

Universiteti i Gjakovës “Fehmi Agani”

Fakulteti i Mjekësisë

Programi: Mami



**ROLI I MAMISË TE SHITZËNAT ME
PLACENTA PRAEVIA**

Punim Diplome

Kandidatja:

Ermira Baxhaku

Mentor:

Prof. Asist. Selami Sylejmani, MD, PhD

Gjakovë, 2018

I

Universiteti i Gjakovës “Fehmi Agani”

Fakulteti i Mjekësisë

Programi: Mami



**ROLI I MAMISË TE SHITZËNAT ME
PLACENTA PRAEVIA**

Punim Diplome

Kandidatja:

Ermira Baxhaku

Mentor:

Prof. Asist. Selami Sylejmani, MD, PhD

Gjakovë, 2018

II

Punimi i diplomës: **“Roli i mamisë te shtatzënat me placenta praevia”** i kandidatës:
Ermira Baxhaku 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 të Universitetit “Fehmi Agani” Gjakovë.

Punimi përmban: 35 faqe

9 figura

DEKLARATA E KANDIDATES

Unë, **Ermira Baxhaku**, deklaroj se kjo temë e diplomës,: **“Roli i mamisë te shtatzënat me placenta praevia”** e llojit të studimit rishikim i literaturës, është punimi 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 punuar dhe përgaditur duke respektuar dhe mbështetur në këshillat dhe rregullorën për përgaditjen e temës së diplomës të përcaktuar nga Universiteti “Fehmi Agani” Gjakovë.

IV

MIRËNJOHJE DHE FALENDERIME

Nuk mund të përshkruhen të gjitha ato çfarë kanë ndodhur që kur fillova studimet në fakultet. Për rrjedhojë, unë do ta përkufizojë vetëm me falenderimin e disa prej shumë personave të cilët më ndihmuan në përmbushjen e studimeve të mia, të cilëve do të doja t'ju shprehja mirënohjen time.

Veçanërisht një falenderim special shkon për udhëheqësin prof. Selami Sylejmani për ndihmën dhe mbështetjen e çmuar që më ofroi përgjatë gjithë punës sime dhe për kontributin e tij në punimit tim të diplomës, produkt i shumë orëve këshillimi, konsultimi dhe mbështetje nga ana e tij. Faleminderit shumë profesor i nderuar!

Poashtu dua t'i falenderojë të gjithë miqtë e mijë për këshillat, sugjerimet dhe përkrahjen e tyre gjatë gjithë viteve të studimit.

Dëshiroj në fund, të shpreh një mirënjohje të thellë për familjen time, së cilës i detyrohem shumë për fillimin dhe finalizimin me sukses të këtij udhëtimi, sa të vështirë aq edhe të bukur.

Faleminderit të gjithëve!

PËRMBAJTJA

ABSTRAKTI.....	1
1. HYRJA.....	2
2. SPERMATOGJENEZA DHE OVOGJENEZA	3
2.1. Konceptimi.....	4
2.2. Fertilizimi	5
2.3. Implantimi	5
3. EMBRIOLOGJIA.....	7
3.1. Gastrulimi.....	7
3.2. Neurulacioni	7
3.3. Organogjeneza.....	8
4. RRITJA FETALE TRUPORE.....	8
5. PLACENTA.....	9
5.1. Forma e placentës.....	9
5.2. Ndërtimi i placentës.....	10
5.3. Qarkullimi i gjakut në placentë.....	11
5.3.1. Qarkullimi fetoplacentar.....	11
5.3.2. Qarkullimi uteroplacentar.....	12
5.4. Funksioni i placentës.....	12
5.4.1. Funksioni nutritiv – ushqyes.....	12
5.4.2. Funksioni imunologjik.....	13
5.4.3. Funksioni respirator.....	13

5.4.4. Funksioni ekskretor.....	14
5.4.5. Funksioni endokrin.....	14
6. PLACENTA PREVIA.....	15
6.1. Etiologjia.....	16
6.2. Klasifikimi.....	16
6.3. Diagnoza.....	17
6.4. Shenjat dhe simptomat.....	19
6.5. Trajtimi.....	20
6.6. Lindja.....	21
7. PËRFUNDIME DHE REKOMANDIME.....	22
8. Rezyme.....	24
8a. Summary.....	25
9. REFERENCAT.....	26
Biografi e shkurtër e kandidatës –CV (curriculum vitae).....	27

SHKURTESA

CO₂ - Dioksidi i karbonit

hCG – Gonadotropina korionike humane

hPL – Hormoni laktogjen placentar

ACTH – Hormoni adrenokortikotrop

GnRH – Hormoni çlirues i gonadotropinave

PP – Placenta previa

SC – Operacioni cezarian

DP - Distako placentare

LA – Likidi amniotik

Fe- Hekuri

IUGR- Kufizim i rritjes fetale (Intrauterine Growth Restriction)

ABSTRAKTI

Placenta është një organ kompleks me sekretim të brendshëm që lëshon një seri hormonesh dhe enzimash në qarkullimin amtar të gjakut, ndryshe mund të përkufizohet si një shtojcë e brendshme ose një bashkim i organeve fetale me indet e nënës, me qëllim të një shkëmbimi fiziologjik të materjeve ushqyese dhe gazrave në mes të nënës dhe fetusit. Placenta krijohet nga java e 3-të deri në javën e 12-të të shtatzënisë, ndërsa formën dhe funksionin përfundimtar e fiton rreth javës së gjashtëmbëdhjetë të shtatzënisë. Placenta më së shpeshti ka formën e organit në trajtë të rrumbullakët apo pogaçeje me peshë afro 500 gr, diametër 16- 20 cm dhe tashësi prej 2-3 cm.

Theksi kryesor në këtë punim më së shumti i kushtohet placentës duke përfshirë: qarkullimin e gjakut në placenta, implantimin apo pozicionin e saj në endometër gjegjësisht në hapsirën e mitrës, si një organ me rëndësi jetike për fetusin, e në rast të implantimit patologjik, atëherë dhe pengesë për moskryerjen korekte të funksionit të saj dhe pengesë për lindje me rrugë normale vagjinale. Në disa raste të veçanta, implantimi patologjik mund të rrezikojë ecurinë e shtatzënisë, shëndetin e fetusit dhe të nënës.

Placenta previa përkufizohet si një lokalizim patologjik i placentës. Rrjedh prej fjalës latine “*prae*” që do të thotë “*përpara*” dhe “*via*” që do të thotë “*rrugë*”, pra nënkuptojmë implantimin e placentës mbi orificiumin cervikal intern, përpara rrugës së daljes fetale. Placenta previa llogaritet afro 1 – 2000 lindje, por vetëm në 20% të rasteve ajo është e plotë. Placenta previa mund të përfshihet në mbi 5% të aborteve spontane, megjithatë prania e saj nuk bie në sy.

Në bazë të të gjithë atyre që u thanë më lartë pamë që placenta previa është një patologji e cila ndikon në rrjedhjen e ecurisë së shtatzënisë dhe përfundimin e saj. Prandaj për të patur një siguri të nënës dhe fëmijës, duhet ngritur bashkëpunimi në nivel sa më të lartë dhe sa më efikas i personelit shëndetësor, e sidomos mamive së bashku me mjekët gjinekolog-obstetër.

1. HYRJE

Tema e punimit të diplomës “**Roli i mamisë te shtatzënat me placenta praevia** ” është një nga temat më të rëndësishme për rrjedhen e një shtatzanie pa komplikime dhe një lindje sa më të sigurtë.

Theksi kryesor në këtë punim i kushtohet lokalizimit të placentës, por duke përfshirë edhe: qarkullimin e gjakut në placentë, si një organ me rëndësi jetike për fetusin e në rast të implantimit patologjik - edhe pengesë për lindje vaginale, si dhe kryerje korekte të funksioneve të saja.

Po ashtu ky punim na ndihmon që të njihemi më mirë në kushtet në të cilat zhvillohet fetusi. Çdo fëmijë i lindur me komplikacione mund të përfitojë nga vlerësimi histologjik i placentës dhe kordonit umbilikal.

Placenta është një organ kompleks me sekretim të brendshëm që lëshon një seri hormonesh dhe enzimash në qarkullimin amtar të gjakut, ndryshe mund të përkufizohet si një shtojcë e brendshme ose një bashkim i organeve fetale me indet e nënës, me qëllim të një shkëmbimi fiziologjik.

Placenta krijohet nga java e 3-të – 12-të ndërsa formën përfundimtare e fiton rreth javës së gjashtëmbëdhjetë të shtatzënisë.

Placenta më së shpeshti ka formën e organit në trajtë të rrumbullakët apo pogaçeje me peshë afro 500 gr, diametër 16- 20 cm dhe tashësi prej 2-3 cm.

Placenta previa përkufizohet si një lokalizim patologjik i placentës. Rrjedh prej fjalës latine “*prae*” që do të thotë “ *përpara*” dhe “*via*” që do të thotë “*rrugë*”, pra nënkuptojmë implantimin e placentës mbi orificiumin cervikal intern, përpara rrugës së daljes fetale.

Pra me anë të këtij punimi do të jemi në gjendje të zgjerojmë njohuritë mbi abnormalitetet ose patologjitë placentare. Me anë të kësaj teme do njihemi me faktorët etiologjikë të mundshëm që ndikojnë në paraqitjen e kësaj patologjie.

2. SPERMATOGJENEZA DHE OVOGJENEZA

Spermatogjeneza (proçesi i maturimit të spermatozoideve) ndodh në tubuj seminiferë të testikujve. Qelizat seksuale primordiale ndahen për të dhënë *spermatogonet*, prekursorët e spermatozoidëve të pjekur.(1)

Spermatogonet fillojnë të ndahen në spermatocite përmes procesit të mitozës në stadet e para të pubertetit. Pas ndarjeve të njëpasnjëshme formohen spermatidët haploide. Diferencimi i spermatidëve në *spermatozoide* të lëvizshme quhet *spermiogjenezë*.

Kromozomet e spermatozoidit janë të kondensuara nga një grup i veçantë proteinash të quajtura protamina, të cilat luajnë rol në strukturën e spermatozoidit që është e rëndësishme për lëvizshmërinë e tij.

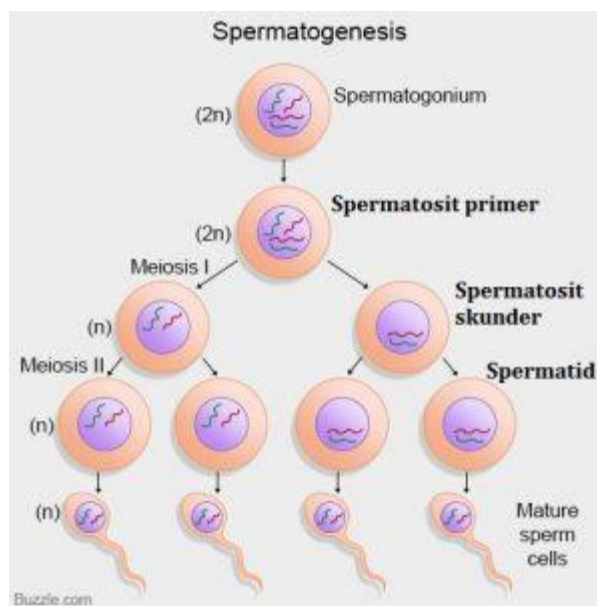


Fig1. Spermatogjeneza

Ovogjeneza (proçesi i maturimit ovocitar) që prodhon ovogone në ovare dhe është i ngjashëm me atë të spermatogjenezës në testikuj. Gjithsesi, midis tyre vërehen dallime qelizore dhe biokimike.

Pas ndarjes së parë mejotike të ovocitit parësor në ovocit dytësor, një nga dy qelizat bija, e quajtur trupi i parë polar, degjeneron. Po ashtu një nga dy qelizat bija të dala pas ndarjes së dytë mejotike (trupi i dytë polar), dështon të mbijetojë. Kështu një ovogon diploid pas ndarjeve mejotike, prodhon një vezë të pjekur haploide.(2)

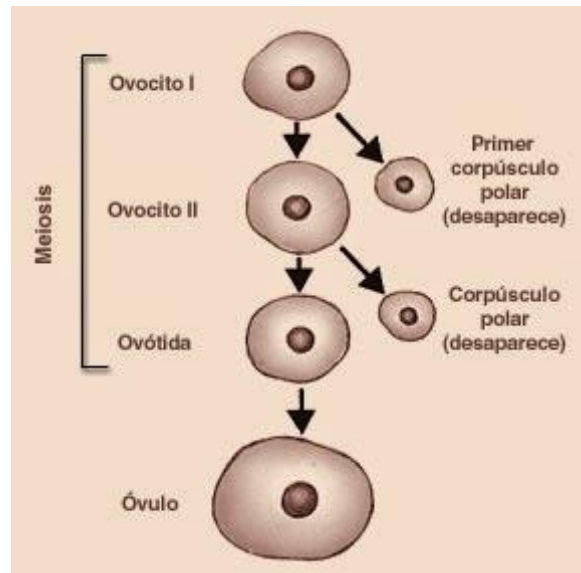


Fig 2. Ovogjeneza

2.1. Konceptimi

Konceptimi është pasojë e ngjarjeve të ndryshme dhe të ndërlidhura, që përfshinë pjekjen përfundimtare të spermatozoidëve dhe ovociteve, transportimin e gametave në traktin gjenital femëror dhe, në vijim të bashkimit të gametave.

- Të gjithë vezët e pjekura (ovocitet) kanë 23 kromozome.
- Spermatozoidët e pjekur kanë gjithashtu 23 kromozome.

Trupi i njeriut ka dy lloje qelizash: qelizat somatike dhe qelizat tepër të specializuara, ose qelizat seksuale. Një nga 23 kromozomet e vezëve dhe spermatozoidëve është kromozom seksual.

Ndryshe nga veza që përmban vetëm kromozome X, spermatozoidi përmban kromozomin X ose Y.

Embrioni përmban 46 kromozome prej të cileve dy janë kromozome seksuale një nga nëna dhe një nga babai. Një kombinim seksual normal patjetër do të jetë XX (femër), ose XY (mashkull).

2.2. Fertilizimi

Fertilizimi është një proces biokimik kompleks i shoqëruar nga një varg procesesh që ndodhin pas 24 orëve të para të futjes së spermatozoidit në qelizën vezë. Në momentin e ovulimit veza rrethohet me një mbulesë mbrojtëse xhelatinoze për të mos depërtuar spermatozoid të tjerë.

Ky proces vazhdon me futjen graduale të spermatozoidit në shtresat e qelizës vezë, dhe përfundon kur pronukleuset mashkullore dhe femërore humbasin membranën e bërthames dhe bashkohen duke krijuar një qelizë të vetme të quajtur *zigotë*. (3)

Faza e fundit e fertilizimit është faza në të cilën ndodh bashkimi i dy serive haploide të kromozomeve dhe formimi i një ansambli me numër diploid kromozomesh të njohura si *singamia* (procesi i përzierjes së materialit gjenetik). (1, 4)

2.3. Implantimi

Pasi të formohet zigota, ajo fillon të ndahet me një shpejtësi dhe brenda 5 ditëve, nga një masë e vogël qelizash formohet *blastocisti*. Blastocista është e ndërtuar nga blastoderma dhe përmbajtja e saj blastocela.

Që ky proces të jetë gati, endometri u nënshtrohet ndryshimeve ciklike të ndërlikuara, në veçanti ndodh një proliferim i shprehur endometrial nën influencën e estrogjenit.

Faktorë të tjerë, përveç hormoneve gonadale (estrogjen, progesteron), të cilët ndihmojnë në implantim janë: faktorët e rritjes, prostaglandinat dhe faktori inhibues i leukemisë.

Blastodermi është i ndërtuar nga embrioblasti (zhvillohet embrioni) dhe trofoblasti, i cili futet në endometrin e ndryshuar dhe prej të cilit formohet placenta.

Embrioni qëndron në tubin e Fallopit për 3-4 ditë derisa arrin në stadin e morulës, pastaj vazhdon rrugën përmes istmusit deri në kavitetin uterin, ku qëndron afro 72 orë.

Nga dita e 6- të, embrioni e orienton veten drejt deciduas dhe fillon të depërtojë në sipërfaqen e saj duke shpuar membranën bazale. Nga dita e 14- 21-të struktura trofoblastike në periferinë e embrionit i ngjan një vili të placentës së maturuar, në ndërkohë që masa qelizore e brendshme e embrionit ka filluar embriogjenezën.

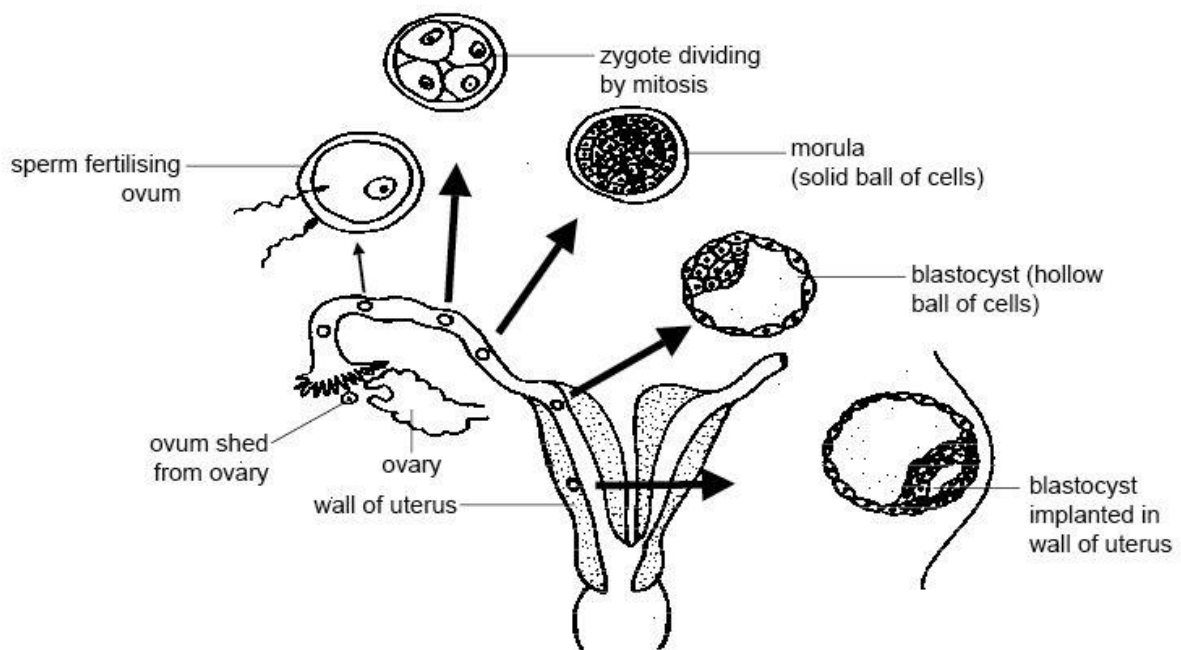


Fig 3. Procesi i implantimit të qelizës vezë të fekunduar

3. EMBRIOLOGJIA

Në vijim të një fertilizimi të mbarë, diferencimi i qelizave në inde të specializuara për të formuar sistemet e ndërlidhura organore njihet si periudha embrionike.

Ajo fillon nga java e dytë (4 javë pas menstruacioneve të fundit) dhe mbaron ditën e fundit të javës së 8-të (10 javë pas menstruacioneve të fundit). Deri në këtë pikë të gjitha sistemet e organeve janë të formuara, por nuk janë “të pjekura” për funksionim.

3.1. Gastrulimi

Gastrulimi është periudha më e ndjeshme e zhvillimit embrional të njeriut. Në rast se në këtë periudhë veprojnë faktorët teratogjen, mund të zhvillohen keqformime të lindura (teratogjeneza). Gastrulimi fillon nga dita e 16-të pas fekondimit kur fillojnë të zhvillohen edhe tri fletat embrionale:

- ektoderma
- mezoderma
- endoderma

Ky proces ndodh për shkak të lëvizjeve morfogjenetike në qelizën vezë të fekunduar, gjegjësisht ka të bëjë me shpërndarjen e citoskeletit në qelizë.

3.2. Neurulacioni

Neurulacioni është lëvizje morfogjenetike pas procesit të gastrulimit, gjatë së cilës formohet gypi neural nga ektoderma, si bazë fillestare e zhvillimit të sistemit nervor.

Në këtë stad të zhvillimit, embrioni quhet neurula, ndërsa neurulimi ndodhë nga dita e 19-të pas fekondimit.

3.3. Organogjeneza

Organogjeneza është proces i diferencimit të organeve dhe sistemit të organeve që pason pas neurulimit. Në këtë periudhë organ i parë që bëhet i dukshëm është zemra primitive në formë të një anse të fryrë. Ndërsa aktiviteti kardiak vihet re nga dita e 22 –të pas fertilizimit. Kështu pas ndryshimeve të një pas njëshme, deri nga fund i javës së 8-të, gjymtyrët e sipërme dhe të poshtme janë plotësisht të diferencuara, koka është lehtësisht në pozicion lartë dhe drejt, dhe embrioni ka pamje të qartë njerëzore.

4. RRITJA FETALE TRUPORE

Gjatësia e fetusit, nga muaji i parë deri në muajin e pestë lunar llogaritet duke ngritur në katror numrin e muajve lunar. P. sh:

- Në muajin e tretë fetusit duhet të jetë i gjatë 9 cm ($3 \times 3 = 9$)

Nga muaji i gjashtë deri në muajin e dhjetë lunar, gjatësia e fetusit llogaritet duke shumëzuar me numrin 5 numrin e muajve lunarë. P. sh:

- Në muajin e tetë fetusit duhet të jetë i gjatë 40 cm ($8 \times 5 = 40$)



A

B

Fig 4 A. Rritja fetale trupore. B. Zemra primitive fetale.

5. PLACENTA

Placenta është një organ kompleks me sekretim të brendshëm që lëshon një seri hormonesh dhe enzimash në qarkullimin amtar të gjakut, ndryshe mund të përkufizohet si një shtojcë e brendshme ose një bashkim i organeve fetale me indet e nënës, me qëllim të një shkëmbimi fiziologjik.

5.1. Forma e placentës

Placenta më së shpeshti ka formën e organit në trajtë të rrumbullakët apo pogaçeje me peshë afro 500 gr, diametër 16- 20 cm dhe tashësi prej 2-3 cm.

Dallojmë faqen e kthyer nga fetusit (pars fetalis), që është e mbuluar me amnion, është e lëmuar dhe e ndritshme, dhe nga këtu fillon kordoni umbilikal. Gjithashtu kemi edhe faqen tjetër të kthyer nga mitra (pars maternal placentae), është lobulare, me ngjyrë të kuqe të mbyllët.



A

B

Fig 5 A. Placenta - faqja fetale. B. Placenta - faqja maternale.

5.2. Ndërtimi i placentës

Placenta krijohet nga java e 3-të – 12-të ndërsa formën përfundimtare e fiton rreth javës së gjashtëmbëdhjetë të shtatzënisë. Në javën e tretë të shtatzënisë paraqiten vilet primare (uvulat), më vonë lobi (kotiledoni) i placentës i ndërtuar nga lobulusi (placentoma), të cilët mes vete ndahen me mure ndarëse - *septum placentae*.

Placenta është e ndërtuar nga 16 – 20 kotiledone. Çdo kotiledon përbëhet nga 4- 5 lobulose apo pacentoma si njësi funksionale e placentës, dhe janë rreth 80 të cilat mbushen dhe zbrazen me gjak.

Parenkima bazale e placentës është **trofoblasti**. Trofoblasti ka dy shtresa qelizash:

- **sincitiotrofoblasti** apo shtresa e jashtme
- **citotrofoblasti** apo shtresa e brendshme me qeliza të Langhans –it.

Qelizat e trofoblastit përbëjnë vilet primare koriale (vili choriales), ku me futjen dhe ngjitjen e mezenkimës për këto vile krijohen vilet koriale sekondare. Me futjen edhe të kapilarëve në vilet koriale sekondare krijohen vilet koriale terciare.

Në vendin ku instalohet placenta, vilet e degëzuara i ngjasojnë një peme me shumë gjethe (**chorion frondosum**), ndërsa pjesa që mbulon frytin është e sheshtë (**chorion laeve**).

Pjesën fetale të placentës e ndërton pllaka koriale (membrane chori), që përbëhet nga vilet koriale dhe që mbulohet nga epiteli i amnionit dhe korionit.

Ndërsa pjesa maternale (amëtare) është e ndërtuar prej tri pjesëve:

- pllakës bazale
- septeve të placentës që bëjnë ndarjen e lobeve të placentës (cotyledonis)
- hapësirës intervulare

Kah fund i shtatzënisë, në placentë mblidhet fibrina, ku në zonën e pllakës bazale ajo krijon të ashtuquajturën shtresën e Rohr-it. E më thellë në deciduan bazale gjendet shtresa e Nitabuchov-it e fibrinës, ku pikërisht në këtë vend, placenta ndahet nga mitra gjatë lindjes.

(5)

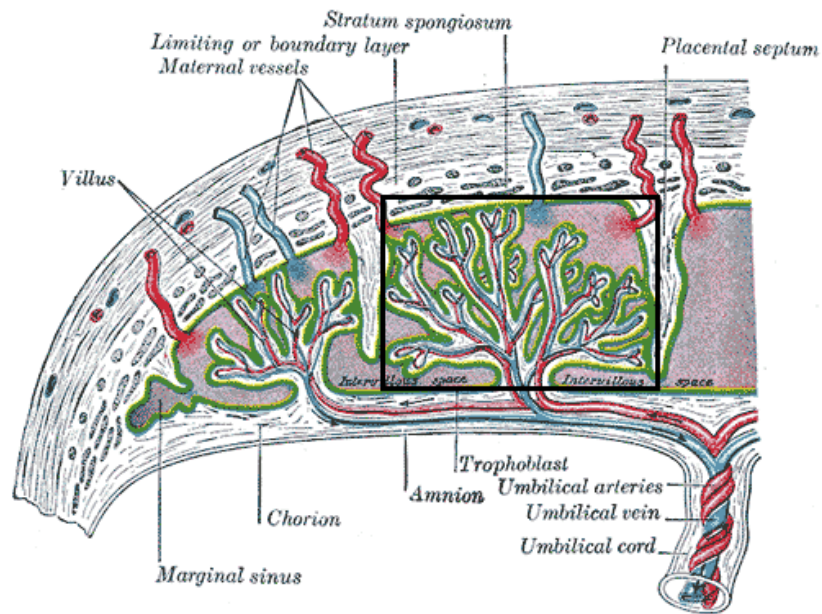


Fig 6. Skema e strukturës placentare

5.3. Qarkullimi i gjakut në placentë

Qarkullimi placentar përbëhet nga ai maternal dhe ai fetal. Shkëmbimi i oksigjenit, dioksidit të karbonit (CO₂), dhe të gjitha produktet ushqimore dhe metabolike të fetusit kryhen ndërmjet hapësirës interviloze amëtare dhe fetale, nëpërmes membranës hemokorionike. Membrana hemokorionike përbëhet nga:

- endoteli i kapilarëve
- indit lidhës të vileve koriale
- shtresës qelizore të citotrofoblastit, dhe
- qelizave të sincitiotrofoblastit. (6)

5.3.1. Qarkullimi feto-placentar

Gjaku i de-oksigjenuar nga fetusi në placentë kalon nëpërmes dy arterieve umbilikale, të cilat mbështillen rreth venës umbilikale në mënyrë spirale.

Këto arterie zakonisht janë të fuzionuara ose komunikojnë nëpërmjet disa anastomozave.

Kështu që arteriet qojnë gjakun nga embrioni te vilet koriale, ndërsa vena bartë gjakun e oksigjenuar nga vilet dhe e kthen atë në embrion, duke u lidhur me kordonin umbilikal. Qarkullimi i gjakut fetal në placentë është rreth 500 ml /min. (7)

5.3.2. Qarkullimi uteroplacentar

Madhësia e qarkullimit uteroplacentar është shumë vështirë që të matet, ky qarkullim vendoset kah fund i tremestrit të parë. Konsensusi është që rrjedhja e gjakut uterin total në term është 500 -700 ml /min. (1)

Gjaku qarkullon kah mitra nëpërmes arteries së mitrës që është degë e arteries së brendshme iliake dhe ovariane. Gjaku amtar hyn në hapësirën interviloze nëpërmes arterieve spirale në endometër, ku në termin kjo hapësirë furnizohet me gjak nga 100 -200 arterie spirale, ndërsa largohet nga 75- 175 vena. (7)

5.4. Funkzioni i placentës

Placenta është një organ i përkohshëm dhe me funksione shumë të rëndësishme si:

- Funkzioni nutritiv - ushqyes
- Funkzioni imunologjik
- Funkzioni respirator
- Funkzioni ekskretor
- Funkzioni endokrin

5.4.1. Funkzioni nutritiv – ushqyes

Funksioni parësor i placentës është transport i oksigjenit dhe i elementëve ushqimor si: lipidet, elektrolitët, vitaminat liposolubile (D, E, K, A), CO₂, për rritjen dhe zhvillimin e fetusit.

Lëndë tjera ushqyese jo pak të rëndësishme janë edhe aminoacidët, vitaminat hidrosolubile oligoelementet si dhe metalet (Fe, Zn).

Ky transport ndodh me anë të 5 mekanizmave:

- Difuzioni i thjeshtë
- Difuzioni i lehtësuar
- Transporti aktiv
- Pinocitoza
- Pikimi (1)

5.4.2. Funkzioni imunologjik

Ky funksion bazohet në mekanizmin mbrojtës lokal midis gjakut të nënës dhe atij fetal. Qelizat e trofoblastit përbëjnë shtresën kufitare të alotransplantatit fetoplacentar, në këtë mënyrë pengojnë flakjen e indit fetal. Së bashku me këtë edhe hCG me veprimin e vet immunosupresiv, e pamundëson hudhjen e frytit si alotransplantat.

5.4.3. Funkzioni respirator

Marrja, kapja e oksigjenit dhe furnizimim me ushqim varen nga trashësia e membranës hemokoriale, masa e gjithmbarshme e placentës, dhe nga sasia e gjakut në hapësirën intervulare. Pra ky funksion ka të bëjë me pasurimin me oksigjen në gjakun qarkullues të fetusit nga gjaku qarkullues i nënës dhe kryhet nëpërmes membranës hemokoriale.

5.4.4. Funkzioni ekskretor

Ky funksion ka të bëjë me transfer në kah të kundërt të CO₂, katabolitëve, uresë mbrapsht tek nëna. Pasi që placenta tajit edhe produkte përfundimtare të panevojshme metabolike.

5.4.5. Funkzioni endokrin

Placenta si gjëndërr me tajim të brendshëm sekreton hormone specifike placentare si:

- Gonadotropina korionike humane (hCG)
- Laktogjeni placentar human (hPL)
- Kortikotropina (ACTH)
- Gonadoliberina (GNRH)
- Hormone steroide si estrogjenët dhe progesteronin
- Inhibina
- Relaksina
- Mineralokortikode
- Angiotenzinën
- Reninën
- Somatostatinën

Gonadotropina korionike humane –hCG, është tregues specific për vërtetimin e shtatzënisë së hershme. Në javët e para të shtatzënisë ka për detyrë të mbajë në jetë funksionin e trupit të verdhë (corpus luteum), për prodhimin e progesteronit si faktor kryesor në implantimin e blastocistës. Gjithashtu luan rol të rëndësishëm në tajitjen e testosteronit në testiset e fetusit ,që mundëson lëshimin dhe zbritjen e testiseve në qeskëzën skrotale (*descensus testis*).

Laktogjeni placentar human – hPL, është hormon proteinik që sintetizohet në shtresën sincitiotrofoblastike të placentës. Është indikator - tregues i gjendjes morfo- funksionale së njësisë fetoplacentare. Sasia e tajitjes së këtij hormoni është në përpjestim të drejtë me masën e placentës. Gjendet në serum dhe urinën amtare, si në shtatzënitë normale ashtu edhe në ato molare.

Relaksina – ndikon në zbutjen e qafës së mitrës, në lëshimin e ligamenteve të pelvikut, ka veprim miorelaksues në miometër. Ky hormon gjithashtu ndërpret taitjen e oksitocinës dhe kështu që për pasojë frenon taitjen e qumështit nga gjinjët.

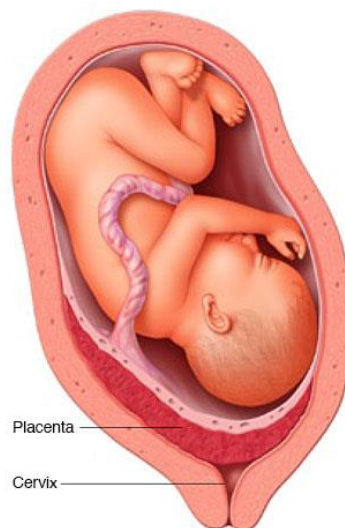
Progesteroni luan rol në mbajtjen e miometrit në një gjendje qetësie relative gjatë shtatzënisë.

Estrogjeni kryesor që formohet gjatë shtatzënisë është estradioli, dhe rreth 90 % e estrogjenit në urinën e gruas shtatzënë është estriol.

6. PLACENTA PREVIA

Placenta previa përkufizohet si një lokalizim patologjik i placentës. Rrjedh prej fjalës latine “*prae*” që do të thotë “*përpara*” dhe “*via*” që do të thotë “*rrugë*”, pra nënkuptojmë implantimin e placentës mbi orificiumin cervical intern, përpara rrugës së daljes fetale. (8, 1)

PP-ja llogaritet afro 1 – 2000 lindje, por vetëm në 20% të rasteve ajo është e plotë. Placenta previa mund të përfshihet në mbi 5% të aborteve spontane, megjithatë prania e saj nuk bie në sy. (1)



© MAYO FOUNDATION FOR MEDICAL EDUCATION AND RESEARCH. ALL RIGHTS RESERVED.

Fig 7. Placenta previa

6.1. Etiologjia

Faktorët etiologjikë të mundshëm përfshijnë:

- Ndërhyrjet operative në mitër
- Kiretazhi- gërryerja e hapësirës së mitrës dhe e kanalit cervikal me kiretë, që kryhet me rastin e dështimeve
- Keqformimet e lindura të mitrës
- Multipariteti (për shkak të atrofisë së endometrit)
- Tumoret e mitrës

Një faktor tjetër që kontribon në paraqitjen e kësaj patologjie apo abnormaliteti është rritja e sipërfaqes së implantimit të placentës në segmentin uterin, sepse këto shtresa mund të jenë më pak të përshtatshme.

Këtu duhet cekur se një cikatrice e lartë (në kufi ndërmjet trupit uterin dhe segmentit inferior) dhe SC-së trefishon incidencën e placenta previa- së në shtatzënitë e ardhshme.

Ndër shkaqet e tjera të mundshme numërohen edhe transporti i përshpejtuar i qelizës vezë të fekunduar, ose ngathtësia e blastocistës për tu implantuar.

6.2. Klasifikimi

Në vartësi prej nivelit të lokalizimit të placentës, dallojmë katër shkallë të lokalizimit patologjik të placentës:

- placenta praevia totalis (kur placenta me lokalizimin e vet e mbyll tërë vrimën e brendshme të kanalit cervikal),
- placenta praevia partialis (kur placenta me lokalizimin e vet e mbyll pjesërisht kanalit cervikal),

- placenta praevia marignalis (kur placenta është e lokalizuar buzë qafës së mitrës , ku si largësi – distancë kufijë e inserimit marginal, merret largësia më pak se 5 cm nga vrima e brendshme e kanalit cervical) dhe
- placenta previa laterale (lokalizimi në segmentin e poshtëm që përfshijnë gjendjen kur placenta lokalizohet 2- 8 cm larg hyrjes-kanalit cervical të qafës së mitrës). (9, 8)

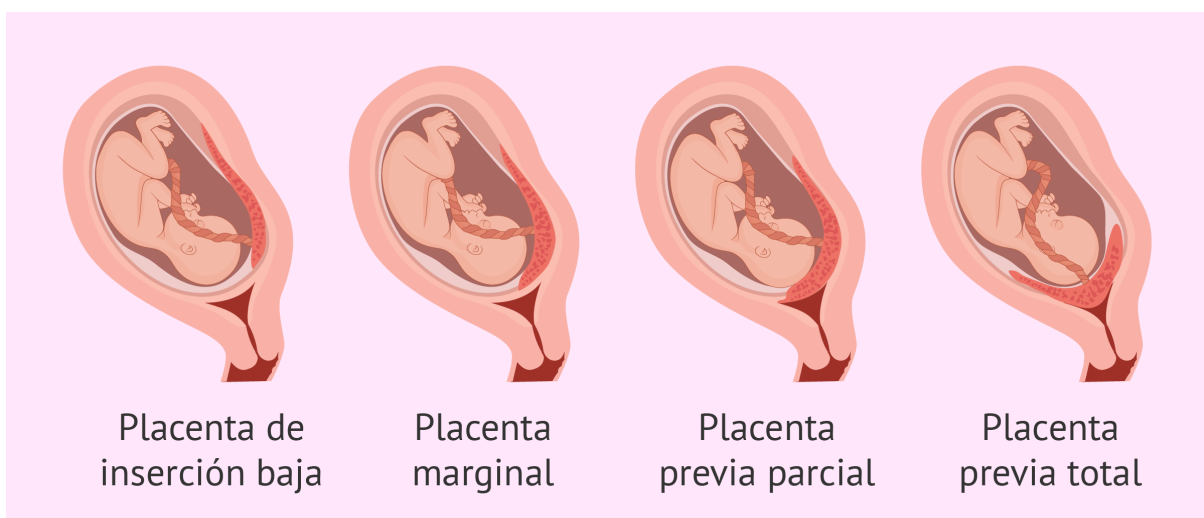


Fig 8. Format e vendosjes së placentës

6.3. Diagnoza

Sipas rregullës, diagnoza-përcaktimi i lokalizimit definitiv të placentës, duhet të bëhet pas javës së 28-të deri në javën e 32-të.

Diagnoza e lokalizimit patologjik të placentës (placenta previa), caktohet nëpërmjet të të:

- Dhënave anamnestike
- Pasqyrës klinike

- Egzaminimit gjinekologjik me spekulum dhe
- Egzaminimit ultrasonografik, i cili duhet të kryhet me fshikzën e urinës të mbushur.

Egzaminimi gjinekologjiko-obstetrik bimanual nuk është i lejueshëm, sepse mundëson provokimin e gjakderdhjes, si rezultat i lëndimit të placentës gjatë këtij egzaminimi.

Egzaminimi ekografik i menjëhershëm konfirmon diagnozën me një saktësi deri në 95%. Gjatë gjysmës së tremujorit të dytë në egzaminimin ekografik, placenta mbulon orificiumin intern në afro 30% të rasteve. Me zhvillimin e segmentit të poshtëm uterin, shumica e këtyre implantimeve të ulta ngjiten lart.

Një ekografi e hershme që diagnostifikon placenta previa-në do të kërkojë konfirmimin e një egzaminimi shtesë, para se të ndërmerren veprime përfundimtare.

Një burim i dytë gabimi është një koagul gjaku në segmentin inferior uterin që mund të ngatërrohet me placentën. Përdorimi i Dopplerit mund të reduktojë incidencën e këtijë gabimi.



Fig 9. Pamje ekografike e placenta previa-së me Doppler

Egzaminimet ekografike transvaginale janë më të sakta për diagnostifikimin e placenta previa-së, sidomos për placentat që vendosen në murin posterior uterin.

Diagnoza diferenciale në kuptimin anamnestik të lokalizimit patologjik të placentës (placenta previa) mund të vijë deri tek:

- Shkolitja parakohe e placentës (abruption placentaе praecox)
- Plasja e vazave previa
- Ektopia e cerviksit
- Karcinomi i qafës së mitrës
- Varikoziteti në këtë pjesë të qafës së mitrës

Çdo paciente e dyshuar për placenta previa-në duhet hospitalizuar dhe duhet pasur në dispozicion gjak izogrup izorezus.

6.4. Shenjat dhe simptomat

Hemorragjia pa dhimbje është shenja kryesore e placenta previa-së. Megjithëse spotting mund të ndodh gjatë tremujorit të parë e të dytë të shtatzënisë, episodi i parë i hemorragjisë zakonisht fillon pas javës së 28-të dhe përshkruhet në mënyrë karakteristike si i befasishtëm, pa dhimbje dhe profuz. Në qoftëse gjakderdhja ndodh para kësaj jave atëherë kjo çon në dështim apo abort. Me episodin e parë të hemorragjisë, krevati apo rrobat lagen nga një sasi e konsiderueshme gjaku të kuq të koagulluar ose jo.

Zakonisht sasia nuk është e madhe, po nëse gjakderdhja është masive mund të ndodh shoku obstetrikal-hemorragjik. Në afro 10% të rasteve ka dhimbje në fillim, sepse bashkekziston me DP (distako placentare).

Në ditët që vijnë, aktiviteti i lindjes spontane mund të pritët në 25% të rasteve. Në pak raste hemorragjia do të jetë më pak dramatike, ose nuk do të fillojë deri pas rupturës spontane të membranave amniale ose të fillimit të aktivitetit të lindjes. Me fillimin e kontraksioneve, përkatësisht me fillimin e dilatimit të qafës së mitrës, meqenëse kjo pjesë e mitrës nuk ka mundësi të tkurret, atëherë ndodh shkolitja e parakohshme e placentës, e shoqëruar me gjakderdhje të madhe që, për pasojë rrezikojnë jetën e nënës dhe të fëmijës.

Rreziku më i madh për nënën është humbja e madhe e gjakut, gjendja e shokut hemoragjik, infeksioni, sepsa, e më rrallë edhe embolia me ajër, ndërsa rreziku për fëmijën përfshijnë: hipoksinë, gjakderdhjen dhe vdekjen.

Më herët vdekshmëria e fëmijës sillet në rreth 30-75% të rasteve, ndërsa tani me përfundimin me kohë të lindjes me rrugë operative - prerje cezare, sot vdekshmëria e fëmijës sillet në rreth 5% të rasteve.

Pak nulipare arrijnë në term pa hemorragji, ndoshta sepse placenta mbrohet nga një kolum i pandryshuar.

Uterusi zakonisht është i butë dhe i relaksuar. Një pjesë paraqitëse e lartë nuk mund të shtyp në hyrjen pelvike buzën placentare. Në rreth 15% të rasteve kemi edhe pozitë patologjike të fetusit si: paraqitje në shtrirje oblike ose transverse. Nuk vihet re vuajtje fetale derisa të komplikohet me shok hipovolemik, shkolitje placentare, ose aksident të kordonit umbilikal.

Në 20-30% të rasteve me gjakderdhje, vijnë në konsiderim edhe shkaqe të tjera siç janë: shkolitja para kohe e placentës, gjakderdhjet nga sinuset marginale të placentës, venat e zgjeruara, erozionet ose polipet e qafës së mitrës si dhe shumë më rrallë edhe gjakderdhjet nga proceset malinje në qafën e mitrës.

6.5. Trajtimi

Trajtimi varet nga sasia e hemorragjisë uterine, mosha e shtatzënisë, jetueshmëria e fetusit, shkalla e lokalizimit të placenta previa-së, paraqitja dhe pozicioni fetal, graviteti dhe pariteti i pacientës, gjendja e kolumit uterin dhe aktiviteti i lindjes.

Pacientja duhet hospitalizuar për të vendosur diagnozën dhe mënyrën e menaxhimit. Dy ose më shumë njësi gjaku izogrup izorezus duhet të jenë të disponueshme për transfusion.

Hemorragjia e placenta previa-së mund të ndodhë para se të arrihet maturimi pulmonar. Transfuzionet për të zëvendësuar humbjet e gjakut dhe përdorimi i tokolitikëve (barna që relaksojnë muskulaturën e mitrës) për të parandaluar lindjen premature, mund të zgjasin shtatzëninë deri në 36 javë.

Pas 36 javësh përfitimet e maturimit shtesë duhet të krahasohen me rrezikune hemorragjive më të mëdha. Mundësia që hemorragji të përseritura të vogla të shoqërohen me IUGR duhen marrë në konsideratë. Afro 75% e rasteve të placenta previa-së tashmë përfundojnë midis 36-40 javë shtatzënie.(10)

Në zgjedhjen e kohës optimale për lindjen ndihmojnë testet e maturimit pulmonar fetal, përfshirë dhe surfaktantët e LA-së (likidi amniotik) dhe vlerësimin ekografik të rritjes fetale. Në qoftëse pacientja është midis javës 24-34, një kurs i vetëm betametazoni (dy doza 12 mg IM për 24 orë) aplikohet për të rritur maturimin pulmonar fetal.

Gjykimi klinik duhet ushtruar në kohën e administrimit të steroideve. Evidencat e tanishme tregojnë që kurset e shumta antenatale të steroideve kanë efekte potencialisht të dëmshme mbi fetusin dhe nënën.

6.6. Lindja

Operacioni cezarian është metoda e lindjes e zgjedhur në rastet me placenta previa. Section cezarea është provuar të jetë faktori më i rëndësishëm në uljen e mortalitetit amtar dhe perinatal (më shumë se transfuzionet e gjakut ose kujdesi neonatal më i mirë).

Kur është e mundur, duhet korrigjuar shoku hipovolemik, me likide IV dhe gjak, para se të fillojë operacioni. Kjo jo vetëm do t'a mbrojë më mirë nënën, por edhe një fetus në rrezik reanimohet më shpejt in utero se sa pas lindjes, ndërsa nëna është akoma në gjendje shoku.

Zgjedhja e anestezisë varet nga humbjet aktuale dhe të mëparshme të gjakut. Zgjedhja e teknikave operative është e rëndësishme për shkak të lokalizimit placentar dhe zhvillimit të segmentit të poshtëm uterin.

Lindja natyrale vagjinale tentohet për gratë shtatzëna me placenta praevia mariginalis ose partialis dhe paraqitje cefalike, kanali cervikal vazhdon e dilatohet normalisht, ndërsa gjakderdhjet nuk janë shumë të mëdha. Nëse zgjidhet lindja vagjinale, membranat amniale duhet plasur artificialisht para çdo përpjekjeje për të stimuluar lindjen (oksitocina e aplikuar para amniotomisë mund të përkeqësojë gjendjen e hemorragjisë).

Tamponimi i pjesës paraqitëse kundër buzës placentare zakonisht pakëson dhe ndalon hemorragjinë, ndërsa lindja përparon.

Për shkak të mundësive të hipoksisë fetale nga DP-ja dhe nga aksidentët e kordonit umbilikal (si rezultat i prolapsit të mëtejshëm ose komprimimit të kordonit nga pjesa paraqitëse që zbret), duhet bërë monitorimi i vazhdueshëm fetal. Në raste të gjendje të pasigurtë fetale aplikohet operacioni cezarian i urgjencës, kur lindja vagjinale nuk është e menjëhershme.

7. PËRFUNDIME DHE REKOMANDIME

Në bazë të të gjithë atyre që u thanë më lartë pamë që placenta previa është një patologji e cila ndikon në rrjedhjen e ecurisë së shtatzënisë dhe përfundimin e saj. Për të patur një siguri të nënës dhe fëmijës duhet ngritur bashkëpunimi në nivel sa më të lartë dhe sa më efikas i personelit shëndetësor, e sidomos kuadri i mesëm (pra mamitë) së bashku me mjekët gjinekolog-obstetër.

Disa nga rekomandimet që mund t'i përmendim janë:

- Përgatitja e shtatzënaeve nga ana psikike si për lindje normale, ashtu edhe për ato me operacion cezarian nga mamitë
- Në rastet me gjakderdhje gjatë shtatzënisë, ku si shkak është lokalizimi patologjik i placentës (placenta praevia), shtatzëna duhet të hospitalizohet
- Rekomandohet regjim shtrati për rastet me gjakderdhje gjatë shtatzënisë
- Shtatzëna duhet larguar nga streset e përditshme
- Rekomandohet dhënien e terapisë medikamentoze për qetësimin e kontraksioneve të mitrës me tokolizë
- Nëse gjakderdhja pushon, atëherë është e mundur që shtatzënia të vazhdohet sa më afër terminin të lindjes

- Të këshillohen gratë për mirëmbajtjen e plagës, në mënyrë që të parandalohet dhe të zvogëlohet rreziku për infeksione
- Duhet këshilluar gratë e sidomos ato të moshave të reja, në mënyrë që të planifikojnë shtatëzanitë e tyre
- Të këshillohen gratë që të bëjnë të paktën një vizitë kontolli në javën e parë pas lindjes
- Duhet këshilluar gratë rreth ushqyeshmërisë, të një diete sa më të shëndetshme.
- Gratë duhet të marrin informata të sakta dhe të bollshme, që të jenë në gjendje të zgjedhin mënyrën dhe vendin për lindje
- Nënave të reja duhet bërë një trajnim i veçantë lidhur me kujdesin për fëmijën e porsalindur
- vizitat e rregullta gjinekologjike në kuadër të mbrojtjes perinatale të shtatzënës janë me rëndësi dhe luajnë rol në ecurinë normale të shtatzënisë
- Marrja e një vendimi sa më të mirë, për mënyrën dhe kohën e përfundimit të shtatzënisë dhe lindjes
- Të vazhdojë shkollimi i gjinisë femërore edhe më tutje, në mënyrë që të kenë sa më shumë njohuri lidhur me shëndetin e tyre

8. Rezyme

Hyrje: Placenta previa përkufizohet si një lokalizim patologjik i placentës. Rrjedh prej fjalës latine “*prae*” që do të thotë “*përpara*” dhe “*via*” që do të thotë “*rrugë*”, pra nënkuptojmë implantimin e placentës mbi orificiumin cervikal intern, përpara rrugës së daljes fetale.

Qëllimi i punimit: Është njohja e rolit të mamisë në lidhje me përgatitjen e gruas shtatzënë për lindje.

Të dhënat e përgjithshme: Në vartësi prej nivelit të lokalizimit të placentës, dallojmë katër shkallë të lokalizimit patologjik të placentës: placenta praevia totalis, placenta praevia partialis, placenta praevia mariginalis dhe placenta previa laterale.

Përfundim: Për të patur një siguri të nënës dhe fëmijës duhet ngritur bashkëpunimi në nivel sa më të lartë dhe sa më efikas i personelit shëndetësor, e sidomos kuadri i mesëm (pra mamitë) së bashku me mjekët gjinekolog-obstetër.

Fjalë kyqe: placenta, placenta previa.

8a. Summary

Introduction: Placenta previa is defined as a pathological localisation of the placenta. It stems from the Latin word of “prae” which means “before” and “via” which means “road”. From this we now understand that the placenta is implanted directly above the cervical opening in front of the road which the fetus needs to exit during labour.

The purpose of the paper: It is one of the main roles of the midwife during the preparation of the labour of the pregnant woman.

General information: In from the level of the location of the placenta, there are four main categories of the pathological location of the placenta: placenta praevia totalis, placenta praevia partialis, placenta praevia marignalis and placenta previa lateralis.

Conclusion: To ensure safety of the mother and child there needs to be a strong collaboration at one of the highest levels. As well as that a hight efficiency offered by the medical perssonele is needed specifically by the midwives.

Key words: placenta, placenta previa.

9. REFERENCAT

1. Gjozheni, O. Bimbashi, A. Obstetrika, Tiranë 2010.
2. Fetal growth and development. "Williams Obstetrics" 22th edition.
3. Moore KL, Persaud TVN. The developing human. Clinically oriented embryology, 7th ed. Philadelphia, PA: W.B. Saunders ; 2003, fq. 22.
4. Sylejmani, Selami. Ligjeratat. Prizren: Poliklinika Ginekos.
5. Kos M, Leniček T. Razvoj i grada posteljice. U: Kos M, Leniček T. Osnove patologije posteljice. Zagreb: Medicinska naklada; 2011, fq. 7-25.
6. Dražnčić A. Porodništvo. Zagreb: Školska knjiga; 1999.fq.78-95, 121-131, 193-197.
7. Salihagić A, Kurjak A. Fiziologija ljudske posteljice. U: Kurjak A. i sur. Ultrazvuk u ginekologiji i porodništvu. Zagreb: Art studio Azinović; 2000, fq. 223-233.
8. <http://www.ginekos.com/index.php>. Shtatzania dhe problemet rreth saj /lokalizimi patologjik i placentes
 - 1.Voigt HJ. Pathologie der Fr?hschwangerschaft. Gyn?kologe 1996. 29:165-178.
 2. Kn?rr K, Kn?rr-Gartner HK, Beller FK, Lauritzen C. Geburtshilfe und Gyn?kologie. 3. Auflage. Springer Verlag Berlin Heidelberg New York, 1989.
 3. Hochuli E. Geburtshilfe, Gyn?kologie und Grenzgebiete. 3. Auflage Verlag Hans Huber Vern 1996.
9. Milladenovic, D. Gjinekologjia dhe obstetrika, Prishtinë; 1979, fq. 84-85.
10. Besinger Re. The effect of tocolytic use in the management of symptomatic placenta previa. Am J Obstet Gynecol 1995; 172: 1770.

Biografi e shkurtër e kandidates –CV (curriculum vitae)

Informata personale	
Emri dhe mbiemri	Ermira Baxhaku
Datëlindja	18.07.1996
Gjinia	F
Nr. Personal	1243885422
Të dhënat kontaktuese	
Telefoni	049-227-809
Adresa	Bellobrad, Dragash
Emaili	ermirabaxhaku1@hotmail.com
Të dhënat e kualifikimit	
Shkolla e mesme e lartë	Shkolla e mesme e Mjekësisë “Luciano Motroni” Prizren
Universiteti	Universiteti i Gjakovës “Fehmi Agani”
Fakulteti	Fakulteti i Mjekësisë
Programi	Mami
Statusi	I rregullt
ID	150305039