

**UNIVERSITETI “FEHMI AGANI” GJAKOVË**  
**FAKULTETI I MJEKËSISË**  
**PROGRAMI: INFERMIERI**



**PUNIM DIPLOME**

**TEMA: SËMUNDJET BENINJE TË GJIRIT**

Kandidatja:  
**Dorina Pnishi**

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

Gjakovë, Janar 2017

Punimi i temës së diplomës: “**SËMUNDJET BENINJE TË GJIRIT**”, i kandidates: **Dorina Pnishi**, u punua në Fakultetin e Mjekësisë të Universitetit “Fehmi Agani” Gjakovë.

**MENTOR I PUNIMIT:**

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

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

**Punimi përmban:** 36 faqe  
1 tabelë  
10 figura

# DEKLARATA E KANDIDATES

Unë **Dorina Pnishi**, deklaroj se kjo temë e Diplomës, “**SËMUNDJET BENINJE TË GJIRIT**”, 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

Në rrugëtimin e gjatë të përfundimit të studimeve të mia kam pasur fatin të kem përkrah shumë persona që më kanë ndihmuar, mbështetur dhe këshilluar.

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

**Prof. Asist. Selami Sylejmani, MD, PhD**, Profesor i Fakultetit të Mjekësisë i Universitetit “Fehmi Agani” Gjakovë, i cili me korrektësi maksimale, gjithmonë dhe 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 çfarëdo 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 u munduan që dijen e tyre ta 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 mia, për çka për jetë u jam mirënjohëse dhe falenderuese.

# PËRMBAJTJA

Abstrakt .....	6
Abstract .....	7
1 Hyrje .....	8
2 Anomalitë në zhvillim.....	9
3 Lezionet inflamatore dhe të ngjashme .....	11
3.1 Mastiti.....	11
3.2 Ektazia e kanalit të gjirit.....	14
3.3 Nekroza dhjamore.....	15
3.4 Galactorrhoea - sekrecionet nga thimthi.....	16
3.5 Mastalgia – Mastodinia .....	16
4 Ndryshimet fibrocistike .....	17
4.1 Cistat.....	18
4.2 Adenoza .....	19
4.3 Metaplazia apokrine .....	20
4.4 Hiperplazia epiteliiale .....	21
4.5 Lezionet e qelizave shtyllore (Columnar Cell Lesions) .....	23
4.6 Vrajat radiale dhe lezionet komplekse sklerozuese .....	23
4.7 Papilomat intraduktale dhe papilomatoza.....	24
5 Lezionet proliferative stromale .....	25
5.1 Mastopatia diabetike fibroze .....	25
5.2 Hiperplazia pseudoangiomatoze stromale e gjirit .....	25
6 Neoplazmat .....	26

6.1	Fibroadenoma .....	26
6.2	Lipoma.....	28
6.3	Adenoma.....	29
6.4	Hamartoma .....	30
6.5	Tumori i qelizës granulare.....	31
7	Roli i infermieres .....	33
8	Referencat .....	34

## **Abstrakt**

**Hyrje:** Gjinjt bëjnë pjesë në organet e jashtme gjentiale të femrës. Deri në periudhën e pubertetit kanë zhvillim të njëjtë si të mashkujt ashtu edhe të femrat. Pas pubertetit, të mashkujt pushojnë së zhvilluari ndërsa të femrat vazhdojnë dhe zhvillohen. Përgjegjës kryesor për zhvillimin e gjinjve të femrat janë hormonet të cilat tashmë janë në nivel të vezoreve.

**Qëllimi i punimit:** është të paraqesim të dhënat mbi proceset dhe sëmundjet beninje të gjirit, duke bërë rishikimin e literaturës.

**Të dhëna të përgjithshme:** Shumica dërrmuese e lezioneve që shfaqen në gjinj janë beninje. Brengë më e madhe janë lezionet malinje të gjirit sepse kanceri i gjirit është malinjiteti më i përhapur tek gratë në vendet perëndimore. Megjithatë, lezionet beninje të gjirit janë shumë më të shpeshta se ato malinje. Me përdorimin e mamografisë, ultratingullit dhe rezonancës magnetike të gjirit dhe të përdorimit të biopsisë me gjilpërë, diagnostikimi i sëmundjeve beninje të gjirit mund të bëhet pa ndërhyrje kirurgjike të shumica e pacientëve. Shprehja “sëmundjet beninje të gjirit” përfshin një grup heterogjen të lezioneve që mund të prezantojnë një diapazon të gjerë të simptomave ose mund të detektohen si gjetje incidentale mikroskopike. Incidenca e lezioneve beninje të gjirit fillon të rritet gjatë dekadës së dytë të jetës dhe arrin kulmin në dekadën e katërt dhe të pestë, për dallim nga sëmundjet malinje të cilat incidenca vazhdon të rritet pas menopauzës ndonëse me një tempo më të ultë<sup>1</sup>.

**Përfundim:** Në këtë punim, lezionet më së shpeshti të detektuar të gjirit përmbledhen në grupet vijuese si: Anomalitë në zhvillim, lezionet inflamatorë, ndryshimet fibrocistike, lezionet stromale, dhe neoplazmat.

**Fjalet kyçe:** Gjiri, sëmundjet dhe proceset beninje

## Abstract

**Introduction:** Breasts belong to the outer female genital organs. Until the period of puberty they have same development rate in male as well as in female. After the puberty, they cease to develop in male, while in female they continue to develop. The main determinant for the breast development in female are hormones that are released in ovary.

**The purpose of this paper:** is to present breast benign processes and diseases, by reviewing the literature.

**General information:** Vast majority of lesions that appear in breast are benign. The main concern are the malignant lesions of the breast because the breast cancer is the most spread malignity in women in western countries. However, benign lesions of breast are more common than the malignant ones. By using mammography, ultrasound and magnetic resonance of the breast and using the needle biopsy, the diagnostics of benign diseases may be done without surgery in majority of patients.

The breast cancer is the most common cancer among women. Besides decades of epidemiologic research and identification of different factors that affect the breast cancer risk, there has not been achieved much in decreasing the rate of this disease. Although the medicine still continues to seek for effective methods for breast cancer prevention, there are improvements that are made in treatment and early detection, and this has contributed in decreasing mortality of this disease.

The term “benign breast diseases” include a heterogeneous group of lesions that may present a wide range of symptoms or may be incidental microscopic findings. The incidence of benign lesions start to increase during the second decade of life and reaches its peak in the fourth and fifth decade, as opposed to malignant diseases which incidence continues to grow after the menopause although in slower pace.

**Conclusion:** In this paper, the most frequently detected breast lesions are grouped as follows: development anomalies, inflammatory lesions, fibrocystic changes, stromal lesions, and neoplasms.

**Keywords:** breast, benign diseases and processes



# 1 Hyrje

Shumica dërmuese e lezioneve që shfaqen në gji janë beninje. Brengë më e madhe janë lezionet malinje të gjirit sepse kanceri i gjirit është malinjiteti më i përhapur tek gratë në vendet perëndimore. Megjithatë, lezionet beninje të gjirit janë shumë më të shpeshta se ato malinje. Me përdorimin e mamografisë, ultratingullit dhe rezonancës magnetike të gjirit dhe të përdorimit të biopsisë me gjilpërë, diagnostikimi i sëmundjeve beninje të gjirit mund të bëhet pa ndërhyrje kirurgjike te shumica e pacienteve.

Meqenëse shumica e lezioneve beninje nuk janë të shoqëruara me risk të rritur për kancerin e gjirit, duhet të shmangen procedurat e panevojshme kirurgjike. Është me rëndësi për patologët, radiologët dhe onkologët t'i identifikojnë lezionet beninje, për t'i dalluar nga kanceret in situ dhe kancereve invazive të gjirit dhe për ta bërë vlerësimin e riskut për zhvillimin e kancerit të gjirit, në mënyrë që të zgjedhet modaliteti më adekuat për secilin rast<sup>2</sup>.

Termi “sëmundjet beninje të gjirit” përfshin një grup heterogjen të lezioneve që mund të prezantojnë një diapazon të gjerë të simptomave ose mund të detektohen si gjetje incidentale mikroskopike. Incidenca e lezioneve beninje të gjirit fillon të rritet gjatë dekadës së dytë të jetës dhe arrin kulmin në dekadën e katërt dhe të pestë, për dallim nga sëmundjet malinje te të cilat incidenca vazhdon të rritet pas menopauzës ndonëse me një tempo më të ultë<sup>3</sup>.

Në këtë punim, lezionet më së shpeshti të detektuar të gjirit do të përmbliidhen në grupet vijuese:

- Anomalitë në zhvillim
- Lezionet inflamatore
- Ndryshimet fibrocistike
- Lezionet stromale, dhe
- Neoplazmat

## 2 Anomalitë në zhvillim

Gjiri ektopik (heterotopia mamare), që mund të përshkruhet si ind jonormal dhe i tepërt në numër i gjirit është anomalia më e shpeshtë kongjenitale e gjirit. Indi i tepërt në numër i gjirit më së shpeshti haset përgjatë vijës së qumështit; lokacionet më të shpeshta janë muri i kraharorit, vulva dhe sqetulla. Mund të dallojë në komponentët e tij të thimthit (politelia), areolës, dhe indit glandular (polimastia). Megjithatë, lokacioni anatomik jashtë vijës së qumështit nuk duhet ta përjashtojë diagnozën e indit ektopik të gjirit, sepse ka shumë lokacione të pazakonshme e të dokumentuara për indin e tillë, përfshirë këtu gjurin, prapnicën laterale, kofshët, fytyrën, veshin dhe qafën<sup>4</sup>.

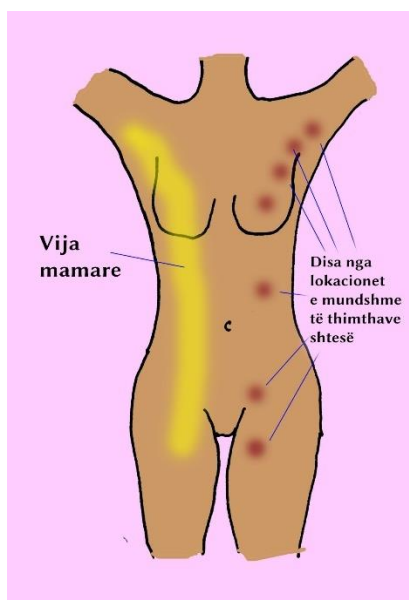


Fig. 1: Lokacionet e mundshme të thimthave shtesë

Indi jonormal i gjirit rëndomë është i vendosur afër gjirit, më së shpeshti në sqetull. Rëndomë kanë thimth e areolë dhe sistem duktal të ndarë nga gjiri normal. Kur thimthi mungon, është vështirë të bëhet identifikimi i indit shtesë të gjirit. Indi shtesë i gjirit reagon njëjtë sikur indi normal i gjirit ndaj ndikimeve fiziologjike. Mungesa e sistemit duktal mund të shkaktojë simptoma të obstrukcionit gjatë gjidhënies dhe mundet gabimisht të merret për karcinomë. Indi shtesë i gjirit dhe polimastia janë më të shpeshtë te aziatikët, në veçanti japonezët, se sa tek të bardhët. Identifikimi i indit ektopik të gjirit është i rëndësishëm sepse mund të shërbejë si prapaskenë për zhvillimin e një sërë lezioneve beninje dhe malinje që hasen në gjirin normal. Ka raporte se indi

ektopik i gjirit është më i prirur kah ndryshimet malinje dhe se kanceri ektopik i gjirit paraqitet në moshë të re, por megjithatë malinjiteti në gjinjë ektopikë është shumë i rrallë. Rritja e tepërt e gjirit (makromastia) mund të shihet gjatë shtatzënisë dhe gjatë adoleshencës. Nënzhvillimi i gjirit (hipoplazia), kur është kongjenitale, rëndomë është i shoqëruar me çrregullime gjenetike, siç është sindromi ulnar-mamar, sindromi i Polandit, sindromi i Turnerit, dhe hiperplazioni adrenal kongjenital. Ndër këto çrregullime, sindromi i Polandit është anomalia kongjenitale që është raportuar më së shpeshti si të shoqëruar me kancerin e gjirit<sup>5</sup>.

Disa studime të vonshme sugjerojnë shoqërimin e sindromit ulnar-mamar me kancerin e gjirit. Megjithatë, kanceri i gjirit nuk është regjistruar te pacientët me sindromin e Turnerit. Hipoplazia e fituar, në anën tjetër, rëndomë është jatrogjenike, më së shpeshti si rrjedhojë e traumave ose radioterapisë.

Mungesa e plotë e të dy gjinjve dhe thimthave (amastia) ose prezenca e vetëm një thimthi pa ind mamar (amazia) është e rrallë.

## 3 Lezionet inflamatore dhe të ngjashme

### 3.1 Mastiti

Një varietet i ndryshimeve inflamatore dhe reaktive mund të shihen në gjinj. Përderisa disa nga këto ndryshime janë rezultat i agjentëve infektivë, të tjerat nuk kanë etiologji të kuptuar mirë dhe mund të përfaqësojnë reaksion lokal ndaj ndonjë sëmundjeje sistemike ose reaksion të lokalizuar antigjen-antittrup, dhe klasifikohen si idiopatike.

Kanceri inflamator i gjirit, ashtu siç sugjeron edhe emri, imiton etiologji infektive ose inflamatore. Shpesh zhvillohet pa lezion të masës së palpueshme dhe shpesh i jepet diagnozë e gabuar në fillim. Në fakt, shumica e pacenteve me kancer inflamator të gjirit diagnostikohen pas një trajtimi inicial me antibiotikë ose terapi anti-inflamatore që nuk tregojnë përmirësime klinike<sup>6</sup>.



*Fig. 2: Mastiti*

Vlerësimi mamografik dhe sonografik është i dobishëm në vendosjen e diagnozës. Biopsia e drejtuar me imazheri e parenkimave jonormale të gjirit ose biopsia e lëkurës e konfirmon diagnozën. Biopsia negative e lëkurës nuk duhet të përdoret për përjashtimin e diagnozës.

#### 3.1.1 Mastiti akut

Mastiti akut rëndomë shfaqet gjatë 3 muajve të parë pas lindjes (postpartum) si rezultat i gjidhënies. I njohur gjithashtu si mastitis i lehonisë ose laktacionit, ky çrregullim është celulit i indit lidhës interlobular brenda indit mamar, që mund të rezultojë në formim të abscesit dhe septicemisë.

Diagnostikohet duke u bazuar në simptomat klinike dhe shenjat që japin indikacion të inflamacionit. Risk faktorët bëjnë pjesë në dy grupe të përgjithshme:

- Teknikat joadekuate infermierike që shkaktojnë ngecje të qumështit dhe çarje ose plasaritje të thimthit, që mund ta lehtësojë futjen e mikroorganizmave nëpër lëkurë, dhe
- Stresi dhe mungesa e gjumit, që mund ta ulë statusin imun të gruas dhe ta bllokojë qarkullimin e qumështit, kështu duke shkaktuar ndërprerje të rrjedhjes së qumështit.

Meqenëse kohëzgjatja e simptomave para fillimit të trajtimit është konstatuar si risk faktor i vetëm i pavarur për zhvillimin e abscesit, diagnoza e hershme dhe trajtimi i hershëm i mastitisit ka vlerë. Megjithatë, ka fare pak konsensus mbi tipin apo fillimin dhe kohëzgjatjen e terapisë me antibiotikë. Për shkak se mastitisi i laktacionit është proces i celulitit nënlëkuror, detektimi i patogjeneve në qumështin e gjirit mund të mos jetë gjithmonë i mundshëm, kështu që zbrazja e gjirit me pompim infermierik ose manual dhe fillimi i antibioterapisë empirike duket se është qasja më adekuate.

Kur shfaqet mastiti i paslindjes i shoqëruar me absces, rëndomë rekomandohen incisioni dhe drenazha. Megjithatë, pacientët e vlerësuar me ultrasonografi po ashtu mund të trajtohen pa ndërhyrje kirurgjike me anë të aspirimit me gjilpërë dhe antibiotikëve.

### 3.1.2 Mastiti granulomatoz

Reaksionet granulomatote që rezultojnë nga një etiologji infekzive, materialit të huaj, ose sëmundjeve sistemike autoimmune siç është sarkoidoza dhe granulomatoza e Wegener-it mund ta përfshijnë edhe gjirin.



*Fig. 3: Mastiti granulomatoz idiopatik*

Identifikimi i etiologjisë kërkon analiza mikrobiologjike dhe imunologjike krahas vlerësimit histopatologjik. Shumë tipe të ndryshme të organizmave mund të shkaktojnë mastit granulomatoz. Tuberkuloza e gjirit është sëmundje shumë e rrallë. Megjithatë, karakteristikat klinike dhe

radiologjike të mastit tuberkuloz nuk janë diagnostike dhe lehtë mund të ngatërrohen nga klinicistët me kancerin e gjirit apo abscesin piogjenik të gjirit.

Duke marrë parasysh faktin se udhëtimi nga vendi në vend nëpër botë është shtuar shumë, dhe se prognoza e shërimit të plotë me terapi adekuate antituberkuloze farmakologjike është e shkëlqyeshme, edhe ky entitet duhet të merret parasysh. Diagnoza definitive e sëmundjes bazohet në identifikimin e karakteristikave tipike histologjike nën mikroskop ose detektimin e bacilit të tuberkulozes me kulturë mikobakteriale.

Termi “mastiti granulomatoz idiopatik” përdoret për lezionet granulomatoze pa shkaktar të identifikueshëm. Diagnoza mund të bëhet vetëm me përjashtimin e shkaktarëve të tjerë të mundshëm të lezioneve granulomatoze. Një përgjigje e lokalizuar autoimune ndaj sekrecioneve të mbajtura e të pasura me yndyrë dhe proteina të nxjerra nga enët e gjakut (ekstravazale) në kanale merret si e mirëqenë, por etiologjia e sëmundjes mbetet e panjohur<sup>7</sup>.

Në aspektin histologjik, inflamacioni kronik granulomator jokaseatik (që nuk ka pamje të djathit), në mënyrë tipike është i kufizuar në lobula. Terapia e rekomanduar e mastitit granulomatoz idiopatik është nxjerrja complete kirurgjike kurdo që është e mundur plus terapi steroidale. Edhe kur mastiti granulomatoz idiopatik trajtohet në mënyrë adekuate, në rreth 50% të rasteve janë hasur persistenca, rekurenca dhe ndërlikimet siç janë formimi i abscesit, fistulave dhe qelbëzim kronik, prandaj një përcjellje afatgjate është e domosdoshme tek këta pacientë.

### **3.1.3 Reaksionet ndaj trupave të huaj**

Materialet e huaja, siç janë silikoni dhe parafina, të cilat përdoren për plotësim dhe rekonstruktim të gjirit pas operacionit të kancerit, mund të shkaktojnë reaksion granulomatoz të tipit të trupit të huaj në gj. Granulomat e silikonit (“silikonomat”) zakonisht shfaqen pas injektimit direkt të silikonit në indin e gjirit ose pas rupturës ekstrakapsulare të një implanti<sup>8</sup>.

### **3.1.4 Abscesi rekurrent subareolar (Sëmundja e Zuskas)**

Abscesi rekurrent subareolar (Sëmundja e Zuskas) është infeksion i rrallë bakterial i gjirit që karakterizohet nga një treshe e:

- Fistulave kulluese lëkurore nga indi subareolar,
- Një rrjedhjeje të trashë e të squllët nga thimthat, dhe
- Anamnezë të abscesëve të shumëfishta rekurrenente të gjirit.

Sëmundja shkaktohet nga metaplazia luspore e një apo më tepër kanaleve qumështsjellëse në kalimin e tyre nëpër thimth, me gjasë shkaktuar nga pirja e duhanit.



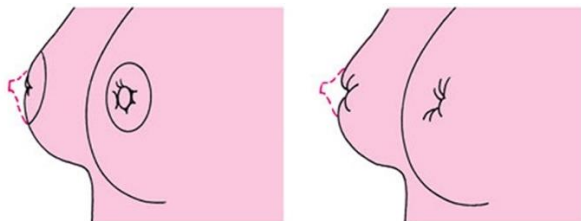
*Fig. 4: Abscesi rekurrent subareolar*

Shtupat e keratinës (keratin plugs) e pengojnë dhe dilatojnë kanalin proksimal, i cili pastaj infektohet dhe pëson rakturë. Inflammacioni shpesh në formim të abscesit nën thimth, që në mënyrë tipike kullon në kufijtë e areolës. Abscesi duhet të kullohet për të lejuar shpërbërjen e inflamacionit akut dhe pastaj ekscisioni komplet i kanalit të afektuar dhe sinus traktit është i suksesshëm në shumicën e rasteve, por absceset mund të rishfaqen kur procesi zhvillohet në ndonjë kanal tjetër.

### **3.2 Ektazia e kanalit të gjirit**

Ektazia e kanalit të gjirit (mammary duct ectasia), po ashtu e quajtur mastit periduktal (periductal mastitis) është një entitet i veçantë klinik që klinikisht mund ta imitojë karcinomën invazive.

Është sëmundje në radhë të parë e grave të moshës së mesme e të moshës së shtyrë, që zakonisht prezantohet me rrjedhje nga thimthat, masë të palpueshme subareolare, mastalgji jocijlike, ose invertim apo tërheqje të thimthit.



*Fig. 5: Tërheqja (retraksioni) dhe invertimi*

Patogjeneza dhe etiologjia e sëmundjes ende janë të debatueshme. Pirja e duhanit mund të jetë e implikuar si faktor etiologjik në ektazinë e kanalit të gjirit (duktit mamar)<sup>9</sup>. Ky shoqërim duket se është më i rëndësishëm te gratë e reja që e konsumojnë duhanin. Ektazia e kanalit të gjirit rëndomë është lezion asimptomatik dhe detektohet mamografik për shkak të mikrokalcifikimeve.

Karakteristika më kryesore histologjike e këtij çrregullimi është dilatimi i kanaleve kryesore në regjionin subareolar. Këto kanale përmbajnë sekrecione eozinofilike granulare dhe histiocite shkumëzore që të dyja të vendosur brenda epitelit të kanalit dhe lumenit. Sekrecionet e ntrashura luminalë mund t'i nënshtrohen calcifikimeve që mund të jenë shenjë prezantuese te shumë pacientë. Ektazia e kanalit të gjirit në përgjithësi nuk kërkon ndërhyrje kirurgjike dhe duhet të menaxhohet në mënyrë konzervative.

Nuk ka dëshmi në literaturë që indikojnë se ektazia e kanalit të gjirit është e shoqëruar me risk të rritur të kancerit të gjirit. Tek disa pacientë, prezantimi klinik dhe gjetjet mamografike mund të sugjerojnë në malinjitet, dhe mund të kërkohet biopsi për përjashtimin e malinjitetit.

### **3.3 Nekroza dhjamore**

Nekroza dhjamore e gjirit është një proces inflamator beninj joqelbëzues e indit adipoz (të dhjemit). Mund të shfaqet për shkak të traumave aksidentale ose kirurgjike, ose mund të shoqërohet me karcinomë ose çfarëdo leziona që provokon degjenerim qelbëzues ose nekrotik, siç janë ektazia e kanalit të gjirit, dhe më rrallë sëmundja fibrocistike me formacione të mëdha cistike<sup>10</sup>.

Klinikisht, nekroza dhjamore mund ta imitojë kancerin e gjirit nëse ka pamje si të një mase të dendur të gjembëzuar apo të formës së parregullt, shoqëruar me tërheqje të lëkurës, ekimoza (ecchymosis), eritema (erythema) dhe trashje të lëkurës. Gjetjet imazherike mamografike, ultasonografike dhe të rezonancës magnetike jo gjithmonë mund të diferencojnë nekrozën dhjamore nga lezionet malinje. Edhe pamja makroskopike e lezionit beninj mund të sugjerojë në tumor malinj. Në aspektin histologjik, megjithatë, diagnoza e nekrozës dhjamore nuk paraqet problem, sepse është e karakterizuar nga qelizat dhjamore anukleare (pa bërthamë) shpesh të rrethuara me qeliza gjigante histiocitike dhe histiocite fagocitike të shkumëzuara. Biopsia ekscisionale është e nevojshme nëse nuk mund të përjashtohet karcinoma para operacionit.



### **3.4 Galactorrhea - sekrecionet nga thimthi**

Gjendjet e caktuara beninje në gji mund të shkaktojnë simptome të tilla që hasën te: gratë që marrin kontraktivë, Sedativë, apo edhe disa ilaçe të tjera. Sekretioni, rrjedh më shpesh nga të dy gjinjte, ndonëse mund të ndodhë edhe vetëm nga njëri. Sekretioni që sipas rregullit kërkon trajtim është ai, i cili përmban pak ose më shumë gjak.

### **3.5 Mastalgia – Mastodinia**

Është simptoma më e shpeshtë për të cilën gratë ankohen lidhur me gjinjte e tyre. Në jetën e përditshme nuk ka asnjë grua që nuk ka pasur shqetësime të tilla.

Nëse dhembjet ndërpriten me fillimin e ciklit të ri, ato nuk paraqesin sinjal për gjendje të rrezikshme.

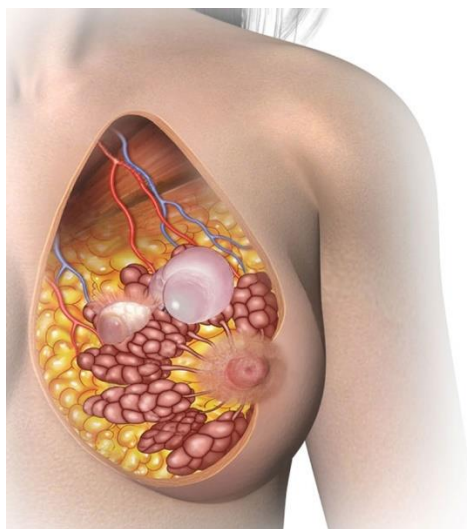
Shkaktarë të dhembjeve të tilla, janë çrregullimet e vogla hormonale, të cilët normalizohen më së shpeshti spontanisht.

Dhembjet në gji, që duhet të merren seriozisht dhe të kërkojnë ekzaminime të plota, janë:

- dhembjet e lidhura me traumën e gjirit
- me proceset inflamatore
- dhembjet që shoqërohen me prekjen e ndryshimeve në gji
- dhembjet në regjionin e cisteve, në këto raste duhet të bëhet punkcioni, dhe materiali i fituar të dërgohet për analizë citologjike.

## 4 Ndryshimet fibrocistike

Ndryshimet fibrocistike paraqet çrregullimin më të shpeshtë benign të gjirit. Këto ndryshime në përgjithësi i afektojnë (prekin) gratë paramenopauzale të moshës ndërmjet 20 dhe 50 vjeçare. Edhe pse përgjatë viteve janë përdorur shumë emërtime të tjera për përshkrimin e këtij entiteti (sëmundja fibrocistike, mastopatia cistike, sëmundja kronike cistike, mazoplastia, sëmundja e Reclus-it), termi “ndryshimet fibrocistike” është më i preferuar sepse ky proces observohet klinikisht në deri 50% dhe histologjikisht në 90% të grave<sup>11</sup>.



*Fig. 6: Ndryshimet fibrocistike*

Ndryshimet fibrocistike mund të jenë multifokale dhe bilaterale. Simptomat më të shpeshta prezantuese janë dhimbja e gjirit dhe nodularitete të buta në gjinj. Edhe pse patogjeneza e saktë e këtij entiteti nuk është e qartë, jobalanci hormonal, në veçanti predominanca e estrogenit ndaj progesteronit, duket se luan rol të rëndësishëm në zhvillimin e tij. Ndryshimet fibrocistike përfshijnë cistat (makro dhe mikro) dhe lezionet solide, duke përfshijë adenozën, hiperplazinë epiteliale me apo pa atipi, metaplazinë apokrine, vrazat radiale, dhe papiloma. Përgjatë viteve, ka qenë ndër çështjet më të mëdha për determinimin nëse këto lezionet janë risk faktor për zhvillimin e mëpastajmë të kancerit të gjirit.

Me anë të mamografisë duhet të bëhet identifikimi i grave që kanë risk të rritur të kancerit të gjirit<sup>12</sup>. Vlerësimi i ndryshimeve fibrocistike bëhet në mënyrë praktike me përdorimin e sistemit të klasifikimit të propozuar nga Dupont dhe Page, si:

- Lezione joproliferative
- Lezionet proliferative pa atipi
- Lezione proliferative me atipi (hiperplazia atipike)

Në studime të ndryshme, është treguar se shumica dërrmuese e biopsive të gjirit (deri në 70%) tregojnë lezione joproliferative. Lezionet joproliferative përfshijnë: cistat, ndryshimet apokrine papilare, kalcifikime epiteliiale, hiperplazi e butë epiteliiale, si dhe ektazi duktale, adenozë joskleroze dhe fibroza periduktale. Lezionet proliferative me atipi përfshijnë hiperplazinë atipike duktale dhe lobulare. Në secilin prej lezioneve, risku i mëpastajmë për kancer të gjirit është i shoqëruar me paraqitjen histologjike të lezionit: krahasuar me popullatën e përgjithshme, gratë me lezione joproliferative në biopsinë e gjirit nuk shënojnë ngritje të riskut të kancerit të gjirit, gjersa gratë me sëmundje proliferative pa atipi dhe gratë me hiperplazi atipike duktale ose lobulare kanë risk më të madh të kancerit të gjirit, me risk relativ që sillet nga 1.3 deri 1.9 dhe 3.9 deri 13.0 në mënyrë respektive, sipas studimeve të ndryshme.

Përveç karakteristikave histologjike, mosha kur është bërë biopsia dhe shkalla e anamnezës familjare të kancerit të gjirit raportohen si përcaktuesit kryesorë të riskut të kancerit të gjirit pas diagnozës së sëmundjes beninje të gjirit. Sipas Hartmann me bashkëpunëtorë, risku i kancerit të gjirit te gratë e reja me diagnozë të proliferimit atipik epitelial është sa dyfishi i riskut të observuar tek gratë mbi 55 vjeçe me diagnozë të proliferimit atipik epitelial. Është raportuar në studimin e njëjtë se anamneza familjare e kancerit të gjirit është një risk faktor i pavarur dhe se anamneza e fortë familjare mund ta rrisë riskun e kancerit të gjirit edhe te pacientët me lezione joproliferative. Megjithatë, risku absolut për proliferimet epiteliiale atipike dhe joatipike është relativisht i ultë. Në më tepër se 80% të pacientëve me diagnozë të hiperplazisë atipike nuk zhvillohet kanceri invaziv gjatë jetës së tyre.

## 4.1 Cistat

Cistat janë struktura të mbushura me lëng, të rumbullakëta ose në formë të vezës që i gjejmë te një e treta e grave ndërmjet 35 dhe 50 vjeçare. Edhe pse shumica janë “mikrocista” subklinike, në rreth 20-25% të rasteve hetohen ndryshime cistike të palpueshme që në përgjithësi prezantohen si cista të thjeshta. Cistat nuk mund të dallohen në mënyrë të sigurtë nga masat solide me

ekzaminime klinike të gjirit ose me mamografi. Në këto raste, përdoret ultrasonografia me citologji të aspirimit me gjilpërë të hollë (fine needle aspiration), që është treguar si metodë shumë e saktë.

Cistat derivojnë nga njësia terminale dukta lobale. Te shumica e cistave, shtresa epiteliale (epithelial lining) është ose e rrafshuar ose mungon plotësisht. Në vetëm një numër të vogël të cistave, observohet shtresa epiteliale apokrine. Meqenëse cistat e dukshme (gross cysts) nuk shoqërohen me risk të rritur për zhvillim të karcinomës, konsensusi aktual mbi menaxhimin e cistave të dukshme është përcjellja rutinore e pacientit, pa terapi të mëtejme.

Cista komplekse (ose e komplikuar, ose atipike) është diagnozë sonografike që karakterizohet me jehona interne ose septacione të holla, mur të trashur dhe/ose të parregullt, dhe mungesë të përforcimit/zmadhimit posterior (posterior enhancement). Raportohen në rreth 5%-5.5% të të gjithë ekzaminimeve ultrasonografike të gjirit<sup>13</sup>.

Shkalla e malinjitetit të cistave komplekse, që është 0.3% sipas Venta me bashkëpunëtorë, është më e ultë se e lezioneve të klasifikuara si “me gjasë beninjë”. Megjithatë, nëse lezioni po ashtu përfshin një masë intracistike (nodule intracistike), duhet të shihet si “i dyshimtë për neoplazmë” dhe të menaxhohet si lezion solid. Në këto raste indikohet *core needle biopsy* ose biopsi kirurgjike.

## 4.2 Adenoza

Adenoza e gjirit është lezion proliferativ që karakterizohet me numër ose madhësi të rritur të komponentëve glandulare, duke përfshirë kryesisht njësitë lobulare. Janë përshkruar tipe të ndryshme të adnozës, prej të cilave adenoza sklerozuese (sclerosing adenosis) dhe adenozat mikroglandulare meritojnë përshkrim të detajuar.

Adenoza sklerozuese e gjirit definohet si lezion lobulocentrik beninj i elementeve të çrregulluara të indeve acinare, mioepiteliale dhe lidhëse, që e imiton karcinomën infiltruese. Adenoza sklerozuese mund të manifestohet si masë e palpueshme ose si gjetje e dyshimtë në mamografi. Fuqimisht është i shoqëruar me leziona të ndryshme proliferative, duke përfshirë hiperplazinë epiteliale, papillomës intraduktale ose sklerozuese, lezioneve sklerozuese komplekse, kalcifikime dhe ndryshime apokrine.

Mund të koekzistojë me kanceret invazivë dhe in situ. Studimet tregojnë se adenoza sklerozuese është risk faktor për kancerin invaziv të gjirit përveç shoqërimit që ka me lezionet tjera proliferative të gjirit.

Adenoza mikroglandulare e gjirit karakterizohet si proliferim i gjëndrave të vogla, të rumbullakëta që shpërndahen në mënyrë të parregullt brenda indit të dendur fibroz dhe/ose adipoz. Shumica e strukturave glandulare kanë lumina të hapur në të cilin zakonisht mund të shihet materiali eosinofilik. Karakteristika më e rëndësishme histologjike e adenozës mikroglandulare është se mund të ketë mungesë të shtresës së jashtme mioepiteliale që shihet në tipet e tjerat të adenozës. Mungesa e shtresës mioepiteliale e bën më të vështirë diferencimin e adenozës mikroglandulare nga karcinoma tubulare.

Edhe pse adenoza mikroglandulare konsiderohet beninje, ka dëshmi mbi potencialin e këtij lezioni për t'u shndërruar në karcinomë invazive. Adenoza mikroglandulare po ashtu ka tendencë për rishfaqje nëse nuk largohet në tërësi. Adenoza apokrine (adenomioepiteliale), që duket se është variante e adenozës mikroglandulare, është përshkruar së pari si i shoqëruar me adenomioepiteliomë. Është ndryshim apokrin në njësitë lobulare të deformatuara, adenozë sklerozuese, vrazat radiale, dhe leziona sklerozuese komplekse. Termi adenozë apokrine përdoret për të përshkruar një spektër të gjerë të lezioneve apokrine, dhe për ta parandaluar përdorimin joadekuat, ky term është propozuar për t'i përshkruar ndryshimet apokrine në lezionet specifike themelore.

Adenoza tubulare të gjirit është variant tjetër dhe i rrallë i adenozës mikroglandulare që duhet të dallohet nga karcinoma tubulare. Prezenca e shtresës intakte mioepiteliale rreth tubulave është karakteristika më ndihmuese<sup>14</sup>.

### **4.3 Metaplazia apokrine**

Metaplazia apokrine karakterizohet me prezencë të qelizave shtyllore me granularitet të begatshëm, citoplazmë eosinofilike dhe projeksione luminalë citoplazmatike ose feçka apikale. Këto qeliza shtrihen përgjatë kanaleve të dilatuara ose mund të shihen në proliferimet papilare<sup>15</sup>. Më shpesh gjindjen te gratë e moshës së re. Të gjitha qelizat normale dhe metaplastike apokrine mund të përmbajnë gjurmë të proteinës 15 të fluidit të sëmundjes cistike të dukshme.

Metaplazia atipike apokrine duhet të diagnostikohet vetëm kur bërthamat e qelizave apokrine tregojnë atipi citologjike sinjifikante.

Metaplazia e qelizave të kthjellta të gjirit është lezion i rrallë. Sinjifikanca e saj vë nga ngjashmëria morfologjike me karcinomat e qelizës së kthjelltë<sup>16</sup>.

## 4.4 Hiperplazia epiteliale

Hiperplazia epiteliale (e tipit duktal ose lobular) është një ndër ndryshimet fibrocistike më sfiduese për diagnostikim të saktë. Hiperplazia epiteliale është forma më e përhapur e sëmundjes proliferative të gjirit. Diferencimi ndërmjet hiperplazive duktale dhe atyre lobulare mund të jetë i vështirë. Po ashtu është vështirë të bëhet diferencimi ndërmjet hiperplazive të rëndomta duktale ose lobulare dhe homologëve të tyre atipikë – hiperplazia atipike duktale dhe hiperplazia atipike lobulare.

*Tab. 1: Kategoria histologjike e lezioneve beninje të gjirit e shoqëruar me risk relativ për kancer të gjirit për pacientët pa anamnezë familjare. Risku relative paraqet intervalin e riskut relative të raportuar në një studim restrospektiv kohort dhe tre studime case-control*

<b>Kategoria histologjike</b>	<b>Risku relativ</b>
Lezionet joproliferative Cistat Hiperplazia e butë e tipit të zakonshëm Ndryshimi i qelizave shtylllore	1
Lezionet proliferative pa atipi Adenoza sklerozuese Hipoplazia duktale e tipit të zakonshëm e butë ose floride Vrajat radiale Papiloma intraduktale Fibroadenoma	1.3-1.9
Hiperplazia atipike Hiperplazia atipike duktale Hiperplazia atipike lobulare	3.9-13.0

### 4.4.1 Lezionet duktale

Normalisht, kanalet e gjirit janë të mbështjella me dy shtresa të qelizave kuboidale të ulta me kufij të specializuar luminalë dhe qeliza bazale kontraktile mioepiteliale. Çfarëdo rritje në numrin

e qelizave brenda hapësirës së kanalit konsiderohet si hiperplazi epiteliale. Klasifikimi i mëtejshëm bazohet në shkallën dhe karakteristikat arkitekturale dhe citologjike të qelizave proliferuese.

Hiperplazia e rëndomtë duktale ose hiperplazia e thjeshtë paraqet një rritje të numrit të qelizave pa distorzion arkitektural apo fryrje të konturës duktale. Hiperplazia e rëndomtë duktale nuk e rrit riskun për kancer të gjirit. Te hiperplazitë e buta të tipit të rëndomtë, qelizat epiteliale proliferative janë shtresa 3-4 qelizore, gjersa hiperplazia e moderuar përshkruan profilerimin epitelial më të trashë se 4 qeliza, shpesh shoqëruar me bashkimin e hapësirës luminale.

Te hiperplazitë floride, lumeni është i fryrë dhe mund të jetë i obliteruar. Karakteristikat më të rëndësishme citologjike e hiperplazisë së butë, të moderuar ose floride janë përzierjet e tipave qelizore (qeliza epiteliale, qeliza mioepiteliale dhe qeliza metaplastike apokrine) dhe variacionet në pamjen e qelizave epiteliale dhe të bërthamave të tyre.

Termi hiperplazia atipike duktale definohet si një tip i hiperplazisë duktale që morfologjikisht e imiton karcinomën duktale in situ (ductal carcinoma in situ - DCIS) të shkallës së ultë. Karakterizohet me popullacion uniform të qelizave. Shumica e lezioneve të hiperplazisë atipike duktale janë të vogla dhe fokale. Ato përfshijnë vetëm një pjesë të kanalit ose vetëm disa kanale të vogla që madhësisë <2 mm.

Rëndësia e këtij lezion qëndron në faktin se pacienti ka risk të rritur të kancerit invaziv të gjirit, që është 4-5 herë më i se i popullatës së përgjithshme, e që arrin edhe dhjetëfishin te pacientët që janë të afërm të brezit të parë me kancer të gjirit.

Gratë me hiperplazi atipike duktale zhvillojnë kancer zakonisht 10-15 vjet pas diagnozës. Risku për kancer bie pas 15 vjetësh. Risku për kancer të gjirit te gratë me hiperplazi atipike duktale po ashtu ka lidhje me statusin menopauzal të pacientes. Gratë paramenopauzale me hiperplazi atipike duktale kanë risk substancialisht të ngritur se gratë postmenopauzale me po atë diagnozë.

#### **4.4.2 Lezionet lobulare**

Proliferimet epiteliale të tipit lobular, hiperplazia atipike lobulare dhe karcinoma lobulare in situ, kolektivisht emërtohen si neoplazi lobulare. Karakteristikat histologjike të proliferimeve epiteliale të tipit lobular janë shumë të ngjashme, dhe vetëm diferenca ndërmjet hiperplazisë atipike lobulare dhe karcinomës lobulare in situ tregon shtrirjen dhe shkallën e proliferimit epitelial. Neoplazia lobulare është lezion relativisht i rrallë i gjirit dhe rrallë herë manifestohet klinikisht. Neoplazia lobulare identifikohet si gjetje incidentale në biopsitë e bëra për

abnormalitetet e tjera. Frekuenca e detektimeve varet nga vëllimi i indit të larguar gjatë intervenimit kirurgjik dhe shtrirja e ekzaminimit histologjik.

Neplazia lobulare është më prevalente te gratë perimenopauzale. Është lezion multifokal dhe shumë pacientë kanë leziona që përfshijnë kuadrantë të shumëfishtë të gjirit. Hiperplazia atipike lobulare dhe karcinoma lobulare in situ e rrisin riskun për zhvillimin e mëpastajmë të karcinomës invazive, deri 4 herë te hiperplazisë atipike lobulare dhe 10 herë për karcinomat lobular in situ. Karcinomat invazive mund të shfaqen 15-20 vjet pas diagnozës.

Karcinoma lobulare in situ konsiderohet si marker risku e jo si lezion paralajmërues obligativ i kancerit invaziv të gjirit, kështu që në përgjithësi nuk kërkon terapi kirurgjike. Shumica e grave me diagnozë të karcinomës lobulare in situ nuk zhvillojnë kancer invaziv të gjirit gjatë jetës së tyre. Risku i zhvillimit të kancerit invazive është pothuajse i njëjtë për gjirin ipsilateral dhe atë kontralateral. Prandaj, nëse nevojitet intervenim kirurgjik për karcinomën lobulare in situ, qasja e vetme logjike do të jetë mastektomia totale bilaterale.

#### **4.5 Lezionet e qelizave shtyllore (Columnar Cell Lesions)**

Lezionet e qelizave shtyllore të gjirit paraqesin një spektër të lezioneve që janë hetuar me rritjen e aplikimit të biopsisë së thelbit (core biopsy) sepse këto leziona rëndomë shoqërohen me mikrokalçifikime dhe detektohen me mamografi. Sipas Schnitt dhe Vincent-Salomon, mund të klasifikohen si ndryshime të qelizave shtyllore dhe hiperplazi të qelizave shtyllore, dhe të dyja këtë me apo pa atipi. Studimet mbi sinjifikancën klinike të lezioneve atipike të qelizave shtyllore, që po ashtu njihen si atipi të rrafshita epiteliale, kanë treguar se gjasat e rekurrencës lokale ose të progresionit të kancerit invaziv të gjirit janë tejet të vogla<sup>17</sup>.

#### **4.6 Vrajat radiale dhe lezionet komplekse sklerozuese**

Vrajat radiale janë leziona beninje pseudoinfiltrative të një sinjifikance të papërcaktuar. Karakterizohen me thelb fibroelastotik me kanale “të zëna në kurth”, të rrethuar me kanale radiale dhe lobula që shfaqin hiperplazi epiteliale labile, adenozëm ektati duktale dhe papilomatozë.

Disa autorë sugjerojnë përdorimin e termit “vrajë radiale” për lezionet më të vogla se 1 cm, ndërsa termin “leziona komplekse sklerozuese” për lezionet prej 1 cm e më tepër<sup>18</sup>.



Vrajat radiale mund të shërbejnë si ambient për zhvillimin e proliferimeve atipike epiteliale, duke përfshirë hiperplazinë atipike intraduktale, hiperplazinë atipike lobulare, karcinomën lobulare in situ dhe DCIS.

Jacobs me bashkëpunëtorë kanë gjetur se vrajat radiale shoqërohen me dyfishimin e riskut për kancer të gjirit, pa marrë parasysh tipin e sëmundjes primare të gjirit, dhe risku është edhe më i madh te gratë me vreja radiale më të mëdha ose më në numër.

Karakteristikat radiografike të vrajave radiale janë jospecifike dhe mund ta imitojnë karcinomën<sup>19</sup>.

#### **4.7 Papilomat intraduktale dhe papilomatoza**

Papiloma intraduktale është tumor diskret beninj i epitelit të kanaleve të gjirit. Mund të shfaqet kudo në sistemin e kanaleve dhe ka afinitet për skajet ekstreme të sistemit duktal: sinusat laktiferozë (qumështsjellës) dhe duktulat terminalë (terminal ductules).

Papilomat qendrore kanë tendencë të jenë solitare (të vetme), gjersa ato periferike janë rëndomë multiple (të shumta). Rrjedhja seroze apo serosanguinoze është simptomi prezantues te shumica e grave. Papilomat karakterizohen me formimin e fierit epitelial që kanë shtresa qelizore luminale epiteliale dhe mioepiteliale të jashtme, të suportuar nga stroma fibrovaskulare. Komponenta epiteliale mund të jetë subjekt i një spektri të ndryshimeve morfologjike që nga metaplazia deri te hiperplaza, hiperplazia atipike intraduktale dhe karcinoma in situ.

Papilomatoza (papilomat e shumëfishta) definohet si një minimum prej 5 papilomave të ndara qartë brenda një segmenti të lokalizuar të indit të gjirit, zakonisht në një lokacion periferik ose subareolar. Papilomat e shumëfishta kanë më shumë gjasa të shfaqen në mënyrë bilaterale dhe probabiliteti i tyre për të pasur karcinom in situ apo invazive është më i madh se tek papilomat qendrore.

Të dhënat në dispozicion sugjerojnë se gjetja e një papilome beninje të gjirit, të vetmuar, qendrore, nuk bart ndonjë risk të rritur për kancer të mëpastajmë të gjirit, ndërkaq papilomat e shumëfishta indikojnë risk pak të rritur për kancer të mëpastajmë të gjirit.

Papilomatoza juvenile e gjirit definohet si papilomatozë e rënde duktale që shfaqet e gratë e reja më pak se 30 vjeçe. Kjo sëmundje shoqërohet me risk të rritur të kancerit të gjirit.

## **5 Lezionet proliferative stromale**

### **5.1 Mastopatia diabetike fibroze**

Mastopatia diabetike fibroze është një formë jo e rëndomtë e mastitit limfocitik dhe fibrozës stromale. Paraqitet te gratë paramenopauzale dhe më rrallë te meshkujt me diabet të tipit 1 të kahmotshëm të cilët kanë komplikime diabetike mikrovaskulare. Klinikisht, mastopatia diabetike fibroze karakterizohet me leziona të vetmuara ose të shumëfishta, të formës së parregullt, nuk përcillen me dhimbje, të palëvizshme dhe diskrete në njërin apo të dy gjinjte, që rrisin dyshimin për karcinomë.

Gjetjet mamografike dhe sonografike të këtyre lezioneve janë shumë dyshuese për kancer të gjirit, prandaj biopsia është gjithmonë esenciale për një diagnozë definitive. Gjetjet karakteristike patologjike të këtij entiteti janë fibrozat e dendura si keloide; infiltrim limfocistik periduktal, lobular dhe perivaskular me B qeliza predominante; atrofi lobulare; dhe fibroblaste epiteloide të ndërfitura në stromën e dendur fibroze<sup>20</sup>.

Patogjeneza e mastopatisë diabetike fibroze është e panjohur. Sëmundja me gjasë paraqet reaksion imun ndaj akumulimit jonormal të matricës së ndyshuar jashtëqelizore në gji, që është manifestim i efekteve të hiperglicemisë në indin lidhës.

### **5.2 Hiperplazia pseudoangiomatoze stromale e gjirit**

Hiperplazia pseudoangiomatoze stromale është një proliferim miofibroblastik beninj i stromës mamare të jospecializuar. Spektri klinikopatologjik i saj kalon nga vatrat incidentale mikroskopike deri te masa evidente të gjirit klinikisht dhe mamografikisht.

Karakteristikat mamografike dhe sonografike të hiperplazisë pseudoangiomatoze stromale janë jospecifike, prandaj nevojitet biopsi e këtyre lezioneve për ta përjashtuar malinjitetin.

Hiperplazia pseudoangiomatoze stromale zakonisht paraqitet si masë mirë e kufizuar me sipërfaqe të jashtme të lëmuar. Paraqitja histologjike mund të shkaktojë konfuzion me angiosarkomat e gjirit, prandaj për ta dalluar përdoren markerët imunohistokimikë vaskularë.

Trajtimi i rekomanduar për hiperplazinë pseudoangiomatoze stromale është ekscizioni i gjerë lokal. Edhe pse mund të rikthehet, prognoza e pacientit është e mirë.

## 6 Neoplazmat

### 6.1 Fibroadenoma

Fibroadenoma është lezioni më i zakonshëm i gjirit, shfaqet në 25% të grave asimptomatike. Rëndomë është sëmundje e periudhës së hershme reproduktive, ku kulmi i incidencës është ndërmjet moshës 15 dhe 35 vjeç. Konvencionalisht e konsideruar si tumor benign i gjirit, fibroadenoma mendohet se e përfaqëson një grup të lobulave hiperplastike të gjirit të quajtur “aberracion i zhvillimit normal dhe involucionit”. Lezioni është një neoplazmë me varësi hormonale që lëshon qumësht gjatë shtatzënisë dhe zvogëlohet bashkë me pjesën tjetër të gjirit në perimenipauzë. Është vërejtur shoqërim direkt i përdorimit të kontraktivëve oralë para moshës 20 vjeçe dhe fibroadenomës. Virusi Epstein-Barr mund të luajë një rol shkakësor në zhvillimin e këtij tumori te pacientët me përgjigje imunitare joadekuate<sup>21</sup>.

Fibroadenoma prezantohet si masë e gjirit që është shumë e lëvizshme, solide, jo e butë dhe shpesh palpabile. Edhe pse më së shpeshti unilaterale, në 20% të rasteve mund të paraqiten si leziona të shumëfishta në gjirin e njëjtë apo biletalisht.

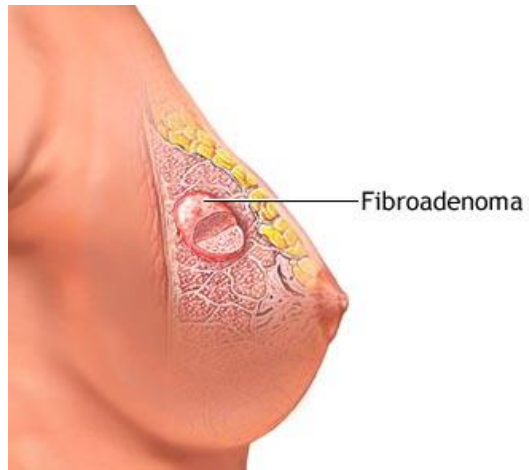
Fibroadenoma zhvillohet nga stroma speciale e lobulës. Është marrë si e mirëqenë se tumori mund të krijohet nga qelizat bcl-2-pozitive mesenkimale të gjirit, në mënyrë të ngjashme si te tumoret fibrozë solitarë.

Në aspektin makroskopik, lezioni është mirë i kufizuar, ka masë të fortë, <3 cm në diametër, sipërfaqja e prerë e të cilit duket e lobuluar dhe e fryrë. Nëse tumori merr përmasa masive (>10 cm), që më shpesh ndodh te adoleshentet, atëherë quhet “fibroadenoma gjigante”.

Në aspektin mikroskopik, fibroadenoma përbëhet nga një proliferim i elementeve epiteliale dhe mesenkimale.

Studimet citogjenetike kanë raportuar aberracione kromozomale në qelizat epiteliale dhe stromale, duke sugjeruar se këto dy komponentë mund të involvojnë ndryshime neoplastike.

Tumori filod është tumor fibriepitelial i gjirit me një spektër të ndryshimeve. Tumorët filod benign janë vështirë të diferencohen nga fibroadenoma. Stroma hiperceululare me atipi citologjike, mitozat e rritura, dhe margjinat infiltrative të lezionit janë veçuesit më të besueshëm për t'i separuar lezionet me rekurrencë dhe sjellje malinje<sup>22</sup>.



*Fig. 7: Fibroadenoma, skicë*



*Fig. 8: Fibroadenoma*

Në kuptim të trajtimit kirurgjik të këtyre tumoreve, është me rëndësi të njihet tumori filod sepse ai duhet të nxirret komplet me margjina të qarta për të shmangur çfarëdo mundësi për rekurrencë lokale. Në rast të rekurrencës, më së shpeshti kryhet mastektomia.

Rreth 50% e fibroadenomave përmbajnë ndryshime të tjera proliferative të gjirit, siç janë adenoza sklerozuese, adenoza dhe hiperplazia epiteliale e kanalit/duktit. Fibroadenomat që i përmbajnë këto elemente quhet fibroadenoma komplekse.

Fibroadenomat e thjeshta nuk janë të shoqëruara me risk të rritur për kancer të mëpastajmë të gjirit. Megjithatë, gratë me fibroadenoma komplekse mund të kenë risk paska të rritur për zhvillimin e kancerit.

Prezenca e atipisë (duktale ose lobulare) të përthakuar në fibroadenomë nuk shpie në risk më të lartë për karcinomë afatgjate të gjirit krahasuar me fibroadenomat në përgjithësi.

Fibroadenomat te gratë më në moshë ose te gratë me anamnezë familjare të kancerit të gjirit kanë incidencë më të lartë të karcinomës.

Menaxhimi aktual i pacientëve me fibroadenoma të dyshuara në mënyrë klinike ose radiologjike ka variacione. Disa mjekë preferojnë ekscision për diagnostikimin e indit, por menaxhimi konservativ më me gjasë do ta zëvendësojë trajtimin kirurgjik në të ardhmen e afërt. Teknikat minimalisht invazive, siç janë krioablacioni (cryoablation) me drejtim ultrasonografik duket se janë opsione të shkëlqyeshme trajtuese për fibroadenomat te gratë që duan t'i shmangen ndërhyrjes kirurgjike, se ndryshe lezioni mund thjesht të trajtohet me observim dhe përcjellje (follow-up) në mënyrë periodike.

Fibroadenoma juvenile është variant i fibroadenomës që prezantohet ndemjet moshës 10 dhe 18 vjeçe, rëndomë si masë më e madhe se 5 cm, pa dhimbje, solitare. Mund të arrij madhësi prej 15 deri 25 cm, dhe edhe pse është lezion tërësisht beninj, rekomandohet largimi i tij kirurgjik<sup>23</sup>.

## 6.2 Lipoma

Lipoma e gjirit është tumor beninj, rëndomë solitar, i përbërë nga qelizat e maturuara dhjamore. Në raste lipoma është vështirë të dallohet nga gjendjet tjera dhe paraqet sfidë në diagnostifikim dhe terapi.

Klinikisht, lipoma prezantohet si masë mirë e kufizuar, e lëmuar ose e lobular, që është e butë dhe relativisht josensitive ndaj shtypjes me palpim. Biopsia FNA (fine-needle aspiration) e këtyre lezioneve shfaq qeliza dhjamore me apo pa qeliza epiteliiale normale. Zakonisht mamografia dhe ultrasonografia japin rezultate negative, përveç nëse tumori është i madh.

Nëse diagnoza klinike e lipomës është konfirmuar me FNA biopsi ose me biopsi të thelbit (core biopsy), dhe mamogrami e ultrasonogrami nuk tregojnë asgjë të dyshimtë për malinjitet në atë lokacion, pacienti normalisht përcillet me palpim pas 6 muajve. Megjithatë, nëse diagnoza nuk është e sigurtë ose lezion rritet shpejtë, tumori duhet të largohet në mënyrë kirurgjike<sup>24</sup>.

## 6.3 Adenoma

Adenoma është neoplazmë e paster epiteliale e gjirit. Ky lezion ndahet në adenomë tubulare, laktative, apokrine, duktale dhe e ashtuquajtur pleomorfike (dmth tumor beninj mik). Përveç adenomave laktative dhe tubulare, këto leziona janë të rralla. Adenomat laktative dhe tubulare shfaqen gjatë moshës reproduktive.

Adenoma laktative është masa më prevelanet e gjirit gjatë shtatzënisë dhe lehonisë. Prezantohet si masë solitare ose e shumëfishtë, diskrete, e palpueshme, lirisht e lëvizshme që ka tendencë të jetë e vogël (<3 cm). Lezioni është mirë i kufizuar dhe i lobular. Karakterizohet me lobula hiperplastike në të cilat acinusët e proliferuar kufizohen me qeliza kuboide të sekretuara aktivisht.

Adenoma laktative po ashtu mund të zhvillohet në lokacionet ektope, siç janë nënsqetulla (axilla), muri i krahavorit ose vulva. Edhe pse tumori mund të zvogëlohet në mënyrë spontane, largimi kirurgjik mund të jetë i nevojshëm. Në rastet kur gjidhënia nuk është brengë, mund të jepet terapi me barna për tkurrjen e tumorit. Ky tumor nuk ka tendencë për rekurrim lokal dhe nuk ka potencial të njohur malinjant<sup>25</sup>.

Adenoma tubulare e gjirit (ose adenoma puro) prezantohet si masë solitare, mirë e kufizuar dhe solide. Në aspektin radiologjik, mund të duket si fibroadenomë e pakalcifikuar. Në aspektin histologjik, në stromën e paktë qelizore duken si struktura tubulare ose acinare të paketuara në mënyrë të ngjeshur, që janë shumë të rregullta në madhësi dhe formë.

Janë përshkruar mikrokalcifikime brenda acineve të dilatuara; në mamografi dhe ultrasonografi janë prominente mikrokalcifikime të imta dhe të parregullta.

Adenomat laktative dhe tubulare mund të dallohen nga fibroadenomat dhe adenomat e thimthit me prezencën e stromës mezi të mjaftueshme te ato të parat.

### 6.3.1 Adenoma e thimthit

Adenoma e thimthit, po ashtu e njohur si papilomatozë floride e kanaleve të thimthit ose adenomatozë erozive, është tumor beninj i epitelit duktal që shpesh klinikisht imiton sëmundjen e Paxhetit dhe patologjikisht mund të keqinterpretohet si adenokarcinomë.



*Fig. 9: Adenoma e thimthit*

Tipikisht, adenoma e thimthit prezantohet si tumor diskret i palpueshëm i papilës së thimthit. Rëndomë shihen erozioni i thimthit dhe rrjedhjet nga thimthi. Në aspektin histologjik, tumori karakterizohet me struktura profileruese duktale që e pushtojnë stromën përreth. Shtresë e dyfishtë e epitelit i kufizohet me këto struktura duktale. Prezenca e cistëve keratine dhe feçkave të imta atipike janë karakteristika të tjera të veçanta të kësaj sëmundjeje. Në përgjithësi, për diagnostifikim nevojitet të bëhet biopsia. Adenoma e thimthit mund të trajtohet me sukses me ekscizion komplet të tumorit me margjina normale kirurgjike. Është dokumentuar rekurrenca e lezioneve të panxjerra në tërësi. Adenoma e thimthit konsiderohet si lezion benign, por janë definuar ndryshime të rralla malinjante.

## **6.4 Hamartoma**

Hamartoma e gjirit është nodul i parëndomtë benign që duket si tumor, po ashtu e njohur si fibroadenolipoma, lipofibroadenoma ose adenolipoma, e përbërë nga sasi të ndryshme të indit glandular, adipoz dhe fibroz. Në aspektin klinik, hamartoma prezantohet si masë diskrete, e enkapsuluar, pa dhimbje. Edhe pse patogjeneza e këtij lezioni nuk është e qartë, mendohet se rezulton nga një disgjenezë e jo nga ndonjë proces i vërtetë tumoral. Janë raportuar disa raste që e ndërlikojnë me defektin gjenetik të quajtur sëmundja e Cowden-it<sup>26</sup>.



*Fig. 10: Hamartoma e gjirit*

Pamja klasike mamografive është zonë e rrethuar e përbërë nga indi i butë dhe elementet lipomatoze, të rrethuara me zona të holla radiolucente.

Në ekzaminimet makroskopike, hamartomat janë tipikisht leziona mirë të kufizuara me kontura të lëmuara. Në aspektin histologjik, pamja më karakteristike është e gjirit përndryshe normal dhe indit dhjamor të shpërndarë në mënyrë nodular brenda stromës fibrotike që rrethon dhe zgjatet deri ndërmjet lobulave individuale dhe obliteron stromën interlobulare.

Menaxhimi aktual i hamartomave bëhet me largim kirurgjik.

## **6.5 Tumori i qelizës granulare**

Tumori i qelizës granulare është neoplazmë e rrallë, rëndomë beninje që ka origjinë në qelizat e Shwan-it të sistemit nervor periferar. Më së shpeshti haset në regjionin e kokës dhe qafës, në veçanti në kavitetin oral. Tumori shfaqet në gjinj në vetëm 5-6% të rasteve.

Në aspektin klinik, tumori i qelizës granulare mund ta stimulojë karcinomën për shkak të konzistencës së vet fibroze, tërheqjes/retaksionit të lëkurës dhe ulcerimit. Gjetjet mamografike dhe ultrasonografike mundën edhe më tej ta rrisin dyshueshmërinë për lezion malinj<sup>27</sup>.



Tumori i qelizës granulare është përgjithësisht 3 cm ose më i vogël dhe shfaqet gati mirë i kufizuar kur bëhet bisekcioni. Te disa tumore, megjithatë, mund të vërehen margjina infiltrative që sugjerojnë në lezion malinj.

Imunoreaktiviteti ndaj proteinës S-100 të këtyre qelizave suporton hipotezën dhe tumori i qelizave granulare derivohet nga qelizat e Schwann-it.

Edhe pse tumori i qelizave granulare është kryesisht beninj, ka disa raste të raportuara në literaturë si malinje. Karakteristikat që sugjerojnë në malinjitet janë madhësia e tumorit (>5 cm), pleomorfizmi i qelizës dhe bërthamës, aktiviteti i rritur mitotik, prezenca e nekrozës dhe rekurrenca lokale.

Ekscizioni i gjerë lokal është trajtimi i zgjedhur për tumorin e qelizave granulare beninje dhe malinje. Largimi i tërësishëm mund të kërkojë përfshirjen e strukturave muskulare apo strukturave të tjera të afërta, dhe në aspektin histologjik rekomandohet që margjinat të jenë plotësisht të lira nga tumori. Ekscizioni jokomplet mund të rezultojë në rekurrencë lokale. Terapia adjuvante nuk jepet përveç nëse tumori është malinj.

## 7 Roli i infermieres

Infermerja duhet të instruktojë dhe të këshillojë gruan për praktikën e higjienës, për parandalimin të infeksioneve. Të ju sqaroj pacientëve për kontrollat e rregullta të mjekut dhe në qoftë se vërejnë ndonjë ndryshim të konsultohen me mjekun. E rëndësishme është t'i informojë pacientët për mënyrën e të ushqyerit e cila duhet të jetë e pasur me pemë dhe perime. Infermierja dhe profesionistët shëndetësorë duhet të ofrojnë shërbime shëndetësore pa dallim race, gjinie, feje.

Infermierja duke qenë hallkë lidhëse në mes të pacientit dhe mjekut, duhet të:

- Shoqërojë dhe sqarojë natyrën e proceseve beninje të gjirit
- Të zbatojë me pedantëri të gjitha obligimet dhe detyrat e dhëna nga ana e stafit mjekësor
- Të promovojë me këshillat e veta vetëkontrollimin e gjinjve
- Të ju sqarojë pacientëve për kontrollet e rregullta të mjekut që është baza e zbulimit të hershëm të proceseve beninje e sidomos të zbulimit të hershëm të kancerit të gjirit
- Zbulimi - diagnostifikimi i hershëm i çdo procesi patologjik në gjinj është bazë e mjekimit me sukses.
- Infermierja planifikon me pacienten dhe familjen e saj gjithë kujdesjet nga momenti i vendosjes së diagnozës deri në daljen nga spitali.
- Infermierja duhet t'i shpjegojë pacientes rreth përdorimit të medikamenteve qetësuese nëse ajo ndjen dhimbje dhe nevojë për to

## 8 Referencat

- 1 Donegan WL. *Common benign conditions of the breast*. In: Donegan WL, Spratt JS, eds. *Cancer of the Breast*, Fifth Edition. St. Louis, MO: Saunders, 2002:67–110.
- 2 Tavassoli FA, ed. *Chapter 5. Benign lesions*. In: *Pathology of the Breast*, Second Edition. Stamford, CT: Appleton & Lange, 1999:115–204.
- 3 Donegan WL. *Common benign conditions of the breast*. In: Donegan WL, Spratt JS, eds. *Cancer of the Breast*, Fifth Edition. St. Louis, MO: Saunders, 2002:67–110.
- 4 Pfeifer JD, Barr RJ, Wick MR. *Ectopic breast tissue and breast-like sweat gland metaplasias: an overlapping spectrum of lesions*. *J Cutan Pathol* 1999;26:190–196.
- 5 Rosen PP, ed. *Chapter 2. Abnormalities of mammary growth and development*. In: *Rosen's Breast Pathology*, Second Edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2001:23–27.
- 6 Michie C, Lockie F, Lynn W. *The challenge of mastitis*. *Arch Dis Child* 2003;88:818–821.
- 7 Erhan Y, Veral A, Kara E et al. *A clinicopathologic study of a rare clinical entity mimicking breast carcinoma: idiopathic granulomatous mastitis*. *Breast* 2000;9:52–56.
- 8 van Diest PJ, Beekman WH, Hage JJ. *Pathology of silicone leakage from breast implants*. *J Clin Pathol* 1998;51:493–497.
- 9 Rahal RMS, de Freitas-Junior R, Paulinelli RR. *Risk factors for duct ectasia*. *Breast J* 2005;11:262–265.
- 10 Pullyblank AM, Davies JD, Basten J et al. *Fat necrosis of the female breast--Hadfield re-visited*. *Breast* 2001;10:388–391.
- 11 Vorherr H. *Fibrocystic breast disease: pathophysiology, pathomorphology, clinical picture, and management*. *Am J Obstet Gynecol* 1986;154:161–179.
- 12 La Vecchia C, Parazzini F, Franceschi S et al. *Risk factors for benign breast disease and their relation with breast cancer risk. Pooled information from epidemiologic studies*. *Tumori* 1985;71:167–178.
- 13 Venta LA, Kim JP, Pelloski CE et al. *Management of complex breast cysts*. *AJR Am J Roentgenol* 1999;173:1331–1336.
- 14 Lee K, Chan JKC, Gwi E. *Tubular adenosis of the breast: a distinctive benign lesion mimicking invasive carcinoma*. *Am J Surg Pathol* 1996;20:46–54.
- 15 Oyama T, Koerner FC. *Noninvasive papillary proliferations*. *Semin Diagn Pathol* 2004;21:32–41.
- 16 Vina M, Wells CA. *Clear cell metaplasia of the breast: a lesion showing eccrine differentiation*. *Histopathology* 1989;15:85–92.
- 17 Schnitt SJ, Vincent-Salomon A. *Columnar cell lesions of the breast*. *Adv Anat Pathol* 2003;10:113–124.
- 18 Rabban JT, Sgroi DC. *Sclerosing lesions of the breast*. *Semin Diagn Pathol* 2004;21:42–47.
- 19 Nielsen M, Christensen L, Andersen J. *Radial scars in women with breast cancer*. *Cancer* 1987;59:1019–1025.
- 20 Baratelli GM, Riva C. *Diabetic fibrous mastopathy: sonographic-pathologic correlation*. *J Clin Ultrasound* 2005;33:34–37.
- 21 El-Wakeel H, Umpleby HC. *Systematic review of fibroadenoma as a risk factor for breast cancer*. *Breast* 2003;12:302–307.
- 22 Shabtai M, Saavedra-Malinger P, Shabtai EL et al. *Fibroadenoma of the breast: analysis of associated pathological entities--a different risk marker in different age groups for concurrent breast cancer*. *Isr Med Assoc J* 2001;3:813–817.

- 23 Wechselberger G, Schoeller T, Piza-Katzer H. *Juvenile fibroadenoma of the breast*. *Surgery* 2002;132:106–107.
- 24 Lanng C, Eriksen BO, Hoffmann J. *Lipoma of the breast: a diagnostic dilemma*. *Breast* 2004;13:408–411.
- 25 Baker TP, Lenert JT, Parker J et al. *Lactating adenoma: a diagnosis of exclusion*. *Breast J* 2001;7:354–357.
- 26 Tse GMK, Law BKB, Ma TKF et al. *Hamartoma of the breast: a clinicopathological review*. *J Clin Pathol* 2002;55:951–954.
- 27 Balzan SMP, Farina PS, Maffazzioli L et al. *Granular cell breast tumour: diagnosis and outcome*. *Eur J Surg* 2001;167:860–862.

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

<b>Informatat personale:</b>	
Emri dhe Mbiemri	<b>Dorina Pnishi</b>
Datëlindja	<b>23.01.1994</b>
Gjinia	<b>Femër</b>
Nr. Personal	<b>1240255207</b>
<b>Të dhënat kontaktuese</b>	
Telefoni	<b>045/864-570</b>
Adresa	<b>Fshati Damjan</b>
Emaili	<b>dorina.pnishi@icloud.com</b>
<b>Të dhënat e kualifikimit</b>	
Shkolla e mesme e lartë	<b>Shkolla e Mesme e Mjekësisë “Hysni Zajmi” Gjakovë Dega: Mjekësi e Përgjithshme</b>
Universiteti	<b>Universiteti “Fehmi Agani” Gjakovë</b>
Fakulteti	<b>Fakulteti i Mjekësisë</b>
Programi	<b>Infermieri</b>
Statusi	<b>E rregullt</b>
Nr. ID	<b>130306028</b>