

TRAJTIMI I KARCINOMËS SË LUKTHIT



Faton Sermahaj

Profesor Asistent

Specialist i Onkologjisë

Kanceri i lukthit është ndër kanceret më të shpeshta dhe është shkaktari i tretë më i shpeshtë i vdekjes nga kanceri në gjithë botën. Vdekshmëria e madhe lidhet në të shumtën e rasteve me vonesat në diagnostikim, meqenëse kjo sëmundje zhvillohet në heshtje dhe vetëm rreth 25% e rasteve zbulohen në stade të lokalizuara. Sipas Globocan, numri i rasteve të reja me kancer të lukthit në vitin 2022 ishte 968 784 në gjithë botën, ndërsa në Evropë ky numër ishte 35 610 (1).

Ndër shkaktarët kryesor të cilët lidhen me paraqitjen e kancerit të lukthit janë Helikobakter Pylori, përdorimi i ushqimeve të konservuara, mishi, ushqimet e kripura dhe të tymosura, pirja e duhanit, përdorimi i alkoolit, faktorët gjenetik. Nga ana tjetër, trajtimi i Helikobakter Pylorit, përdorimi i frutave dhe ushqimeve të freskëta që përmbajnë vitaminat A dhe C, e zvogëlojnë mundësinë e paraqitjes së kancerit të lukthit (2).

Kanceri i lukthit prek më tepër meshkujt se sa femrat dhe ky raport është 3 me 1. Incidenca e kancerit të lukthit rritet në mënyrë progresive me rritjen e moshës, ndërsa numri më i madh i rasteve paraqitet rreth moshës 65-70 vjeçare. Rreth 10% të rasteve paraqiten nën moshën 45 vjeçare (3).

Tipat e karcinomës së lukthit

Tipat më të shpeshta të karcinomës së lukthit janë: Adenocarcinoma e tipit Intestinal (53%), Adenocarcinoma e tipit difuz (18%), Adenocarcinoma e lidhjes gastroezofageale (18%), Limfoma gastrike (7%), si dhe tipa të tjera (5%)(4).

Për nga mënyra e rritjes, karcinoma e lukthit mund të shfaqet si masë: polipoide, ulcerative, vejetative apo infiltrative.

Shenjat dhe simptomat

Shenjat dhe simptomat më të shpeshta të karcinomës së lukthit janë: humbje peshe, dhimbje abdominale, ngopje e hershme, disfagia, nausea dhe melena si dhe shenjat dhe simptomat të tjera, kur kjo sëmundje paraqitet në distancë (metastazat). Tumoret e lukthit zakonisht metastazojnë në nyjat limfatike regjionale ose të largëta, peritoneum, mëlçi, mushkëri.

Diagnostikimi

Diagnostikimi i karcinomës së lukthit bëhet duke filluar me ezofagogastroskopinë me anë të së cilës vërehet indi jonormal, gjithashtu në të njëjtën kohë, mund të merret materiali për biopsi. Pas konfirmimit të sëmundjes është i domosdoshëm realizimi i imazherisë (CT, MRI, PET-CT), ultrasonografia endoskopike, për të caktuar stadin klinik të sëmundjes dhe njëkohësisht për të vlerësuar nëse pacienti duhet t'i nënshtrohet fillimisht kirurgjisë, apo duhet të përdoret terapi neoadjuvante. Ndërsa tek rastet kur sëmundja ka metastazuar në organet në distancë, pacienti është kandidat për trajtim definitiv me terapi sistemike (kimioterapi, target terapi, imunoterapi). Për diagnostikim mund të përdoren edhe tumor

markerët si: CEA, CA19-9, CA72-4 (5, 6).

Për planin e trajtimit, është shumë e rëndësishme që të vendoset në mënyrë multidisiplinare, duke përfshirë: kirurgun, onkologun, radiologun, patologun dhe të tjerë sipas nevojës.

Trajtimi

Trajtimi i karcinomës së lukthit në fazë të hershme mund të bëhet përmes kirurgjisë endoskopike. Metoda tjera kirurgjikale janë: kirurgjia e pjesshme apo totale e lukthit, mirëpo aplikimi i këtyre metodave mund të bëhet vetëm pas vlerësimit të saktë të shtrirjes lokale dhe sistemike të sëmundjes. Reseksioni kirurgjikal ofron mundësinë më të mirë për jetëgjatësi më të madhe për pacientin. Reseksioni i lukthit duhet të shoqërohet edhe me diseksion të nyjave limfatike, preferohet të bëhet D2 reseksioni (7).

Përveç trajtimit kirurgjikal rëndësi të madhe ka edhe trajtimi me kimioterapi si dhe kimio-radioterapi konkomitante e cila mund të përdoret si trajtim neoadjuvant (para kirurgjisë) ose adjuvant (pas kirurgjisë). Përdorimi i terapisë neoadjuvante e ka rëndësinë në zvogëlimin e masës tumorale si dhe zvogëlimin në numër dhe madhësi të nyjave limfatike metastatike, në mënyrë që të realizohet intervenimi kirurgjik i plotë. Po ashtu, me anë të kësaj metode mund të vlerësojmë edhe efektshmërinë e terapisë. Përdorimi i kimioterapisë dhe kimioradioterapisë konkomitante adjuvante, ka për qëllim rritjen e kontrollit lokal të sëmundjes (uljen e shkallës së recidivit) si dhe zvogëlimin e shkallës së metastazimit në distancë. Kimio-radioterapia konkomitante adjuvante përdoret tek rastet kur ka mbetje tumorale pas kirurgjisë (R-1), kur janë gjetur nyje limfatike metastatike regjionale dhe nuk është realizuar D-2 reseksioni. Ndërsa kimio-radioterapia definitive aplikohet në rastet e sëmundjes lokalisht shumë të avancuar (inoperabile) si dhe tek rastet kur për arsye të pacientit (mosha, komorbiditetet tjera), nuk është e mundur të realizohet intervenimi kirurgjik(8).

Përveç kimioterapisë, në trajtimin sistematik të karcinomës së lukthit mund të përdoret edhe terapia e caktuar (Trastuzumab) tek tipat e karcinomës me Her2 - pozitiv, si dhe Imunoterapia.

Në Klinikën e Onkologjisë në Prishtinë, pacientët me karcinomë të lukthit trajtohen sipas protokolleve ndërkombëtare (NCCN, ESMO) dhe aty mund të aplikohen të gjitha skemat e kimioterapisë. Fillimisht pacientët paraqiten në konziliumin e klinikës dhe aty vendoset për planin e trajtimit.

Radioterapia si e vetme apo konkomitante me kimioterapinë mund të aplikohet tek rastet kurative si adjuvante apo definitive. Po ashtu, mund të aplikohet edhe për qëllime paliative, përmes dy akceleratorëve linear të cilët gjenden në repartin e Radioterapisë.

Përcjellja e pacientëve pas trajtimit (follow-up) bëhet në baza të rregullta kohore me qëllim

të zbulimit sa më të hershëm të shenjave të rikthimit të sëmundjes. Kjo bëhet duke realizuar ekzaminime fizike, imazherike (CT, MRI, PET-CT), endoskopike, si dhe analiza laboratorike dhe biomarker tumoral.

Sfidë e ditëve tona si dhe e së ardhmes mbetet zbulimi i kësaj sëmundjeje në stade më të hershme, e cila mund të bëhet duke vetëdijesuar popullatën lidhur me shenjat dhe simptomat, si dhe paraqitjen tek mjeku në kohën e duhur, pa u vonuar.

Rëndësi të veçantë kanë mjekët e shërbimit primar

në vlerësimin dhe trajtimin e drejtë të shenjave dhe simptomave të lidhura me këtë sëmundje, si vijë e parë e cila ballafaqohet me popullatën. Po ashtu, rëndësi të madhe ka triazhimi me kohë në nivelin sekondar dhe terciar, në njësitë përkatëse, për të vlerësuar këto shenja dhe simptoma me imazheri, endoskopi si dhe ekzaminim histopatologjik. Zbulimi në stade më të hershme mundëson një qasje më pak agresive kirurgjike, po ashtu, një trajtim më të lehtë me terapi sistemike, por mbi të gjitha garanton një prognozë më të mirë dhe jetëgjatësi më të madhe për pacientin.

Referencat:

1. International Agency for Research on Cancer (2022). (Assesed: 2024 March 15). Available from: <https://gco.iarc.fr/en>.
2. Cheng XJ, Lin JC, Tu SP. Etiology and Prevention of Gastric Cancer. *Gastrointest Tumors*. 2016;3(1):25-36.
3. Machlowska J, Baj J, Sitarz M, Maciejewski R, Sitarz R. Gastric Cancer: Epidemiology, Risk Factors, Classification, Genomic Characteristics and Treatment Strategies. *Int J Mol Sci*. 2020;21(11):4012.
4. Zhu X, Pigazzi A, Zell J, Lu Y. Changing Disparity of Gastric Cancer Incidence by Histological Types in US Race-Specific Populations. *Cancer Control*. 2020;27(1):1073274820977152.
5. Zhang Y, Yu J. The role of MRI in the diagnosis and treatment of gastric cancer. *Diagn Interv Radiol*. 2020;26(3):176-182.
6. Matsuoka T, Yashiro M. Biomarkers of gastric cancer: Current topics and future perspective. *World J Gastroenterol*. 2018;24(26):2818-2832.
7. Sexton RE, AlHallak MN, Diab M, Azmi AS. Gastric cancer: a comprehensive review of current and future treatment strategies. *Cancer Metastasis Rev*. 2020;39(4):1179-1203.
8. Song Z, Wu Y, Yang J, Yang D, Fang X. Progress in the treatment of advanced gastric cancer. *Tumour Biol*. 2017;39(7):1010428317714626.

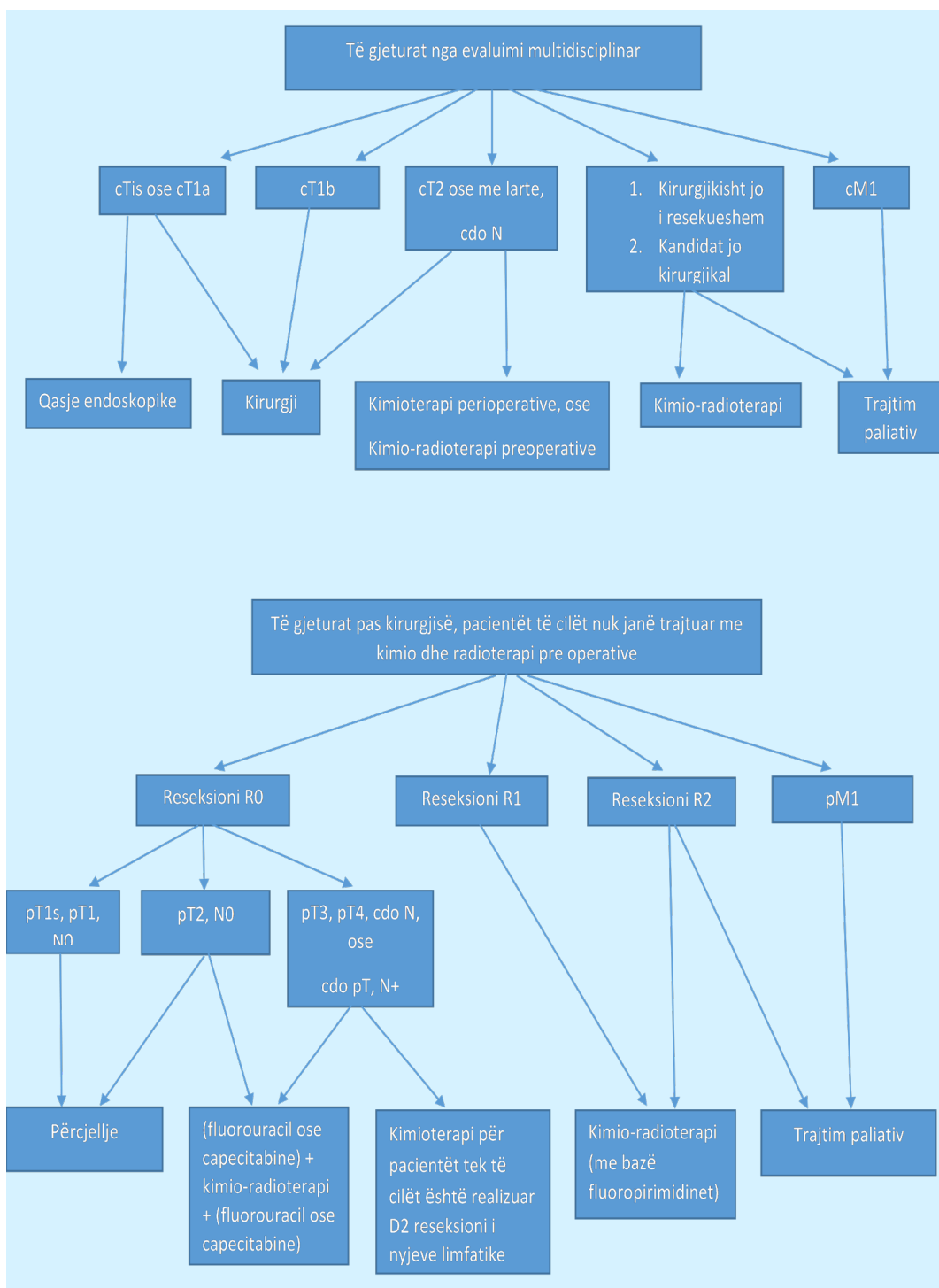


Figura 1. Algoritmi i trajtimit të kancerit të lukthit