

UNIVERSITETI “FEHMI AGANI” GJAKOVË

FAKULTETI I MJEKËSISË

PROGRAMI: MAMI



PUNIM DIPLOME

**DËSHTIMET SPONTANE DHE HABITUALE**

Kandidatja:  
Qëndresa Brahimaj

Mentor:  
Prof. Asist. Selami Sylejmani, MD, PhD

Gjakovë, Tetor 2017

**MENTORI I PUNIMIT:**

**Prof. Asist. Selami Sylejmani, MD, PhD**

Profesor i Fakultetit të Mjekësisë i Universitetit “Fehmi Agani” Gjakovë

**Punimi përmban:**

40 faqe

7 figura

2 tabela

## **DEKLARATA E KANDIDATES**

Unë **Qëndresa Brahimaj**, deklaroj se kjo temë e Diplomës, **“DËSHTIMET SPONTANE DHE HABITUALE”**, e llojit të studimit: **Rishikim i literaturës**, është punim i im origjinal.

E gjithë literatura dhe burimet tjera që i kam shfrytëzuar gjatë punimit janë të listuara në referenca dhe plotësisht të cituara.

I gjithë punimi është punua dhe përgatit duke respektuar dhe mbështetur në këshillat dhe rregullorën për përgatitjen e temës së diplomës të përcaktuara nga ana e Universitetit “Fehmi Agani” Gjakovë.

## **FALËNDERIMET**

### **Falendërim të posaçëm i shpreh udhëheqësit të këtij punimi:**

**Prof. Selami Sylejmani, MD, PhD**, Profesor i Fakultetit të Mjekësisë i Universitetit “Fehmi Agani” Gjakovë, i cili më korrektësi maksimale në çdo kohë ka qenë i gatshëm për të më dhënë këshilla, sugjerime dhe mendime për realizimin dhe përfundimin e këtij punimi.

**U jam mirënjohës të gjithëve, që në çfardo mënyre kontribuan në kryerjen dhe përfundimin e këtij punimi e sidomos:**

- **Profesorëve, asistenteve, stafit udhëheqës dhe gjithë personelit të** Universitetit “Fehmi Agani”, të cilët në mënyrën më të mirë të mundshme që dijen e tyre e transmetojnë edhe tek ne studentët.
- **Në fund, por jo edhe në vendin e fundit, falenderime të pafundme për familjen time**, të cilët më mbështetën drejt rrugëtimit tim dhe përfundimit të këtij synimi.  
Pa ndihmën dhe përkrahjen e tyre, nuk do të mund të realizoja synimet e mija, për çka për jetë u jamë mirënjohëse dhe falenderuese.

# PËRMBAJTJA

Abstrakti.....	5-6
Abstract.....	6-7
1Hyrja.....	8
1.1 Shpeshtësia e aborteve.....	8-10
2. Dështimet spontane.....	10-11
2.1 Etiologjia.....	11-13
2.1.1 Faktoret që e rrisin rrezikun për abort.....	13-14
2.2 Simptomat.....	14
2.2.1 Zhvillimi klinik.....	15-22
2.3 Metodatat e kryerjes së abortit.....	22-25
2.4 Diagnoza.....	25
2.4.1 Të dhënat laboratorike.....	25
2.4.2 Ekografia.....	26
2.4.3 Komplikacionet.....	26-28
2.5 Trajtimi dhe menaxhimi.....	29
3. Dështimet habituale.....	29-30
3.1 Etiologjia.....	30-34
3.2 Vlerësimi para konceptcionit.....	34
3.2.1 Anamneza.....	35
3.2.2 Ekzaminimet fizike.....	35
3.2.3 Vlerësimi laboratorik.....	35
3.3 Vlerësimi pas konceptcionit.....	36
3.3.1 Terapia.....	36
3.3.3 Mbështetja psikologjike.....	37
4 Referencat.....	38
Biografi e shkurtër e kandidatës-CV (Curriculum Vitae).....	39

## Abstrakti

**Hyrje:** Emërtimi abort (abortus) vjen nga fjala Latine abortion-hedhje, dështim, qitje. Aborti është ndërprerja e shtatzënisë dhe dalje e fetusit dhe materialeve placentare jashtë mitrës deri në javën e 22-të të jetës intrauterine të frytit. Ndërprerja e shtatzënisë pas 22 javëve e deri në javën e 37 –të quhet lindje para kohe.

Fetusi që lind para 22 javëve nuk jeton. Përparimi i kujdesit Obstetrik dhe Neonatologjik mundëson mbijetimin e të porsalindurit në moshën gestative nën 28 javë dhe peshë më të vogël se 1000 gram, mbijetojnë gati 20% e fëmijëve më pak se 1000 gram të peshës së lindjes. Aborti gjatë 14 javëve të para quhet i hershëm dhe pas kësaj jave quhet i vonshëm.

**Qëllimi i punimit:** është të paraqesim të dhëna mbi abortet spontane dhe habituale, të shqytojmë shkaktarët e abortit dhe nderlikimet si dhe mundësit e trajtimit të shkaqeve të aborteve duke bërë rishikimin e literatures.

**Të dhënat e përgjithshme :** Aborti spontan është një ndër komplikacionet më të shpeshta të shtatzënisë dhe përkufizohet si një ngjarje që ndodh para javës së 20-të të shtatzënisë. Nënkupton daljen e pjesshme ose të plotë të embrionit ose fetusit (fetusi duhet të peshojë nën 500 gr). Tradicionalisht, aborti i përseritur është përkufizuar si ndërprerja e tri apo më shumë shtatzënive të diagnostikuara klinikisht para javës së 20-të, pas periudhës menstruale të fundit. Anomalitë kromozomike të prindërve dhe komplikacionet trombotike të sindromës me antitropa antifosfolipidikë (APAS) janë shkaktarët e vetme të padiskutueshme të abortit . Megjithatë, këto anomali së bashku janë përgjegjëse për më pak se 10-15% të aborteve të përseritura(RPL). Mëgjithëse, pjesa e saktë e pacientëve të diagnostikuar me një anomali të veçantë mund të ndryshojnë ndërmjet popullatave janë bërë lidhje të tjera me: anomali anatomike, probleme endokrine, infeksione, faktorët imunologjik, APAS . Përparimet në trajtimin e pacienteve më RPL fatëkeqësishtë kanë qënë të ngadalta. Prandaj shpesh është pothuajse e pa mundur të krahasohen dhe të vlersohen rezultatet e provave klinike që përfshijnë pacientet më RPL. Mundësitë terapeutike më të zakonshme që ekzistojnë aktualisht për pacientet me RPL përfshijnë përdorimin e vezëve ose spermes nga dhurues të tjerë, përdorimin e diagnozës gjenetike para inplantimit, përdorimin e ndërhyrjeve antitrombotike, riparimin e anomalove anatomike, trajtimin e infeksioneve

dhe një shumëllojshmëri e nderhyrjeve imunologjike dhe trajtimet medikamentoze. Këshillimi dhe mbështetja psikologjike rekomandohet për të gjitha pacientet.

**Përfundimi:** diagnostifikimi i hershë i shkaktarëve të abortit, mundëson menaxhimin dhe trajtimin adekuat. Dhe në këtë mënyrë parandalon gjendje të rënda shëndetsore tek abortet habituale, duke ruajtur fertilitetin – plleshmerin e pacientes.

**Fjalët kyqe:** abortet spontane dhe habituale, shkaqet, trajtimi-mjekimi.

## Abstract

**Introduction:** The term abortion (abortion) comes from the Latin word abortion-jumping, failure, shooting. Abortion is the interruption of pregnancy and fetal outbreak and placental outbreaks until the 22nd week of intrauterine life of the fruit. Termination of pregnancy after 22 weeks to week 37 is called premature birth. The fetus that is born 22 weeks ago does not live. The progress of Obstetric and Neonatological care enables the survival of porsalinuria at gestational age below 28 weeks and weighing less than 1000 grams, surviving nearly 20% of children less than 1000 grams of birth weight. The herb during the first 14 weeks is called early and after this week is called late.

**The purpose of this paper:** is to present data on spontaneous and habitual abortions, to examine the causes of abortion and implications, and to address the causes of abortions by reviewing the literature.

**General information:** Spontaneous abortion is one of the most common complications of pregnancy and is defined as an event occurring before the 20th week of pregnancy. Means the partial or full emergence of the embryo or fetus (the fetus should weigh below 500 gr). Traditionally, abortion is defined as interruption of three or more clinically diagnosed pregnancies before the 20th week, following the last menstrual period. Pathomomal abnormalities of the parents and thrombotic complications of antiphospholipid antibody syndrome (APAS) are the only indisputable causes of abortion. However, these anomalies account for less than 10-15% of RPL. Although, the exact proportion of patients diagnosed with a particular anomaly may differ between the populations, there have been other links to: anatomical anomalies, endocrine disorders, iInfections, immunological factors, APAS. Advances in treating most RPL

patients have been slow. Therefore, it is often almost impossible to compare and evaluate the results of clinical trials involving most RPL patients. The most common therapeutic options currently available to RPL patients include the use of eggs or sperm from other donors, the use of genetic diagnosis before implanting, the use of antithrombotic interventions, the repair of anatomical anomalies, the treatment of infections and a variety of immunological interventions and medication treatments. Counseling and psychological support is recommended for all patients.

**Conclusion:** early diagnosis of abortion causes enables proper management and treatment. And thus prevents severe health conditions in habitual abortion, maintaining fertility - the patient's plaster.

**Keywords:** spontaneous and habitual abortions, causes, treatment-medication.



## Error! Reference source not found. **HYRJA**

Emërtimi abort (abortus) vjen nga fjala Latine abortion-hedhje, dështim, qitje. Aborti është ndërprerja e shtatzënisë dhe dalje e fetusit dhe materialeve placentare jashtë mitrës deri në javën e 22-të të jetës intrauterine të frytit. Ndërprerja e shtatzënisë pas 22 javëve e deri në javën e 37 –të quhet lindje para kohe.

Fetusi që lind para 22 javëve nuk jeton. Përparimi i kujdesit Obstetrik dhe Neonatologjik mundëson mbijetimin e të porsalindurit në moshën gestative nën 28 javë dhe peshë më të vogël se 1000 gram, mbijetojnë gati 20% e fëmijëve më pak se 1000 gram të peshës së lindjes.

Aborti gjatë 14 javëve të para quhet i hershëm dhe pas kësaj jave quhet i vonshëm.

Abortet janë spontane dhe artificiale. Aborti spontan kryhet pa asnjë ndërhyrje nga ana e gruas. Në qoftëse abortet spontane përsëriten disa herë (më tepër se dy herë) tek gratë atëherë flitet për abort habitual.

Aborti artificial është atëherë kur shtatzënia ndërpritet me vullnetin e gruas.<sup>1</sup>

### **1.1 Shpeshtësia e aborteve**

Jo të gjitha ngjizjet përfundojnë me lindjen e një fëmije të gjallë, madje në përgjithësi riprodhimi njerëzor konsiderohet si jashtëzakonisht joproduktiv.

Është llogaritur se rreth 50-70% e shtatzënive të paplanifikuara nuk shkojnë as përtej tremujort të parë, pjesa më e madhe e tyre përfundojnë që në mujorin e parë pas menstruacioneve të fundit. Në përgjithësi, këto lloj ngjizjesh shpërfillën, veçanërishtë kur ndodhin ndërsa pritet faza e menstruacioneve. Nga shtatzënitë që vihen re klinikisht, 10-15% përfundojnë me aborte spontane.

Humbja e shtatzënisë mund të ndodhë në çdo periudh të saj, madje edhe përpara vendosjes së vezës së fekunduar në mitër. Jo rastesishtë humbja e shtatzënisë është më e shpeshtë në raste me embrione me anomali morfologjike, sesa në rastet me embrione morfologjikisht normale. Përcaktimi i shtatzënive paraklinike mund të bëhet 10-14 ditë pas vendosjes së vezës së fekunduar në mitër, përmes testit për beta-gonodotropinën korionike të njeriut ( $\beta$ -GCH). Pra, përcaktimi i shtatzënisë mund të bëhet shumë kohë

përpara se ajo të bëhet klinikisht e dallueshme, po të kemi parasysh që kjo e fundit ndodh në javën e 5-të ose 6-të pas menstruacioneve të fundit.

Konsiderohet që në çdo 100 qeliza vezë të fekunduara të njeriut lind më së paku 10 deri më së shumti 25 fëmijë , të cilët janë të aftë për jetë jashtë mitrës. Shumica e shtatzënive humb me abort spontan edhe atë sa më shpesh që shtatzënia është e shkurtër. Shkalla më e shpeshtë e humbjes së shtatzënive është në periudhën e parainplantimit të embrionit dhe në fazën e implantimit. Është qëndrimi se në këtë periudh vdes ose zhvillohet në mënyrë të çrregullt , rreth 50 deri 60% të shtatzënave.

<b>Autori</b>	<b>Numri i abortëve</b>	<b>Numri I abortive kromozomike abnormale</b>	<b>%</b>
Dhadiali dhe bashkë., 1970	547	128	23
Boue dhe bashkëp., 1975	1498	921	61
Creasy dhe bashkëp., 1976	986	290	29
Takahara dhe bashkëp., 1977	505	237	47
Therkelsen dhe bashkëp., 1977	254	139	54
Geisler dhe bashkëp., 1978	166	65	39
Hassold dhe bashkëp., 1980	1000	463	46
Kajji dhe bashkëp., 1980	402	215	46
Warbunton dhe bashkëp.,	967	312	32
<b>Gjthësej</b>	<b>6325</b>	<b>2770</b>	<b>44</b>

*Tab. 1. Shpeshtësia e abnormaliteteve kromozomike të nëntë studimeve më të mëdha.*

Shtatzënia në fazën parainplantuese dhe në periudhën e hershme të implantimit janë shtatzënitë paraklinike, do të thotë shtatzënitë të cilat nuk mund t'i zbulojmë më ekzaminim klinik. Përcaktimi sistematik i vlerave të  $\beta$ -hCG ka mundësuar njohjen e arsyeve të shpeshtësisë së lartë të humbjes së shtatzënive paraklinike, biokimike tek femrat me menstruacione të rregullta .<sup>2</sup>

Tek ato është hasur shpeshtësia e lartë e vlerave pozitive të  $\beta$ -hSG, do të thotë shtatzënitë të cilat janë të njohura vetë duke iu falenderuar identifikimit biokimik të aktivitetit sintetik të trofoblastit. Njohja dhe aplikimi i karakteristikave të reja biokimike të shtatzënisë së hershme (parainplantuese) do të jap sipas të gjitha gjasave qasje në përmasat më të mëdha të humbjes të shtatzënive të hershme. Kjo rrethanë spjeron

jashtëzakonisht të ulët fertile të njeriut. Humbja e shtatzënive klinike është rreth 10 deri 15% .

Shpeshtësia e aborteve habituale (*a.habituialis*) më herët është mbivlersuar shpesh për shkak të përdorimit të metodave jobindese dhe të padëshmuara epidemiologjike. Sod llogaritet se si ky problem i godet rreth 1% të femrave. Pas tri ose më shumë shtatzëni të humbura më parë rreziku i humbjes së serishme të shtatzënisë tjetër nuk është më e madhe se 45%, ndërsa gjasat për lindjen e fëmisë gjallë ngriten në 60 deri 70%.<sup>3</sup>

## 2 DËSHTIMET SPONTANE

Termi abort spontan ka një efekt negativ te pacientja dhe është zevendesuar sod në botë gradualisht me fjalën dështim. Të dy termet përkufizojnë humbjen e shtatzënisë përpara se fetusit të bëhet i jetueshëm. Ky përcaktim arbitrar i moshës është bërë më kalimin e kohës më pak i dobishëm, me përparimin e ekografisë diagnostike dhe të biologjisë. Koha preembrionale është konceptim në 5 javët e para nga dita e parë e menstruacioneve të fundit. Periudha embrionale është nga java e 6-të deri në javën e 9-të të shtatzënisë, dhe periudha fetale nga java e 10-të deri në lindje. Edhe përsa i përket përkufizimeve të temujorit të parë apo të dytë (deri një dekadë më parë) mendimet janë kundërshtuese. Më saktë është që klasifikimi i abortit të bëhet bazuar në periudhen embrionale dhe në periudhen fetale deri në javën e 20-të të shtatzënisë, kohë kur OBSH-ja ka vendosur klasifikime juridike mbi një fetus të jetueshëm ose jo.

Aborti spontan është një ndër komplikacionet më të shpeshta të shtatzënisë dhe përkufizohet si një ngjarje që ndodh para javës së 20-të të shtatzënisë. Nënkupton daljen e pjesshme ose të plotë të embrionit ose fetusit (fetusit duhet të peshojë nën 500 gr).

Megjithëse, incidenca e vërtetë e abortit spontan është e panjohur, afërsisht 15% të shtatzënive klinike dhe 20% e atyre të evidentuara përfundojnë në abort spontan.

Rreth 80% e aborteve spontane hasen para javës së 12-të të shtatzënisë dhe për të qenë më të saktë, nga studimet e fundit, para javës së 9-të të shtatzënisë.

Incidenca e abortit ndikohet nga moshja e nënës dhe nga një numër faktorësh që ndikojnë në shtatzëni, duke përfshirë dështimet më parshme, lindje para kohe, lindjet e më parshme me keqformime kongjenitale ose defekte gjenitale.<sup>4</sup>



*Fig. 1. Aborti spontan*

## 2.1 Etiologjia

**Faktorët embrionalë** – Shumë dështime sporadike shkaktohet nga defektet intrinseke ireversibile në frytin në zhvillim, si anomali kromozomike, qeliza anormale të embrionit, implantim defektoz, defekte në zhvillimin e placentes, dëmtime aksidentale të fetusit dhe ndoshta dhe për shkaqe të tjera ende të panjohura.

Përafersisht më shumë se 50% e dështimëve spontane që ndodhin gjatë tremujorit të parë, kanë një kariotip jo normal. Incidenca e këtyre humbjeve ulet në 20-30% në tremujorin e dytë dhe 5-10% në tremujorin e tretë. Humbjet në tremujorin e parë janë trizomi autozomale tipike ose monozomi X, ndërsa humbjet e më vonshme i referohen anomalive kromozomiale të para tek neonatët.

Shkaqe të tjera, të dyshuara të aborteve spontane janë më të rralla. Në një përqind konsiderueshme etiologjia e dështimeve është e pa njohur. Infeksionet, defektet anatomike, faktorët endokrinë, faktorët imonologjikë dhe semundjet sistematike të nënës, luajn rol në abortet spontane. Rreth një e treta e mostrave të materialit abortiv nga dështimi i ndodhur para javës së 9-të të shtatzanisë, është anembrionik. Rastet me dhomëz shtatzënie bosh ose “blighted ovum” janë shtzëni të dështuara me rezorbim të embrionit.

**Anomalit morfologjike dhe gjenetike** – Aneuploidet (numër jo normal kromozomesh) janë përgjegjëse për një përqindje të lartë të aborteve spontane të hershme, duke numëruar rreth 50% të aborteve , Trizomitë autozomale janë të parat për çdo kromozom, më përjashtim të kromozomit 1.

Së bashku trizomitë autozomale përbëjnë mbi 50% të të gjitha humbjeve nga aneuploidet. Trizomia e 16-të është patologjia më e shprehur e diagnostikuar në abortet spontane. Monozomia X ose sindromi Turner , është aneuploidia më e shpeshtë në këto humbje duke përfshirë afërsisht 20% të këtyre konceptimeve. Poliploidia zakonisht në formën e triploidisë, ndodh mesatarisht në 20% të të gjitha aborteve. Konceptimet poliploide rezultojnë në blightet ovum, por rastësisht mund të qojnë në molë hidatiforme të pjesshme. Gjysma e mbetur e aborteve të hershme kanë përbërje kromozomike normale. Nga këto 20% kanë anomali të tjera gjenetike. Faktorët poligjenetik me defekte anatomike, mund të luajnë rol të rëndësishëm në humbjen e shtatzënisë. Këtë tentojnë të jenë më të shpeshta në humbjet fetale të më vonshme.

### **Faktorët prindër, sëmundjet sistemike amtare**

*Infeksionet amëtare:* organizma të tillë si treponema pallidum, chlamydia trachomatis, neiseria gonorrhoea, streptococcus, virusi herpes simplex, mykoplazma, kuroplazma dhe listeria monocytogene përbëjnë shkas për abortet spontane.

*Sëmundjet të tjera:* çrregullimet endokrine të tilla si: hipertiroidizmi ose diabeti mellitus i pa kontrolluar, çrregullimet kardiovaskulare si : hipertensjoni, sëmundjet renale, sëmundjet sistemike të indit lidhor, si LES (lupusi eritemaoz sistematik) mund të shoqërojnë abortin spontan.

*Defektet uterine kongjenitale:* anomalitë e lindura që prishin ose zvogëlojnë hapsirën uterine të tilla si: uterus i unikorn, bikorn, didelf ose me septum, përbëjnë 20-50% të rasteve prezente në rrezik në dështim. Përdorimi i dietilstribestolit (DES) i lidhur me anomali të tilla si T- shaped uterus (uterus në formën T) ose uterus i hipoplazik, çojnë në rritjen e rrezikut të dështimit. Anomali të fituara si mioma intramurale ose submukoze shoqërohen shpesh me aborte spontane. Uterus të cikatrizuara apo kaviteti uterin i kyretuar shpesh sinekid uterine (sindromi Asherman), miomektomitë, ose procedurat kirurgjikale uterine, shkaktojnë gjithashtu aborte spontane.

*Çrregullimet imunologjike:* Papjtueshmeria ABO, Rh, Kell ose antigjentët të tjerë më pak të zakonshëm, shoqerohen shpesh me aborte spontane. Për me tepër ngjashmeria HLA midis prindërve mund të rritë probabilitetin e dështimëve si pasojë e pamundësisë imunologjike të nënës për të njohur fetusin.

*Çrregullimet emocionale:* Shkaqet emocionale të abortit janë spekulative. Nuk ka asgjë konkrete për te evidentuar dhe për të mbrojtur idenë se aborti mund të shkaktohet nga grindja, frika, zëmerimi apo ankthi.

**Faktorët toksik dhe traumat** – agjentë të tillë si radiacioni, medikamentet, antitumorale, gazet anestetike, alkooli dhe nikotina, kanë treguar që janë embriotoksike. Të tjeret agjent si: oksidi i etilenit dhe formaldehider mund të jenë toksikë. Trauma e drejtëpërdrejtë, të tilla si dëmtimet të uterusit nga armët e zjarrit, ose traumat e tërthorta siç janë ato kirurgjikale ose aksidentet, mund të rezultojnë në aborte spontane.<sup>5</sup>

### 2.1.1 Faktoret që e rrisin rrezikun për abort

- **Mosha materno** luan një rol shumë të rëndësishëm në mbarëvajtjen e shtatzanisë. Me rritjen e moshës materno, reduktohet edhe cilësia e ovacionit (vezës) dhe për rrjedhojë rritet përqindja e anomalive kromozomiale/gjenetike të cilat pasqyrohen në rritjen e përqindjes së shtatzanive që përfundojnë në abort:
  - Gratë në moshën 35 vjeç kanë rreth 20% risk.
  - Gratë në moshën 40 vjeç kanë rreth 40% risk.
  - Gratë në moshën 45 vjeç kanë rreth 80% risk.
- **Dështimet e më parshme (sëmundja abortive)** gratë të cilat kanë pasur dy apo më shumë dështime të njëpasnjëshme kanë risk më të lartë për të bërë dështim spontan.
- **Sëmundjet kronike**
  - Diabeti i pa kontrolluar.
  - Sëmundjet kronike të veshkave apo mëlçisë.
- **Probleme të mitrës dhe qafës së mitrës:**
  - Anomalitë të lindura të mitrës (septumet-perdet),

- Fibromiomat,
- Sineki,
- Qafa e mitrës e keqformuar apo e dëmtuar nga abortet e mëparshme.
- **Veset e ndryshme:** duhani, alkooli, drogat. Përdorimi në sasi të madhe dhe të vazhdueshme ul cilësinë e qelizave riprodhuese si dhe dëmton ambientin ku do kryhet konceptimi dhe më pas zhvillimi i embrionit.
- **Pesha:** Gratë shumë të dobëta (nën peshë) si dhe shumë të shëndosha (mbi peshë) janë të prirura për të bërë aborte spontane.
- **Testet prenatale invazive:** Marrja e vileve kororiale (CVS) apo amniocenteza.<sup>6</sup>

## 2.2 Simptomat

Shumica e abortëve spontane ndodhin para javës së 12-të. Simptomat e abortit janë:

- Gjakderdhje vagjinale,
- Kontraksionet e mitrës (dhëmbje në barkun e poshtëm),
- Rrjedhja e ujit të frytit dhe ekspozimi i pjesëve të placentes ose të frytit nga vagjina.

Këto simptoma mund të paraqiten në kombinime të ndryshme dhe të jenë të fortësisë së ndryshme. Dhëmbjet mund të jenë krejtësisht të lehta ose shumë të forta, nganjehere kontraksionet është e mundur që të vërehen tek me egzaminim klinik me të cilën gjendet mitra jashtëzakonisht e fortë. Çdo gjakderdhe në shtatzani është shënje patologjike e cila duhet të sqarohet. Për shkakë të komplikimeve të mundshme të gjakderdhjeve, çdo gjakderdhe nga vagjina duhet të merret seriozisht, dhe çdo herë kjo merret si dështim kërcenues. Nëse gjakderdhja shoqërohet edhe me dhëmbje edhe çelje të kanalit cervical, atëherë flitet për dështim të filluar ose dështim në rrugë e sipër. Jo çdo gjakderdhe nga vagjina është shënje e dështimit spontan, sidomos nëse kjo gjakderdhe janë të pakta dhe shfaqen në fillim të shtatzënisë. Këto gjakderdhe të pakta mund të shfaqen gjatë procesit të implantimit, të njohura si gjakderdhe implantimit. Megjithatë, duhet të theksuar se pjesa më e madhe e grave me hemoragji vagjinale gjatë tremujorit të parë arrijnë të përfundojnë me sukses shtatzëninë.

## 2.2.1 Zhvillimi klinik

### Aborti kërcenues (abortus imminens)



*Fig. 2. Aborti iminent*

Tek aborti iminent karakterizohet vetëm një gjakderdhje e lehtë nga mitra. Kanali cervical është i mbyllur, kontraksione të mitrës, respektivisht dhembje ende nuk ka. Pacientja duhet të vendoset në shtrat nga medikamentet duhet dhënë mjete spasmolitike dhe sedative dhe duhet bërë egzaminimin citohormonal të sekrecionit vaginal. Pas të fituarit të analizës citohormonale duhet ndërmarrë shëriimit hormonal. Kur shtatzënia nuk zhvillohet normalisht, me ekzaminim me ultrazëdë të shohim qeskën gestative të çrregullt me fryt të vdekur ose pa fryt, ndërsa vlerat e hCG do bien ose do jenë më të ulëta prej të priturve për moshë të shtatzënisë.

### Aborti i filluar (abortus incipiens)

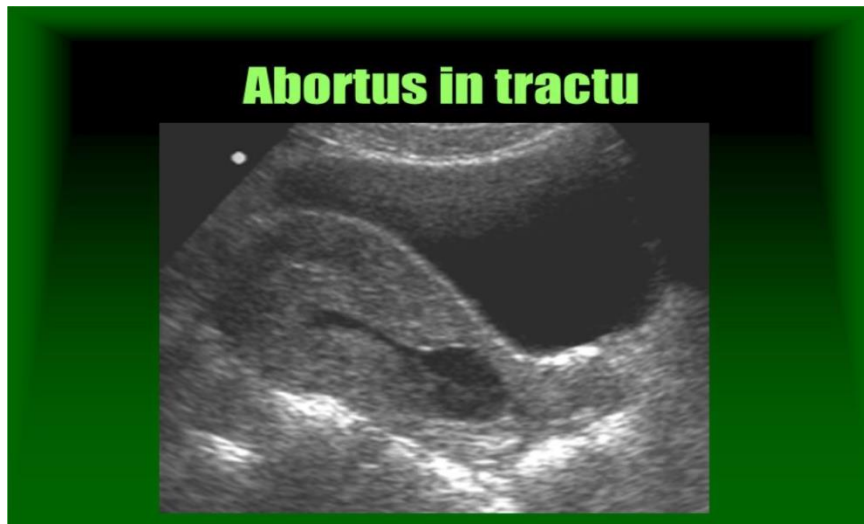




*Fig. 3. Aborti incipient*

Në qoftë se dështimi nuk ndalet por ec më tutje vjen deri tek aborti incipient. Pacientja gjakderdhë më pak ose më shumë, ka kontraksione të kohëpaskohshme të mitres, ndërsa me palpacion bimanual prekim shkurtimin e qafës së mitreës, kanali cervical është pjesërisht i qelur. Në këso rastesh shpresat për mbajtjen e gravidances janë shumë të vogla, sidomos për shkak se në këtë fazë pjesa më e madhe e ovulumeve tani më në këtë stad kanë vdekur. Megjithë atë, me terapi, si kunder edhe tek aborti iminent, mund të ruajmë një numër gravidancash. Në qoftë se gjakderdhja është e bollshe ose fitohet përshtypja se ovulimi është i vdekur, duhet larguar nga mitra ovulimin dhe pjesët e tij me kiretazhë.

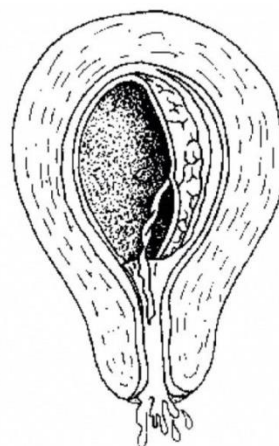
### **Aborti në zhvillim (abortus in tractus)**



*Fig. 4. Aborti in tractu*

Gjakderdhja dhe dhimbjet janë të forta, është e hapur qafa e mitres, ndërsa trupi ose pjesët e tij preken në kanal cervikal. Me ekzaminimin me ultrazë në mitër mund të shohim, varësisht nga kohëzgjatja e shtatzënisë, pjesë të frytit dhe të placentes ose jehona të paqarta, ndërsa vlerat e hCG do jenë më të ulëta nga të priturat për moshë të shtatzënisë.

#### **Aborti jo i plotë ( abortus incompletus)**



**Incomplete**

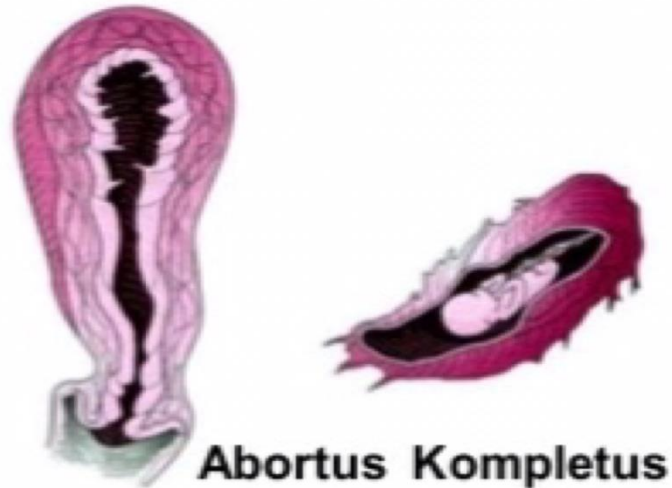
*Fig. 5. Aborti incompletus*

Është stadi vijues i dështimit në cilin ca pjesë të ovulumit janë të nxjerra nga mitra, ndërsa të tjerat ende qëndrojnë në miter. Në këtë rast gruaja ndjen dhembje në kryqe dhe në abdomen të vogël dhe gjakderdh shumë nëpër kanal cervikal, i cili është plotësisht i hapur dhe nëpër të cilin me gisht preken pjeset e mbetura të ovulumit. Me ekzaminim me ultrazë në të shumtën do të shohim jehona të pa qarta, ndërsa vlerat e hCG do të jenë më të ulta se të pritura për moshë të shtatzënisë.

Në rastet e abortit inkomplet është e domosdoshme sa më parë të bëjmë kiretazhën, t'i largojmë pjesët e mbetura të ovulumit dhe në këtë mënyrë mundësojmë kontraksionin respektivisht retraksionin e mitres, dhe të pengojmë gjakderdhjen e mëtejshme.

Menjëherë pastaj gjakun e humbur, respektivisht lëngjet e humbura me transfuzion gjaku duhet plotsuar dhe duhet ta pengojmë infeksionin me sulfonamide dhe antibiotikë. Pacientë duhet ta mbajmë në shtrat gjer në shërimin e plotë klinikë.

**Aborti i plotë (abortus completus)**



*Fig. 6. Aborti komplet*

Është dështim në të cilin mitra e ka qitë ovulumin në tërsi. Gjat këtij aborti mitra pasi që është shprazur kontrahetohet fuqishëm. Në pikpamje teorike, në këso rastesh revizioni i mitres nuk është i nevojshëm. Migjithatë konsiderojmë se në praksë është me mirë që për çdo rast të bëjmë kiretazhen sipërfaqore dhe të largojmë pjesët e mbetura eventualisht, sepse jo vetëm që pengojnë kontraksionet e mitres dhe shkaktojnë gjakderdhje, po duke shërbyer si terren ushqyes i përshtatshëm për bakterie patogjene, mund të bëhen pikënisje e infeksioneve, pastaj mund të shkaktojnë trombozën dhe embolinë.

### **Shtatzania anembrionale (blighted ovum)**

Paraqitet kur embrioblasti vdes, por shumimi i trofoblastit vazhdon edhe një kohë. Klinikisht, rritja e mitres është më e ngadaltë se e pritura për moshë të shtatzënisë dhe është më e vogël se sa nga kohëzgjatja e amenoresë, mungon rritja e rregulltë e hCG. Egzaminimi me ultrazë është karakteristik: në mitër shihet qeska gestative por nuk embrion. Shkak i shtatzënisë anembrionale më së shpeshti janë anomalitë kromozomike të embrionit, infeksionet ose intoksikimet në shtatzanin më të hershme.

## Aborti i mbetur (missed abortion)

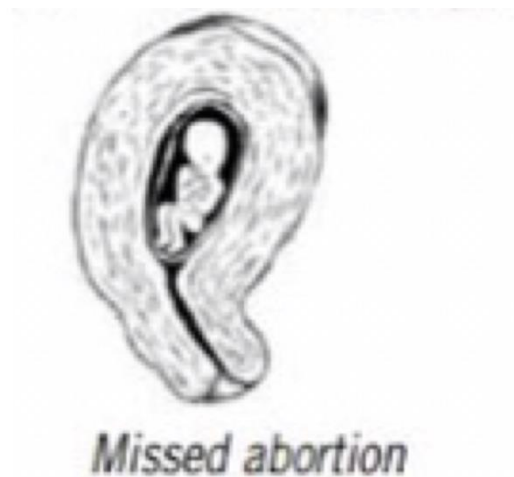


Fig.7 . Missed abortin

Nese fryti vdes në se cilëndo periudhë të shtatzënisë deri në largimin spontan, gradual i vezës së vdekur zakonisht vie spontanisht. Megjithatë, ne raste të rralla deri te aborti spontan nuk vie pas vdekjes së frytit, veç fryti i vdekur dhe trofoblasti mbetin në mitër. Klinikisht, zakonisht konstatohet mungesa e rritjes normale të mitres në përputhje me moshën e shtatzënisë, ultrazëri zbulon frytin e vdekur pa veprim pozitiv të zëmres, nganjehere plotësisht pa ujë të frytit ose në masë të ndryshme proceset e shtyera të dekompozimit të frytit. Materiet tromboplastiket nga frytit i vdekur mundin disa javë pas vdekjes së frytit të depërtojnë në qarkullimin e gjakut të nënës dhe të shkaktojnë *koagolimin intravaskular të diseminuar (KID)*. KID në fund shkakton koagolopatinë kompenzatore. Nëna mund të gjakderdhë me rastin e tentimit të largimit të frytit të vdekur për shkak të mungesës së fibrinogjenit dhe faktorëve tjerë të koagulimit të gjakut të cilët paraqiten gjatë KID-it. Kështu që, pas vendosjes së diagnozës, çdo herë nevojitet të caktohet fibrinogjeni në gjakun e nënës dhe evakuimit të qasemi tek pasi që të vendosen vlerat mbi 1g/L. Nese vlerat e fibrinogjenit janë më të ulëta (hipofibrinogjenemia), para largimit duhet të normalizohen. Kjo mund të arrihet me konpenzimin parenteral të fibrinogjenit ose të dhënies së heparinës e cila do ndal

procesin e koagolimit intravaskular dhe lejojnë shërimin spontan të vlerava fibrinogjenit.

### **Abori febril (abortus febrilis)**

Është forma fillestare e dështimit septik e përcjellë me temperaturë të lartë. Temperatura e lartë dhe çrregullimi i gjendjes së përgjithshëm shëndetsore të pacientes, më tepër është

rrjedhim i veprimit të toksinëve në organizëm se sa i infeksionit. Dëshmia më e mirë është fakti që pas zbrazjes së mitres temperatura më së shpeshti bie në normale. Nga dështimi i zakonshëm febril shumë më i rrezikshëm është aborti septik përcjellë me infeksion.

### **Aborti septik (abortus septicus)**

Paraqitet atëher kur infeksioni nga endometriumi përhapet në adnekse, parametrium dhe peritoneum të komblikut të vogël. Mund të zhvillohet edhe peritoniti. Temperatura janë tipike, septike, krahas vështërsive të forta subjektive: dhëmbje, gjëndjes së përgjithshme të keqe, e gjithë deri tek përhapja dhe shenjave laboratorike të sëmundjeve të rënda infektive: leukocitoza me lakim në të majtë, vlera të larta të proteinës C-reaktive (CRP). Nganjëherë shkaktarin është e mundur ta izolojmë nga gjaku, kështu që nevojitet para fillimit të mjekimit të kryhen hemokulturat. Mjekimi më së shpeshti kryhet me kombinim të antibiotikut. Komplikimi më i shpeshtë është paraqitja e shokut endotoksik.

### **Aborti cevikal**

Është gjëndje ku pjesët e embrionit që hedhen gjenden në pjesën e poshtme të mitres ose në kanalën e qafes së mitres, por nuk mundën të hedhen sepse hyrja e jashtme e qafes së mitres është e mbyllur. Kjo mbartje e shtatzënisë së hequr është sekondare dhe porsa të hapet hyrja e jashtme, shtatzënia spontanisht lehtë evakuohet. Diagnoza klinike vendoset me inspektim të qafes së mitres pasi që me palpim bimanual është konstaktuar se si mitra është dukshëm më e vogël prej të pritures për moshtë të shtatzënisë, ndërsa

qafa e saj në mënyrë agresive është e gjere dhe sferike. Megjithatë, çdo herë duhet të jemi të kujdesshëm dhe abortin cervikal mos ta ngatërrojmë me shtatzëninë cervikale.<sup>7</sup>

## 2.3 Metodatat e kryerjes së abortit

- Aspirimi ose kyretazhi kirurgjikal,
- Induktimi i nëpërmjet injektimit intraovular ose ekstraovular të solucioneve hipotonike ose agjentëve të tjerë oksitocike,
- Dilatacioni dhe evakuimi,
- Vendosja ekstraovulare e dispozitivëve,
- Histerotomia - abdominale ose vaginale,
- Histerotomi – abdominale ose vaginale dhe
- Rregullimi menstrual.

**Aspirimi dhe kyretazhi** – në një paciente ambulatore (jo të hospitalizuar), mund të kryhet me anestezi lokale ose anestezi të lehtë gjenerale në një shkallë të lehtë sigurie.

**Kyretazhi aspirativ** – është metodë më e sigurtë dhe më efektive për përfundimin e shtatzënieve 12 javë ose më pak. Kjo teknikë është pranuar në mbarë botën dhe 90% e shtatzënave kryhet me këtë metodë. Proçedura përfshin dilatacionin e qafës së mitrës me dilatatorë, pason inserimi në kavitetin uterin i një konjuli thithës me diametër të përshtatshëm. Shumica e proçedurave kryhen duke përdorur bëëokun paracervikal me anestezi lokale me ose pa mjekim shtesë për qetësim. Presionet standarte negative të përdorura luhaten nga 30-50 mmHg, shumë mjek e pasojnë aspirimin, me kyretazh të lehtë instrumental të kavitetit uterin. Avantazhet e aspirimit në raport me kyretazhin kirurgjikal janë: kyretazhi aspirativ boshatis uterusin më shpejtë, minimizon humbjen e gjakut dhe redukton mundësinë perforacionit të uterusit. Megjithatë dështimi i konstatimit të perforacionit të uterusit me kanjulë mund të rezultojë në dëmtim serioz të organëve tjera. Njohja e përmasave dhe pozicionit të uterusit dhe vëllimit të përmbajtjes është e detyrueshme për sigurinë e kyretazhit aspirativ. Për më tepër, kujdes i lartë dhe dilatacion i ngadaltë dhe minimal i kolumit, për të ruajtur integritetin e ostiumit intern,

do të parandalojnë dëmtimet e kolumit ose uterusit. Shkalla e ndërlikimeve duhet të jetë: më e vogël se 1% për infeksionin, përafërsisht 2% për hemoragjinë e madhe dhe më pak se 1% për perforacion uterin.

Rreziku për ndërlikime madhore siç janë: ethet persistente, hemoragjia që kërkon transfuzion, ndërhyrje kirurgjikale madhore, luhatet midis 0.2 dhe 0.6% dhe është proporcionale me kohëzgjatjen e shtatzënisë.

**Kyretazhi kirurgjikal** – është përdorur për abortet e tremujorit të parë në mungesë të pajisjeve për kyretazh aspirativ. Kjo procedurë kryhet si dilatacioni standart dhe kyretazh siç bëhet për diagnozën hemoragjive uterine anomalive ose për heqjen e polipeve endometriale. Humbja e gjakut, zgjatja e ndërhyrjes dhe mundësia e dëmtimit të kolumit ose uterusit rriten shumë kur përdoret kyretazhi kirurgjikal. Për më tepër, rreziku për sineki uterine ose sindromën Asherman rritet me këtë trajtim. Prandaj kyretazhi aspirativ është përgjithësisht më i preferuar se kyretazhi për procedurat e përfundimit të shtatzënieve në tremujorin e parë.

**Aborti medikal me *Methotrexate* dhe *Misoprostol*** – gratë shtatzënë në tremujorin e parë më pak se 49 ditë, e përllëgaritur kjo moshë nga dita e parë e menstruacioneve të fundit, mund të përzgjidhen për abortin medikal. Një metodë alternative e abortin medikal konsiston në administrimin e një antiprogjestine orale e ndjekur nga misoprostoli oral 48 ore më vonë. Shkalla e suksesit të raportuar për këtë metodë është më e madhe se 90%, kur protokoli është filluar për para javës së 7-të të shtatzënisë nga menstruacionet e fundit. Ndërlikimet e kësaj metode janë: hemoragjia si pasojë e abortit inkomplet dhe dështimi i evakuimit të uterusit që ka nevojë për kryerjen e kyretazhit aspirativ. Sipas njërit nga shumë protokollat e përdorura, 50mg Methotrexati administrohet me rrugë orale dhe ndiqet mbas 3-7 ditësh nga 800mg Misoprostol në rrugë vaginale duke përdorur të njëjtat tableta me ato për përdorim oral. Pacientja kontrollohet të paktën 24 orë pas administrimit të Misoprostolit; për të përcaktuar nëse sakusi gestacional ka kaluar bëhet një ekografi trans vaginale. Nëse aborti nuk ka ndodhur përsëritet doza e Misoprostolit. Pacientja ndiqet gjatë 4 javëve; nëse aborti nuk ka ndodhur gjatë kësaj kohe, kryhet kyretazhi aspirativ. Nëse në ekzaminimin e kografik vërehet aktiviteti kardiak, ndjekja bëhet më e shpeshtë. Efikasiteti me këtë metodë është mbi 98% për shtatzënitë deri në 49 ditë. Nauzea është efekti anësor më i shpeshtë i raportuar. Në kundërindikacionet përfshihen: sëmundjet hepatike aktive, sëmundjet renale aktive, anameia e thellë, sëmundja inflamantore intestinale akute dhe kuagulopatitë ose terapia me anti koagulantë.



**Induktimi i aktivitetit të lindjes- abortit me injektimin intraamniotik** – Japonezët zhvilluan këtë teknikë për të induktuar abortin pas tremujorit të parë të shtatzënisë. Aktualisht teknika përdoret pothuajse vetëm për abortin e fillimit të tremujorit të dytë. Proçedurat origjinale konsistonte në: kryerjen e amniocentezes, aspirimit sa më shumë likidi që të ishte e mundur dhe futjen në sakusin amniotik të 200ml të një solucionit hipertonic. Në shumicën e rasteve lindja spontane dhe ekspulsiioni i fetusit e placentes ndodh brenda 48 orëve. Për shkak të problemeve të lidhura me klorurin e natriumit hipertonic, shumë kliencistë kanë përdorur urenë hiperosmularë intraamniotik, zakonisht ajo përdoret me oksitoksinë ose prostaglandinë, ose vetëm prostaglandinë intraamniotike. Këto trajtime rezultojnë në intervale injeksion- abort prej 16-17 orë për urenë dhe 19-22 orë për prostaglandinën. Urea futet në mënyrë të ngjajshme me atë të përshkruar për klorurin e natriumit hipertonic. Prostaglandina F2a, zakonisht injektohet si dozë e vetme prej 40-50mg ose si dy doza prej 25mg në distancë 6 orë nga njëra – tjetra.

**Induktimi i aktivitetit të lindjes – abortit me prostaglandinë vaginale -**

Prostaglandina E2 e dhënë intravaginal mund të përdoret për të induktuar abortin e tremujorit të dytë. Supostatet vaginale që përmbajnë 20mg PgE2 përdoren çdo 3-4 orë deri në realizimin e abortit. Misoprostoli, një analog sintetik i PgE1 është gjerësisht i përdorur. Disavantazhet më të mëdha janë: efektet anësore gastrointestinale, incidenca më e lartë e abortit të gjallë dhe frekuenca më e lartë e etheve.

**Dilatacioni dhe evakuimi** – kjo teknikë për induktimin e abortit të tremujorit të dytë është në thelb mudifikimi i teknikes së kyretazhit aspirativ. Për shkak se pjesët fetale janë më të mëdha, në këtë stad të shtatzënisë, shumë mjekë përdorin vendosje të një pas njëshme të tamponit laminaria për të mundësuar dilatacionin e kolumit me më pak mundësi dëmtimi. Për të nxjerrë indet fetale përdoret kanjula thithëse më e madhe dhe veqanërisht forcepsi i përshtatshëm. Në mjaftë raste ndërhyrja mund të kryhet në ambient jospitalor duke përdorur anestezin më bllok paracervikal dhe qëtësim intravenoz në pacientet me shtatzëni deri në 18 javë. Ndërlikimet përfshijnë: hemoragjinë, perforacionin dhe më rrallë infeksionon. Mbetja e indeve është e pazakontë, veqanërisht kur në fund të interventit indet inspektohen me kujdes. Krahasur me teknikat e injektimit ose prostaglandinat vaginale, incidenca e përgjithsme e ndërlikimeve është më e ulët. Për më tepër, shumë paciente e përferojnë këtë teknikë sepse është një proçedurë që nuk ka nevoj për hospitalizim dhe gruaja nuk i nënshtrohet aktivitetit të lindjes.

**Histerotomia dhe hysterectomy** – përdorimi i histerotomisë dhe hysterectomisë, tashmë rezervohet për rrethana të veqanta, dhe atë: dështimi i abortit të plotë të tremujorit të dytë përshkak të stnozave cervikale ose menagjimi i nderlikimëve të tjera. Të dyja trajtimet, krahasur me teknikat e tjera të diskutuara, kanë shkallë të lartë të papranueshme të: sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë asnjera nuk duhet të përdoret si metodë e parë <sup>8</sup>.

## 2.4 Diagnoza

- Ekzaminimi pelvik: vlersohen ndryshimet e qafes së mitres, shkurtimi, zbutja, hapja e saj, përmasate mitres, rritja e përpjestimore e saj.
- Ekografia: gjatë së cilës shihet dhomeza gestacionale, shihet embrioni, dhe prania e rrahjeve të zëmres për të përcaktuar nese zhvillimi është normal.
- Analizat e gjakut: nese ndodh aborti spontan atëherë bëhet dozimi sasior në gjak i hormonit të barrës, beta hCG për të ndjekur eliminimin e plotë të indeve placentare.
- Testet indore: nese ka dalje të materialeve indore, atëherë atë qohen në laborator për të parë natyrën e tyre.

### 2.4.1 Të dhënat laboratorike

Gjakderdhja e shprehur do të anemizoj gruan Leukocidet dhe sedimenti mund të rezultojnë të rritur, pa shenja dhe prani të ifeksionit. Rënia ose nivelet e ulëta plazmike të gonatotropineve korionike humane ( $\beta$ -hCG) janë parashikues të një shtatzënie jo normale (blighted ovum, GEU).

## 2.4.2 Ekografia

Ekografia transversale është ndihmesë në diagnostikimin e shtatzënisë intrauterine që në 4-5 javët e para të shtatzënisë RZF-të mund të kapen në embrionet > 5mm (CRL >5 mm) ose në embrionet 5-6 javë shtatzënie, ekografia është e domosdoshme në diagnozen diferenciale të komplikacioneve të hershme të shtatzënisë.

Ekografia është e domosdoshme në diagnozn diferenciale të komplikacioneve të hershme të shtatzënisë, ndoshta më shumë se çdo mjet tjetër. Në rrezikun e abortit, kografia tregon një dhomëz gestacionale të rregullt dhe një embrion të jetueshëm. Sidoqoftë një dhomëz gestacionale e parregullt, përmasa embrionale të pa përputhshme me moshën e shtatzënisë RZF <85/min, përbëjnë një prognozë të varfër në ecurinë e shtatzënisë. Dështimi vjen pak nga pak, por shum shtatzëni humbin para shfaqjes së shenjave dhe simptomave tek nëna. Rreziku i abortit është afërsisht 15-30% në shtatzëni deri në 6 javë. Kjo pakësohet në 5-10% në 7-9 javë dhe më pak se 5% pas javës së 9-të të shtatzënisë. Në abortin inkomplet, dhoma e shtatzënisë paraqitet e çrregullt dhe pa produktin e plotë të konceptimit.

Në abortin komplet kaviteti endometrial është i mbyllur, pa prani të produktit të konceptimit. Embrioni ose fetusi pa RZF konsiderohet si abort i munguar, ndërsa dhëmëza e shtatzënisë jonormale, pa embrion konsiderohet si *blightet ovum*.

## 2.4.3 Komplikacionet

Nga fakti komplikime se pasojat mund të postabortnye janë të ndarë në tri lloje: të çastit, të menjëhershme dhe të shtyra.

Komplikime Instant:

1. Kur shtrihen mitrës boshllëqet e mundshme, të ndryshme në madhësi dhe ashpërsi.
2. komplikime gjëja më e keqe që rezultojnë nga aborti kirurgjik, është mur mitrës vrimë. Si rezultat i cenuar integritetin e murit të mitrës zhvilluar gjakderdhje të fortë mitrës. Rezultati në këtë situatë është në kirurgji dytë nevojën e menjëhershme. Shumë

shpesh, zhvillimi i komplikimeve kirurgët tilla shpëtoi jetën një grua të detyruar të shpenzojnë hysterectomy. Edhe nëse gratë arrijnë për të shpëtuar një jetë, pastaj gjakderdhje lë një "gjurmë të gjakut në shëndetin e grave - nga shfaqjen e anemisë në çrregullime të koagulimit të gjakut

3. Në rast të gjakderdhjes nevojshme transfuzionin e gjakut, e cila në vetvete është i mbushur me komplikime dhe reagime të paparashikueshme.

4. anestezi përdorur gjatë abortit, e cila gjithashtu mund të shkaktojë komplikime të rënda. Shkelje të mundshme të frymëmarrjes funksionit dhe të zemrës norma, funksioni jonormal mëlçisë. Anaphylaxis - ndërlikim më kërcënues pas marrjes anestezi.

Komplikimet më të afërt të ndodhë për disa ditë pas abortit:

1. proceset inflamatore të sistemit riprodhues. Në qoftë se inflamacioni është në mitër - një sëmundje e quajtur metroendometri, lokalizimi në tubat fallopiane - salpingjitit në indin dhjamor të mitrës - parametrit. Kjo është sëmundje inflamatore të vështira - peritonit - ndodh kur ka inflamacion në bark. Komplikime të tilla për të shmangur vdekjen, kërkon kirurgji të menjëhershme.

2. Edhe pse aborti mund të jetë helmim gjaku. Ky është një komplikim shumë serioz, që kërkon trajtim në kujdesin intensiv me përdorimin e antibiotikëve të fuqishme, ndryshe sepsa çon në vdekjen e shpejtë të femrave.

3. Një tjetër komplikim pas abortit, kërcënues grave është dukuri e clots gjakut në venat. Trombozë është shkaktuar nga koagulimit të gjakut pas një abort dhe marrjen e clots gjakut në gjak. Trombozë është e rrezikshme për shkak se mpiksje u shkëput nga muri anije mund të çojë në bllokimin e venave të mëdha apo të arterieve.

Komplikime të shtyra të zhvilluar, mesatarisht, 40 - 45% femra.

1. Zhvillimi i kronike, të qëndrueshme inflamacion mitër dhe tubat fallopiane. Duke pasur inflamacion të faktit se kur aborti ishte futur nuk është gjetur në kohë për një infeksion. Në mungesë të trajtimit në mënyrë të konsiderueshme rrit numrin e mbështjelljes dhe dhëmbëza. Si rezultat, u rrit në masë të madhe shanset e shfaqjes së shtatzënisë ektopike që kërkon ndërhyrje urgjente kirurgjikale.

2. Si rezultat i mbështjelljes në shumë raste nuk ka pengesë e tubave fallopiane, duke

rezultuar në rritje varfëri të mesëm dhe, siç u përmend më lart, rrit rrezikun e shtatzënisë ektopike.

3. Në 70% të rasteve të ndodhë pas murit aborti mbresë deformimit mukoza e mitrës.

Kjo, nga ana tjetër, të çon në të gjitha llojet e ndërprerjeve të ciklit menstrual, menstruacioneve shoqëruar nga humbja bollëk e gjakut dhe dhimbje në rritje.

4. Kur ndërprerja e shtatzënisë hormonet femra janë duke ndryshuar në mënyrë dramatike, e cila ka një ndikim të fortë negativ në funksionimin e të gjitha sistemet e trupit. Gratë paqëndrueshmëri re e tensionit të gjakut, shqetësime ritmin e zemrës, çrregullimet në traktin gastrointestinal, marramendje, migraines dhe anemi.

5. Një rrezik tjetër i cili shikon për gratë pas abortit - është shfaqja e çrregullimeve mendore. 90% e grave të ndjehen një ndjenjë të fortë të fajit, swings humor, nervozizëm provokuese, frika pa shpërblim. Gratë mund vuajtje këqija, ajo mund të fillojnë depresionit. Në asnjë rast nuk mund të injorojë këto simptoma. Ju duhet menjëherë të kërkonti ndihmë profesionale.

Edhe problemet e mundshme pas një abort pas shfaqjes së shtatzënisë dhe lindjes të mëvonshëm. Ndërlikimet më të shpeshta:

1. Shfaqja e shtatzënive ektopike rezultojnë proceset ngjitës.

2. Dukuri e lindjes abort dhe e parakohshme.

3. Placenta PREVIA dhe plakjen e parakohshme.

4. Hapja Vështirësia e mitrës gjatë lindjes, aktivitetin e dobët të punës, duke çuar për të kryer seksion cezariane.

Ajo duhet të i kushtoj vëmendje të veçantë për faktin se në rast se ndërprerë shtatzëninë e parë, rrezikun e komplikimeve rritet me rreth 30%.

## 2.5 Trajtimi dhe menaxhimi

Menaxhimi i suksesshëm i aborteve spontane varet nga diagnoza e hershme. Çdo paciente duhet ti nënshtrohet një ekzaminim fizik të përgjithshëm dhe një anamnezetë plotë. Studimet laboratorike duhet përfshijnë kuadrin a gjakut, grupin e gjakut dhe kulturen cervikale, për të diagnostikuar shkaktarët e një infeksioni të mundshëm. Në qoftë se përcaktohet diagnoza e rrezikut të abortit, këshillohet regjim shtrati, moskryerjes të raporteve seksuale, megjithse kjo asnjherë nuk ka rezultuarefikase në parandalimin e abortit pasardhës.

Gjithsesi tentohet që trajtimi të varet nga shkaku etiologjik dhe më me hollësi përshkruhet në abortin rekurent dhe në tremujorit të dytë të shtatzënisë. Prognoza është e mirë kur hemoragjia ose krampet abdominale pushojnë. D&C (dilatacioni dhe kyretazhi por sod mund të përdoret edhe termi D&E dilatacioni dhe evakuim), mund të jenë të nevojshme nese produkti i konceptimit nuk është i plotë dhe hemoragjia është e bollshme. Në qoftë se diagnoza e abortit progredient dhe inkomplet është e vendosur, zbrazja e uterusit me aspirim ose D&C redukton anemizimin nga hemoragjia. Në abortin komplet pacientja mund të vëzhgohet për hemoragji të mëtejshme. Preparatet uterotonike janë të nevojshme në kontraktimin e uterusit, duke limituar humbjen e gjakut dhe duke ndihmuar në ekspulsionin e gjakut dhe indeve. Perforacioni uterin shfaqet me shenja gjakderdhje intraperitoneale, rupturë të zorrës ose vezikës urinare dhe dhimbje abdominale. Shpeshherë nuk kemi shenja klinike. Kur dyshohet për perforacion uterin, laparoskopia ose laparotomia janë të domosdoshme.<sup>9</sup>

### 3 DËSHTIMET HABITALE

Tradicionalisht, aborti i përsëritur është përkufizuar si ndërprerja e tri apo më shumë shtatzënive të diagnostifikuara klinikisht para javës së 20-të, pas periudhës menstruale të fundit. Duke përdorur këto përkufizime, ndërprerja e përsëritur e shtatzënisë (RPL) ndodh afërsisht te 1 nga 300 shtatzëni. Megjithatë, ekzaminimi klinik i ndërprerjes së shtatzënisë mund të nisë pas dy aborteve spontane të njëpasnjëshme, veçanërisht kur aktiviteti i zëmres së fetusit është identifikuar para njëres nga shtatzënitë e ndërprera, kur gruaja ka moshë më të madhe se 35 vjeç ose qifti ka pasur vështërsi në koncepton. Nëse kryhet ndërhyrje klinike në formën e ekzaminimit pas dy aborteve spontane, afërsisht 15 do të kenë nevojë për vlersim klinik. Edhe në rastin e pranisë së anamnezës për RPL, një paciente ka më shumë mundësi që të mbajë shtatzëninë pasuese në mënyrë të suksesshme deri në përfundim sesa të pasojë një abort.<sup>1</sup>

#### 3.1 Etiologjia

Anomalitë kromosomike të prindërve dhe komplikacionet trombotike të sindromës me antitrupe antifosfolipidikë (APAS) janë shkaktarët e vetme të padiskutueshme të abortit të përsëritur. Megjithatë, këto anomalitë së bashku janë përgjegjëse për më pak se 10-15% të RPL. Mëgjithëse, pjesa e saktë e pacientëve të diagnostikuar me një anomalitë të veçantë mund të ndryshojnë ndërmjet popullatave janë bërë lidhje të tjera me:

- Anomali anatomike,
- Probleme endokrine,
- Infeksione,
- Faktorët imunologjik,
- APAS .

Janë edhe faktorë tjerë, të ndryshëm që janë përgjegjës për abort habitual. Megjithatë, edhe pas një ekzaminimi të hollësishëm, shkaku i mundshëm mbetet i pashpjeguar. (tabela. 1)

<i>Faktorët etiologjik si shkaktar i abortëve habituale</i>
<p>Faktorët gjenetikë</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kromozomal,</li> <li>- Defektet e një gjeni të vetëm,</li> <li>- Multifaktorial,</li> </ul>
<p>Faktorët anatomikë</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kongenitale: fuzioni jo i plotë ose rezorbimi jo i plotë i septumit, anomali të arteries uterine, cerviksi jo kompetent,</li> <li>- Të fituara: cerviksi jo kompetent, sinekitë, leiomiomat, adenomioma,</li> </ul>
<p>Faktorët endokrinë</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Insuficienca e fazës luteale,</li> <li>- Sindroma e ovarit polikistik,</li> <li>- Çrregullime të tjera të androgjenëve,</li> <li>- Diabeti melit,</li> <li>- Çrregullimet e tiroidesë,</li> <li>- Çrregullimet të prolaktinës.</li> </ul>
<p>Faktorët infektoz</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bakteriet,</li> <li>- Viruset parazitët,</li> <li>- Zoonozat,</li> <li>- Funget.</li> </ul>
<p>Faktorët imunologjik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mekanizmat qelizorë: deficienca e qelizës, alterime të rregullimit imun qelizor,</li> <li>- Hormonale,</li> <li>- Metabolizmi i triptofanit.</li> </ul>
<p>Faktorët trombotikë</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Trombofitë e trashëgueshme.</li> </ul>



#### Faktorë të tjerë

- Receptiviteti i alteruar i uterusit,
- Mjedisor,
- Anomalitë e placentës,
- Patologjitë mjekësore.

*Tabela 2. Shkaqet e abortit habitual*

#### **Faktorët gjenetikë**

Anomalitë kromozomike të lindura më të zakonshme të prindërve që kontribuojnë në abortin e përsëritur janë translokacionet e balancuara. Në transaksionet e balancuara një prind ka një përmbajtje gjenetike përgjithësisht normale, por ka një pjesë të një kromozomi të lidhur në mënyrë të papërshtatshme në një kromozom tjetër. Nëse fertilizohet me një gamet me kromozome normale, embrioni i formuar mund të jetë me kromozome normale ose mund të jetë mbartës i balancuar ose i pa balancuar i translokacionit. Shumica e gametëve dhe embrioneve në gjëndje jonormale të kromozomëve nuk dë të mbijetojnë. Ndërmjet monozomive kromozomike të mundshme, në mënyrë tipike vetëm atë të kromozomit X do lejojnë lindjen e foshnjës gjallë. Megjithatë, në ekzaminimin e kujdesshëm shumë nga këto foshnja mund të shfaqin mozaicizëm. As anamneza familjare dhe as ajo personale e lindjeve të mëparshme në termin nuk është e mjaftueshme për të përjashtuar një anomali kromozomike të mundshme të prindërve. Frekuenca e zbulimit të një anomalie kromozomike të prindërve është lidhur në mënyrë të ngushtë me numrin e ndërprerjeve spontane të shtatzënisë të mëparshme. Anomalitë mund të zbulohen gjithashtu edhe me anë të analizimit të kariotipit të prindërve. Anomalitë strukturore të tjera kromozomike, si inversionet dhe insertimet, si dhe mozaicizmi kromozomik dhe defektet e një gjeni të vetëm, gjithashtu mund të kontribuojnë në abort.

#### **Trombofilitë**

Ky grup heterogjen qrrregullimesh rezulton në shtim të formimit të trombëve venozë ose arteriale. Trombofilit e trashëgueshme që shoqërohen më shpesh, me referimin për RPL përfshinë hiperhomocisteinemin, rezistencen e proteines C të aktivizuar, të lidhur me mutacionet në faktorin V, deficiencat e proteines C dhe S, mutacionet në promotorin

e gjenit të protombines, mutacionet e protrombines dhe mutacionet e anti trombinës III. Baza për lidhjen ndërmjet rezultateve të pafavorshme të fetusit dhe trombofilëve të trashëgueshme është përqendruar në dëmtimin e mekanizmave të zhvillimit placentar dhe të funksionit, si pasojë e trombozës venoze ose arteriale në sipërfaqen e kontaktit nënë-fetus.

### **Anomalitë anatomike**

Anomalitë anatomike, si të cerviksit të uterusit, ashtu edhe të trupit të uterusit janë lidhur me RPL. Këto shkaqe anatomike mund të jenë kongenitale ose të fituara. Historikisht, të gjitha anomalitë kongenitale të traktit riprodhues janë lidhur, si më ndërprerjet spontane të izoluar të shtatzënisë, ashtu edhe me RPL, megjithëse prania e një septumi intrauterin dhe një ekspozimi para lindjes ndaj dietilsilbestrolit (DES) ka treguar lidhjet më të ngushta. Anomalitë anatomike të fituara janë lidhur si me abortin e izoluar ashtu edhe më RPL. Këto anomalitë përfshijnë patologji të ndryshme si adezionet intrauterine, fibroidet dhe endometriozen.

### **Anomalitë endokrine**

Shtazania spontane varet në mënyrë kritike nga ndryshimet endokrinologjike të ciklit menstrual të kryera në kohën e duhur, nuk është për t'u habitur që ato anomalitë endokrine që alterojnë ruajtjen e shtatzënisë mund të ndërhyjnë me efektin e tyre gjat fazës folikulare të ciklit në të cilin ndodh konceptimi, ose madje edhe më shpejtë. Faktorët endokrinologjikë të lidhur me abortin e perseritur përfshijnë insuficiencën e fazës luteale, diabetin melit, hipersekretimin e hormonit luteinizues (LH), sëmundjen e tiroides, rezistencën e mundshme të insulinës dhe sindromën e ovarit policistik (PCOS), hiperprolaktinemine dhe zvoglimin e rezervave ovariane. Shumë gra më PCOS kanë alterime metabolike të kontrollit të glicemisë që karakterizohen nga rezistenca ndaj insulinës. Pacientet me sëmundje të tiroides, shpesh, kanë anomalitë të një kohshme të traktit të riprodhimit, duke përfshirë disfunkcionin e ovulimit dhe LPD. Përveq kësaj, kërkesat metabolike të stadëve të para të shtatzënisë kërkojnë nivele të rritura të hormonit tiroides. Prandaj nuk është i habitshëm fakti se hipotirodizmi është shoqëruar me ndërprerje spontane të shtatzënisë dhe më RPL.

## **Infeksionet e nënës**

Infeksione të traktit riprodhues me organizma bakterial, viral, me parazitë, zoonoza dhe më fungues janë lidhur teorikisht me ndërprerjen e shtatzënisë. Patogjenët që janë studiuar më shumë janë mykoplazma, ureaplazma, Chlamydia trachomatis dhe streptokoi i grupit B.

Mekanizmi që lidhë mikroorganizma të ndryshëm me abortin e izoluar ose me RPL mbetet i paqartë dhe sigurisht që ndryshon ndërmjet mikroorganizmave infektues. Mikroorganizma virale të caktuara, si virusi simplex (HSV) dhe citomegalovirusi human (CMV) mund të infektojnë direkt placenten dhe fetusin.

## **Fenomenet imunologjike**

Përgjigjet imune në mënyrë klasike janë ndarë në përgjigje të lindura dhe të fituara. Përgjigjet e lindura paraqesin linjen e parë të mbrojtjes së trupit ndaj invadimit të patogjenëve. Ato janë të shpejta dhe nuk janë specifike për llojin e antigjenit. Llojet e qelizave dhe mekanizmave që në mënyrë tipike konsiderohen vitale për imunitetin e fituar përfshijnë aktivizimin e komplementit. Përgjigjet imune të fituara janë specifike për llojin e antigjenit dhe janë të ndërmjësuar nga limfocidet T dhe B. Përgjigjet e fituara mund të klasifikohen më tej në paresore (përgjigjet të lidhura kontaktin fillestar me antigjen) dhe dytësore (përgjigjet kujtesë të shpejta dhe të fuqishme të lidhura me kontaktin pasues me të njëjtin antigjen).

## **Faktorët e tjerë**

Implantimi i citoplastit në deciduan e uterusit përfaqson ndërveprim shumë të detajuar ndërmjet embrionit dhe nënës. Ekspozimi ndaj tri substancave të veqanta alkoolit, cigareve dhe kafeines-meriton një vëmendje të veçantë. Konsomimi i alkoolit gjatë tremujorit të parë, në nivel të ulët prej tre pijesh alkoolike në javë, shoqerohet më një rritje të incidencës së ndërprerjes spontane të shtatzënisë. Duhanpirja është e lidhur

gjithashtu edhe më ndërprerjen e spontane të hershme të shtatzënisë. Konsomimi i alkoolit dhe duhan pirja në partnerin mashkull përkon me incidencën e dhunes në familje, e cila lidhet me humbjen e hershme të shtatzënisë.<sup>11</sup>

## 3.2 Vlerësimi para konceptcionit

Vlersimi për abortin të përsëritur duhet të përfshijë marrjen e një anamnezenga të dy partnert, duke kryer edhe vlersimin fizik të gruas (duke i kushtuar vemendje të veçantë ekzaminimit të pelvisit) dhe duke kryer një numër të kufizuar të testëve laboratorike.<sup>12</sup>

### 3.2.1 Anamneza

- Modeli, tremujori dhe karakteristikat e humbjeve të mëparshme të shtatzënieve,
- Anamneza e uljes së fertilitetit ose infertilitetit,
- Anamneza e menstruacioneve,
- Infeksionet gjinekologjike ose obstetrike të mëparshme ose aktuale,
- Shenjat dhe simptomat e çrregullimeve të tiroides, prolaktines, testit të tolerance së glukozes,
- Anamneza personale ose familjare për gjendjet trombotike,
- Çrregullimet tjera autoimune,
- Medikamentet,
- Ekspozimet mjedisore,
- Marrëdhënia gjenetike ndërmjet partnerit që deshiron të ketë fëmijë,
- Anamneza familjare për abort të përsëritur.

### 3.2.2. Ekzaminimet fizike

Ekzaminim fizik i përgjithshëm me vemendje të veçantë për:

- Obezitet,
- Ekzaminim të tiroides,
- Ekzaminim të gjirit,
- Ekzaminim pelvik (anatomi, infeksione, trauma, estrogenizmi).

### 3.2.3 Vleresimi laboratorik

- Kariotipi i prindërve nga gjaku periferik,
- Histerosalpingografia,
- Niveli i hormonit stimulues të tiroides,
- Niveli i antitropave anitkardiopinë,
- Antikuagolanti lupik,
- Gjak komplet me përcaktimin e numrit të trombocideve.

## 3.3 Vlerësimi pas konceptcionit

Pas konceptcionit, pacientet me anamneza për RPL, duhet të monitorohet me kujdes për të siguruar mbështetje psikologjike dhe për të konfirmuar shtatzëninë intrauterine dhe gjendjen e saj. Incidenca e shtatzënisë ektopike dhe shtatzënia molare e plotë është i rritur tek gratë me një anamnez të ndërprerjeve spontane të përseritura. Përcaktimi i niveleve të gonadotropines korionike humane  $\beta$  (Hcg) mund të jetë i domosdoshëm në monitorimin e fazës së hershme të shtatzënisë deri sa të mund të kryhet një ekzaminim ekografik; megjithatë, nivelet e pa përshtatshme të  $\beta$ -hCG nuk shfaqen gjithmonë në shtatzënitë që shkojnë deri në abortë. Kryerja në seri ekografisë dhe një serë matjesh biokimike dhe hormonale gjatë stadi të hershëm të shtatzënisë kanë vlerë prognostike

te gratë me RPL. Asnjeherë nuk është e tepërt vëmendja që i kushtohet rëndësisë së kryerjes së një analize së kariotipit nga indet e marra pas vdekjes intruterine të produktit të konceptjonit, tek një grua që përjeton ndërprerje rekurente të shtatzënisë. Rezultatet mund të sygjerojnë për anomali të kariotipit të prindërve.<sup>13</sup>

### 3.3.1 Terapia

Përparimet në trajtimin e pacienteve më RPL fatkeqësisht kanë qënë të ngadalta. Prandaj shpesh është pothuajse e pa mundur të krahasohen dhe të vlersohen rezultatet e provave klinike që përfshijnë pacientet më RPL.

Mundësitë terapeutike më të zakonshme që ekzistojnë aktualisht për pacientet me RPL përfshijnë përdorimin e vezëve ose spermës nga dhurues të tjerë, përdorimin e diagnozës gjenetike para inplantimit, përdorimin e ndërhyrjeve antitrombotike, riparimin e anomalove anatomike, trajtimin e infeksioneve dhe një shumëllojshmëri e ndërhyrjeve imunologjike dhe trajtimet medikamentoze. Këshillimi dhe mbështetja psikologjike rekomandohet për të gjithë pacientet.<sup>14</sup>

### 3.3.3 Mbështetja psikologjike

Përjetimi i ndërprerjeve të izoluar ose të përsëritura të shtatzënisë mund të jenë shkatërrues nga pikpamja psikologjike. Risku i depresionit madhor tek gratë me ndërprerje spontane të shtatzënisë është më shumë se dy herë më i lartë; në pjesën më të madhe të grave, ai rritet në javët e para pas lindjes. Duhet të ofrohet referimi i tyre në grupe mbështetëse dhe në këshilltarë psikolog. Masat për vetë ndihmën siq është meditimi, joga, ushtrimet fizike gjithashtu mund të jenë të dobishme.<sup>15</sup>

## 4 Referencat

1. <http://doktori.weebly.com/aborti.html> marrë me 26 Shtatorë 2017,
2. Cramer DW, Eise LA, The epidemiology of recurrent pregnancy loss. Sem Reprod Med 2000,
3. Wilcox AJ, Weinberg CR, O'Connor JF, et al. Incidence of early loss pregnancy. N Engl J Med 1988,
4. Glimore DH, Mc Nay. Spontaneous fetal loss rate in early pregnancy. Lancet 1985,
5. Simpson JL, Carson SA. Causes of fetal loss. Oxford University Press 1993,
6. Warburton D, Frances FC. Spontaneous abortion risk in man. Am J Hum Genet 1964,
7. O. Gliozheni, A. Bimbashi. Obstetrika.
8. Sylejmani Selami, Shëndeti riprodhues dhe etika.
9. G. Gabbe Steven. Obstetrika. Tabernakul 2013,
10. Stirrad GM. Recurrent miscarriage. Lancet 1990,
11. Plouffe L Jr, White EW, Tho St, i sur. Etiology factors of recurrent abortion and subsequent reproductive performance of couples. Am J Obstet Gynecol 1992,
12. Christiansen OB. A fresh look at the causes and treatments of recurrent miscarriage, especially its immunological aspect. Human Reproduction Update 1996,
13. Ata B, Tan SL, Shehata F, i sur. A systematic review of intravenous immunoglobulin for treatment of unexplained recurrent miscarriage. Fertil Steril, 2011,
14. Tulandi T, Al-Fozan HM. Evaluation of couples with recurrent pregnancy loss. Update 2012.
15. S. Berek Janathan. Gjinekologjia e Berek dhe Navak. Tabernakul 2014

## Biografi e shkurtër e kandidatës-CV (Curriculum Vitae)

<b>Informatat personale:</b>	
Emri dhe Mbiemri	Qëndresa Brahimaj
Ditëlindja	07.02.1996
Gjinia	Femër
<b>Të dhënat kontaktuese:</b>	
Telefoni	+38649684538
E-mail	<a href="mailto:qendresa.brahimaj1@gmail.com">qendresa.brahimaj1@gmail.com</a>
<b>Të dhënat e kualifikuara:</b>	
Shkolla e mesme e lartë	Shkolla e Mesme e Mjekësisë “Hysni Zajmi” Gjakovë Drejtimi: Asistent infermieri i përgjithshëm
Universiteti	Universiteti i Gjakovës “Fehmi Agani”
Fakulteti	Fakulteti i Mjekësisë
Programi	Mami
Statusi	E rregullt
Nr.ID	140305009