

#### DERMATOMIOZITI

Ndërrimet kapilaroskopike tek dermatomioziti janë përafërsisht të njëjta si te SSP, përfshijnë dy ose më shumë karakteristika në më së paku dy gishtërinj, këto janë: kapilarë të zgjeruar, gjakderdhjet, çrregullime në shpërndarjen e rregullt të kapilarëve dhe shumë kapilarë të degëzuar. (1,6)

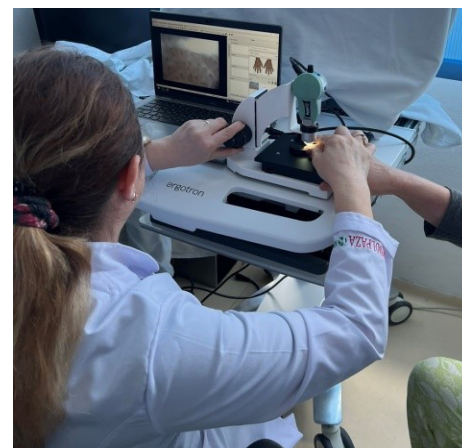


Figura 4. Kapilaroskopia si shërbimi për herë të parë në Klinikën e Reumatologjisë

## MCTD

Sëmundjet e përziera të indit lidhorë (MCTD) janë një kombinim i simptomave të SSP, DM, AR dhe LES. Në MCTD kemi ndërrime kapilaroskopike nga një imazh normal, anomali të lehta e deri tek mikroangiopatitë e rënda. (5)

## VASKULITETE DHE SINDROMA ANTIFOSFOLIPIDIKE

Sindroma antifosfolipidike dhe vaskulitet mund të shfaqin mikrohemorragji të shumta, pa ndryshime morfologjike në kapilarë. Mirëpo një imazh i tillë mund të shihet edhe pas një traume të vogël, kështu që duhet pasur kujdes kur kemi një kapilaroskopi tek pacientët me vaskulit dhe sindrom antifosfolipidike. (6)

## Referencat:

1. *Capillaroscopy - a role in modern rheumatology* Marek M Chojnoëski 1, Anna Felis-Giemza 1, Marzena Olesińska 1  
PMID: 27407282 PMCID: PMC4918046  
DOI: 10.5114/reum.2016.60215.
2. Tavakol ME, Fatemi A, Korbalaie A. *Nailfold Capillaroscopy in Rheumatic Diseases: Which Parameters Should Be Evaluated?* *Biomed Res Int.* 2015;2015:974530. - PMC - PubMed.
3. Raynaud M. *De l'asphyxie locale et de la gangrène symétrique des extrémités.* Paris: Leclerc; 1862.
4. Granger DN, Senchenkova E. *Inflammation and the Microcirculation.* San Rafael: Morgan & Claypool Life Sciences; 2010.
5. Herrick AL, Cutolo M. *Clinical implications from capillaroscopic analysis in patients with Raynaud's phenomenon and systemic sclerosis.* *Arthritis Rheum.* 2010;62:2595-2604. - PubMed.
6. Lin KM, Cheng TT, Chen CJ, et al. *Clinical Applications of Nailfold Capillaroscopy in Different Rheumatic Diseases.* *J Intern Med Taiëan.* 2009;20:238-247.
7. Mahanaz Etehad Tavakol, Alimohammed Fatemi, Abdolamir Korbalaie, Zahra Emrani, and Bjorn-Erik Erlandsson . *Nailfold Capillaroscopy in Rheumatic Diseases: Which parameters should be evaluated?* 2015: 974530.
8. Marko Baresic, Branimir Anic *Capillaroscopy - an insufficiently known and underused method in rheumatology* 2009: 125220.

# KOMORBIDITETI DHE SËMUNDJET REUMATIKE: NEVOJA PËR STRATEGJI TË TRAJTIMIT HOLISTIK



**Drilon Beloshi**

*Doktor i mjekësisë*

## Hyrja

Sëmundjet reumatike përfshijnë një grup të sëmundjeve inflamatore kronike të sistemit muskuloskeletor, të karakterizuara nga dhimbja, ënjtja dhe dëmtimi funksional. Përveç se këto sëmundje japin sfida të konsiderueshme fizike dhe emocionale tek individët, ato shpesh shoqërohen edhe nga komorbiditete, të cilat mund të komplikojnë më tej gjendjen klinike dhe trajtimin.

Prania e sëmundjeve shoqëruese mund të përkeqësojë simptomat dhe përparimin e sëmundjes, menaxhimi bëhet kompleks, shpesh duke kërkuar koordinim midis ofruesve të ndryshëm të kujdesit shëndetësor dhe kontribuojnë ndjeshëm në barrën ekonomike.

**Metodat.** Ky rishikim u bazua në studime nga bazat e të dhënave elektronike si: PubMed, MEDLINE dhe Embase; u përzgjedhën vetëm artikujt më të përshtatshëm duke përdorur fjalë kyçe, specifike si: "sëmundjet reumatike", "komorbiditetet", "menaxhimi holistik", "trajtimi" dhe "rezultatet". U morën në konsideratë vetëm artikujt shkencor origjinal të shkruar në anglisht me fokus parësor në lidhjen midis sëmundjeve reumatike dhe sëmundjeve shoqëruese.

**Rezultatet.** Pacientët e diagnostikuar me artritis reumatoid (RA) janë në rrezik më të madh për të vuajtur nga ndërlikime të sëmundjeve kardiovaskulare si infarkti i miokardit dhe goditjet në tru. Ata me Lupus sistemik eritematoz (SLE) kanë rrezik të rritur për zhvillimin e sëmundjeve renale, çrregullime neuropsikiatrike dhe komplikime kardiovaskulare.

Prania e sëmundjeve shoqëruese infektive, renale kronike, pulmonare kanë si faktor negativ prognostik të morbiditetit në prani të sëmundjes reumatike.

Pacientët që vuajnë nga sëmundjet reumatike janë veçanërisht të prekshëm ndaj kompleksiteteve që lidhen me sëmundjet shoqëruese, siç janë shanset më të larta për dështime të trajtimit ose efektet anësore të mjekimit.

**Përfundimet.** Menaxhimit holistik nuk është pa sfida. Këto variojnë nga vështirësitë në trajtim deri te mungesa e hulumtimeve që informojnë për praktikën më të efektshme brenda kësaj fushe të specializuar. Kërkohen ndërhyrje të përshtatura individualisht, strategji për promovimin e kulturës shëndetësore, mbështetja dhe vetëdijesimi i pacientëve për sëmundjen e tyre, që trajtimi të jetë i efektshëm.

**Fjalët kyçe:** sëmundjet reumatike, komorbiditeti, sëmundjet shoqëruese, menaxhimi holistik.

## Hyrja

Sëmundjet reumatike përfshijnë një grup të së-

mundjeve inflamatore kronike të sistemit muskuloskeletor, të karakterizuara nga dhimbja, ënjtja dhe dëmtimi funksional. Përveç se këto sëmundje japin sfida të konsiderueshme fizike dhe emocionale tek individët, ato shpesh shoqërohen edhe nga komorbiditete, të cilat mund të komplikojnë më tej gjendjen klinike dhe trajtimin (1).

Prevalenca e komorbiditeteve në sëmundjet reumatike është e lartë, me studime që tregojnë se individët me artritis reumatoid kanë një rrezik në rritje të sëmundjeve kardiovaskulare, osteoporozë, infeksioneve dhe çrregullimeve të shëndetit mendor (2).

Ndikimi i komorbiditeteve është multifaktorial.

1. Prania e sëmundjeve shoqëruese mund të përkeqësojë simptomat dhe përparimin e sëmundjes, duke çuar në rritjen e paaftësisë dhe uljen e cilësisë së jetës.

2. Menaxhimi bëhet kompleks, shpesh duke kërkuar koordinim midis ofruesve të ndryshëm të kujdesit shëndetësor dhe modaliteteve të trajtimit.

3. Sëmundjet shoqëruese kontribuojnë ndjeshëm në barrën ekonomike dhe humbjen e produktivitetit.

Për të adresuar në mënyrë efektive sfidat e paraqitura nga sëmundjet shoqëruese në sëmundjet reumatike duhet të përcillet një qasje holistike e menaxhimit. Menaxhimi holistik përfshin një vlerësim gjithëpërfshirës të mirëqenies fizike, psikologjike dhe sociale të pacientit, me fokus në kujdesin e personalizuar dhe vendim-marrjen e përbashkët (3).

## Metodat

Për një rishikim gjithëpërfshirës të literaturës u bazuam në studime përkatëse nga bazat e të dhënave elektronike si: PubMed, MEDLINE dhe Embase; të botuara midis janarit 2008 - janar 2023. Ne siguroam që të përzgjedhën vetëm artikujt më të përshtatshëm duke përdorur fjalë kyçe, specifike si: "sëmundjet reumatike", "komorbiditetet", "menaxhimi holistik", "trajtimi" dhe "rezultatet".

Si kritere të përzgjedhjes, u morën në konsideratë vetëm artikujt shkencor origjinal të shkruar në anglisht me fokus parësor në lidhjen midis sëmundjeve reumatike dhe sëmundjeve shoqëruese, duke ofruar gjithashtu informacion mbi çdo strategji të menaxhimit holistik që ata përdorën.

**Limitimet:** Megjithëse u bënë përpjekje për një analizë gjithëpërfshirëse dhe të kujdesshme të literaturës, duhet të theksohen disa limitime. Duke u kufizuar vetëm në artikujt të shkruar në anglisht, padyshim që mund të ketë informacion

të rëndësishëm brenda botimeve në gjuhët jo-angleze që nuk u analizuan gjatë procesit të rishikimit. Për shkak të kohës së kufizuar rezultoi që t'i epet rëndësi studimeve më shpesh të cituara në kohë.

## Rezultatet

### Lidhshmëria mes sëmundjeve reumatike dhe komorbiditetit

Gjatë këtij rishikimi u vërejt se një sërë sëmundjesh reumatike si: artriti reumatoid, lupusi sistemik eritematoz, spondiliti ankilozant - të gjitha që kanë lidhshmëri me sëmundjet kardiovaskulare, osteoporozën, çrregullimet e shëndetit mendor, obezitetin.

Pacientët e diagnostikuar me artritin reumatoid (RA) sipas një studimi, kishin një rrezik të lartë për të përjetuar infarkt miokardi dhe atë deri në 50% më shpesh krahasuar me ata që nuk e kanë këtë sëmundje (4).

Lupusi sistemik eritematoz (SLE) jep rrezik të rritur për zhvillimin e sëmundjeve renale, çrregullime neuropsikiatrike dhe komplikime kardiovaskulare, me rrezik të rritur për infarkt të miokardit dhe atë 3.8 deri 16% (5).

Hulumtimet kanë treguar më tej se këto sëmundje shoqëruese kanë tendencë të jenë si parashikues për rezultate të pafavorshme të sëmundjes bazë. Një shembull është lidhja midis sëmundjeve shoqëruese kardiovaskulare dhe një rreziku më të theksuar të progredimit të sëmundjes dhe vdekshmërisë tek ata që jetojnë me artritin reumatoid (6).

Për më tepër, diagnoza shoqëruese e çrregullimit të shëndetit mendor është identifikuar në studime të shumta si e lidhur negativisht me kualitetin e jetës dhe praninë e depresionit (7,8).

### Ndikimi i komorbiditetit në dekursin klinik

Prania e sëmundjeve shoqëruese infektive, renale kronike, pulmonare janë faktor negativ prognostik të morbiditetit në prani të sëmundjes reumatike (9).

Pacientët me SLE, dhe ata me spondilit ankilozant, në prani të sëmundjes kardiovaskulare ose sëmundjet pulmonare obstruktive kronike (COPD) kanë aktivitet të përforcuar të sëmundjes bazë dhe ulje të funksionalitetit fizik (10-12).

Studimet e kryera mbi pacientët me artritin psoriatik treguan se ata me sindromë metabolike kishin më pak gjasa të arrinin aktivitet minimal të sëmundjes bazë (13). Ngjashëm u vërejt edhe tek pacientët me artritin reumatoid me obezitet ose diabet që rezultonte në përgjigje më të dobëta ndaj trajtimit dhe zgjatjes së periudhës aktive të

sëmundjes (14,15).

### Ndikimi ekonomik

Rezultatet e hulumtimit të vitit 2013 zbulojnë se individët që vuajnë nga RA së bashku me sëmundje të tjera mund të hasin një rritje deri në 70% në faturat e tyre mjekësore (16). Përveç ndikimit në humbje të produktivitetit dhe nivelet e paaftësisë, këto sëmundje kontribuojnë ndjeshëm në barrën e përgjithshme financiare.

### Strategjitë e trajtimit holistik

#### Kujdesi multidisiplinar

Studime mbi pacientë të diagnostikuar me artritin reumatoid, dhe SLE, treguan për arritje të rezultateve më të mira shëndetësore nëpërmjet ofrimit të vazhdueshëm të kujdesit multidisiplinar. Kjo rezultoi në nivele të reduktuara të aktivitetit të sëmundjes dhe paaftësisë, kapacitet të përmirësuar për aftësitë e vetëmenaxhimit, të shoqëruar me një cilësi të përmirësuar të jetës (17,18).

#### Edukimi dhe vetëmenaxhimi i pacientit

Roli i edukimit të pacientëve dhe programeve të vetëmenaxhimit në inkurajimin e pjesëmarrjes aktive në kujdesin shëndetësor është tejet i rëndësishëm.

Studime paraprake tregojnë se qasja edukative te pacientët me artritin reumatoid është bazë e përmirësimit të nivelit të mprehtësisë së njohurive, respektimit dhe pajtueshmërisë me ilaçet, dhe pajisjen e pjesëmarrësve me aftësi të nevojshme për menaxhimin e suksesshëm të sëmundjes (19-21).

#### Modifikimet e stilit të jetesës

Përfshirja e programeve të personalizuar të ushtrimeve - ushtrimi aerobik, ushtrimet e rezistencës, si dhe zgjatja rutinore e muskujve - përcillet me kapacitet funksional të përforcuar së bashku me rënie të dukshme në simptomatologji (22).

Menaxhimi i peshës është gjithashtu i rëndësishëm sepse mbajtja e kilogramëve të tepërt shkakton stres të panevojshëm në nyje që çon në simptoma më të rënda. Prandaj, studimet shkencore tregojnë se arritja e një BMI të shëndetshme ose humbja e kilogramëve të padëshiruar rezultoi në përfitime si ulja e niveleve të intensitetit të dhimbjes dhe përmirësimi i funksionit të pacientit (23,24).

Hulumtimet theksojnë se eliminimi i përdorimit të duhanit mund të rezultojë në reduktime të konsiderueshme në aktivitetin e sëmundjes, ngadalëson progresin e dëmtimit të kyçeve dhe përmirësim të konsider-

ueshëm të rezultateve të trajtimit (25,26).

Zgjedhjet dietike kanë luajtur gjithmonë një rol të rëndësishëm në menaxhimin e suksesshëm të sëmundjeve reumatike dhe sëmundjeve shoqëruese të tyre. Sugjerohet se ndjekja e modeleve specifike dietike, si ajo mesdhetare, mund të ndihmojë në uljen e niveleve të aktivitetit të sëmundjes (27,28).

#### Ndërhyrjet farmakologjike

Qasja holistike përfshin edhe ndërhyrjen farmakologjike, që synon optimizimin e trajtimit si për gjendjen parësore, ashtu edhe për çdo sëmundje shoqëruese. Ilaçet antireumatike modifikuese të sëmundjes (DMARDs) janë bërë thelbësore në këtë proces pasi ato ndihmojnë në kontrollin e inflamacionit, parandalojnë dëmtimin e kyçeve duke përmirësuar gjendjen e përgjithshme të pacientëve (29).

Ka prova që medikamente specifike të përkrahura për menaxhimin e sëmundjeve shoqëruese mund të sjellin përfitime shtesë gjatë trajtimit të gjendjeve reumatike. Një shembull janë statinat, të përdorura zakonisht për kontrollin e nivelit të LDL-ve dhe parandalimin e komplikimeve kardiovaskulare, ato gjithashtu kanë edhe cilësi anti-inflamatore (30).

Në anën tjetër, barnat anti-inflamatore josteroidike (NSAIDs), të cilat shpesh përkrahin për lehtësimin e dhimbjes dhe menaxhimin e inflamacionit të këto sëmundje, duhet të përdoren me kujdes në pacientët me sëmundje shoqëruese kardiovaskulare ose gastrointestinale për shkak të mundësisë së efekteve anësore (31,32).

#### Diskutimi dhe përfundimet

Arritja e menaxhimit optimal të sëmundjeve reumatike krahas sëmundjeve shoqëruese kërkon përballje me disa sfida të rëndësishme gjatë trajtimit. Megjithatë, duke u fokusuar në strategjitë që i japin përparësi kujdesit të integruar, ne mund të arrijmë rezultate pozitive për pacientët që vuajnë nga këto sëmundje.

**Baza e kufizuar e provave.** Siç u vërejt, ekzistojnë mjaft studime mbi lidhshmërinë sëmundje reumatike - sëmundje shoqëruese, por ekziston mungesë e planeve për menaxhimin e sëmundjeve shoqëruese te individët me sëmundje reumatike.

Për të adresuar këtë çështje, hulumtimet e ardhshme duhet të përqendrohen në studimin e strategjive të menaxhimit, të krijuara posaçërisht për trajtimin e komorbiditeve dhe ndikimin e tyre në rezultatet e sëmundjes, si dhe në matjen e efektivitetit të kësaj qasjeje.

### Qasje e trajtimit të Individualizuar.

Meqenëse sëmundjet reumatike dhe sëmundjet shoqëruese manifestohen ndryshe tek çdo person, planet e menaxhimit të personalizuara që fokusohen në variacionet midis sëmundjeve janë të nevojshme për sukses.

Parandalimi dhe promovimi i shëndetit. Inkurajimi i aktivitetit të rregullt fizik, ushqimi i shëndetshëm, mbajtja optimale e peshës, ndërprerja e duhanit mund të ndihmojnë në shmangien e komplikimeve që lidhen me sëmundjet shoqëruese, duke ndihmuar në zbutjen e ndikimit të këtyre gjendjeve në sëmundjet reumatike.

**Mbështetja e pacientëve.** Nëpërmjet grupeve mbështetëse të udhëhequra nga vetë pacientët, komuniteteve në rrjete sociale dhe vetëdijesimi përmes seminareve informuese, pacientët mund të bashkohen për të shkëmbyer përvojat, ndërkohë që fitojnë lehtësim nga vështirësitë individuale.

Konkludojmë se menaxhimi holistik i nevojshëm për ata që jetojnë me sëmundje reumatike së bashku me sëmundjet shoqëruese nuk është pa sfida. Këto variojnë nga vështirësitë në trajtim të sëmundjes bazë deri te mungesa e hulumtimeve që informojnë për praktikat më të efektshme brenda kësaj fushe të specializuar.

Kërkohen ndërhyrje të përshtatura individualisht, strategji për promovimin e kulturës shëndetësore, mbështetja dhe vetëdijesimi i pacientëve për sëmundjen dhe trajtimin e tyre. Identifikimi i mënyrave për të kaluar këto pengesa, zbatimi i një qasje inovative përmes përparimeve shëndetësore do të jep rezultate pozitive në mirëqenien e përgjithshme të këtyre pacientëve.

### Referencat:

- 1.Hardin JG. Rheumatic Pain. In: Walker HK, Hall WD, Hurst JW, editors. *Clinical Methods: The History, Physical, and Laboratory Examinations* [Internet]. 3rd ed. Boston: Butterworths; 1990 [cited 2023 May 30]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK267/>.
- 2.Radner H. Chapter 2 - Comorbidities in Patients With Rheumatic Disease. In: Atzeni F, Masala IF, Aletaha D, Lee M, Baraliakos X, editors. *Handbook of Systemic Autoimmune Diseases* [Internet]. Elsevier; 2018 [cited 2023 May 30]. p. 15-37. (*Surgery in Rheumatic and Musculoskeletal Disease*; vol. 15). Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780444638878000025>.
- 3.Gordon JS. Holistic Medicine: Advances and Shortcomings. *West J Med.* 1982 Jun;136(6):546-51.
- 4.Crowson CS, Liao KP, Davis JM, Solomon DH, Matteson EL, Knutson KL, et al. Rheumatoid arthritis and cardiovascular disease. *Am Heart J.* 2013 Oct;166(4):622-628.e1.
- 5.Quintana R, Pons-Estel GJ, Serrano R, Pons-Estel BA, Bruce IN. Accelerated atherosclerosis and cardiovascular disease in systemic lupus erythematosus. *Rev Colomb Reumatol.* 2021 Jun 1;28:21-30.
- 6.Peters MJL, Symmons DPM, McCarey D, Dijkmans B a. C, Nicola P, Kvien TK, et al. EULAR evidence-based recommendations for cardiovascular risk management in patients with rheumatoid arthritis and other forms of inflammatory arthritis. *Ann Rheum Dis.* 2010 Feb;69(2):325-31.
- 7.Matcham F, Scott IC, Rayner L, Hotopf M, Kingsley GH, Norton S, et al. The impact of rheumatoid arthritis on quality-of-life assessed using the SF-36: a systematic review and meta-analysis. *Semin Arthritis Rheum.* 2014 Oct;44(2):123-30.
- 8.Matcham F, Rayner L, Steer S, Hotopf M. The prevalence of depression in rheumatoid arthritis: a systematic review and meta-analysis. *Rheumatol Oxf Engl.* 2013 Dec;52(12):2136-48.
- 9.Sokka T, Abelson B, Pincus T. Mortality in rheumatoid arthritis: 2008 update. *Clin Exp Rheumatol.* 2008;26(5 Suppl 51):S35-61.
10. Sharif K, Watad A, Tiosano S, Yavne Y, Blokh Kerpel A, Comaneshter D, et al. The link between COPD and ankylosing spondylitis: A population based study. *Eur J Intern Med.* 2018 Jul;53:62-5.

# SËMUNDJET REUMATIZMALE TEK ADOLESHENTËT



Rina Shabi

Doktor i Mjekësisë

## Hyrje për sëmundjet reumatizmale

Një nga sëmundjet më të hershme që njihet është sëmundja reumatizmale. Për shkak të paraqitjeve klinike heterogjene dhe etiologjive të paqarta, sëmundjet reumatike mund të jenë të vështira për t'u klasifikuar. (1) Dy sëmundjet reumatizmale më të përhapura, osteoartriti (OA) dhe artriti reumatoid (RA), janë përgjegjëse për një pjesë të konsiderueshme të paaftësisë në mbarë botën. Këto sëmundje kanë një ndikim të rëndësishëm negativ ekonomik dhe social. Ato kanë një efekt negativ në cilësinë e jetës së njerëzve, produktivitetin dhe kostot e kujdesit shëndetësor, gjë që prek si individët ashtu edhe shoqërinë. (1)

Sëmundjet më të shpeshta reumatizmale janë: osteoartriti, artriti reumatik, artriti reaktiv, artriti idiopatik juvenil, dhimbja kronike muskuloskeletore idiopatike dhe sëmundjet e indit lidhor.

## Sëmundjet reumatizmale tek adoleshentët

### Artriti idiopatik juvenil

Sipas kriterëve të Lidhjes Ndërkombëtare të Shoqatave për Reumatologji, artriti idiopatik juvenil (JIA) është gjendja më e përhapur reumatologjike pediatrike. JIA klasifikohet si artriti oligoartikular, poliartikular, sistemik, psoriatik, i lidhur me entezitin dhe i pa diferencuar në varësi të numrit të kyçeve të prekura, ekzistencës së shenjave ekstra-artikulare, simptomave sistemike, serologjisë dhe variablave trashëgimore. (2)

Termi "artriti idiopatik juvenil" (JIA) i referohet të gjitha llojeve të artritit infantil të vazhdueshëm që prek jo vetëm nyjat, por edhe strukturat ekstra-artikulare si sytë, lëkurën dhe organet e brendshme dhe mund të jenë edhe vdekjeprurëse. Karakterizohet si prania e artritit të padiagnostikuar që fillon para moshës 16 vjeç dhe zgjat të paktën gjashtë javë. (2)

Numri i kyçeve të prekura, prania e simptomave sistemike dhe zbulimi i faktorit reumatoid (RF) janë kriteret e përdorura nga Lidhja Ndërkombëtare e Shoqatave për Reumatologjinë (ILAR) për të kategorizuar nëntipat e sëmundjeve inflamatore autoimune. Secila nga nën-format e JIA, të cilat ndryshojnë në cenusmërinë gjenetike dhe ashpërsinë e artritit, përfshin artritin oligoartikular (të përhershëm ose të zgjatur), poliartikular (RF-negativ ose RF-pozitiv), sistemik (SJIA), psoriatik dhe artriti të lidhur me entezitin. (2)

Ajo që përcakton specifikën fenotipike dhe organike të një sëmundjeje është një nga problemet më interesante në studimin e çrregullimeve autoimune njerëzore. (3) Uveiti, për shembull, është i lidhur me faktorë të caktuar reziku në artritin idiopatik juvenil, si moshë në fillimin e sëmundjes, gjinia, prania e auto-antitropave ANA

dhe nëntipi i sëmundjes. (3) Fëmijët nën moshën 16 vjeç që kanë artriti kronik për të paktën gjashtë javë pa një etiologji të njohur thuhet se kanë artriti idiopatik juvenil. (4) Klasifikimi i artritit juvenil bazohet në tiparet klinike dhe laboratorike, të cilat kanë ndikim në zgjedhjet dhe parashikimet e trajtimit të prognozës së sëmundjes dhe progresit të pritur. Edhe pse të gjitha nëntipat e artritit idiopatik te të miturit mund të manifestohen në adoleshencë, sistemi i kategorizimit të Ligës Ndërkombëtare Kundër Reumatizmit (ILAR) njihet më shpesh. Disa janë më të rëndësishme për adoleshentët se të tjerët. (5)

Vajzat midis moshës 9 dhe 11 vjeç kanë më shumë gjasa të zhvillojnë artriti poliartikular me pozitivitet të faktorit reumatoid, i cili përbën 2-7% të rasteve të artritit idiopatik juvenil. 8 Ngjashëm me artritin reumatoid të fillimit të të rriturve, ai shpesh manifestohet si përfshirje simetrike e nyjave të vogla dhe të mëdha. (6) Për të parandaluar deformimin dhe handikapun e rëndë, ky lloj artriti juvenil kërkon terapi agresive, e cila mund të përfshijë kalimin në barna biologjike. Ky grup ka më pak gjasa të kalojë pa trajtim, duke kërkuar terapi afatgjatë imunomoduluese që zgjat nga rinia në moshën madhore. (7)

Njëzet deri në njëzet e pesë për qind e të gjitha rasteve të artritit idiopatik juvenil janë poliartikular, negativ me faktorin reumatoid dhe manifestohen shumë gjatë adoleshencës. 10 Më pak kyçe preken shpesh dhe modeli është më asimetrik, krahasuar me njerëzit me poliartitit me faktor reumatoid pozitiv. Deri në moshën 16 vjeç, deri në 25% e këtyre fëmijëve mund të jenë në remision; megjithatë, shumica e pacientëve kanë nevojë për terapi sistemike dhe mund të vazhdojnë të përjetojnë simptoma të sëmundjes deri në moshën madhore. (8)

Ndryshe nga llojet e tjera të artritit idiopatik juvenil, artriti i mitur i lidhur me entezitin (ERA) diagnostikohet më shpesh tek djemtë adoleshentë ndërmjet moshës 10 dhe 13 vjeç dhe është i lidhur me HLA-B27 pozitiv. (9) Mund të ketë një histori të spondilitit ankiloz në familje. Gjendja mund të prekë shtyllën kurrizore dhe nyjat sakroiliake dhe zakonisht prek gjymtyrët e poshtme. Enteziti, i cili është dhimbje në pikat ku ligamentet, tendinët ose kapsula kyçe ngjiten me kockën, është i shpeshtë dhe kërkon ekzaminim të kujdesshëm, veçanërisht nëse më parë ka pasur shqetësime në thembër ose në këmbë. Metoda e përdorur për të menaxhuar ERA është e dallueshme. Ilaçet anti-inflamatore josteroidale (NSAIDs) dhe ortotikët mund të përdoren për të trajtuar entezitin dhe individët me përfshirje aksiale shpesh kanë nevojë për terapi biologjike. Gjendja ERA, e cila mund të përparojë në spondilitin ankilozant, është pjesë e një spektri që prek të rriturit. (10) Nuk ka asnjë provë që terapitë aktuale për ERA të ndikojnë në zhvillimin e ankilozave. (6)

Korrespondenca:  
rina159@hotmail.com

## SËMUNDJET REUMATIZMALE TEK ADOLESHENTËT



Verona Pestisha

Doktor i Mjekësisë,  
Qendra Kryesore e  
Mjekësisë Familjare,  
Podujevë

Korrespondenca:  
veronapestisha97@gmail.com

Forma më e përhapur e uveitit e gjetur tek fëmijët më të vegjël me oligoartrit është asimptomatike dhe zakonisht bilaterale. ERA mund të lidhet me uveitin akut, i cili mund të shfaqet si një sy eritematoz me kruarje të njëanshme. (11)

## Artriti reaktiv

Megjithëse nuk është një lloj artriti idiopatik i mitur, artriti reaktiv mund të zhvillohet në adoleshencë dhe, si ERA, lidhet me HLA-B27 pozitiv. Jo të gjitha rastet përfshijnë treshen tradicionale të uretritit, konjunktivitit dhe artritit. Kur adoleshentët vijnë me artrit dhe simptoma përkatëse, duhet të merren parasysh infeksionet enterike ose gjenitourinare, të tilla si infeksionet seksualisht të transmetueshme (IST; për shembull, klamidia). (12) Edhe pse modeli i artritit ndryshon, zakonisht përshkruhen dhimbje dhe eritema të konsiderueshme dhe zakonisht prek gjymtyrët e poshtme. Artriti reaktiv zakonisht vetëkufizohet dhe kërkon vetëm trajtim NSAID, duke e bërë të vështirë dallimin e tij nga artriti idiopatik i mitur.

## Çrregullimet sistemike të indit lidhor

Cilido prej çrregullimeve sistemike të indit lidhor që shihen tek moshat adulte, mund të paraqiten gjithashtu në moshat e reja. Grupmosha peripubertale dhe adoleshente janë specifkisht më të predispozuar; për shembull 20% e pacientëve me lupus eritematoz sistematik prezantohen para moshës 18 vjeçare. Skleroderma, dermatomioziti juvenil dhe disa forma të vaskulitit, përfshirë granulomatozën me poliangit dhe arteritin takayasu mund të prezantohen gjithashtu në adoleshencë. [13] Lupusi eritematoz sistematik i paraqitur në moshë më të reja është një sëmundje autoimmune që do të zgjas gjatë tërë jetës, e që mund të jetë e vështirë të diagnostikohet për shkak të përfshirjes multisistemike dhe shumëllojshmërisë së manifestimeve klinike. Ndjek një ecuri më agresive të sëmundjes se lupusi eritematoz sistematik i shfaqur në moshë adulte, me prezantim më aktiv të sëmundjes me kalimin e kohës, dhe rrjedhimisht kjo sjell një morbiditet dhe mortalitet më të lartë tek moshat adoleshente me diagnozë të lupusit në krahasim me moshat adulte. [14] Dermatomioziti juvenil është një sëmundje e rrallë, shpesh kronike autoimmune, e cila shfaqet gjatë fëmijërisë dhe adoleshencës. Karakterizohet nga dobësi në muskujt proksimal dhe skuqje patognomonike të lëkurës. Megjithëse etiologjia mbetet e paqartë, është propozuar që dermatomioziti juvenil shkaktohet nga një vaskulopati brenda indit muskolor dhe sisteme të shumëfishta të organeve të individëve gjenetikisht të ndjeshëm, ndoshta në përgjigje të shkaktarëve mjedisorë. Qëllimet e trajtimit përfshijnë kontrollin e miozitetit inflamator themelor dhe parandalimin dhe/ose trajtimin e komplikimeve (p.sh. kontraktimet dhe kalcinozën). [15]

## Sëmundjet reumatike joinflamatore

Problemet muskuloskeletale joinflamatore janë një arsye e zakonshme për referim në adoleshencë. Në ata pacientë që prezantohen me dhimbje shpine, problemet posturale dhe hipermobiliteti janë shkaktarët më kryesor. Osteokondriti Scheurman mund të shkaktojë kifoze toracike. "Dhimbjet e rritjes" janë të shpeshta dhe ndodhin në përafërsisht 10-20% të adoleshentëve. Lëndimet e sportit janë gjithashtu më të shpeshta në adoleshencë. Pastaj kondromalacia patelles afekton më shumë vajzat dhe është një çrregullim i keqpërputhjes së aparatit patellofemoral. Sëmundja Osgood-Schlatter është më e zakonshme te djemtë dhe është për shkak të osteokondritit të tuberozitetit tibal. [16] Fibromialgjia juvenile është një gjendje kronike, dobësuese, joinflamatore me dhimbje muskuloskeletale që në mënyrë tipike diagnostikohet në adoleshencë. Karakterizohet me një dhimbje me shpërndarje difuze, vështirësi gjumi, lodhje e simptoma tjera. Kjo gjendje shpesh përfshin dëme në funksionet fizike, sociale dhe emocionale. Momentalisht, nuk ka teste specifike diagnostike apo marker të sëmundjes për të. Diagnoza bazohet në raportimin subjektiv të dhimbjes nga pacienti, pas përjashtimit të ekzistimit të ndonjë sëmundjeje inflamatore reumatizmale apo gjendjeje tjera mjekësore ekzistuese. [17]

## Ekzaminimi dhe metodat hulumtuese te pacienti adoleshent me sëmundje reumatizmale

Të gjitha nyjat duhet të kontrollohen për ënjtje, ndjeshmëri dhe limitim të lëvizshmërisë. Përcaktimi se shenjat a janë të një apo më shumë nyjave, të mëdha ose të vogla, simetrike apo asimetrike, të gjitha këto ndihmojnë në përcaktimin e diagnozës. Ecja duhet të vlerësohet në një zonë ku ka hapësirë të mjaftueshme për të ecur me hapa të qetë për disa metra. Ekzaminimi fizik përfshin kërkimin e shenjave ekstra-artikulare të tilla si parametrat e rritjes, tiparet e lëkurës dhe thonjve, skuqjet, ndryshimet e mukozës orale, organomegalinë dhe forcën e muskujve.

Interpretimi i metodave hulumtuese të adoleshentëve me ankesa muskuloskeletale mund të jetë konfuzen. Modalitetet imazherike si radiografia e thjeshtë, ultrasonografia, tomografia e kompjuterizuar, rezonanca magnetike dhe mjekësia nukleare mund të luajnë një rol të rëndësishëm në diagnozën dhe menaxhimin; sidoqoftë një selektim dhe interpretim i kujdesshëm është i nevojshëm. [18]

## Konkluzion

Sëmundjet reumatike në adoleshencë mund të paraqesin një vazhdimësi të një sëmundje kronike me fillim në fëmijëri, ose mund të prezantojnë një diagnozë të re të një sëmundje autoimmune, vaskulitit, sëmundje të indit lidhor apo çrregullim kronik të dhimbjes. Për të përmirësuar rezultatet për moshat e reja me sëmundje

reumatizmale, duhet të kemi parasysh marrjen në konsideratë të çështjeve specifike të menaxhimit të sëmundjes, krahas ndikimit funksional të sëmundjes në aktivitete, punë, shkollë dhe marrëdhënie sociale.

Tabela 1. Karakteristikat epidemiologjike të kategorisë ILAR për JIA

Karakteristikat epidemiologjike të kategorisë ILAR për JIA			
Sistemik Moshë	Shpeshësia	Gjinia	Çdo moshë
Oligoartriti Fëmijëria e hershme	30-60%	F>>>M	(2-4 vjet)
Poliartriti RF negative Shpërndarje bifazike	20-25%	F>>M	(2-4 vjet dhe 6-12 vjet)
Poliartriti RF pozitiv Adolehencë	2-5%	F>>M	
Enteziti I lidhur Adolehencë me artritin	10-15%	M>>F	
Psoriatik Shpërndarje bifazike dhe 9-11 vjet)	5-10%	F>M	(2-4 vjet)
I padiferencuar	10-20%		

Tabela 2. Karakteristikat klinike për sëmundjet e indit lidhor dhe vaskulite që paraqiten në adolehencë

Sëmundjet e indit lidhor dhe vaskulite që prezantohen në adolehencë	Lupusi eritematoz sistemik	Dermatomioziti Juvenil	Granulomatoza me poliangit	Arteriti Takayasu
<b>Epidemiologjia</b>	Moshë mesatare – 12 vjeçare M>F	Moshë e shfaqjes 5-14 vjeçare F>M	Moshë mesatare 15 vjeçare F>M	Kryesisht në adolehencë F>M
<b>Karakteristikat Klinike</b>	<b>Konstitucion</b> Temperaturë, lodhje, humbje peshës, anorexi <b>Lekurore</b> Skuqje malare, fotosensitivitet, ulcera në gojë, rënie e flokëve <b>Muskuloskeletale</b> Artrit, mioziti	<b>Konstitucion</b> Temperaturë, lodhje, humbje peshës, anorexi <b>Muskuloskeletale</b> Artrit, mioziti, ndjeshmëri e muskujve <b>Lekurore</b> Papulat dhe pllakat Gottron, skuqje helitrope, fotosensitivitet	<b>Konstitucion</b> Temperaturë, lodhje, humbje peshës, anorexi <b>Respiratore (siper)</b> Simptoma nazale, sinusit, epistax <b>Respiratore (poshtë)</b> Hemoptize, noduj pulmonal, funksion abnormal i veshkave <b>Renale</b> Glomerulonefrit, shenja Gower pozitive	<b>Konstitucion</b> Temperaturë, lodhje, humbje peshës, anorexi <b>Sistemi nervor qendror</b> Dhimbje koke, konvulsion e, sinkopë <b>Kardiake</b> Dhimbje gjoksi, palpacione, mungesë e pulsit në kycet e dorës <b>Renale</b> Hipertension
	<b>Renale</b> Hipertension, glomerulonefrit <b>Neurologjike</b> Konvulsione, psikozë e deficit kognitiv, aksident cerebrovaskular <b>Pulmonare</b> Pleurit <b>Kardiake</b> Perikardit, efuzion, dhimbje gjoksi <b>Gastrointestinale</b> Ascit, dhimbje abdominale <b>Okulare</b> Eksudat, retinopati <b>Retikuloendoteliale</b> Limfadenopati, Hepatosplenomegali <b>Vaskulare</b> Sindromi Raynaud	<b>Neurologjike</b> Dobësi proximale, shenja Gower pozitive <b>Gastrointestinal</b> Disfunksion në gjelltitje <b>Pulmonare</b> Sëmundje intersteciale e mushkërive	<b>Renale</b> Hipertension <b>Muskuloskeletale</b> Artrit, artralgi, mioialgi	

## Referencat:

- 1) Sangha O, *Rheumatology*, Volume 39, Issue suppl2, December 2000.
- 2) Zarijova, L.N., Midgley, A., Christmas, S.E. et al. Juvenile idiopathic arthritis: from aetiopathogenesis to therapeutic approaches. *Pediatr Rheumatol* 19, 135, 2021.
- 3) Berent Prakken, Salvatore Albani, Alberto Martini, Juvenile idiopathic arthritis, *The Lancet*, Volume 377, Issue 9783, 2011.
- 4) Ravelli A, Martini A. Juvenile idiopathic arthritis. *Lancet*. 2007 Mar 3;369(9563):767-778. doi: 10.1016/S0140-6736(07)60363-8. PMID: 17336654.
- 5) Petty RE, Southwood TR, Manners P, Baum J, Glass DN, Goldenberg J, He X, Maldonado-Cocco J, Orozco-Alcala J, Prieur AM, Suarez-Almazor ME, Woo P; International League of Associations for Rheumatology. International League of Associations for Rheumatology classification of juvenile idiopathic arthritis: second revision, Edmonton, 2001. *J Rheumatol*. 2004 Feb;31(2):390-2. PMID: 14760812.
- 6) Petty RE, Laxer RM, Lindsley C, Wedderburn LR. *Textbook of pediatric rheumatology*. 7th edn. Philadelphia, PA: Elsevier, 2016; p. 188-204.
- 7) Ringold S, Seidel KD, Koepsell TD, Wallace CA. Inactive disease in polyarticular juvenile idiopathic arthritis: current patterns and associations. *Rheumatology (Oxford)*. 2009 Aug;48(8):972-7. doi: 10.1093/rheumatology/kep144. Epub 2009 Jun 17. PMID: 19535609.
- 8) Greenwald AG, Zakerzadeh A, Laxer RM, Schneider R, Cameron B, Feldman B, Spiegel L, Tse SM, Silverman ED. Later-onset rheumatoid factor negative polyarticular juvenile idiopathic arthritis (JIA): a unique patient group? *Clin Exp Rheumatol*. 2013 Jul-Aug;31(4):645-52. Epub 2013 Apr 22. PMID: 23622111.
- 9) Gowdie PJ, Tse SM. Juvenile idiopathic arthritis. *Pediatr Clin North Am*. 2012 Apr;59(2):301-27. doi: 10.1016/j.pcl.2012.03.014. PMID: 22560572.
- 10) Smith JA, Märker-Hermann E, Colbert RA. Pathogenesis of ankylosing spondylitis: current concepts. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2006 Jun;20(3):571-91. doi: 10.1016/j.berh.2006.03.001. PMID: 1677583.
- 11) Monnet D, Breban M, Hudry C, Dougados M, Brézin AP. Ophthalmic findings and frequency of extraocular manifestations in patients with HLA-B27 uveitis: a study of 175 cases. *Ophthalmology*. 2004 Apr;111(4):802-



## KONTROLLI I SËMUNDJEVE DHE TRAJTIMI ME MEDIKAMENTE TË SIGURTA PËR SHTATZËNAT ME SËMUNDJE REUMATIKE



### Meritë Demiri- Demolli

*Specialist i  
Gjinekologjisë dhe  
Obstetrikës,  
Spitali i Përgjithshëm Ferizaj*

Korrespondenca:  
me-rita1@hotmail.com

Trajtimet e përmirësuara/përditësuar për sëmundjet reumatizmale inflamatore nënkuptojnë që shumë gra me këto sëmundje po arrijnë kontrollin e sëmundjes, një gjë e cila nuk ka ndodhur në kohën e kaluar. Kështu që tani femrat e sëmura me këto sëmundje reumatike kanë më shumë gjasa dhe mundësi të mendojnë për shtatzëninë si dhe të kërkojnë këshilla të duhura nga profesionistët e tyre të kujdesit shëndetësor. Të dhënat mbi efektin e shtatzënisë në sëmundjet reumatike janë kontradiktore, me disa studime që raportojnë përmirësime në aktivitetin e sëmundjes dhe të tjera të kundërtën. Artriti reumatoid (AR), lupusi eritematoz sistemik (LES) dhe sindroma antifosfolipide (SAP) zakonisht modifikohen nga shtatzënia. Për shembull, simptomat e artritit reumatoid shpesh përmirësohen te pacientët shtatzëna, duke rezultuar shpesh në një nevojë të reduktuar për mjekim, por ato shpesh ekzacerbohet pas lindjes.

Marrëdhënia midis aktivitetit të lupusit eritematoz sistemik dhe shtatzënisë është më e debatuar. Në përgjithësi, ka një tendencë për shpërthime të lehta deri në mesatare, veçanërisht gjatë gjysmës së dytë të shtatzënisë dhe periudhës pas lindjes. Megjithatë, shumica e këtyre ekzacerbimeve nuk rrezikojnë jetën e nënës ose të foshnjës dhe as nuk ndryshojnë në mënyrë thelbësore prognozën afatgjatë të lupusit eritematoz sistemik. Të qenit në rekomandim klinik për tre - gjastë muaj para shtatzënisë, zvogëlon mundësinë që të ndodhë një shpërthim gjatë shtatzënisë.

Sindroma antifosfolipide (SAP) rrit rrezikun e trombozave arteriale, trombozave venoze si dhe komplikimeve të tilla si aborti, lindja e parakohshme ose hipertensioni arterial gestacional. Pacientët me sëmundje të veshkave kanë gjithashtu një rrezik të zhvillimit të pre-eklampsisë. Pre-eklampsia dhe eklampsia gjithashtu rrisin rrezikun e lindjes së parakohshme ose vdekjes së fetusit. Pra, shtatzënia - veçanërisht koha afër lindjes - është një periudhë veçanërisht e rrezikshme për gratë me sindromë antifosfolipide (SAP) dhe nevojitet kujdes i veçantë.

Hipertensioni pulmonar është një komplikim i shpeshtë i sëmundjeve reumatike e që ai mund të jetë pasojë e sëmundjeve si: lupusi eritematoz sistemik, sindroma antifosfolipidike, sindroma Sjögren dhe skleroza sistemike. Për shkak se hipertensioni pulmonar përkeqësohet shpesh gjatë shtatzënisë - veçanërisht në periudhën pas lindjes - nuk këshillohet që gratë të cilat kanë probleme të tilla të mbeten shtatzënë.

Sëmundjet e tjera si polimioziti, dermatomioziti dhe vaskuliti nuk duket se përkeqësojnë periudhën gjatë shtatzënisë. Megjithatë, rekomandohet që pacientët të konsiderojnë shtatzëninë vetëm kur këto sëmundje janë nën kontroll dhe me kujdesin e reumatologut tuaj. Prandaj, medikamentet antireumatike

modifikuese të sëmundjes (DMARDs) të lejuara gjatë periudhës së shtatzënisë ordinohehen për të kontrolluar aktivitetin e sëmundjes dhe për të siguruar rezultate pozitive të shtatzënisë.

Komunikimi i mirë siguron që gratë në moshën e lindjes të jenë të vetëdijshme për opsionet që kanë në dispozicion. Të gjithë profesionistët e kujdesit shëndetësor duhet të jenë të përgatitur të marrin në pyetje pacientët me sëmundje autoimune në lidhje me nevojat e tyre kontrceptive për të shmangur shtatzëninë e paplanifikuar, veçanërisht nëse pacientja po merr medikamente të cilat nuk janë të lejuara me shtatzëninë. Për gratë që konsiderojnë shtatzëninë, këshillimi është i nevojshëm që të marrin informacione mbi sëmundjen dhe çdo përfshirje sistematike, për të lejuar shtresimin e rrezikut të kujdesit gjatë shtatzënisë. Pacientet duhet të mbeten shtatzëna kur sëmundja e tyre është joaktive, përgjithësisht 3-6 muaj pas shpërthimit të sëmundjes, për të shmangur një rrezik në rritje të shpërthimit gjatë shtatzënisë, për të zvogëluar rrezikun për të dhe fëmijën e tyre nga inflamacioni i pakontrolluar. Është e rëndësishme të përmirësohet të kuptuarit e pacientes për rëndësinë e planifikimit të shtatzënisë dhe respektimin e mjekimit.

Çdo diskutim rreth zgjedhjes së trajtimit me gratë e moshës riprodhuese duhet të përfshijë pyetje nëse pacientja po konsideron shtatzëninë dhe kohën e shtatzënisë së mundshme, pasi kjo mund të përjashtojë përdorimin e disa barnave. Barnat që janë kundëriindikuese për shtatzëni duhet të përshkruhen vetëm me ose pasi të jetë dhënë këshilla e duhur kontrceptive.

### Kontracesioni dhe shtatzënia e paplanifikuar

Menaxhimi kontrceptiv është i rëndësishëm për gratë me sëmundje autoimune për shkak të rreziqeve të mundshme të një shtatzënie të paplanifikuar gjatë sëmundjes aktive dhe/ose rreziqeve të përdorimit të barnave teratogjene për nënën dhe foshnjën, për shkak të rrezikut të mundshëm të anomalive kongjenitale tek foshnja. Zgjedhja e kontrceptivit duhet të varet nga faktorët klinikë (diagnoza dhe aktiviteti i sëmundjes, rreziku trombotik duke përfshirë praninë e antitropave antifosfolipide (aPL) dhe proteinuria, rreziku i osteoporozës, interaksionet medikamentozë), nevojat e gruas dhe rreziku i shtatzënisë së paplanifikuar nëse kontracesioni dështon. Në rastet e shtatzënisë së paplanifikuar, duhet të kërkohet këshilla urgjente nga specialistë me përvojë përkatëse për të përcaktuar rrezikun për fëmijën e palindur nga ndonjë medikament i kundëriindikuar

### Profili i autoantitropave dhe rreziku trombotik

Autoantitropat anti-Ro/SSA dhe anti-La/SSB mund të jenë të pranishëm në pacientët me lupus eritematoz sistemik, sindromën Sjögren

## KONTROLLI I SËMUNDJEVE DHE TRAJTIMI ME MEDIKAMENTE TË SIGURTA PËR SHTATZËNAT ME SËMUNDJE REUMATIKE



## Besim Demolli

Specialist i Reumatologjisë,  
Spitali i Përgjithshëm, Ferizaj

dhe herë pas here në gratë me sëmundje të tjera autoimune. Gratë me sëmundje të tilla duhet të kontrollohen për këto antitropa përpara shtatzënisë, pasi ato shoqërohen me një rrezik në rritje të lupusit neonatal. Blloku kongjenital total kardiak ndodh në 1-2% të foshnjave të lindura nga nëna me këto antitropa. Foshnjat me bllok të mundshëm kardiak për shkak të statusit anti-Ro dhe/ose anti-La të nënës duhet të identifikohen në mitër duke përdorur ekokardiografi fetale. Monitorimin e rrahjeve të zemrës që nga java e 16-të e shtatzënisë. Nëse identifikohet blloku kardiak, foshnja duhet të vlerësohet nga një kardiolog fetal për shenja të anomalive të tjera kardiake dhe lindja mund të planifikohet me operacion cezarian, sepse ekziston rreziku që bradikardia fetale të rezultojë nga blloku komplet kardiak e cila mund të maskojë shenjat e shqetësimit të fetusit gjatë lindjes. Gratë me këto antitropa që kanë përjetuar lupus neonatal në shtatzënitë e mëparshme dhe janë trajtuar me hidrosilklorinë para dhe gjatë shtatzënisë kanë një rrezik të reduktuar të bllokut total kardiak në një shtatzëni të mëvonshme. Blloku total kardiak zakonisht kërkon trajtim me një stimulues kardiak, ose menjëherë pasi foshnja ka lindur ose gjatë fëmijërisë dhe kërkohet monitorim i vazhdueshëm i fëmijës.

Tre llojet e ndryshme të aPL përfshijnë lupus antikoagulantët, anti-kardiolipinën dhe anti-β2 glikoproteinën. Pra të gjitha mund të rrisin rrezikun e rezultateve negative të shtatzënisë dhe trombozës së nënës.

Gratë në moshën e lindjes që kanë sëmundje inflamatore aktive janë në rrezik të shtuar të zhvillimit të trombozave të thella gjatë shtatzënisë. Grave me rrezik të lartë duhet t'u ofrohet një plan menaxhimi që ofron tromboprofilaksinë, zakonisht me heparinë me peshë të ulët molekulare, bazuar në rrezikun individual të gruas.

Është e rëndësishme të diskutohet për vazhdimin dhe kohëzgjatjen e trajtimit, veçanërisht të DMARDs biologjike, bazuar në pacientin dhe tiparet e tij të sëmundjes, opsionet e tjera terapeutike dhe karakteristikat e DMARDs-it specifika biologjike që u është përshkruar.

Certolizumab nuk kalon placentën në një nivel të konsiderueshëm, pasi nuk ka një komponent Fc të nevojshme për transportin në qarkullimin e fetusit. Foshnjat mund të kenë një rrezik në rritje të infeksionit nëse disa trajtime biologjike që mund të kalojnë placentën administrohen gjatë tremujorit të dytë ose të tretë të shtatzënisë dhe persistojnë në qarkullimin neonatal dhe foshnje. Prandaj, vaksinat e gjalla, si vakcina Bacillus Calmette-Guérin (BCG) ose rotavirusi, nuk duhet t'u jepen foshnjave që janë ekspozuar ndaj këtyre barnave gjatë shtatzënisë derisa foshnja të mbushë moshën 6 muajore.

Prednizoloni mund të përdoret për të trajtuar shpërthimet e sëmundjeve gjatë shtatzënisë.

Ekziston një rrezik i shtuar i komplikimeve (përfshirë infeksionin) me përdorimin e vazhdueshëm të prednizolonit me dozë të lartë (>20 mg). Është e rëndësishme të titrohet në dozën minimale të tolerueshme të prednizolonit (idealisht <10 mg) me dozën optimale të josteroidëve, imunosupresorët dhe kontrolli i rregullt për hipertensionin dhe diabetin gestacional plus optimizimin e niveleve të vitaminës D. Të gjithë duhet të monitorohen për rezultate negative të shtatzënisë, përveç shpërthimit të sëmundjes, pavarësisht nëse sëmundja e tyre është e qëndrueshme apo aktive, dhe menaxhimi duhet të shtresohet sipas rrezikut dhe pranisë së përfshirjes së organeve. Gratë me insuficiencë esenciale të veshkave ose proteinuri >30 mg/mmol kanë një rrezik të shtuar të pre-eklampsisë dhe duhet t'u ofrohet aspirinë me dozë të ulët gjatë shtatzënisë; hipertensioni duhet të menaxhohet në përputhje me udhëzimet e NICE. Monitorimi rutinë obstetrik duhet të udhëhiqet nga konsulentët dhe kërkohet rishikim reumatologjik në pacientët me sëmundje aktive ose të rëndë më parë dhe në ata që kërkojnë ndryshime në terapi.

## Kujdesi shëndetësor/trajtes pas lindjes

Nëse ka shqetësime për kontrollin e sëmundjes, trajtimi me DMARDs biologjik mund të rifillojë jo më herët se 24 orë pas lindjes vaginale ose 48 orë pas një seksioni cezarian, në mungesë të infeksionit. Nevojat për kontracëpsion pas lindjes duhet të diskutohen para lindjes dhe në vlerësimin pas lindjes. Një takim pas lindjes duhet të caktohet përpara lindjes dhe të planifikohet për 6-8 javë pas lindjes për të vlerësuar aktivitetin e sëmundjes, për të vlerësuar nëse nevojitet ndonjë ndryshim i dozës dhe për të ofruar këshilla kontracëpsive.

## KOMPLIKIMET MATERNALE DHE FETALE GJATË SHTATZËNISË

Megjithëse rezultatet e shtatzënisë në pacientet me sëmundje reumatike autoimune janë përmirësuar në mënyrë dramatike gjatë dekadave të fundit, përsëri ato paraqesin rrezik të komplikimeve potencialisht serioze të nënës dhe fetusit. Rreziqet e trombozës, infeksionit, trombocitopenisë, prerja cezariene, lindja e parakohshme dhe preeklampsia janë dukshëm më të rritura në pacientët me LES krahasuar me gratë e shëndetshme.

Antitropat antifosfolipid shoqërohen me insuficiencë placentare, lëng amniotik të zvogëluar, vonim të rritjes fetale dhe vdekje fetale. Megjithëse mund të ndodhë trombozë e nënës ose preeklampsi e rëndë ose e hershme, është e zakonshme që nëna të jetë plotësisht asimptomatike ndërsa po krijohen probleme për fetusin në zhvillim.

## PUNA DHE MONITORIMI

Në gratë me histori të antitropave antifosfolipid,

Tabela 1. Përshkruan në mënyrë të hollësishme faktorët potencialish me rrezik të lartë për gratë me sëmundje reumatike autoimmune!

**PREDIKTORËT E RREZIKUT TË LARTË TË SHTATZËNISË NË GRATË ME SËMUNDJE REUMATIKE AUTOIMUNE**

- Historia e ndërlikimeve të shtatzënisë dhe një rezultat i dobët obstetrik.
- Prania e antitropave anti-fosfolipidë me titër të lartë (antitropa antikardiolinë, anti -  $\beta$ 2-glikoproteinë dhe / ose lupus antikoagulantëve).
- Prania e antitropave anti-Rö dhe anti-La.
- Lupus nefriti aktual ose i mëparshëm ose dëmtim i rëndë i vazhdueshëm i veshkave.
- Moshë e përparuar e nënës (> 40 vjet).
- Raca e zezë ose etnia hispanike.
- Shtatzënitë e shumëfishta.
- Përdorimi i barnave citotoksike në kohën e konceptimit, duke përfshirë prednisonin me doza të larta.
- Shpërthimi aktiv në kohë ose 6 muaj para konceptimit.

Tabela 2. Tregon për medikamentet të cilat aplikohen më së shpeshti në sëmundjet reumatike, indikacionet dhe kundërindikacionet e tyre si gjatë shtatzënisë ashtu edhe laktacionit! Shqetësimet e mundshme të medikamenteve farmaceutike dhe agjentëve biologjikë të përdorur zakonisht në shtatzëni dhe laktacion

Agjent	Siguria në shtatzëni	Komente	Siguria në laktacion
Azathioprine	I sigurt	Nuk ka rritje të aborteve spontane ose defekteve të lindjes si dhe rrezikut të imunosupresionit në fetus.	I sigurt. Më pak se 1% është vërtetuar se gjendet në qumështin e gjirit. Nuk ka raporte të ngjarjeve të padëshiruara pediatrike.
Belimumab	E panjohur	Asnjë studim njerëzor. Por ka rrezik teorik të imunosupresionit fetal. Ndërpritet para shtatzënisë.	E panjohur! Por, me gjasë nuk transferohet në qumështin e gjirit.
Kortikosteroidet	I sigurt	Rreziqet e pallatoshizës dhe prematuritetit. Ekuilibroni rreziqet e mundshme për fetusin me rreziqet e sëmundjes së patrajtuar!	I sigurt. Prania minimale në qumështin e gjirit. Mund të vonojë ushqyerjen me gji për 4 orë pas dozës mbi 50 mg për të kufizuar ekspozimin e foshnjës.
Ciklofosfamid	I pasigurt	Teratogjenike - mos e përdorni përveç në manifestimet kërcënuese për jetën e LES.	E pasigurt - transferim në qumështin e gjirit.
Ciklosporina	I sigurt	Nuk ka rritje të abortit ose defektit të lindjes.	I sigurt; transferimi minimal në qumështin e gjirit.
UFH dhe LMËH	I sigurt	Nuk kalon placentën. LMWH e preferuar.	I sigurt. Nuk transferohet në qumështin e gjirit.
Hidroksiklorokina	I sigurt	Përfitime të shumta në shtatzëni.	I sigurt
Tacrolimus Adalimumab Infliximab	I sigurt	Substanca mund të aplikohet.	Substanca mund të aplikohet.
IVIG	I sigurt	Kalon placentën por është përdorur pa ndonjë efekt anësor fetal.	I sigurt
Leflunomid	Siguri e paqartë	Ndërpriti të paktën 3 muaj para shtatzënisë dhe përdorni metodën e shpëlarjes me kolestraminë për të paktën 3 muaj nëse është e nevojshme. Ekspozimi pa dashje nuk shoqërohet me abort, lindje të parakohshme ose defekte të lindjes.	E panjohur nëse hyn në qumështin e gjirit por konsiderohet rreziku i lartë.
Metotreksat	I pasigurt	Teratogjen. Ndërpritet të paktën 3 muaj para shtatzënisë.	Ndoshta i sigurt. Transferimi minimal në qumështin e gjirit në 24 orë pas dozimit.
Mikofenolati	I pasigurt	Teratogjen. Konsideroni azathioprine si një alternativ.	E panjohur nëse hyn në qumështin e gjirit. Prandaj, mos e përdorni.
NSAID	Ndoshta e sigurt	Mund të rrisë rreziqet e abortit spontan, cheiloschisis dhe/ose palatoschisis dhe oligohidramnios.	I sigurt. Ibuprofeni i preferuar.
Rituximab	Ndoshta e sigurt	Prekonceptimi ose dozimi i hershëm i shtatzënisë preferohet. Dozimi i vonë gjatë shtatzënisë shoqëruar me mungesën e qelizave B në foshnje.	E panjohur por me gjasë nuk transferohet në qumështin e gjirit.
Golimumab, Abatacept, Anakinra, Secukinumab Tocilizumab, Ustekinumab Vedolizumab, Apremilast	Ndoshta e sigurt	Të dhënat janë të pamjaftueshme për rekomandimin e substancës.	Të dhënat janë të pamjaftueshme për rekomandimin e substancës.
Sulfasalazinë	I sigurt	Kalon placentën, rrezik kaq i vogël i kernicterus tek i porsalinduri. Por, nuk ka keqformime të raportuara.	I sigurt, me përjashtim të foshnjave me verdhëz ose premature.
Warfarin	I pasigurt	Teratogjen. Kaloni në heparin ose LMWH për shtatzëni.	Ndoshta i sigurt. Nuk ka raporte të rritura të gjakderdhjes.
Tofacitinib	I pasigurt	I pasigurt	I pasigurt

konsiderata të rëndësishme në kohën e lindjes përfshijnë ndërprerjen e LMWH të paktën 48 orë para një procedure të planifikuar. Shumë mjekë zgjedhin që të fillojnë trajtimin me heparinë jo të fraksionuar rreth javës së 35 deri në 36 të shtatzënisë, e cila mund të vazhdohet deri në 6 orë para një procedure, veçanërisht në pacientët me rrezik shumë të lartë të trombozës. Mjeku obstetër gjithashtu duhet të lajmërohet për ndërlikimet e sistemit të organeve që mund të ndikojnë në lindjen. Për shembull, te pacientët me lupus me histori të nekrozës avaskulare të kokës së femurit, një lindje spontane intravaginale mund të shkaktojë dëmtime muskulo-skeletore, në këtë rast një planifikim seksioni cezarian është i garantuar. Lupusi në vetvete nuk është kundërrindikacion për ushqyerjen me gji, dhe shumica e barnave që përdoren për të menaxhuar atë janë në përputhje me ushqyerjen me gji. Prodhimi i qumështit të gjirit nga nëna mund të jetë i kufizuar për nënat që marrin steroide me dozë të lartë ose në shtatzënitë që rezultojnë në lindje të parakohshme. Pavarësisht nga rreziqet që lidhen me shtatzëninë dhe ndoshta një rrezik në rritje të paaftësive në të mësuar, fëmijët e lindur nga gratë me LES kanë inteligjencë dhe zhvillim normal krahasuar me pjesëmarrësit e kontrollit të krahasuar me moshën gjinore dhe shtatzëninë.

mund të përdoret si biomarker për rezervën e vezoreve. Mund të jetë i dobishëm në marrjen e vendimeve për trajtimin. Për gratë me lupus dhe infertilitet, fekondimi in vitro dhe teknologjitë e tjera riprodhuese të përdorura duket se janë relativisht të sigurta.

Për shkak se koha e shtatzënisë është kaq e rëndësishme për gratë me lupus dhe sëmundje të tjera autoimune, planifikimi i shtatzënisë duhet të jetë sigurisht pjesë e vlerësimit fillestar dhe të vazhdueshëm në gratë e moshës riprodhuese, dhe kontracepcioni i duhur duhet të përdoret nëse është e nevojshme, veçanërisht në gratë që janë seksualisht aktive dhe marrin nivele të larta - medikamente të rrezikshme. Kontracepcioni i urgjencës, i cili është tipikisht pilula vetëm me progesteron, konsiderohet i sigurt për gratë me lupus dhe me sëmundje të tjera autoimune, gjithashtu duhet të diskutohet me pacienten.

**Referencat:**

- Giles I, Yee C, Gordon C. Stratifying management of rheumatic disease for pregnancy and breastfeeding. *Nat Rev Rheumatol* 2019; 15 (7): 391-402.
- Chakravarty E, Clowse M, Pushpara-jah D et al. Family planning and pregnancy issues for women with systemic inflammatory diseases: patient and physician perspectives. *BMJ Open* 2014; 4: e004081.
- Jethwa H, Lam S, Smith C, Giles I. Does rheumatoid arthritis really improve during pregnancy? A systematic review and meta-analysis. *J Rheumatol* 2019; 46 (3): 245-250.
- Flint J, Panchal S, Hurrell A et al. BSR and BHPR guideline on prescribing drugs in pregnancy and breastfeeding-Part I: standard and biologic disease modifying anti-rheumatic drugs and corticosteroids. *Rheumatology* 2016; 55 (9): 1693-1697.
- Flint J, Panchal S, Hurrell A et al. BSR and BHPR guideline on prescribing drugs in pregnancy and breastfeeding-Part II: analgesics and other drugs used in rheumatology practice. *Rheumatology* 2016; 55 (9): 1698-1702.
- Marc C. Hochberg, Ellen M. Gravelle, Alan J. Silman, Josef S. Smolen, Michael E. Weinblatt, Michael H. Weisman- Immunosuppressive agents: cyclosporine, cyclophosphamide, azathioprine, mycophenolate mofetil, and tacrolimus; *RHEUMATOLOGY*, 7th edition 2019; 67: 518-526.
- Marc C. Hochberg, Ellen M. Gravelle, Alan J. Silman, Josef S. Smolen, Michael E. Weinblatt, Michael H. Weisman- Systemic lupus erythematosus in pregnant patients and neonatal lupus; *RHEUMATOLOGY*, 7th edition 2019; 146: 1200-1204.
- Andreoli L, Bertias G, Agmon-Levin N et al. EULAR recommendations for women's health and the management of family planning, assisted reproduction, pregnancy and menopause in patients with systemic lupus erythematosus and/or antiphospholipid syndrome. *Ann Rheum Dis* 2017; 76: 476-485.
- Skorpen C, Hoeltzenbein M, Tincani A et al. The EULAR points to consider for use of antirheumatic drugs before pregnancy, and during pregnancy and lactation. *Ann Rheum Dis* 2016; 75 (5): 795-810.

Algoritmi terapeutik i sugjeruar për lupus eritematoz sistematik në shtatzëni			
Aktiviteti i lupusit	Doza e sugjeruar e prednisonit	Medikamente antirheumatike	Medikamente të tjera
Asnjë aktivitet	Asnjë	Hidroksiklorokina	Aspirina me dozë të ulët Multi vitamina para lindjes
Aktivitet i lehtë	5-10 mg / ditë	Hidroksiklorokina Azathioprina	Aspirina me dozë të ulët Multi vitamina para lindjes
Aktivitet i moderuar	10-25 mg / ditë	Hidroksiklorokina Azathioprina Çiklosporin - takrolimus	Aspirina me dozë të ulët Multi vitamina para lindjes
Aktivitet i ashpër	30-100 mg / ditë	Hidroksiklorokina Azathioprine dhe Çiklosporin - Takrolimus IVIG	Doza e ulët e aspirinës Multi vitamina para lindjes

Tabela 3: Përshkruan në mënyrë koncize algoritmin terapeutik të trajtimit të shtatzënave me sëmundjen e lupusit eritematoz sistematik!

**Përmbledhje**

Praktikuesit që menaxhojnë gratë me sëmundje reumatike inflamatore në moshën riprodhuese duhet të sigurojnë që ato të diskutojnë rregullisht planet për shtatzëninë. Është e rëndësishme që gratë të jenë të vetëdijshme për rëndësinë e kontrollit të mirë të sëmundjes në trajtimin e duhur para, gjatë dhe pas shtatzënisë për të siguruar rezultate optimale për nënën dhe foshnjën. Barnat që dihet se shkaktojnë dëme të mundshme tek fetusit nuk duhet të përshkruhen pa diskutim adekuat rreth kontracepcionit. Pacientet duhet të marrin këshillim para shtatzënisë në mënyrë që ato të jenë të vetëdijshme për rreziqet e mundshme që lidhen me sëmundjen e tyre dhe trajtimin e saj dhe se si këto rreziqe mund të minimizohen.

Fertiliteti nuk duket se pengohet në shumicën e grave me lupus, madje edhe gjatë periudhave të aktivitetit të lartë të lupusit dhe sëmundjeve të tjera autoimune. Niveli i hormonit anti-mullerian

# RITUXIMAB DHE BELIMUMAB NË TRAJTIMIN E LUPUSIT ERITEMATOZ SISTEMIK - RISHQYRTIM I LITERATURËS



## Myzejen Sylbije

Student i Mjekësisë,  
Fakulteti i Mjekësisë,  
Universiteti i Prishtinës

Lupusi Eritematoz Sistemik është një sëmundje autoimune që mund të rezultojë me morbiditet të theksuar dhe mortalitet. Pacientët me LES kanë risk 2 deri në 5 herë më të madh të mortalitetit sesa personat e të njëjtës gjini dhe moshë (1,2).

Kriteret për diagnostikim të Kolegjit Amerikan për Reumatologji (ACR) dhe Shoqatës Evropiane Kundër Reumatizmit (EULAR) janë 7 kritere klinike dhe 3 imunologjike. Në kriteret klinike bëjnë pjesë kriteret konstitucionale, hematologjike, muskuloskeletore, renale, mukokutane, seroze, neuropsikiatrike; ndërsa në kritere imunologjike bëjnë pjesë prania e antitropave fosfolipidikë, proteinat e komplementit, dhe antitropat lupus specifike (3).

Gjendja mund të shfaqet në organe si: lëkura, membranat mukoze/seroze dhe artikulacionet. Përveç kësaj, mund të rezultojë në komplikime kërcënuese për jetën që përfshijnë organet dhe indet vitale si truri, gjaku dhe veshkat (4).

Lupusi Eritematoz Sistemik është një sëmundje autoimune që mund të rezultojë me morbiditet të theksuar dhe mortalitet. Pacientët me LES kanë risk 2 deri në 5 herë më të madh të mortalitetit sesa personat e të njëjtës gjini dhe moshë (1,2).

Kriteret për diagnostikim të Kolegjit Amerikan për Reumatologji (ACR) dhe Shoqatës Evropiane Kundër Reumatizmit (EULAR) janë 7 kritere klinike dhe 3 imunologjike. Në kriteret klinike bëjnë pjesë kriteret konstitucionale, hematologjike, muskuloskeletore, renale, mukokutane, seroze, neuropsikiatrike; ndërsa në kritere imunologjike bëjnë pjesë prania e antitropave fosfolipidikë, proteinat e komplementit, dhe antitropat lupus specifike (3).

Gjendja mund të shfaqet në organe si: lëkura, membranat mukoze/seroze dhe artikulacionet. Përveç kësaj, mund të rezultojë në komplikime kërcënuese për jetën që përfshijnë organet dhe indet vitale si truri, gjaku dhe veshkat (4).

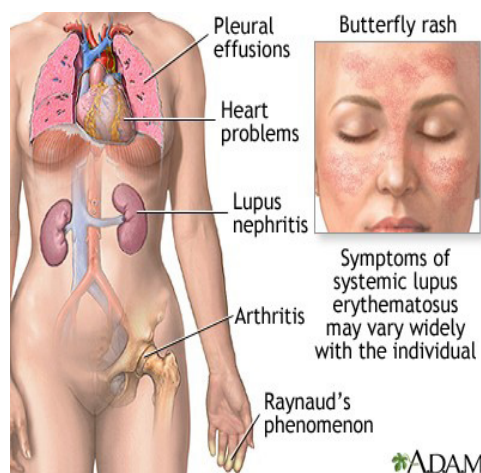


Figura 1: Lupusi Eritematoz Sistemik

Burimi: <https://medlineplus.gov/ency/article/000435.htm>

## Metodat

Ky punim është rishikim i literaturës që përmban informatat më të reja në lidhje me metodat më të reja të trajtimit të Lupusit Eritematoz Sistemik. Janë përdorur literaturat botërore që përmbajnë informatat bazë dhe hulumtimet aktuale. Artikujt shkencorë janë siguruar nga databazat: PubMed, Lancet, Cochrane, Google Scholar; këta artikuj përfshijnë një interval kohor prej vitit X deri në vitin Y. Literatura e përdorur është gjetur me anë të fjalëve kyçe si: "lupus", "belimumab", "rituximab", "systemic lupus erythematosus".

## 3. Rezultatet

Shumë medikamente mund të përdoren për trajtimin e SLE, përfshirë anti-inflamatorët josteroidë, barnat imunosupresues, anti-malarikët, kortikosteroidet dhe agjentët biologjikë. Një nga karakteristikat serologjike të SLE janë qelizat B autoreaktive. Belimumab, një antitrop monoklonal rekombinant që inhibon veprimin e stimuluesve qarkullues të B limfociteve është bari i parë biologjik i aprovuar për trajtimin e SLE, është treguar se belimumab redukton nivelet e autoantitropave dhe ndihmon në kontrollin e aktivitetit të sëmundjes. Belimumab është aprovuar për përdorim tek pacientët mbi moshën 18 vjeçare me SLE aktive dhe pozitive në autoantitropa, në formë intravenoze dhe subkutane. Në provat klinike me belimumab është demonstruar një reduktim ose ndërprerje e dozës së kortikosteroideve. Përdorimi i kortikosteroideve në doza të larta tek pacientët me SLE rrit rrezikun e vdekshmërisë dhe dëmtimit të organeve (5).

Janë bërë gjashtë studime ku janë përfshirë 2917 pacientë të moshës nga 22 deri në 80 vjeç të cilët janë ndjekur minimum 84 ditë dhe maksimum 76 javë. Këto studime kanë krahasuar belimumab-in me placebo. Si përfundim belimumabi ishte më i mirë se placeboja në reduktimin e intensitetit të SLE (4 studime, 2666 pacientë). Në 52% të pacientëve të trajtuar me belimumab është reduktuar intensiteti i SLE, krahasuar me 39% të pacientëve të trajtuar me placebo (6).

Në anën tjetër Rituximab është anti CD20-antitrop që përdoret në trajtimin e lupusit po jo edhe aq i suksesshëm në trajtimin e lupusit nefritik dhe lupusit ekstrarenal. Në një studim të fazës së tretë, multicentrik, të randomizuar, të kontrolluar me placebo. Pacientët me lupus nefritik ose me forma të tjera aktive të lupusit janë përjashtuar nga hulumtimi. Pacientët kanë qenë mbi 18 vjet, me diagnoza klinike të lupusit, me SLEDAI-2K score  $\geq 6$ , ANA dhe/ose anti dsDNA test rezultatet pozitive në dy kohë të ndryshme, regjimi i trajtimit stabil, pacientet femra që nuk janë shtatzëna, jo gjidhënëse, pa pritshmëri për lindje të fëmijëve, ose që marrin kontrceptivë. Pacientët janë randomizuar në 3 grupe. Grupi i parë ka marrë belimumab dhe placebo (krahu

Korrespondenca:  
myzejen Sylbije47@gmail.com

# RITUXIMAB DHE BELIMUMAB NË TRAJTIMIN E LUPUSIT ERITEMATOZ SISTEMIK - RISHQYRTIM I LITERATURËS



**Mysheref Sylbije**

*Doktor i Mjekësisë,  
Fakulteti i Mjekësisë,  
Universiteti i Prishtinës*

A, kontrolli), belimumab dhe rituximab (krahu B, kombinim), ose belimumab plus SoC (krahu C, referencat). Hulumtimi ka ardhur në përfundim se rituximabi nuk aprovohet për përdorim si i vetëm por ka pasur sukses në kombinim me belimumabin nëse përjashtohet mundësia e toksicitetit (7).

#### 4. Diskutimi dhe përfundimet

Belimumab dhe Rituximab janë barna të cilat mund të përdoren në trajtimin e Lupusit Eritematoz Sistemik. Sipas hulumtimeve më të reja këto barna kanë treguar sukses në reduktimin e një sërë simptomash të lupusit, por duhet të kemi kujdes në efektet anësore tek pacientët që përdorin rituximab si: kuarje,

skuqje, presion i ulur i gjakut, dispne, infeksione, reaksione të ashpra, arrest kardiak, sindroma e lirimit të citokineve, sindroma e lizës tumorale, infeksionet, leukoencefalopatia progresive multifokale, aktivizimi i hepatitit B, infeksionet tjera virale, toksiciteti imun, toksiciteti pulmonar, obstruksioni dhe përdorimi i zorrës. Ndërsa si efekte anësore të belimumabit përmenden nauzea, diarreja, temperatura dhe gjithashtu hipersensitiviteti (8,9)

Përparësia e tyre në krahasim me trajtimet tjera të lupusit është se janë terapi target që ndërveprojnë me B limfocitet, dhe se ekziston hapësirë për hulumtime në lidhje me efikasitetin e veprimit dhe kosto efektivitetin..

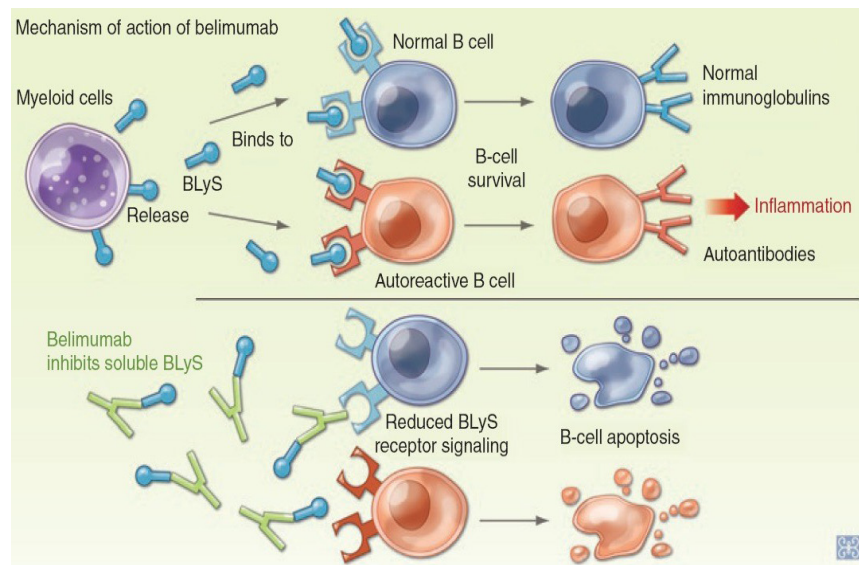


Figura 2. Belimumab: Inhibitori B Limfocit specifik për trajtimin e Lupusit Eritematoz Sistemik  
Burimi: <https://ascpt.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1038/clpt.2011.290>.

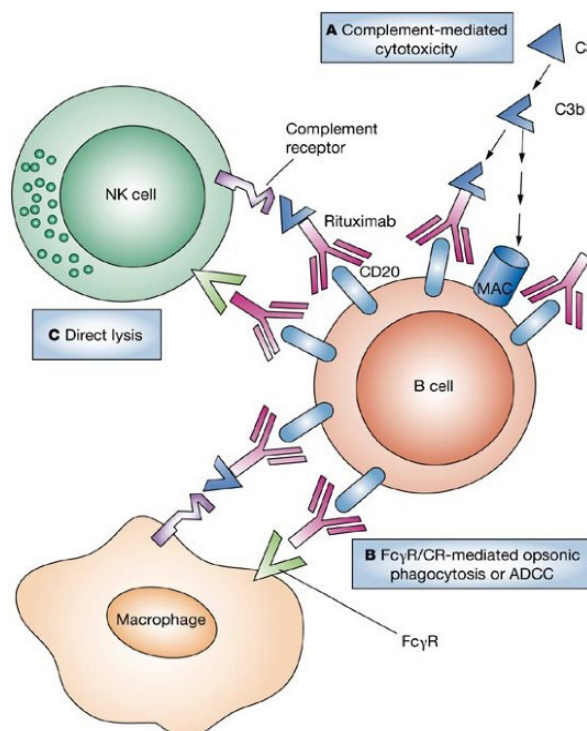


Figura 3. Mekanizmi i veprimit të Rituximab tek sëmundjet autoimmune  
Burimi: <https://www.nature.com/articles/ncprheum0424>

Korrespondenca:  
myzejensylbije47@gmail.com

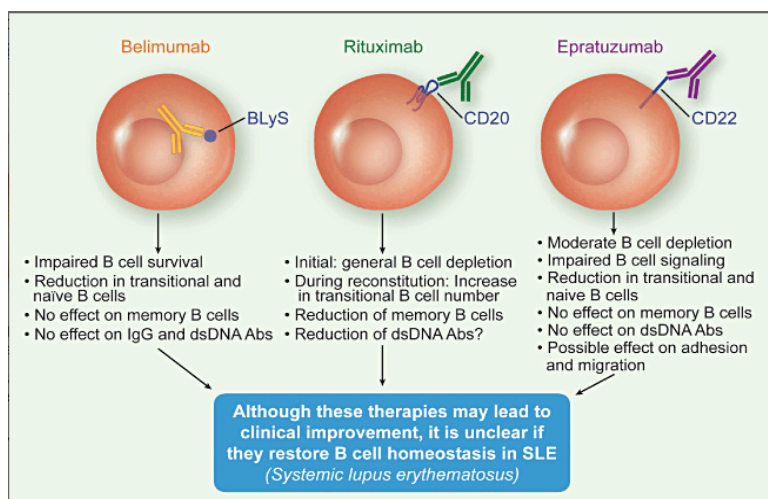


Figura 4. Antitruapat e drejtuar ndaj B qelizave si terapi në menaxhimin e lupusit eritematoz sistematik

Burimi: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1365-2249.2011.04460.x>

#### Referencat:

1. Lazar S, Kahlenberg JM. Systemic lupus erythematosus: New diagnostic and therapeutic approaches. *Annual Review of Medicine*. 2023;74(1):339–52. doi:10.1146/annurev-med-043021-032611.
2. Kandane-Rathnayake R, Golder V, Louthrenoo W, Chen Y-H, Cho J, Lateef A, et al. Lupus low disease activity state and remission and risk of mortality in patients with systemic lupus erythematosus: A prospective, multinational, Longitudinal Cohort Study. *The Lancet Rheumatology*. 2022;4(12). doi:10.1016/s2665-9913(22)00304-6.
3. Aringer M, Costenbader K, Daikh D, Brinks R, Mosca M, Ramsey Goldman R, et al. 2019 European League against Rheumatism/American College of Rheumatology classification criteria for systemic lupus erythematosus. *Arthritis & Rheumatology*. 2019;71(9):1400–12. doi:10.1002/art.40930.
4. Plüß M, Piantoni S, Tampe B, Kim AH, Korsten P, Belimumab for systemic lupus erythematosus - focus on lupus nephritis. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*. 2022;18(5). doi:10.1080/21645515.2022.2072143.
5. Huang SP, Snedecor SJ, Nanji S, Lloyd E, Bell CF. Real-world effectiveness of belimumab in systemic lupus erythematosus: A systematic literature review. *Rheumatology and Therapy*. 2022;9(4):975–91. doi:10.1007/s40744-022-00454-9.
6. Huang SP, Snedecor SJ, Nanji S, Lloyd E, Bell CF. Real-world effectiveness of belimumab in systemic lupus erythematosus: A systematic literature review. *Rheumatology and Therapy*. 2022;9(4):975–91. doi:10.1007/s40744-022-00454-9.
7. Teng YK, Bruce IN, Diamond B, Furie RA, van Vollenhoven RF, Gordon D, et al. Phase III, Multicentre, randomised, double-blind, placebo-controlled, 104-week study of subcutaneous belimumab administered in combination with rituximab in adults with systemic lupus erythematosus (SLE): Bliss-believe study protocol. *BMJ Open*. 2019;9(3). doi:10.1136/bmjopen-2018-025687
8. Belimumab [Internet]. Wikimedia Foundation; 2023 [cited 2023 Jun 6]. Available from: <https://en.wikipedia.org/wiki/Belimumab>

# SINDROMA RHUPUS - NJË SFIDË DIAGNOSTIKE



## Blerta Rexhepi-Kelmendi

Specialist i Reumatologjisë,  
Qendra Klinike Universitare e  
Kosovës

### Hyrje

Sëmundjet reumatizmale janë një grup prej më shumë se 200 sëmundjesh të karakterizuara nga inflamacioni multisistemik dhe çrregullimi imunologjik, që zakonisht prekin kockat, muskujt dhe kyçet. Simptomat klinike si dhimbja, inflamacioni, shtangimi, deformimi dhe shkallë të ndryshme të paafësisë mund të përdoren për t'i identifikuar ato [1].

Pavarësisht standardeve të vendosura diagnostike dhe rekomandimeve për sëmundjet sistemike autoimune, deri në 25% e pacientëve me këto simptoma diagnostikohen gabimisht dhe vazhdojnë të zhvillojnë një sëmundje, me përkeqësime dhe probleme të shkaktuara nga trajtimi joadekuat ose i shtyrë.

### Përkufizimet e Rhupus-it në literaturë

Hera e parë që LES mund të imitojë AR me përfshirjen e nyjave të vogla dhe të mëdha u theksua më 1936 nga Friedberg et al [12] dhe në vitin 1950, Daugherty et al [13] propozuan artritin si një karakteristikë diagnostike e LES. Në atë kohë artriti i lidhur me LES quhej një variant i pseudo-artritisit ose një lloj artriti reumatoid "malinj" [14]. Në vitin 1971, Peter Schur krijoi termin "rhupus" për t'iu referuar atyre që plotësojnë kriteret diagnostikuese për AR dhe LES. [15].

### Epidemiologjia dhe patofiziologjia

Diagnoza është më e vështirë kur një person ka disa sëmundje reumatike. Literatura liston varietete të shumta të sindromës së mbivendosjes (Overlap Syndrome). Një sëmundje shpesh ka avantazhin klinik edhe kur dy ose më shumë çrregullime mund të bashkëjetojnë.

Individualisht LES dhe AR kanë rrugë imunopatogjene të ndryshme. LES kryesisht është i lidhur me një përgjigje imune Th1, ndërsa AR është i lidhur kryesisht me një përgjigje imune Th1. Megjithatë simptomat fillestare të Rhupus-it shpesh shfaqen rreth moshës 35 vjeçare, moshë mesatare në diagnozë është afërsisht 45

vjeç, ku femrat përbëjnë 84-100% të pacientëve të raportuar me këtë sindromë.

Midis 0.01% dhe 2% e njerëzve me çrregullime reumatike është menduar se kanë sindromën Rhupus [1,2]. Një poliartritis simetrik deformues dhe eroziv me simptoma të Lupusit Eritematoz Sistemik (LES), dhe prania e antitropave anti-dsDNA, anti-Smith, anti-RF dhe anti-ciklik peptideve të citrulinuara (ACPA) janë përshkruar si kjo gjendje [2,3].

### Diagnostikimi dhe klinika

Rhupusi nuk mund të diagnostikohet duke përdorur kriteret ose rekomandime të standardizuara. Simptoma kryesore prezantuese e rhupusit është artriti i ngjashëm me AR, dhe antitropat më të shpeshtë që paraqiten përfshijnë ANA (89%), RF (84%), dsDNA (74%) dhe ACPA (58%). [3] Shumica e pacientëve shpesh kanë një CRP të ngritur, një ACPA pozitive dhe praninë e sedimentit të eritrociteve. [4].

Artriti tek LES është jo eroziv dhe i dallueshëm nga Artriti reumatoid (AR) [3,5]. Pacientët me rhupus kanë shumë më pak përfshirje të veshkave sesa pacientët me LES, por nuk ka dallime në përfshirjen neuropsikiatrike, kutane, hematologjike ose serozite [5].

### Diskutim

Rrallë, bashkëjetesa e AR dhe LES rezulton në sindromën e rhupusit. Është e vështirë të identifikohen pacientët të tillë, sepse nuk ka karakteristika të qarta që përcaktojnë këtë entitet [2]. Sindroma zakonisht përshkruhet si më e përhapur tek gratë dhe zakonisht fillon si simptoma të ngjashme me AR përpara se të zhvillohet në LES.

Studimet thonë se indikacionet klinike të LES shfaqen shpesh 4 deri në 7 vjet pasi pacienti përjeton fillimin e AR [1,4].

Poliartiriti eroziv, nyjat reumatoidë, skuqja malare, fotosensibiliteti, rënia e flokëve dhe prania e simptomave konstitucionale janë shenjat

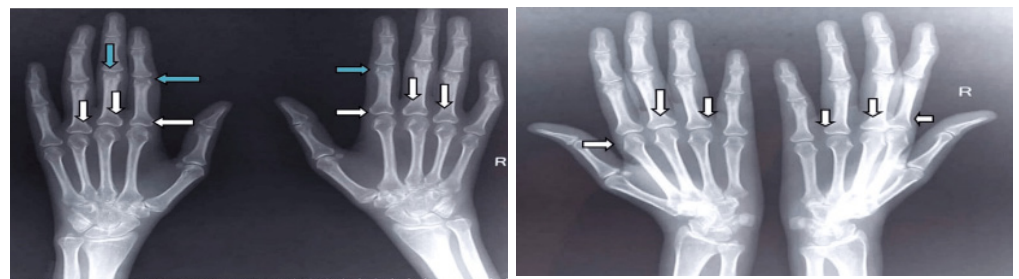


Figura 1. Radiografia tregon osteopeninë juksta-artikulare dhe erozionet periartikulare në nyjat proksimale interfalangeale (shigjeta e kaltër) dhe nyjat metakarpofalangale (shigjeta e bardhë)\*

\*Upadhyaya S, Agarwal M et al: Rhupus Syndrome: A Diagnostic Dilemma September 11, 2022 DOI: 10.7759/cureus.2901.

Korrespondenca:  
blerta.rexhepi@gmail.com



## SINDROMA RHUPUS - NJË SFIDË DIAGNOSTIKE



## Mjellma Rexhepi

Asistent,  
Fakulteti i Mjekësisë,  
Universiteti i Prishtinës

Specialist i Mjekësisë Interne -  
Reumatologjisë,  
Klinika e Reumatologjisë,  
Qendra Klinike Universitare e  
Kosovës

Korrespondenca:  
mjellma\_r@hotmail.com

klinike më të shpeshta të raportuara të artritet reumatoid. Ekzistojnë raste të rralla të dëmtimit të veshkave dhe neurologjike [3,5]. Poliartriti eroziv manifestohet si shenja e parë e AR. Lloje të ndryshme të simptomave të kyçeve, duke përfshirë artralgi, poliartritin jo-eroziv dhe deformimet e kthyeshme, janë dokumentuar se ndodhin gjatë rrjedhës klinike të LES [2,5].

Subluksacioni metakarpofalangeal (MCP), devijimi ulnar dhe anomalitë e qafës së mjellmës janë simptoma të shpeshta të LES për shkak të kapsulave, tendinave dhe ligamenteve fleksibël të kyçeve [2].

Rezultatet e procedurave diagnostikuese janë vendimtare në përcaktimin e diagnozës përfundimtare të sëmundjes.

Gjeni 1 i programuar i qelizave të vdekura (PDCD1), transduktorët e sinjalit dhe aktivizuesit e gjenit të transkriptimit 4 (STAT4), gjenit 3 të ngjashëm me receptorin Fc (FCRL3) dhe proteina tirozine fosfataza joreceptore 22 (PTPN22) të gjithë janë të lidhur me AR dhe LES. Nivelet e aleleve të antigjenit leukocit human (HLA)-DR1 dhe HLA-DR2 janë gjetur në disa studime të jenë dukshëm më të larta në pacientët me artrit reumatoid [6-8].

Antitruapat ACPA janë përdorur për të ndarë AR dhe AR nga LES [1,2].

Kriteret diagnostike për AR të përcaktuara nga EULAR/ACR 2020 përfshijnë poliartritin eroziv simetrik. Chan dhe kolegët sugjerojnë se antitruapat ACPA mund të kenë një rol patogjen në zhvillimin e erozioneve sinjifikante. Ata supozuan se artriti eroziv është më i shpeshti në pacientët me LES që kishin antitruapa ACPA pozitiv [7,9].

Studimi i Antoninit et al. [10] duke përfshirë 287 pacientë me rhus zbuluan se poliartriti i ngjashëm me AR, anomalitë hematologjike, përfshirja e veshkave, prekja e lëkurës dhe mukozës dhe seroziti ishin shenjat më të shpeshta të rhusit. Vetëm 6% e njerëzve me rhus shfaqin përfshirje pulmonare.

Një tjetër studim nga Li J et al. me 56 pacientë zbuloi se 7% e pacientëve me rhus kishin tension arterial pulmonar dhe 17% kishin sëmundje interstiale të mushkërive. Në krahasim me pacientët me LES pa AR, të dy studimet zbuluan se njerëzit me rhus kishin një incidencë të zvogëluar të anemisë hemolitike, të përfshirjes renale dhe neurologjike, dhe të skuqjes malare. Përveç anemisë hemolitike pozitive indirekte të Coombs, pacienti kishte sëmundje interstiale të mushkërive, e cila mund të shkaktojë hipertension pulmonar. Këto janë gjithashtu paraqitje të pazakonta të sëmundjes. [10, 11].

## Trajtimi

Përdorimi i hidroksilklorinës, kortikosteroideve dhe metotreksatit për të menaxhuar procesin inflamator artikular dhe trajtimin e simptomave konstitucionale arsyetohet nga tabloja inflamator poliartrikulare, erozive dhe seropozitive. Mycophenolate mofetil dhe terapia biologjike janë dy grupe të barnave të tjera që mund të jenë të dobishme, veçanërisht nëse ka indikacion të dëmtimit të veshkave. Të gjithë frenuesit e faktorit alfa të nekrozës së tumorit (TNFalfa), madje edhe ata me Lupus nefrit të vendosur, kanë qenë të shoqëruar me raste të ANA, anti-dsDNA dhe lupusit të induktuar nga barnat. Prandaj, futja e terapisë biologjike kërkon monitorim për përkeqësimin dhe shfaqjen e simptomave të reja të LES kur metotreksati nuk është në gjendje të kontrollojë mjaftueshëm AR eroziv [2,3]. Për të ndihmuar në parandalimin e komplikimeve, indikacionet klinike të kësaj gjendjeje të mbivendosur duhet të vlerësohen rregullisht.

## Përfundimi

Rhupusi është një sindromë unike e mbivendosjes së AR dhe LES që karakterizohet nga rritje e dëmtimeve nga AR dhe ulje e dëmtimit të lidhur me LES. Është një çrregullim mjaft i rrallë.

Pavarësisht se është një çrregullim i rrallë, është thelbësore të njihen manifestimet e ndryshme klinike dhe karakteristikat diagnostike në mënyrë që të bëhet një diagnozë në kohë, të shmanget vonesa e trajtimit dhe të zvogëlohen pasojat. Rrugët e sakta patogjenetike të sëmundjes janë ende të paqarta.

Nuk ka kriteret ose terapi të standardizuara diagnostike. Karakteristikat aktuale klinike që janë paraqitur përdoren për të udhëhequr trajtimin.

Për të përcaktuar patofiziologjinë e saktë dhe për të siguruar një plan uniform trajtimi për këtë gjendje të rrallë, duhet të bëhen më shumë studime.

(<https://omk-rks.org/revista-mjeku/>)

## Referencat:

1. Solís Cartas U, Martínez Larrarte JP, Prada Hernández DM, et al.: Rhupus syndrome: a rare combination. *Revista Colombiana de Reumatología (English Edition)*. 2017, 24:237-41. 10.1016/j.rcreue.2017.05.004.
2. Lahita RG: *Systemic Lupus Erythematosus*. Lahita RG (ed): Academic Press, 2010. 10.1016/C2009-0-02062-5.
3. Iaccarino L, Gatto M, Bettio S, et al.: Overlap connective tissue disease syndromes. *Autoimmun Rev*. 2013, 12:363-73. 10.1016/j.autrev.2012.06.004.
4. Benavente EP, Paire SO: Rhupus: report of 4 cases. *Reumatología Clínica (English Edition)*. 2011, 7:333-5. 10.1016/j.

## ANËTARËSIMI, RIANËTARËSIMI, KUOTA E ANËTARËSISË DHE RIANËTARËSIMIT

Duke qenë se jemi në muajin qershor dhe afati i fundit për pagesën e anëtarësisë vjetore është 30 qershor, përmes kësaj pjese do të përfshijmë disa nga këshillat lidhur me anëtarësimin dhe respektimin e detyrave të anëtarëve të Odës, përkatësisht ekzekutimin e taksës së anëtarësisë vjetore.

Fillimisht, anëtarësimi buron nga Ligji Nr. 04/L-125 për Shëndetësi, ku në nenin 78 thotë:

KREU XIII

ODAT E PROFESIONISTËVE SHËNDETËSORË

Neni 78

1. Odat e profesionistëve shëndetësorë janë organizata profesionale, të themeluara nga Kuvendi i Kosovës me ligj.

2. Odat nga paragrafi 1 i këtij neni organizohen në lëmitë e mjekësisë, stomatologjisë, farmacisë, dhe

infirmierisë; dhe për punën e tyre e informojnë rregullisht Ministrinë.

3. Të gjithë profesionistët shëndetësorë duhet të jenë anëtarë të Odës përkatëse nga paragrafi 2 i këtij neni.

Përveç Ligjit Nr. 04/L-125 për Shëndetësi, anëtarësimi është i obligueshëm për të gjithë profesionistët shëndetësor edhe me Ligjin Nr. 04/L-150 për Odat e Profesionistëve Shëndetësor, Nenin 8 i cili thotë:

KREU II

ANËTARËSIMI NË ODA

Neni 8

1. Anëtarësimi në Oda është i detyrueshëm për të gjithë doktorët e mjekësisë, doktorët e stomatologjisë, farmacistët e diplomuar, infermierët e diplomuar, mamitë e diplomuara, fizioterapeutët e diplomuar, laborantët e lartë mjekësor, logopedët e diplomuar, foniatët e diplomuar, psikologët klinik, profesionistët tjerë shëndetësor me kualifikim të mesëm dhe të lartë të përcaktuar në regjistrin zyrtar të ministrisë të cilët ushtrojnë veprimtarinë e tyre shëndetësore në Republikën e Kosovës.

2. Anëtarësimi në Oda është i detyrueshëm edhe për profesionistët shëndetësor nga paragrafi 1 i këtij neni të cilët ushtrojnë veprimtarinë e tyre në kushte të mbrojtjes sociale, institucione tjera të organeve shtetërore, në fakultete, gjegjësisht në shkolla profesionale, në ambulanca të mjekësisë së punës si dhe në të gjitha rrethanat tjera ku ushtrohet veprimtaria shëndetësore në përputhje me ligjet në fuqi.

Si rregullohet kuota e anëtarësisë?

Anëtarësia po ashtu ka burimin e njëjtë ligjor, pra një bazë ligjore ka edhe te Ligji Nr. 04/L-125

për Shëndetësi, Neni 78 i cili thotë:

Neni 78

5. Odat e profesionistëve shëndetësorë vetëfinancohen me pagesat e anëtarësisë dhe format e tjera të pagesave të profesionistëve shëndetësorë nga paragrafi 3. i këtij neni, në pajtim me ligjin nga paragrafi 1 i këtij neni. Tutje, çështja e përcaktimit të mënyrës së regjistrimit bazohet në Nenin 15 të Ligjit Nr. 04/L-150 për Odat e Profesionistëve Shëndetësorë si në vijim:

Neni 15

Odat me akte të veçanta përcaktojnë mënyrën e regjistrimit, evidentimit dhe mirëmbajtjes së regjistrave, përmbajtjen e regjistrave si dhe formën e shkresave, vërtetimeve dhe akteve tjera të Odës në bazë të evidencës zyrtare.

Bazuar në Nenin e lartcekur, Oda e Mjekëve përmes Statutit të saj, përkatësisht Nenit 14 përcakton obligimet dhe përgjegjësitë për anëtarët e Odës:

STATUTI I OMK-së

1. Anëtarët e Odës kanë këto obligime dhe përgjegjësi:

1.1. Të respektojnë Statutin e OMK-së dhe Kodin e Etikës profesionale;

1.2. Të paguajnë anëtarësinë e OMK-së në mënyrë të rregullt;

Çfarë ndodhë nëse nuk paguhet kuota e anëtarësisë vjetore?

Në rast se neglizhohet afati për pagesën e anëtarësisë, pëson ndërprerja e anëtarësisë, kjo duke u bazuar në Nenin 15 të Statutit të Odës:

Neni 15

1. Anëtarësimi në OMK ndërpritet në këto raste:

1.4. Në rast të mospagesës së anëtarësisë në vazhdimësi gjashtë muaj;

Çfarë ndodhë në rast të ndërprerjes së anëtarësisë?

Me rastin e ndërprerjes së anëtarësisë, Komisioni për Regjistrim, Licencim dhe Rilicencim nxjerr Vendim për çanëtarësimin automatik të mjekut dhe në këtë rast mjeku humb çdo të drejtë të marrjes së shërbimeve nga Oda e Mjekëve: ku përfshihen tërheqja e vërtetimeve për anëtarësim, licencë pune, të kaluarës etike etj. Po ashtu me këtë rast humb edhe e drejta për përfitime të përkrahjes financiare në fusha të ndryshme si ajo e punimeve shkencore, solidaritet, përkrahje e veçantë individuale etj.

Bazuar në Nenin 16 të Statutit të Odës së Mjekëve të Kosovës, anëtarit të OMK-së që i është ndërprerë anëtarësia është i obliguar që në afat prej 7 ditësh t'ia dorëzojë OMK-së

Revista Mjeku

kartelën e anëtarësit, në të kundërtën OMK-ja e paraqet në Këshillin Etik për fillimin e procedurës për shkelje të legjislacionit në fuqi.

Kartela e anëtarësisë së mjekut është pronë e Odës dhe si e tillë duhet t'i dorëzohet organeve kompetente të OMK-së me rastin e çregjistrimit të mjekut nga Regjistri i anëtarësisë, kjo bazuar në Nenin 12 të Rregullores për Regjistrim, Licencim dhe Rilicencim në OMK.

Bazuar në Nenin 27, paragrafi 7, Pronar i faksimilit është OMK-ja, dhe si i tillë duhet t'i dorëzohet organit kompetent në këto dy raste:

-Me rastin e dorëzimit të Licencës së punës të skaduar, për të cilën i është lëshuar faksimili i tillë; dhe

-Me rastin e çregjistrimit të mjekut nga Regjistri i anëtarësisë.

Gjithashtu duhet theksuar se në rast se mjeku dëshiron të rifitojë anëtarësinë në Odën e Mjekëve, duhet të aplikojë për rianëtarësim.

**Çfarë është rianëtarësimi dhe si aplikohet?**

Rianëtarësimi në Odën e Mjekëve është formë e riaplikimit për anëtarësim e cila ndodhë si pasojë e çanëtarësit të vullnetshëm (me kërkesë të anëtarit të Odës) apo si pasojë e mospagesës së anëtarësisë në vazhdimësi gjashtë muaj.

Rianëtarësimi aplikohet kur mjeku personalisht apo i autorizuari i tij/saj paraqet kërkesën duke plotësuar formularin e veçantë për rianëtarësim, si dhe dëshminë e pagesës për rianëtarësim në shumë prej 100.00€, sipas Vendimit të Kuvendit të Odës së Mjekëve të Kosovës për caktimin e taksave administrative në OMK.

Bazuar në paraqitjen e kërkesës për rianëtarësim, Komisioni për Regjistrim, Licencim dhe Rilicencim nxjerr Vendim për rianëtarësimin e mjekut.

**Çfarë ndodhë në rast të ndërprerjes së anëtarësisë pas rianëtarësit?**

Në rast se mjeku rianëtarësohet dhe përsëri neglizhon detyrat dhe përgjegjësitë e tij karshi Odës së Mjekëve, Komisioni për Regjistrim, Licencim dhe Rilicencim nxjerr përsëri Vendim për çanëtarësimin e tij.

Tutje, nëse edhe pas çanëtarësit për herën e dytë, mjeku dëshiron të jetë anëtar i Odës, procedura për rianëtarësim është e njëjtë duke plotësuar formularin e rianëtarësit, mirëpo ndryshon taksa administrative për rianëtarësim. Pra, bazuar në Vendimin e Kuvendit të Odës së Mjekëve për taksat administrative,

mjeku për rianëtarësimin e dytë duhet të paguajë taksën administrative në vlerë prej 200.00€.

Bazuar në paraqitjen e kërkesës për rianëtarësimin e dytë, Komisioni për Regjistrim, Licencim dhe Rilicencim nxjerr Vendim për rianëtarësimin e mjekut.

## Prof.Dr. Sylejman Rexhepi

Mjek, internist, reumatolog, doktor i shkencave dhe profesor i asocuar.

Lindi më 6 nëntor 1953, në Ferizaj. Shkollën fillore dhe gjimnazin i kreu në vendlindje. Diplomoi në Fakultetin e Mjekësisë, në Prishtinë, më 1979. Pas diplomimit punësohet në Shtëpinë e Shëndetit në Ferizaj. Më 1981 fillon specializimin në Mjekësi Interne në Prishtinë, qëndron një muaj në Institutin e Sëmundjeve Kardiovaskulare në Bolonjë dhe specializon në Nish më 1985.

Më 1983 punësohet në Klinikën Interne – njësia e Reumatologjisë në Prishtinë. Më 1985 autorizohet asistent, më 1987 zgjidhet asistent dhe më 1999 docent i lëndës Mjekësia interne në Fakultetin e Mjekësisë në Prishtinë.

Më 1986 regjistron studimet pasdiplomike në Fakultetin e Mjekësisë, në Zagreb dhe më 1991 mbron temën e magjistraturës.

Gjatë periudhës 1987-89 ishte bartës i projektit shkencor mbi ethet reumatike në Kosovë dhe ka marrë pjesë në organizimin e 6 simpoziumeve për këtë problematikë.

Me 1997 mbron temën e doktoratës me titull: “Veçoritë e artritit reumatoid në pleqëri”.

Më 1999 angazhohet në botimin e revistës shkencore për çështje shoqërore, ekonomike dhe tekniko- teknologjike të Kosovës “Dardani sacra”, ku zgjidhet anëtar i Këshillit redaktues dhe njëkohësisht sekretar i revistës.

Në vitin 2000 zgjidhet zëvendës shef, ndërsa më 2001 shef i Katedrës së Mjekësisë interne.

Në nëntor 2002 qëndroi në Universitetin e Ependorf Hamburgut me qëllim të përkrahjes së procesit reformues të arsimit të lartë.

Me 28 prill 2003, organizoi takimin profesional reumatologjik me pjesëmarrje ndërkombëtare.

Gjatë periudhës 2002-2003 udhëhoqi studimet pasdiplomike për Reumatologji me rehabilitim fizikal. Është anëtar i komisionit recensues në dy libra universitarë. Ka marrë pjesë në shumë kongrese e simpoziume dhe ka publikuar disa punime shkencore ai autor dhe koautor.



### Literatura:

Dr. Sylejman Rexhepi  
”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.

## Kalendari i aktiviteteve për vitin 2023

Institucioni/Shoqata organizuese e aktivitetit	Tema	Koha e mbajtjes së aktivitetit
Klinika e Kardiologjisë QKUK	Ligjërata vjetore profesionale	Janar-Dhjetor 2023
Klinika e ORL-së - QKUK	Ligjërata vjetore profesionale	Janar-Dhjetor 2023
Klinika e Dermatologjisë - QKUK	Ligjërata vjetore profesionale	Janar-Dhjetor 2023
Klinika Pulmologjike - QKUK	Ligjërata vjetore profesionale	Janar-Dhjetor 2023
Klinika e Pediatriisë - QKUK	Ligjërata vjetore profesionale	Janar-Dhjetor-2023
Klinika e Hematologjisë - QKUK	Ligjërata vjetore profesionale	Janar-Dhjetor 2023
Klinika Infektive - QKUK	Ligjërata vjetore profesionale	Janar-Dhjetor 2023
Qendra Kryesore e Mjekësisë Familjare - Prishtinë	Ligjërata vjetore profesionale	Janar-Dhjetor 2023
Qendra Kryesore e Mjekësisë Familjare - Fushë Kosovë	Ligjërata vjetore profesionale	Janar-Dhjetor 2023
Qendra Kryesore e Mjekësisë Familjare - Drenas	Ligjërata vjetore profesionale	Janar-Dhjetor 2023
Qendra Kryesore e Mjekësisë Familjare - Junik	Ligjërata vjetore profesionale	Janar- Dhjetor 2023
Qendra Kryesore e Mjekësisë Familjare - Malishevë	Ligjërata vjetore profesionale	Janar-Dhjetor 2023
Qendra Kryesore e Mjekësisë Familjare - Vushtrri	Ligjërata profesionale	Janar-Dhjetor 2023
Qendra Kryesore e Mjekësisë Familjare - Gjakovë	Ligjërata profesionale	Janar-Dhjetor 2023
Qendra Kryesore e Mjekësisë Familjare - Podujevë	Ligjërata profesionale	Janar-Dhjetor 2023
Qendra Kryesore e Mjekësisë Familjare Prizren	Ligjërata profesionale	Janar-Dhjetor 2023
Qendra Kryesore e Mjekësisë Familjare- Gjilan	Ligjërata profesionale	Janar-Dhjetor 2023
Qendra Kryesore Mjekësisë Familjare - Pejë	Ligjërata profesionale	Janar-Dhjetor 2023
Qendra Kryesore e Mjekësisë Familjare- Viti	Ligjërata profesionale	Janar-Dhjetor 2023
Shoqata e Neurologjisë e Kosovës	Ligjërata profesionale	Janar-Dhjetor 2023
Accesible Quality Healthcare - AQH Project	Health and Beauty	Mars-Qershor 2023
Poliklinika diagnoza - Gjilan	Ligjërata profesionale	Janar- Dhjetor 2023
Action for Mothers and Children/Aksioni për Nëna dhe Fëmijë	Ligjërata profesionale	Janar-Dhjetor 2023
Oda e Mjekëve të Kosovës	Kongres multidisiplinar	27-28 Tetor 2023
	Dita Botërore e Kancerit	04 Shkurt
	Dita Botërore e Dëgjimit	03 Mars
	Dita Botërore e Veshkave	09 Mars
	Dita Botërore e Shëndetit	07 Prill
	Dita Botërore e Dhurimit të Gjakut	14 Qershor
	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

