

**UNIVERSITETI “FEHMI AGANI” GJAKOVË**

**FAKULTETI I MJEKËSISË**

**PROGRAMI: INFERMIERI**



Punim Diplome

**SËMUNDJET E PROSTATËS DHE SKRININGU**

Kandidatët:

Marigona Gjokaj-Luli  
Nderim Elezaj

Mentori:

Prof.Ass.Dr. Dardan Koçinaj

Gjakovë, 2019

Punimi i diplomës me titull: “**SËMUNDJET E PROSTATES DHE SKRININGU**”, i kandidatëve: **Marigona Gjokaj-Luli** dhe **Nderim Elezaj**, është punuar duke shërbyer literaturën mjekësore të bibliotekës së Fakultetit të Mjekësisë në Universitetin “Fehmi Agani” Gjakovë.

Mentor i punimit: **Prof. Ass. Dr. Dardan Koçinaj** - Profesor i Fakultetit të Mjekësisë në Universitetin “Fehmi Agani” Gjakovë.

Punimi përmbanë:

- 42 faqe
- 2 figura
- 6 tabela
- 6 grafikone

Në mbështetje të Rregullores për Studime Themelore të Fakultetit të Mjekësisë neni 46 dhe të Këshillit të Fakultetit të Mjekësisë të datës 02.10.2017 nr. ref. 005/368 deklarojmë se:

- Pjesa e parë e temës së diplomes **SËMUNDJET E PROSTATES DHE SKRININGU** duke filluar nga hyrja, anatomia e organeve gjenitale mashkullore, sëmundjet e prostatës, diagnozën si dhe skrinimin janë punuar nga unë Nderim Elezaj, ndërsa
- Pjesa e dytë e temës **SËMUNDJET E PROSTATES DHE SKRININGU**, duke filluar qëllimi, metodologjia e punimit, rezultatet, diskutimi, përfundimi dhe rekomandimet janë punuar nga unë Marigona Gjokaj- Luli.

## **DEKLARATA**

"Deklarojmë se kjo temë e diplomës është punimi jonë orgjinale. E gjithë literatura dhe burimet e tjera që janë shfytëzuar gjatë punimit janë të listuara në referenca dhe plotësisht të cituara". Po ashtu deklarojm se gjatë këtij punimi kemi respektuar të gjitha rregullat e punës që ka përcaktuar rregullorja për hartimin e punës së diplomës e Universiteti të Gjakovës Fehmi Agani.

## **FALENDERIMET**

Falënderim të posaçëm i shprehim udhëheqësit të këtij punimi: **Prof. Ass. Dr. Dardan Koçinaj**, Profesor i Fakultetit të Mjekësisë i Universitetit “Fehmi Agani” Gjakovë, i cili me durim dhe korrektësi maksimale, në çdo kohë ka qenë i gatshëm për të na dhënë këshilla, sugjerime dhe mendime për realizimin dhe përfundimin e këtij punimi.

U jemi mirënjohës të gjithëve, që në çfarëdo mënyre kontribuan në realizimin e këtij punimi e sidomos profesorëve, asistentëve, stafit udhëheqës dhe gjithë personelit të Universitetit “Fehmi Agani”, të cilët në mënyrën më të mirë të mundshme u munduan që njohuritë e tyre ti transmetojnë edhe tek ne studentët.

Shpresojmë që përpjekjet dhe përkushtimi i tyre për të na edukuar si student dhe infermier të ardhshëm do të kthehet në të mirën e vendit tonë.

Në fund, por jo më pak e rëndësishme, falënderime të pafundme për familjet tona, të cilat na mbështetën drejt rrugëtimit tonë dhe përfundimit të këtij synimi. Pa ndihmën dhe përkrahjen e tyre, nuk do të mund të realizonim synimet tona, për çka për jetë u jemi mirënjohës dhe falenderues.

## **SHKURTESAT**

**BPH** - hiperplazia beninje e prostatës - benign prostatic hyperplasia

**DRE**- ekzaminimi rektal digital - digital rectal examination

**TURP**- Prostatektomia transuretrale - Transurethral resection of the prostate

**PSA**- antigjen specific të prostatës - prostate specific antigen

# PËRMBAJTJE

<b>1. ABSTRAKTI</b> .....	7
<b>2. HYRJA</b> .....	8
<b>2.1. Anatomia e organeve riprodhuese</b> .....	9
<b>2.2. Organet gjentiale mashkullore</b> .....	9
<b>2.3. Sëmundjet e prostatës</b> .....	13
<b>2.3.1. Prostatitis</b> .....	13
<b>2.3.2. Hiperplasia nodulare e prostatës (hipertrofia beninje e prostatës)</b> .....	15
<b>2.3.3. Hiperplasia adeomatose atipike</b> .....	16
<b>2.3.4. Karcinoma e prostatës</b> .....	17
<b>2.4.5. Diagnoza dhe Skriningu</b> .....	20
<b>2.4.6. Trajtimi</b> .....	23
<b>3. QËLLIMI I PUNIMIT</b> .....	27
<b>4.METODOLOGJIA E PUNËS</b> .....	28
<b>5. REZULTATE</b> .....	29
<b>6. DISKUTIMI</b> .....	35
<b>7. PËRFUNDIMI</b> .....	36
<b>8. REKOMANDIME</b> .....	37
<b>10. RESUME</b> .....	39
<b>11. REFERENCAT</b> .....	40
<b>12. CV E STUDENTËVE</b> .....	41

## **1. ABSTRAKTI**

Punimi i diplomës me titull: “**SËMUNDJET E PROSTATES DHE SKRININGU**”, i kandidatëve: **Marigona Gjokaj-Luli** dhe **Nderim Elezaj** është punuar në Fakultetin e Mjekësisë, Universitetin e Gjakovës. Përmes punimit është tentuar të ofrohen njohuri rreth sëmundjeve të prostatës dhe skriningut. Punimi është i tipit të Retrospektiv. Literatura është shfrytëzuar nga Biblioteka e Fakultetit të Mjekësisë të UGjFA, bibliotekat elektronike, ndërsa të dhënat e analizuarat e të prezentuara janë nga Spitali i Gjakovës.

## 2. HYRJA

Prostata është një gjëndër aksesore seksuale që gjendet në organizmin e meshkujve dhe që si funksion kryesor ka ndihmesën në funksionin e spermës dhe për pasojë fertilitetit. Gjatë ejakulacionit mendohet se prostata kontrahohet për të sekretuar 0.5 – 1.0 ml lëng, i cili i shtohet atij të ejakuluar. Kjo gjëndër është që në lindje te meshkujt, por problematika e saj fillon dhe jep shenja të dukshme klinike te meshkujt pas moshës 40-vjeçare (në rastin e kancerit të prostatës) dhe arrin shenjat e para në moshën 65-75 vjeçare.

Dhimbjet kronike në regjionin e prostatës në 90% të rasteve janë abakteriale (pra nuk kemi ndonjë infeksion të pranishëm), dhe vetëm në 10% të tyre kemi një infeksion. Sindroma e dhimbjes prostatike është shfaqja e përsëritur apo vazhdimi i një episodi dhimbjeje të gjatë mbi 3 muaj, ku nuk kemi infeksion të vërtetuar apo ndonjë patologji tjetër lokalisht. Zakonisht shoqërohet me sjellje seksuale negative apo me lëkundje emocionale; shfaqje të tablos së simptomave të traktit të poshtëm urinar (LUTS) me çrregullime të funksionit seksual.



## 2.1. Anatomia e organeve riprodhuese

Organet seksuale janë një bashkësi organesh të destinuara për riprodhim dhe kopulim. Ato ndahen në organe të brendshme dhe të jashtme.<sup>1</sup>

## 2.2. Organet gjenitale mashkullore

Sistemi gjenital mashkullor ndahet në organe të brendshme dhe të jashtme. Në grupin e organeve të brendshme bëjnë pjesë:

Testet: janë gjëndër çift, me funksion prodhimin e spermatozoideve dhe të hormoneve seksuale mashkullore. Kanë formë ovale dhe vendosen në skrotum. Në secilën prej tyre dallojmë buzët e përparme dhe të prapme dhe dy faqe të brendshme dhe të jashtme. Në buzën e pasme ndodhet një formacion i cili quhet epididimus. Testi është i përbërë nga një shtresë fibroze dhe parenkima, e cila është e ndarë në lobe, numërohen rreth 200-250 lobe të tillë. Secili nga lobet është i përbërë nga tubuli seminiferi, dhe të bashkuar formojnë tubulin semeniferë të drejtë. Këta përfundojnë në rete dhe prej nga nisen tubujt dhe duktus deferent.

**Epididimi-** ka funksion thithës, në gypëzat eferentë thithet rreth 90% e lëngut testikular; funksion depozitues, siguron një hapsirë të konsiderueshme për përqëndrimin e spermatozoidëve (bishti); funksion maturues për spermatozoidët; funksionon çlirues për spermatozoidët gjatë ejakulacionit.

## Gypat ejakulatorë

Këta janë dy gypa për çdo anë, ku secili nga këta formohet nga bashkimi i duktus deferent dhe gypi i fshikëzave të farës, gypat ejakulatorë depërtojnë prostatën dhe hapen në pjesën

---

<sup>1</sup> Keith L. Moore, Arthur F. Dalley, Anne M.R. Agur. *Anatomia me orientim klinik*. Fq 443.

prostatike të uretrës. Mukoza e tyre formon pala, epiteli është pseudo-shtresor, ndërsa lamina propria ndërtohet me ind lidhor elastik. Funkzioni i këtyre gypave është të çlirojnë në uretrën prostatike spermatozoidët dhe sekrecionin e fshikëzave.

## **Prostata**

Është gjendra më e madhe e sistemit riprodhues mashkullor. Është një organ muskulogjendror me peshë 20 gr e vendosur në legenin e vogël, pelvis minor, poshtë qafës së fshikëzës së urinës dhe përreth uretrës prostatike. Ka formën dhe madhësinë e një gështenje, ka dy faqe një të përparme në raport me simfizën pubike, nga pas takohet me rektumin dhe sipër me vezikën urinare. Prostata përbëhet nga 30-40 gjëndra të vogla dhe prodhon një sekrecion (lëng) që quhet lëngu prostatik, që mendohet të këtë efekt stimulues për qelizat seksuale mashkullore. Ai neutralizon gjithashtu aciditetin e spermës. Prostata ka tre lobe, dy të anshëm dhe një të brendshëm.<sup>2</sup>

Prostata është e gjatë 3cm, e gjerë 4cm dhe e trashë 2cm. Prostata ka formën e gështenjës, me maje të kthyer poshtë dhe bazë lartë lartë, te prostata dallojmë bazën, majen, faqen e përparme, faqen e pasme dhe dy faqe anësore.

1. **Basis prostatae** është e kthyer lartë dhe pjesa më e madhe e saj i përgjigjet fundit të fshikëzës urinare në të cilën gjendet hyrja e ureters, pjesa e pasme më e vogël ju takon vesicular seminalis dhe pjesës së zgjeruar të ductus deferens, në të gjenden vrimat nëpër të cilat futen ductus ejaculatori.
2. **Apex prostatae** është e kthyer nga poshtë dhe arrin deri te fasha e thellë e diafragmës urogjenitale.
3. **Facies anterior** është konvekse, e ngushtë dhe është e kthyer kah simfiza pubike, faqja e përparme lidhet me simfizën pubike me anë të ligamentit puboprostaticum dhe muskulit puboprostaticum.

---

<sup>2</sup> Totozani D, Qamirani S. Anatomia normale e njeriut, Fq 204 (Pjesa e II), Tiranë, 2001.

4. **Facies posterior** është e kthyer kah rektumi, nga i cili ndahet përmes septum rectovesicale.
5. **Facies inferolaterale** janë konvekse dhe më të ngushta.

Nepër prostatat kalojnë urethra dhe ductus ejaculatorius. Prostata pëbehet prej: lobus dexter, lobus sinister et isthmus prostatae, ajo është e ndërtuar nga indi lidhor, fijet muskulare të lëmuara dhe stroma myoelastike. Arteriet që e vaskularizojnë prostate janë degë të aa. vesicales inf. dhe a. rectalis med. Venat e prostatës hyjnë në përbërje të plexus venosus vesicalis.

Enët limfatike drenohen në nody lymphatici iliaci interni, externi, et nody lymphatici sacrales. Inervimi i prostatës bëhet nga plexus prostaticus.<sup>3</sup>

## **Organet seksuale të jashtme**

**Penisi-** organi gjenital mashkullor, organi i kopulimit dhe përbëhet nga tri pjesë: Rrënja, e cila fiksohet në kockat pubike, është e ndërtuar në mes nga bulbi i penisit dhe dy crura, e majtë dhe e djathtë. Bulbi përshkohet nga uretra kurse në sipërfaqe mbulohet nga muskulatura e vijëzuar; Trupi (corpus), pjesa e lirë që shtrihet nga rrënja deri te koka. Në përbërjen e tij marrin pjesë tri trupa të gjatë që quhen trupat kavernoze cilindrike dhe të vendosura paralelisht me njëra-tjetrën ku në to ndodhet dhe trupi spiongoz, në qendër të cilit kalon uretra; Koka (glans), është pjesa e përparme e trupit të sfungjertë, në të dallojmë hapjen e jashtme të uretrës, e cila është e përbashkët edhe për spermën. Koka është e rrethuar nga lëkura e cila lidhet me anën e një fletëze që quhet frenulum.<sup>4</sup>

## **Scrotumi**

Ka formën e qeses prapa penisit. Këtu vendosen testet dhe epididimusi. Ndërtohet nga dy shtresa: lëkura e hollë e rrudhosur e pajisur me qime, e cila përmban gjëndra që prodhojnë

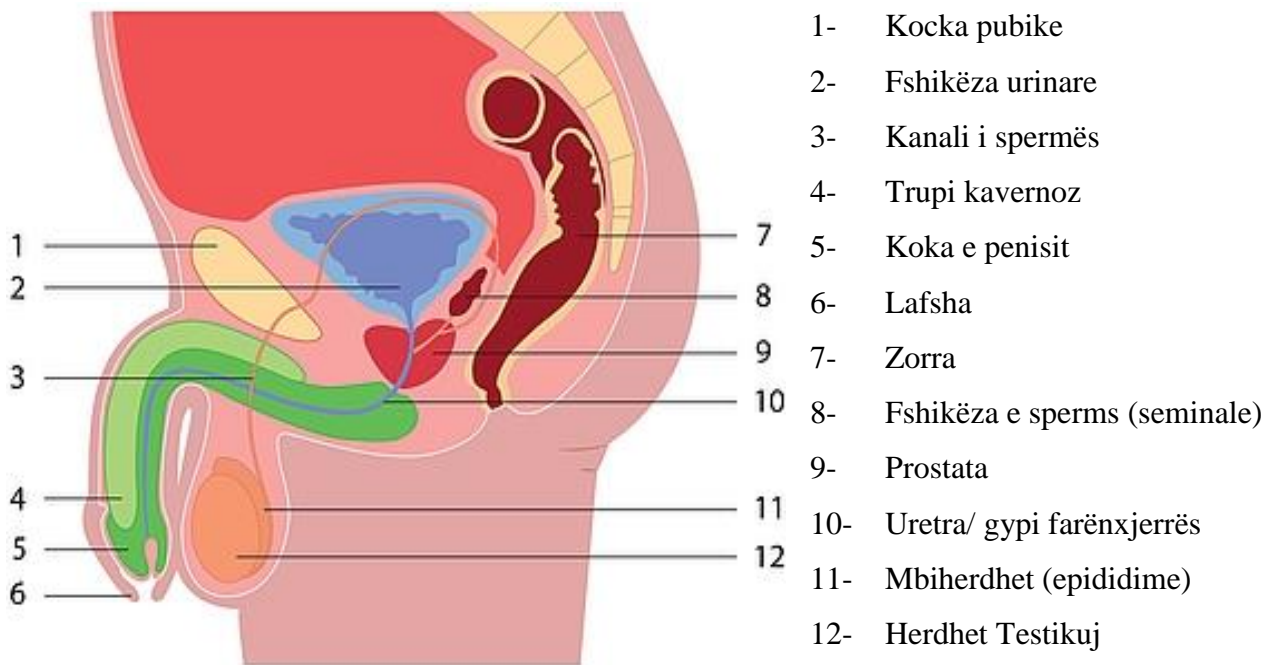
---

<sup>3</sup> R.Carola, J.Harly, Ch.Noback, Human anatomy and physiology, kapitulli 24-faqe 778, London 2000.

<sup>4</sup> E.Saraqini, H.Zherka-Anatomia dhe fiziologjia e njeriut kapitulli V-faqe148, Prishtinë 2001.

një sekrecion me erë karakteristike dhe shtresa e brendshme e vecantë për cdo skrotum. Funkzioni i scrotumit duhet të jetë për të mbajtur temperaturën e testeve pak më të ulët se ajo e pjesës tjetër të trupit.

**Uretra mashkullore**- vë në komunikim vezikën urinare me mjedisin e jashtëm, ka një gjatësi 20-30 cm ka dy hapje, një të brendshme që lidhet me vezikën dhe një të jashtme, që hapet në kokën e penisit. Gjatë shtrirjes së saj formon dy përkulje, të cilat gjatë ereksionit zhduken.<sup>5</sup>



**Figura.1.** Organet gjenitale mashkullore

<sup>5</sup> E.Saraqini, H.Zherka-Anatomia dhe fiziologjia e njeriut kapitulli V-faqe148, Prishtinë 2001.

## **2.3. Sëmundjet e prostates**

Në kuader të sëmundjeve të prostates bëjnë pjesë:

1. Prostatiti,
2. Hiperplazia e prostates,
3. Karcinoma e prostates.

### **2.3.1. Prostatitis**

Quhet inflamacioni i prostates dhe mund të manifestohet në formë akute dhe kronike. Etiologjia e tij është bakteriale dhe është pasojë e infeksioneve të vijave urinare. Prostatitis acuta ka karakter supurativ difuz, dhe ose me prani të abceseve të vogla të shperndara. Hapësirat e gjendrave rezultojnë të mbushura me eksudat neutrofilik, mund të vihen re edhe granuloma fibroze jo specifike. Simptomat specifike mund të jenë: Lumbgاليا, dizuria, polaktiuria dhe thirrja urgjente për të urinuar, ethe, dhe dobësi e përgjithshme. Përmasat e prostates janë të zmadhuara dhe në prekje ajo është hipersensible. Kur inflamacioni i prostates behet kronik, atëher kontaminohen rrugët urinare. 6

---

<sup>6</sup> P.Bitri: Patologjia, Kapitulli XIII-faqe 588, Tiranë 2010.

## **PROSTATITI AKUT**

Kur ndodh në mënyrë rastësore, kjo sëmundje në përgjithësi prek moshat të reja, megjithatë, mund të jetë i lidhur me kateterin uretral. Ai karakterizohet nga ethe, të dridhura, dizuri dhe një prostatë e tendosur ose e zmadhuar dhe shumë të ndjeshme gjatë palpacionit. Megjithëse masazhi i prostatës zakonisht prodhon sekrecione purulente me një numër të madh bakteresh në kulturë, masazhi i fortë mund të shkaktoj bakteremi, prandaj duhet të shmangët zakonisht agjenti etiologjik. Në përgjithësi, në rastet kur nuk shoqërohet me kateter, infeksioni është si pasojë e patogjenëve të zakonshëm gram-negative të traktit urinar (E.coli ose Klebsiell). Fillimisht, regjimi me antibiotikë rekomandohet dhe përgjigja ndaj antibiotikëve në prostatitin bakterial akut është zakonisht e menjëheshme, ndoshta sepse medikamenti futet me lehtësi në prostatën e inflamuar në mënyrë akute. Në rastet e lidhura me procesin e kateterizimit, spektri i agjentëve etiologjik është më i gjerë , duke përfshirë bacilet, enterokoket gram-negative të fituara në spital, etj. Ngjyrimi i urinës sipas Gramit mund të jetë shumë i dobishëm në këto raste. Për trajtimin empirik fillestar, duhet të përdoren imipinemi, aminoglikozid, fluorokinolon ose cefalosporinë të gjenerates së tretë. Prognoza afatgjate është e mirë, megjithëse, në disa raste infeksioni akut mund të paraprijë në formimin e abcesit, të epididimoorkitit, të vezikulitit seminal, të septikemisë ose të prostatitit bakterial kronik rezidual. Që prej futjes në përdorim të antibiotikëve, shpeshësia e prostatitit bakterial është ulur në mënyrë të dukshme.<sup>7</sup>

## **PROSTATITI KRONIK**

Ky etnitet nuk është i shpeshtë, por duhet të merret në konsideratë te meshkujt që kanë anamnezë për bakteriuri rekurente. Shpesh, simptomat ndërmjet episodeve mungojnë dhe prostata, zakonisht duket normale ne palpacion. Simptomat obstruktive ose dhimbja perineale shfaqen te disa pacientë. Në mënyrë intermitente, infeksioni (recidivues) përhapet në fshikëzën urinare, duke shkaktuar urinim të shpeshtë, urgjencë dhe dizuri. Në mënyrë klasike,

---

<sup>7</sup> Anthony S. Fauci, Dennis L. Kasper, Dan L. Longo: Parimet e mjekësisë interne Harrison, Kapitulli XXIV-faqe 1050.Shkup 2013.

diagnoza përcaktohet nga kultura e E. colit, Klebsiella, Proteusi ose bakteret të tjera uropatogjene në sekrecionet e shtuara të prostatës. Antibiotikët i qetësojnë shpejt simptomat që janë të lidhura me shqetësimet akute, por janë më pak efektive në zhdukjen e vatrës së infeksionit kronik në prostatë. Mungesa relative e efektivitetit për trajtime afatgjata, është pjesërisht pasojë e futjes së dobët të pjesës më të madhe të antibiotikëve në prostatë. Si pasojë, fluorokinoloet janë në mënyrë të konsidereushme më të sukseshme sesa agjentët tjerë antimikrobalë, por edhe ata, në përgjithësi duhet të jepen të paktën për 12 javë që të jenë efektive. Pacientët me episode të shpeshta të cistitit akut, të cilët përpiqen për trajtim kurativ dështojnë, mund të menaxhohen me cikle të zgjatura supresive të medikamenteve antimikrobiale të përdorura në doza të vogla (zakonisht sulfonamidi, ose nitrofurantoina). Prostektomia totale, në mënyrë të dukshme, vë në konsiderim të prostatitit kronik, por ajo shoqërohet me sëmundshmëri të konsiderueshme. Prostektomia transuretrale është më e sigurt, por vetëm një e treta e pacientëve kurohen.<sup>8</sup>

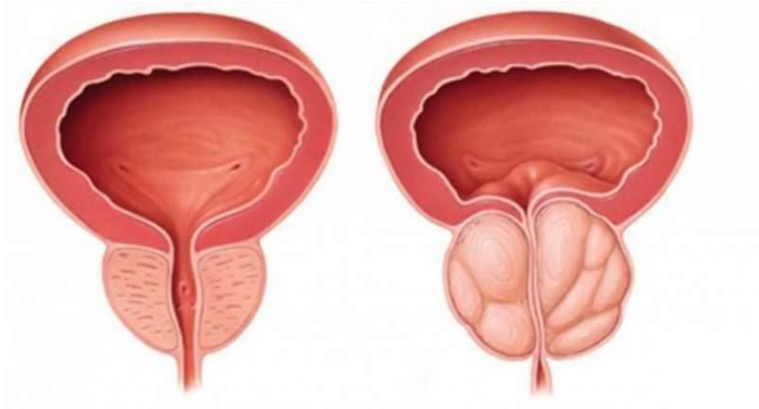
### **2.3.2. Hiperplasia nodulare e prostatës (hipertrofia beninje e prostatës)**

Pas moshës 50 vjeçare deri 95% të meshkujve mbi 75 vjeç kanë prostate të zmadhuara, por të gjithë në mënyrë të njëllotë. Shkaku i këtij procesi ka bazë endokrine, dhe marrin pjesë si hormonet androgjene edhe estrogenet (dehidrotestosteroni). Në planin morfologjik, dallojmë nodule që peshojnë deri në 100gr ose më tepër. Zakonishtë noduset zhvillohen rreth ureters, e cila rezulton e komprimuar. Në vështrimin mikroskopik, tërheqin vëmendjen, proliferimi i glandulave, si dhe proliferimi i fibrave muskulare të lëmuara, vihet re edhe prania e shtuar e fibroblasteve. Nëse do të analizojmë glandulat do të konstatojmë se ato kanë përmasa të ndryshme, janë të veshura me epitel cilindrik të hipertrofuar me rritje papillare të shumta si dhe me palosje karakteristike. Në brendinë e gjendrave vëmë re grumbullime të shumta të një materiali hialin, të quajtura trupza amilace, stroma e gjendres është e infiltruar nga limfocitet. Mund të vëmë re edhe fenomenin e metaplazisë squamoze në gjendrat periuretrale, që është një shenjë për të dyshuar në mundësinë e karcinomës. Duke komprimuar uretren shkakton

---

<sup>8</sup> Anthony S. Fauci, Dennis L. Kasper, Dan L. Longo: Parimet e mjekësisë interne Harrison, Kapitulli XXIV-fq1051, Shkup 2013.

obstruksion të vijave urinare. Mëpastaj duke mos u boshatisur vesika urinare, krijohen kushte për urinë reziduale, dhe më vonë për hidronefrozë dhe infeksione, me rrezik edhe për kancerizim.<sup>9</sup>



**Figura.2.**

### **2.3.3. Hiperplasia adenomatoze atipike**

Bëhet fjalë për një gjendje patologjike e cila konsiston një proliferim benign, të lokalizuar të gjendrave të vogla të shpërndara në prostate, e që mund të ngatërrohet me karcinomën. Ky tip proliferimi paraqet atipi minimale arkitekturale dhe citologjike. Lezioni paraqet tre aspekte që i korrespondojnë: Hiperplasia atipike adenomatoze, vihet re në 80% të rasteve; Proliferimi atipik në formë acinusesh të vegjël, vlersohet vetëm në rreth 40% të rasteve; Karcinoma në këto raste është verifikuar vetëm në 8%.

Hiperplasia adenomatoze atipike, dallon nga carcinoma e mirë-diferencuar nga këto kritere:

---

<sup>9</sup> P.Bitri: Patologjia, Kapitulli XIII-faqe 589, Tiranë 2010.



1. nukleolat nuk janë të theksuara;
2. në të gjenden jo gjithmonë kristaloide;
3. prania e mucinës bazofile;
4. prania e antitropave antikeratinik.<sup>10</sup>

### **2.3.4. Karcinoma e prostatës**

Depistimi i kancerit të prostatës te të moshuarit është dicka shumë e vështirë, sepse shumë më tepër të moshuar vdesin bashkë me kancerin e prostatës sesa nga ky kancer vetë. Megjithatë 92% e vdekjeve nga kanceri i prostatës ndodhin te burrat që janë mbi 65 vjeçarë. Edhe pse kanceri i prostatës mund të zbulohet më herët përmes testit me antigjen specifik për prostatën, vdekshmëria nga kanceri i prostatës nuk është ulur si rezultat i depistimit.

Cështja komplikohet nga fakti se teknikat për të trajtuar kancerin e prostatës, shpesh ndikojnë në cilësinë e jetës. Për më tepër, nuk jemi të aftë të parashikojmë nëse një kancer i vecantë i prostatës është kërcnues për jetën. Duke dhënë këto paqartësi, depistimi i PSA-së duhet të rezervohet për të moshuarit më të fortë dhe vetëm pas një diskutimi të gjatë për përparsitë dhe disavantazhet e tij. Fillon në zonat periferike të prostatës, dhe në formë vatrash multiple që konfluojnë. Histologjikisht të gjitha karcinomat janë adenocarcinoma, me shkallë të ndryshme të diferencimit. Në mikroskop vëmë re proliferim në formë palash intraglandulare. Karcinoma e prostatës ka prirje të invadojë enët e gjakut, hapësirën perineale si dhe kapsulën e prostatës.<sup>11</sup>

**Sistemi i klasifikimit mbështetet në:** gradën e diferencimit; arkitekturën glandulare; përhapjen; atipinë qelizore.

---

<sup>10</sup> P.Bitri: Patologjia, Kapitulli XIII-faqe 590, Tiranë 2010.

<sup>11</sup> Bitri.P: Patologjia, Kapitulli XIII-faqe 591, Tiranë 2010.

### **Evolucioni klinik, bëhet në 4 etapa:**

- A-kur tumori është asimptomatik,
- A1-kur tumori zë më pak se 5% të pjesës,
- A2-kur tumori zë më shumë se 5% të pjesës,
- B-kur tumori është i palpueshem me ekzaminim rektal,
- B1-kur tumori është i lokalizuar në një lobul,
- B2-kur tumori shtrihet në të dy lobulet.

Të sëmurët kanë disuri të shpeshtë, rrjedhja e urines është e ngadaltë ose kanë retension urinar. Ekzaminimet e domosdoshme:

1. DRE,
2. ultrasonografia,
3. biopsia,
4. parametrat biokimik.<sup>12</sup>

Trajtimi konsiston në kombinimin e kirurgjisë, radioterapisë dhe trajtimit hormonal. Trajtimi hormonal synon në privimin e testosteronit për qelizat tumorale, kjo arrihet me lehtësi duke aplikuar orchidektomine ose përmes administrimit të hormoneve.<sup>13</sup>

### **Stadifikimi i kancerit të prostatës**

Sistemi i stadifikimit TNM përfshin kategoritë për tumoret malinje që janë të palpueshëm në DRE, për tumoret që janë zbuluar vetëm në bazë të PSA-së anormale (T1c), për tumoret që janë të palpueshëm por janë klinikisht të lokalizuar në gjëndër (T2) dhe për ato që janë shtrirë jashtë gjëndrës (T3 dhe T4). Vetëm DRE-ja është e pasaktë, për sa i përket shtrirjes së tumorit në brendësi të gjëndrës, prekjes apo mosprekjes së kapsulës, prekjes së vezikulave seminale, si dhe shtrirjes së tumorit në limfonoduj. Duke qenë se klasifikimi i bazuar vetëm në DRE është i gabuar, sistemi i stadifikimit u modifikua duke përfshirë edhe rezultatet e

---

<sup>12</sup> Bitri.P: Patologjia, Kapitulli XIII-faqe 591, Tiranë 2010.

<sup>13</sup> Bitri P : Patologjia, Kapitulli XIII-faqe 591,Tiranë 2010.

ekzaminimeve imazherike. Për fat të keq asnjë ekzaminim i vetëm nuk është demonstruar të përcaktoj me saktësi stadin ose praninë e tumorit të lokalizuar në organ, prekjen e vezikulave seminale ose përhapjen në limfonoduj. TRUS-ja është teknika imazherike e përdorur më shpesh për të vlerësuar tumorin primar, por përdorimi kryesor i kësaj teknike është drejtimi i biopsisë së prostatës dhe jo përcaktimi i stadit të tumorit. Nuk ka asnjë të dhënë të TRUS-së që të tregoj në mënyrë të saktë praninë ose mos praninë e kancerit. CT-së i mungon ndjeshmëria dhe specificitetit për të zbuluar shtrirjen e tumorit përtej prostatës, për më tepër ajo është më inferiore se MRI-ja për të bërë dukshëm limfonodujt e prekur. Gjithashtu MRI-ja është e dobishme për të përcaktuar ndërhyrjen kirurgjikale dhe radioterapinë.

Ekzaminimet e kockave me radionuklide përdoren për të vlerësuar përhapjen e tumorit në kocka Ky ekzaminim është i ndjeshëm por nuk është shumë specifik sepse vendet që kanë kapje më të madhe të lëndës radioaktive, nuk janë gjithmonë të lidhura me prania e metastazave. Gjithashtu kapje anormale do të shkaktonte prania e patologjive tjera si:frakturave që janë duke u shëruar, artriti, sëmundja Paget, etj. Vlerat e vërteta pozitive të skanerit kockor hasen rrallëher kur PSA-ja është <8ng/ml dhe dicka më shpesh kur PSA-ja është <10ng/ml. Duke qenë se shumica e tumoreve të zbuluara kanë rëndësi klinike, shumica e meshkujve i nënshtrohen trajtimit.<sup>14</sup>

Të dhënat e marra nga literatura nuk paraqesin të dhëna të qarta lidhur me faktin se cila prej mundësive trajtuese është më superiore, krahasuar me të tjerat. Rezultatet primare janë: kontrolli i kancerit dhe sëmundjet e lidhura me trajtimin. Pas ndërhyrjes kirurgjikale radikale për të hequr gjithë indin e prostatës, niveli i PSA-së në gjak duhet të bëhet i pazbulueshëm brenda 4 javëve duke u bazuar në faktin se gjysëm jeta e PSA-së në gjak është 3 ditë. Në qoftë se PSA-ja mbetet e matshme, atëherë merret parasysht fakti që pacienti mund të ketë të pranishme sëmundjen. Nga ana tjetër, PSA-ja nuk kthehet në normë sepse elementet jo malinje të mbetur të gjëndrës vazhdojnë të prodhojnë PSA edhe pse mund të jenë hequr të gjitha qelizat kanceroze. Sa më në stad të përparuar të jetë tumori dhe sa më e vogël të jetë mundësia për kontroll lokal, aq më të lartë është mundësia për recidiva sistemike. Më i rëndësishëm është fakti se në brendësi të kategorive T1, T2, T3 gjenden tumore me prognoza

---

<sup>14</sup> Anthony S. Fauci,Dennis L. Kasper,Dan L. Longo: Parimet e mjekësisë interne Harrison, Kapitulli XXIV-fq1057, Shkup 2013.

të ndryshme. Disa tumore T3 mund të kurohen vetëm nëpërmjet trajtimit lokal të prostatës, ndërsa disa tumore të cilët kanë risk të madh për të dhënë recidiva sistemike, kanë nevojë për përdorim të terapive lokale dhe sistemike së bashku, për të arritur kurimin e pacientit. Për tumorin, vetëm stadi është i pamjaftueshëm për të parashikuar përfundimin e sëmundjes, apo për të përzgjedhur mënyrën e trajtimit; për këtë arsye duhet të merren parasysh edhe faktorë të tjerë. Janë zbuluar modele prognostike që përdorin kombinimin e stadi T fillestar, sistemin Gleason dhe vlerat kufitare të PSA-së. Disa përdorin kufijtë e vlerave të referencës; ndërsa të tjerët janë nomogramë që përdorin PSA-në dhe sistemin e pikëzimit sipas Gleason-it si ndryshorë të vazhdueshëm. Këto algoritme mund të përdoren për të parashikuar shtrirjen e tumorit (të kufizuar në organ, kundrejt, të pakufizuar në organ, limfonodujt pozitivë ose negativë) dhe mundësia për të trajtuar me sukses duke përdorur përcaktimin specifik të bazuar në PSA, i cili është duke u konsideruar si terapi lokale.<sup>15</sup>

Për prostatektominë radikale për radioterapinë me tufë të jashtme dhe brakioterapinë (implantimi in situ) janë zhvilluar nomograma specifike. Teknika kirurgjikale, kryerja e terapisë me rrezatim dhe kriteret për mbikqyrje aktive vazhdojnë të përmirsohen dhe të përpunohen duke bërë procesin e marrjes së vendimeve për trajtimin e pacientit një proces dinamik. Shpeshësia e ngjarjeve të padëshiruar për menyrat e ndryshme të trajtimit ndryshon në varësi të metodës së përdorur dhe përvojës që ka ekipi mjekues (inkontinenca urinare, impotencia). Pas ndërhyrjes kirurgjikale, impotencia është e menjëhershme por mund të rikthehet me kalimin e kohës ndërsa në rastin kur përdoret radioterapia impotencia nuk është e menjëhershme por mund të zhvillohet me kalimin e viteve.

#### **2.4.5. Diagnoza dhe Skriningu**

**Antigjeni specifik i prostatës:** PSA-ja është një proteazë serine e ngjashme me kalikreninën që shkakton lëngëzim të koagulit seminal. Ajo prodhohet si nga qelizat epiteliale jomaline, ashtu edhe nga qelizat epiteliale malinje. PSA-ja është specifike për prostatën dhe nuk është specifike për kancerin e prostatës, për këtë arsye rritja e PSA-së në serum mund të ndodhë

---

<sup>15</sup> Anthony S. Fauci, Dennis L. Kasper, Dan L. Longo: Parimet e mjekësisë interne Harrison, Kapitulli XXIV-fq1057, Shkup 2013.

për shkak të prostatitit, BPH-së dhe kancerit të prostatës. Kryerja e biopsisë së prostatës mund ti rrisë vlerat e PSA-së mbi 10-fish.<sup>16</sup> Niveli i PSA-së në serum nuk ndikohet nga kryerja e DRE-së. PSA-ja qarkullon në gjak si një kompleks inaktiv, së bashku me inhibitorët e proteazës  $\alpha_1$ -antikimiotripsinë dhe  $\beta_2$ -makrobulinë dhe gjysëmjetën e vlerësuar në serum e ka 2-3 ditë. Në qoftë se prostata hiqet, atëherë nivelet e PSA-së duhet të jenë të pazbulueshme.

Ngjyrosja e imunohistokimike e PSA-së mund të përdoret për të përcaktuar dignozën e kancerit të prostatës, por lidhur me përdorimin e tij ka kontradikta. Shoqata Amerikane e Kancerit këshillon realizimin e PSA-së dhe DRE-së nga mjekët klinikistë, cdo vit për meshkuj me moshën mbi 50 vjeç, e përmirëson mbijetesën >80 vite; përderisa për afro-amerikanët dhe meshkujt që kanë anamnezë familjare positive për kancer prostate këshillohet testimi në moshën 45 vjeç.

Këshillat e **Shoqatës Urlogjike Amerikane** janë të ngjashme, me një kusht që përfitimet dhe rreziqet e kryerjes së këtyre testeve nuk janë të përcaktuara. Rrjeti gjithëpërfshirës **Kombëtar i Kancerit** këshilloi testimin në moshën mbi 40 vjeç, si dhe përshtatjen e testeve të tjera sipas një mesatareje moshë-specifike. **Kolegji Amerikan i Mjekëve** këshilloi se mjekët duhet të përshkruajnë përfitimet e mundshme dhe efektet e njohura anësore të ekzaminimit dhe të individualizojnë vendimin për të ekzaminuar pacientët. Vlerat e PSA-së mund të luhaten edhe pa një shkak të mundshëm ndaj duhet konfirmuar një nivel jo normal i vecuar përpara se të vazhdohet me ekzaminime të mëtejshme. Kriteret e PSA-së të përdorura për të këshilluar një biopsi prostate, kanë evoluar me kalimin e kohës. Qëllimi është të rritet ndjeshmëria e testit për meshkuj më të rinjë në moshë të cilët kanë më shumë mundësi për të vdekur nga tumori dhe të reduktohet shpeshtësia e zbulimit të tumoreve me potencial të ulët malinj në moshat më të mëdha të cilët kanë më shumë mundësi të vdesin nga shkaqet tjera.<sup>17</sup> Marzhet e referencës moshë-specifike e kanë zvogluar kufirin e sipërm të normës për meshkujt në moshë të re dhe kanë rritur atë për të moshuarit. Nivelet e ndryshme të pragut e ndryshojnë

---

<sup>16</sup> R.Daniel Beauchamp, Mark Evers, Kenneth Mattox: *Traktati i Kirurgjisë*, Shkup, 2013.

<sup>17</sup> Armitag A, Drazen C, La Russo G: *Traktat Mjekësor i CECIL-IT Kapitulli 130- fq 918* Shkup, 2013.

ndjeshmërinë dhe specificitetin e zbulimit. Pragu (kufiri) për kryerjen e një biopsie ishte 4.0 ng/ml, ky prag është ulur në 2.6ng/ml për meshkujt mbi 60 vjeç, duke u bazuar në të dhënat e marra nga shumë grupe, sipas të cilave, në pothuajse gjysmën e meshkujve që i kishin këto vleratë PSA-ve për një kohë të shkurtër, ato rriteshin në 4ng dhe që, menjëherë pas vënjes së diagnozës një e treta e tumoreve ishin përhapur përtej kufijve të gjëndrës. Pjesa më e madhe e PSA-së është e lidhur me a-kimiotripsinën (ACT); vetëm një përqindje e vogël e saj gjendet e "lirë". Për të përmirësuar saktësinë diagnostike të meshkujt që i kanë nivelet e PSA-së midis 4 dhe 10, risku për kancer është më i vogël se 10%, nëse PSA-ja e lirë është më >25%, ndërsa për ata që kanë nivele të larta të PSA-së <10% risku për kancer është më i lartë rreth 56%. Përcaktimet e dendësisë të PSA-së u ripanë, me qëllim për të korrigjuar rolin e BPH-së në nivelin total të PSA-së. Dendësia e PSA-së llogaritet duke pjesëtuar PSA-në e serumit me peshën e prostatës, të përcaktuar me anë të ekografisë transrektale (TRUS). Vlerat <0.10ng.ml për cm<sup>2</sup> janë të pajtueshme (sygjerojnë) për BHP, ndërsa vlerat >0.15 sygjerojnë për kancer. Ritmi i PSA-së është ritmi i ndryshimit të vlerave të PSA-së me kalimin e kohës dhe në përgjithësi shprehet si koha e dyfishimit të PSA-së. Ajo është vecanarisht e dobishme të meshkujt që në dukje kanë vlera normale, por që janë në rritje. Meshkujt që kanë vlera të PSA-së mbi 4 ritmet e rritjes >0.75ng/ml në vit sygjerojnë për kancer, ndërsa për meshkujt që kanë vlera PSA-së më të ulura, ritmet e rritjes më të larta se 0.5ng/ml në vit duhet të përdoren për të këshilluar kryerjen e një biopsie. Për shembull, një rritje nga 2.5-3.2, në një periudhë një-vjeçare do të justifikojë kryerjen e ekzaminimeve të mëtuajtshme.<sup>18</sup> Strategjitë e bazuara në zbulimin e PSA-së e kanë ndryshuar spektrin klinik të sëmundjes. Aktualisht 95-99% e tumoreve malinje të diagnostikuara kohët e fundit janë klinikisht të lokalizuara, 40% e tyre nuk janë të palpueshëm dhe, prej tyre 70% janë patologjikisht të kufizuara në organ. Për të vlerësuar skringun, lidhur me sëmundshmerinë dhe vdekshmërinë e kancerit të prostatës janë duke u kryer studime zyrtare klinike. Derisa të jenë të disponueshme rezultatet e këtyre studimeve, këshillohet që meshkujt të informohen përpara se të marrin një vendim nëse duhet ti nënshtrohen testimit. Në përgjithësi këshillohet kryerja e biopsisë nëse DRE-ja ose PSA-ja janë anormale. Njëzet e pesë përqind e meshkujve me PSA >4ng/ml dhe DRE

---

<sup>18</sup> R.Daniel Beauchamp, Mark Evers, Kenneth Mattox: *Traktati i Kirurgjisë, Seksioni XIII-fq 860 Shkup, 2013.*

anormale kanë kancer sikurse 17% e meshkujve që kanë vlera të PSA-së prej 2.5-4.0 ng/ml dhe DRE normale.

**Biopsia e prostatës**, diagnoza e kancerit përcaktohet nepërmjet biopsisë nën drejtimin e TRUS. Paraqitja direkte me anë të ekografisë ose me MRI garanton që të gjitha pjesët e gjendrës shërbejnë si mostra. Këshillohet që të merren të paktën 6 biopsi të vecanta, tre nga lobi i djathtë i gjendrës dhe tre nga lobi i majtë i gjendrës sikurse edhe një biopsi e vecantë e zonës tranzitore nëse është e indikuar nga ana klinike. Në përgjithësi marrja e 12-14 mostrave nëpërmjet biopsisë së hapur mendohet se e rrit mundësinë për një diagnozë të saktë. Përpara se të kryhet biopsia e pacientit me prostatit duhet që të mjekohet me antibiotikë. Meshkujt që kanë vlera anormale të PSA-së dhe biopsi negative këshillohen që ti nënshtrohen një biopsie tjetër. Secili material i biopsisë ekzaminohet për praninë dhe masa e kancerit përcaktohet nga ana sasiore, në varësi të shtrirjes së tumorit brenda materialit të marrë si dhe në varësi të përqindjes së mostrës së prekur.<sup>19</sup>

#### 2.4.6. Trajtimi

**Prostatektomia radikale**, qëllimi i prostatektomisë radikale është të hiqet i gjithë kanceri deri në kufijt e shëndoshë, të ruhet kontinenca urinare, duke ruajtur sfinkterin e jashtëm dhe të ruhet potencia seksuale, duke i ruajtur nervat autonomë në tufën neurovaskulare. Kryerja e prostatektomisë këshillohet për pacientë që kanë shpresë për të jetuar >10 vjet dhe realizohet duke përdorur një metodë retropubike, perineale ose laparoskopike. Teknikat e prostatektomisë vazhdojnë të përmirsohen sikurse edhe aftësia për të përcaktuar nëse tumori është lokalizuar në gjëndërr do të rritet duke u bazuar në algoritmet e ndryshme të biopsisë dhe në ekzaminimet imazherike.<sup>20</sup> Faktorët që janë të lidhur me shkrimin e funksionit erektil pas operimit përfshijnë: moshat e reja, cilësinë e ereksionit përpara ndërhyrjes kirurgjikale dhe mungesën dëmtimit të tufës neurovaskulare. Në qoftëse tufa neurovaskulare nuk dëmtohet atëher funksioni erektil rivendoset mesatarisht, pas 4-6 muaj, por nëse dëmtohet të

---

<sup>19</sup> Anthony S. Fauci, Dennis L. Kasper, Dan L. Longo: Parimet e mjekësisë interne Harrison, kapitulli XXIV-fq1060, Shkup 2013.

<sup>20</sup> Armitag A ,Drazen C,La Russo G : *Traktat Mjekësor i CECIL-IT Kapitulli 130- fq 918* Shkup,2013.

pakët një nerv i tufës atëher funksioni seksual dobësohet përgjysmë. Në rastet kur kontrolli i kancerit kërkon heqjen e të dy tufave, merret parasysh mundësia e transplantimit. Në përgjithësi me mundësinë për të përdorur preparate si sildenafil, futjen e prostadilit brenda uretres dhe injeksionet e vazodilatorve intrakaveroze, shumë pacient rifitojnë funksion të kënaqshëm seksual.<sup>21</sup>

**Terapia hormonale neoadjuvate**, është studiuar me qëllim për të përmirësuar rezultatet e ndërhyrjes kirurgjikale te pacientët që kanë rrezik të lartë. Rezultatet e disa studimeve të gjera që testojnë për 3 ose 8 muaj deficitin androgjenik, përpara ndërhyrjes kirurgjikale, demonstruan se nivelet e PSA-së në serum uleshin me 96%, vëllimi i prostatës zvogëlohej me 34 %, ndërsa vlerat pozitive në kufij zvogëloheshin nga 41 në 17%. Për fat të keq, hormone nuk sigurojnë përmirësim të mbijetesës të përcaktuar nga recidiva e PSA-së lirë. Për këtë arsye përdorimi i terapisë hormonale neoadjuvante nuk është i këshilluar.<sup>22</sup>

**Terapia me rrezatim**, terapia me rrezatim realizohet me tufë të jashtme, nga burime radioaktive të implantuara ose nga kombinimi i të dyjave së bashku. Teknikat e rrezatimit me tufë të jashtme në ditët e sotme përdorin plane trajtimesh konformale tredimensionale të projektuara me terapinë me rrezatim me intensitet të rregulluar (IMRT), me qëllim për të rrezatuar me dozë maksimale në prostatën dhe për të minimizuar ekspozimin e strukturave normale rrethuese. Kontrolli i kancerit pas përdorimit të terapisë me rrezatim është përcaktuar nga kritere të ndryshme, duke përfshirë rënjen e vlerave të PSA-së në <0.5 ose 1ng/ml, mosrritjen e vlerave të PSA-së si dhe biopsinë negative të prostatës, 2 vjet pas përfundimit të trajtimit. Recidiva e PSA-së përcaktohet si rritje të njëpasnjëshme të vlerave të PSA-së, duke u nisur nga vlera më e ultë, të arritura pas-trajtimit. Doza e rrezatimit është e rëndësishme. Shpeshtësia e komplikacioneve rektale është e lidhur në mënyrë të drejtëpërdrejtë me vëllimin e murit të anterior të rektumit që merr rrezatim me dozë të plotë. Në përgjithësi,

---

<sup>21</sup> Anthony S. Fauci, Dennis L. Kasper, Dan L. Longo: Parimet e mjekësisë interne Harrison, Kapitulli XXIV-fq1060, Shkup 2013.

<sup>22</sup> Anthony S. Fauci, Dennis L. Kasper, Dan L. Longo: Parimet e mjekësisë interne Harrison, Kapitulli XXIV-fq1062, Shkup 2013.



terapia me rrezatim shoqërohet me frekuencë më të lartë të komplikacioneve të zorrës (kryesisht diarre dhe proktit), krahasuar me trajtimin kirurgjikal.<sup>23</sup>

**Brakiterapia**, është implantimi direkt i burimit radioaktiv në prostatë ajo bazohet në principin se depozitimi i energjisë së rrezatimit në inde ulet në funksion të katrorit të distancës nga burimi. Qëllimi është që të prodhohet rrezatimi intenziv në prostatë, duke minimizuar ekspozimin e indeve përreth. Teknikat standard aktuale kryejnë shpërndarje të dozës në mënyrë më homogjene, nëpërmjet impianteve të vendosura sipas një modeli të përcaktuar, të bazuar në vlerësimet e tumorit me CT ose me ekografi dhe në dozimetrinë e kompjuterizuar. Implantimi kryhet me rrugë transperineale, pa iu nënshtruar një procedure të hapur me imazheri në kohë reale. Përmirësimet në teknikat e barikoterapisë kanë rezultuar në më pak komplikacione dhe në reduktim të dukshëm të rasteve që kanë dështim të trajtimit lokal.<sup>24</sup> Brakiterapia tolerohet mirë nga pacientët megjithëse shumica e pacientëve përjetojnë urinim të shpeshtë dhe urgjencë urinare, të cilat mund të persistojnë për disa muaj. Inkontinenca është vërejtur në 2-4% të rasteve. Po ashtu është vënë re një përqindje më e lartë e komplikacioneve tek pacientët që i janë nënshtruar TURP-së me parë ose që kanë simptoma obstruktive në fillim të sëmundjes. Prokti është raportuar në <2% të pacientëve.

**Mbikqyrja aktive:** mbikqyrja aktive e përshkruar më parë si pritja vigjilente ose vonimi i fillimit të mjekimit, është një mënyrë e monitorimit të sëmundjes në intervale të caktuara, nëpërmjet DRE-ve, matjes së PSA-së dhe biopsive të përsëritura të prostatës sikurse indikohet, por pa mjekuar pacientin, derisa tumori të përparojë. Përparimi i tumorit mund të vlerësohet, duke u bazuar në ndryshimet e PSA-së, në rritjen e tumorit lokal, në zhvillimin e simptomave ose në sëmundjen metastatike. Praktika u zhvillua nga studimet e kryera kryesisht te meshkujt e moshuar, me tumore të mirëdiferencuar, të cilët nuk paraqesin përparim të sëmundjes me rëndësi klinike për periudha afatgjata, gjatë së cilës u vërejtë se një përqindje e madhe e tyre vdiqën nga sëmundjet bashkëshoqëruese. Ndjekja mesatarisht për 6.2 vjet demostroi se meshkujt e trajtuar nëpërmjet kirurgjisë radikale kishin një risk më të vogël për vdekje nga kanceri i prostates, krahasuar me pacientët e mbikqyruar në mënyrë aktive, si dhe kishin një risk më të vogël për metastaza. Përzgjedhja e rastit është vendimtare,

---

<sup>23</sup> Armitag A, Drazen C, La Russo G : *Traktat Mjekësor i CECIL-IT Kapitulli 130- fq 920 Shkup, 2013.*

<sup>24</sup> Armitag A, Drazen C, La Russo G : *Traktat Mjekësor i CECIL-IT Kapitulli 130- fq 921 Shkup, 2013.*

për këtë arsye janë në studim intenziv kriteret për perzgjedhjen e meshkujve që mund të perzgjedhin mbikqyrjen aktive pa u rrezikuar.<sup>25</sup>

---

<sup>25</sup> Armitag A, Drazen C, La Russo G: *Traktat Mjekësor i CECIL-IT Kapitulli 130- fq 921 Shkup,2013.*

### **3. QËLLIMI I PUNIMIT**

Qëllimi i këtij punimi ishte shtjellimi i problematikës së sëmundjeve të prostatës, hulumtimi i të dhënave mbi pacientët të hospitalizuar në repartin Urologjik në Spitalin Rajonal të Gjakovës për dy vite 2017-2018. Në veçanti objektive ishte analizimi i të dhënave të pacientëve sipas moshës, vendbanimit, llojit të sëmundjës.

#### **4.METODOLOGJIA E PUNËS**

Punimi është retrospektiv. Për studim janë shfrytëzuar të dhënat e protokoleve në Repartin e Urologjisë në Spitalin “Isa Grezda” në Gjakovë për periudhën kohore për vitet 2017-2018. Fillimisht për realizimin e punimit është marrë leje nga Drejtoria e Spitalit të Gjakovës.

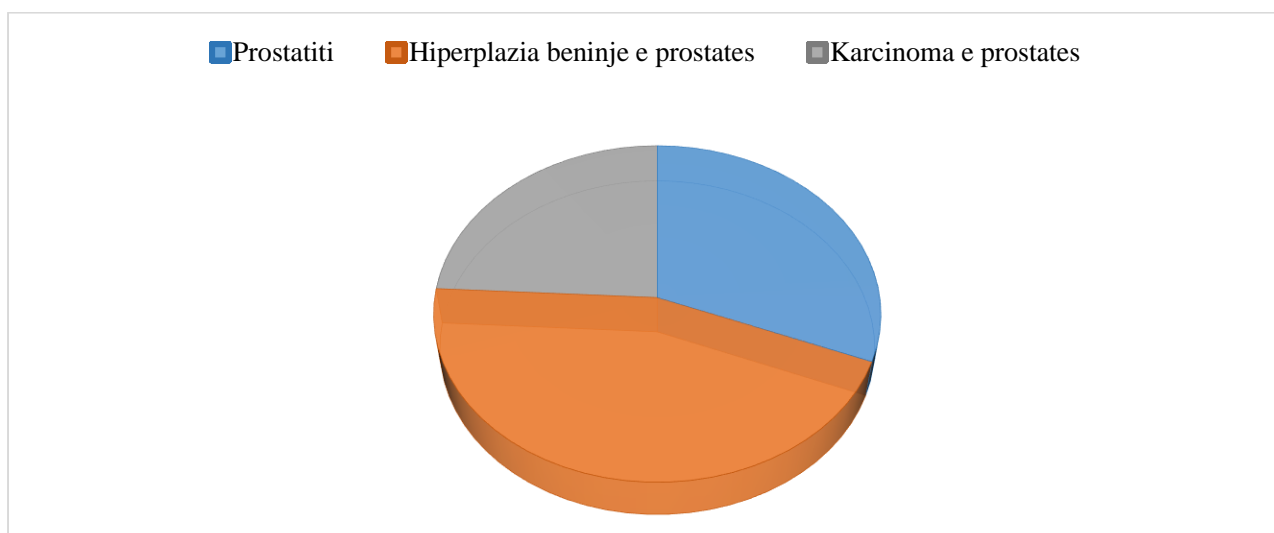
## 5. REZULTATE

Rezultatet janë paraqitur me tabela dhe grafikone.

Nga të dhënat e analizuara në repartin e urologjisë në Spitalin e Gjakovës doli të jetë se 29 pacienta vuanin nga sëmundjet e prostates, 9 nga 29 pacientët vuanin nga Prostatiti përkatesisht 31.03%, ndërsa 13 pacientë vuanin nga Hiperplazia beninje e prostates përkatesisht 44.83%, si dhe 7 pacientë vuanin nga Karcinoma e prostates përkatesisht 24.14%.

**Tabela 1.** Pacientëve me sëmundje përkatese të prostates sipas diagnozave

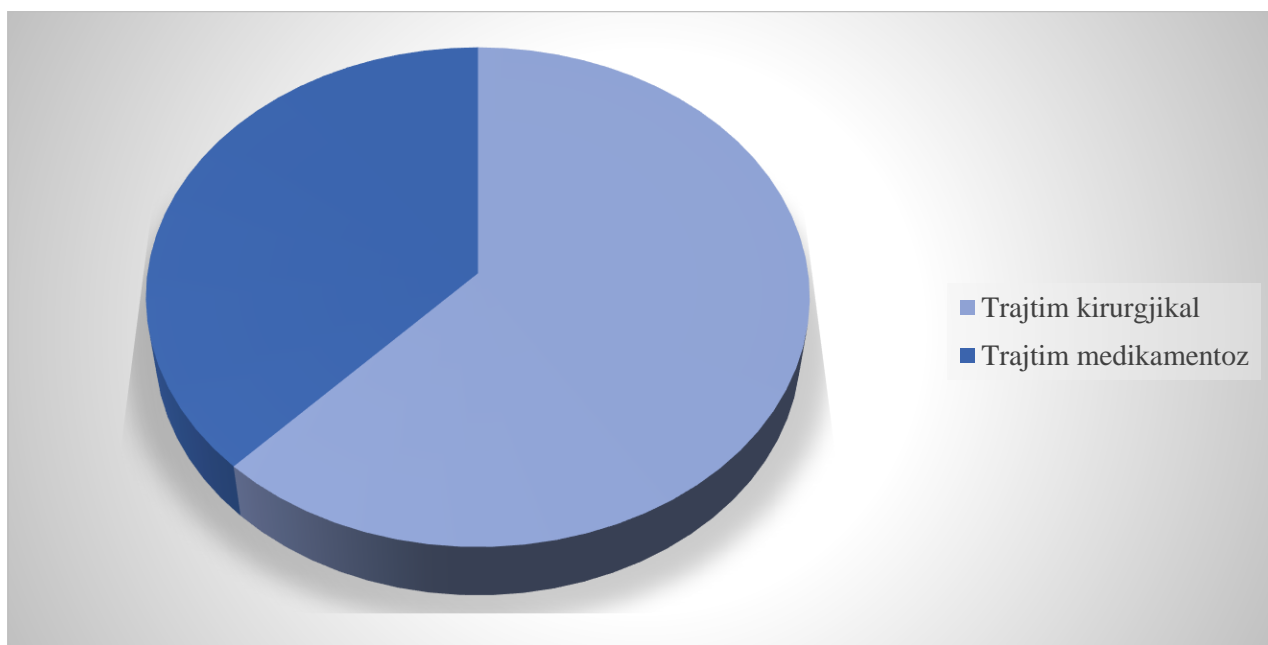
Sëmundja	Prostatiti	Hiperplazia beninje e prostates	Karcinoma e prostates	Gjithsej
Nr. i pacientëve	9	13	7	29
%	31.03	44.83	24.14	100.00



**Grafikoni 1.** Sëmundjet e prostates të të hospitalizuarit

**Tabela 2.** Trajtimi kirurgjik ose trajtimi medikamentoz sipas protokolleve së të hospitalizuarve

	Gjithsej	Trajtimet kirurgjikale	Trajtimet medikamentoze
Nr. i pacientëve	29	18	11
%	100.00	62.07	37.93

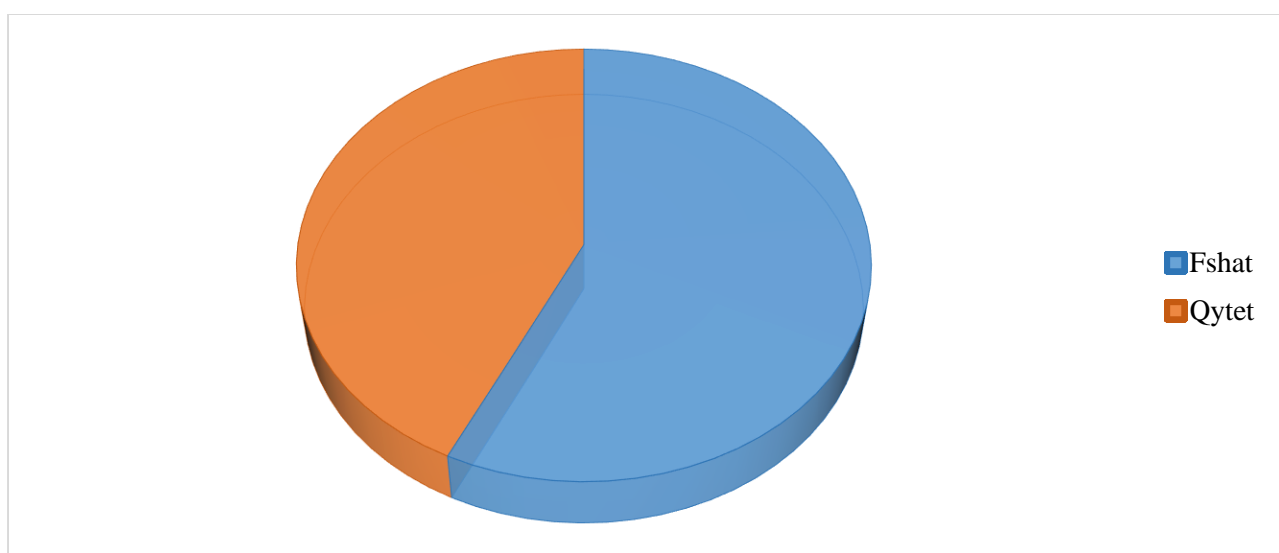


**Grafikoni 2.** Paraqitja grafike e trajtimeve kirurgjikale dhe e trajtimeve medikamentoze sipas protokolleve së të hospitalizuarve në vitin 2017-2018.

Në tabelën dhe grafikunin 2 është paraqitur numri i të hospitalizuarve ngasemundjet e prostatës sipas trajtimit që iu kanë nënshtruar. Nga numri total i pacientëve që ishte 29 pacientë, 18 pacientë iu kanë nënshtruar trajtimit kirurgjik ndërsa 11 pacientë të tjerë trajtimit medikamentoz. Sipas strukturës 62.07% u trajtuan me metodën kirurgjikale kurse 37.93% me metodën medikamentoze.

**Tabela 3.** Pacientët e hospitalizuar gjatë vitit 2017 në repartin e Urologjisë të analizuar sipas vendbanimit

Vendbanimi	Fshat	Qytet	Gjithsej
Nr. i pacientëve	8	6	14
%	57.14	42.86	100.00

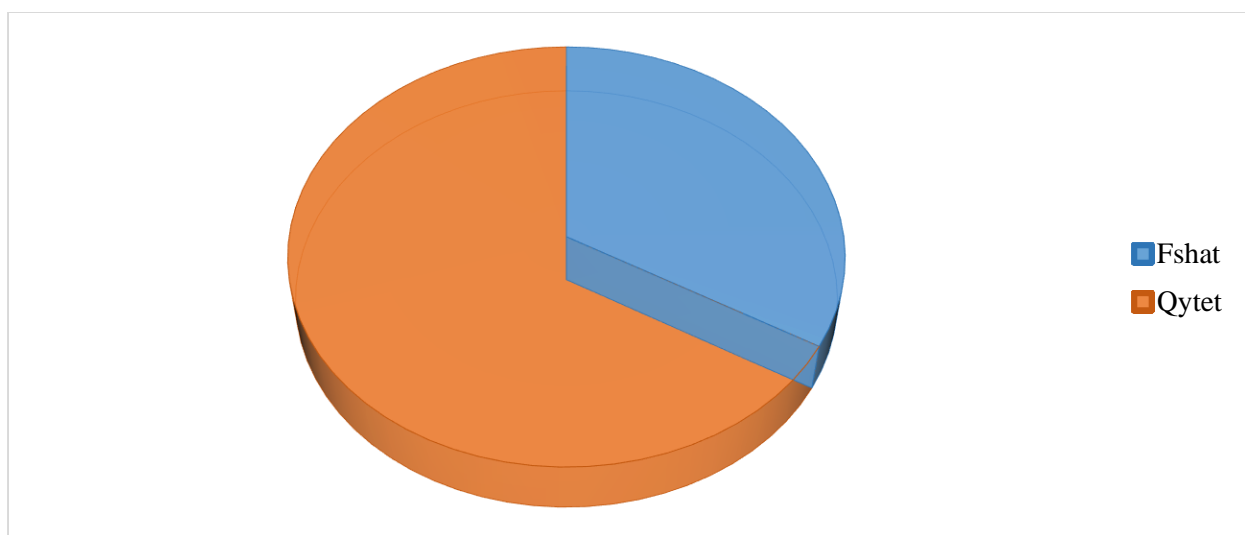


**Grafikoni 3.** Pacientët me sëmundje të prostatës të analizuar sipas vendbanimit për vitin 2017

Në tabelen dhe grafikun 3 janë paraqitur rastet dhe klasifikuar sipas vendbanimit fshat dhe qytet për vitin 2017. Me numër 8 apo me një përqindje më të madhe 57.14% pacientë kanë qenë nga zona rurale apo nga fshati si dhe 6 pacientë apo 42.86% kanë qenë nga qyteti.

**Tabela 4.** Pacientët sipas vendbanimit me semundje të prostatës të hospitalizuar në vitin 2018

Vendbanimi	Fshat	Qytet	Gjithsej
Nr. i pacientëve	5	10	15
%	33.33	66.67	100.00



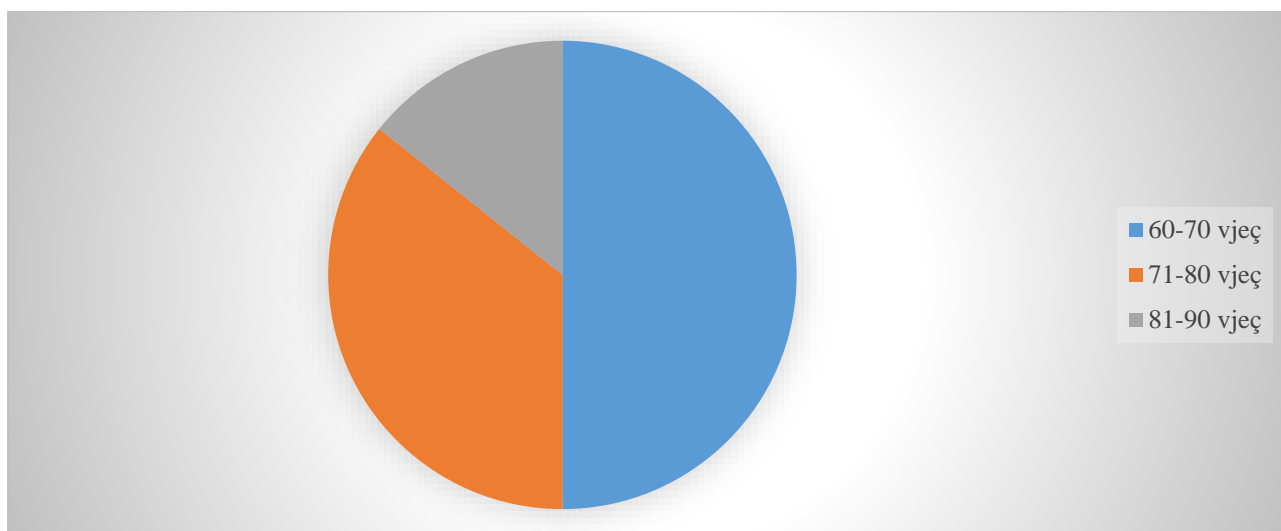
**Grafikoni 4.** Pacientët e hospitalizuar gjatë vitit 2018 në repartin e Urologjisë

Në tabelen dhe grafikun 4 janë prezantuar rastet e pacientëve gjatë vitit 2018. Me numër 10 të rasteve apo 66.67% e tyre ishin nga qyteti, ndërsa 5 nga ata ishin nga fshati apo 33.33%.



**Tabela 5.** Të hospitalizuarit gjatë vitit 2017 sipas grupmoshave

Mosha	Numri	%
60-70 Vjeç	7	50.00
71-80 vjeç	5	35.71
81-90 vjeç	2	14.29
Gjithsej	14	100.00

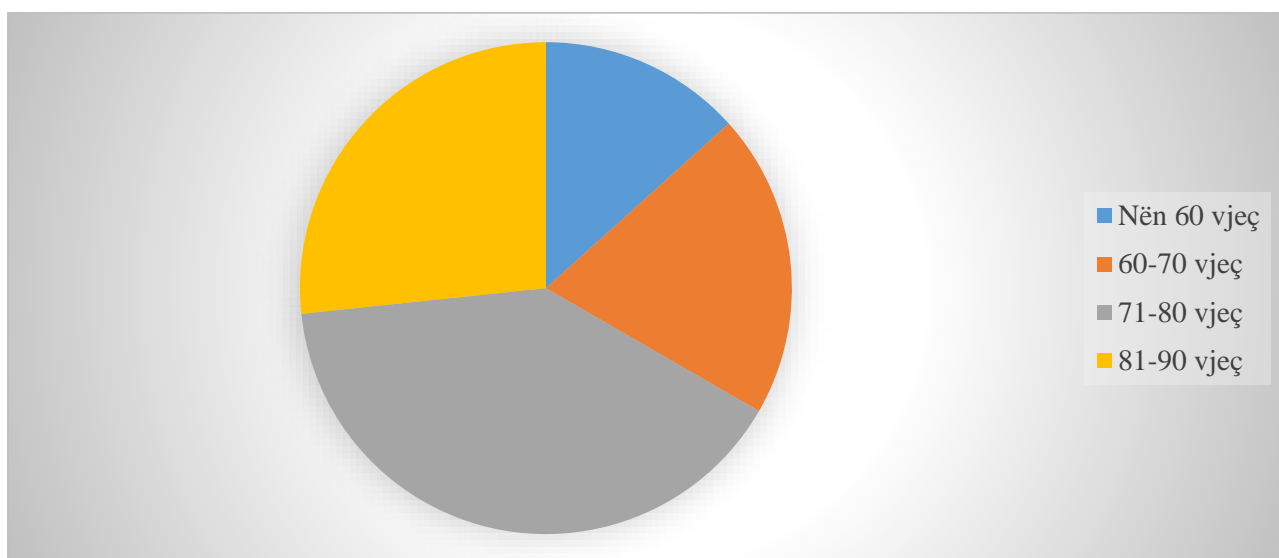


**Grafikoni 5.** Të hospitalizuarit në vitin 2017 sipas grupmoshës

Në tabelën dhe grafikonin 5 janë paraqitur rastet sipas moshës së të prekurve nga Prostatiti, Hiperplazia e prostatës dhe Karcinoma e prostatës sipas protokolleve së të hospitalizuara në vitin 2017. Grupmosha më e prezentuar ishte ajo 60-70 vjeçare me gjithsej 7 pacientë apo 50.00% pastaj ajo 71-80 me 35.71% dhe 81-90 me 14.29%.

**Tabela 6.** Pacientët e hospitalizuar në vitin 2018 sipas grupmohave

Mosha	Numri	%
Nën 60 vjeç	2	13.33
60-71 vjeç	3	20.00
71-80 vjeç	6	40.00
81-90 vjeç	4	26.67
Gjithsej	15	100.00



**Grafikoni 6.** Të hospitalizuarit në vitin 2018 sipas grupmohës

Në tabelën dhe grafikun 6 janë paraqitur rastet sipas moshës së të prekurve nga Prostatiti, Hiperplazia e prostatës dhe Karcinoma e prostatës të të hospitalizuarve në vitin 2018. Grupmosha më e prezentuar ishte ajo 71-80 vjeçare me gjithsej 6 pacientë apo 40.00% pastaj ajo 81-90 me 26.67% dhe 60-70 vjeç me 20.00%. Vlen të ceket se edhe dy raste kanë qenë të moshës së re, një pacient 19 vjeç dhe një me 27 vjeç (13.33%).

## 6. DISKUTIMI

Në Revisten Medicus, me temë: Raporti në mes të moshës, vëllimit të prostatës, antigjenit specifik të prostates (PSA) të simptomet e infeksionit të traktit të poshtëm urinar në Kosovë, shihet se hulumtimi përfshinte 142 pacientë me sëmundje të prostates. Moshë mesatare e pacientëve të përfshirë në hulumtim ishte 67.33 vjeç (devijimi standard  $\pm$  8:07 vjet). Pacienti më i ri me sëmundje të prostatës ishte 50 vjeç dhe më i vjetër 87 vjeç. Ndarja sipas grupmoshave tregonte se numri më i madh i pacientëve 67 ose 47.2% i përkisnin grupmoshës 60-69 vjeç dhe 42 pacientë, ose 29.6% në moshën 70-79 vjeç, 21 prej tyre, ose 14.8% grupmosha 50-59 vjeç dhe 12 pacientë, ose 8.5% të grupmoshës 80-89 vjeç.<sup>26</sup>

Nga një studim i mëparshëm në Spitalin e Prizrenit në Repartin e Urologjisë për periudhën kohore Janar-Dhjetor të vitit 2017 ishin raportuar gjithsej 52 pacientë prej të cilëve 39 apo 75% kishin marrë trajtim kirurgjikal dhe 13 nga ata trajtim medikamentoz apo 25%. Në Spitalin e Prizrenit grupmosha më e prezentuar ishte ajo 70-74 vjeçare me gjithsej 19 pacientë (36, 53%), dhe rreth një e pesta e të hospitalizuarve i takoi grupmoshës 60-64 vjeçare që njëherit prezantoi si grupmosha me më së paku pacientë.<sup>27</sup>

Të dhënat nga hulumtimi janë na tregojnë se pacientet me sëmundje të prostates në spitalin e Gjakovës sipas grupmoshave ishin në vitin 2017 më e prezentuar ajo 60-70 vjeçare me gjithsej 7 pacientë apo 50.00% dhe në vitin 2018 ajo 71-80 vjeçare me gjithsej 6 pacientë apo 40.00%.

---

<sup>26</sup> Neziri A, Tartari F, Xhani M, Fetahu A, Selmani L, Miftari I, Raporti në mes të moshës, vëllimit të prostatës, antigjenit specifik të prostates të simptomet e infeksionit të traktit të poshtëm urinar në Kosovë- Urology Clinic, University Clinical Center of Kosovo, Kosovo Service of Urology- Medicus 2015.

<sup>27</sup> Hajdari D, Shaqiri S. Hiperplazia beninje e prostatës të moshuarit. Gjakovë 2018.

## 7. PËRFUNDIMI

- Sipas të dhënave në spitalin e Gjakovës “Isa Grezda” në repartin e urologjisë përgjatë vitit 2017 dhe 2018, kanë qenë 29 pacientë të hospitalizuar.
- Janë evidentuar 9 raste me prostatit, 13 raste me hiperplazi beninje të prostatës dhe 7 raste me karcinomë.
- Grupmosha më prekur e të analizuarëve në vitin 2017 ishte 60-70 vjeç.
- Grupmosha më e të analizuarëve në vitin 2018 ishte 71-80 vjeç.
- Në vitin 2017 numri më i madh i pacienteve ka qenë me vendbanim nga fshati me gjithsej 8 nga 14 pacientë.
- Në vitin 2018 numri më i madh i pacienteve ka qenë me vendbanim nga qyteti me gjithsej 10 nga 15 pacientë.
- Në repart 18 pacientë i janë nënshtruar operimit ndërsa 11 të tjerë u trajtuan me terapi medikamentoze.

## 8. REKOMANDIME

Rekomandohet që meshkujt të cilët i takojnë grupit të personave me rrezikshmëri duhet patjetër të vizitohen rregulisht te Specialisti përkatës me analizë të PSA. Personeli shëndetësor duhet të kushtoj kujdes e të promovojë skringun dhe masat tjera adekuate në drejtim të zbulimit të hershëm të ndërrimeve eventuale, lehësimit të ankesave, mbështetjen në informim të drejtë dhe vendimarrje për trajtim adekuat.

Prandaj lidhur me këtë problematikë propozohet:

- Reduktim i stresit,
- Kufizim i konsumimit të kofeinës,
- Rehidrim normal, jo mbingarkim me lëngje në periudhë para gjumit,
- Praktikim i urinimit para gjumit,
- Kontrolla të rregullta te Urologu dhe PSA,
- Vëmendje mbi efektet anësore të medikamenteve.
- Të paktën një herë në vit bëni një kontroll urologjik te urologu për prostate.

## 9. REZYME

**Hyrje-** Prostata është organ muskulo-gjëndror tek i vendosur nën fshikzën urinare, prapa simfizës pubike, para rektumit dhe e mbështetur në diafragmen pelvis, është e vendosur në strolullën e saj. Ka formën e gështenjës, me maje të kthyer poshtë dhe bazë lartë. Dallojmë bazën, majen, faqen e përparme, faqen e pasme dhe dy faqe anësore të saj. Në kuader të sëmundjeve të prostatës bëjnë pjesë: Prostatiti, hiperplazia e prostatës dhe karcinoma e prostatës.

**Qëllimi-** qëllimi i këtij punimi është njohja me sëmundjet e prostatës, zgjerimin e njohurive të infermierëve mbi këto sëmundje, prezantimi të dhënave të analizuar mbi të hospitalizuarit në spitalin e Gjakovës.

**Metoda-** punimi është retrospektiv. Të dhënat janë marrë nga protokollet e të hospitalizuarëve në Spitalin e Gjakovës në repartin e Urologjisë për periudhën kohore 2017-2018.

**Rezultate-** Në Spitalin e Gjakovës ishin gjithsej 29 pacientë, prej tyre 9 me prostatit, 13 me hiperplazi beninje të prostatës dhe 7 prej tyre vuanin nga kanceri i prostatës. Sipas strukturës 62.07% u trajtuan me metodën kirurgjikale kurse 37.93% me metodën medikamentoze. Grupmosha më e prezentuar në 2017 ishte ajo 60-70 vjeçare respektivisht në 2018 ajo 71-80 vjeçare.

**Përfundimi-** Rekomandohet që meshkujt të cilët i takojnë grupit të personave me rrezikshmëri duhet patjetër të vizitohen rregullisht te Specialisti përkatës me analizë të PSA. Duhet të kushtohet kujdes promovimit të skriningut, masave adekuate në drejtim të zbulimit të hershëm të ndërrimeve eventuale, lehtësimit të ankesave, mbështetjes në informim të drejtë dhe vendimarrje për trajtim adekuat.

**Fjalë kyçe:** *Karcinoma e prostatës, kujdesi infermieror.*

## 10. RESUME

**Introduction** - Prostate is a musculoskeletal organ placed under the urinary bladder behind the pubic symphysis, in front of the rectum and supported on the pelvis diaphragm, is located in its lining. The prostate has a stomach-like tip, with a downward and top-high point, to the prostate, the base, the top, the front, the back and the two sides. Prostatitis, prostate hyperplasia and prostate cancer include prostate diseases.

**Purpose** - The purpose of this paper is to acquaint yourself with prostate diseases, expand the knowledge of nurses on these diseases, present data analyzed on the hospitalized hospital in Gjakova.

**The method** is retrospective. The data were obtained from hospital protocols at the Gjakova Hospital in the Urology Department for the period 2017-2018.

**Results:** The data shows that at the Urology Department of Gjakova Hospital were hospitalized 29 patients in total, of which 9 with prostatitis, 13 with benign prostate hyperplasia and 7 of them with prostate cancer. According to the structure, 62.07% were treated with the surgical method and 37.93% with the conservative treatment. The most represented age group in 2017 was the 60-70 year old respectively in 2018 was 71-80.

**Conclusion-** It is recommended that men belonging to the Dangerous Persons Group should be regularly visited by the relevant specialist and with PSA result. Attention should be paid to the promotion of screening, adequate measures in the direction of early detection of possible shifts, dismissal of complaints, support for information and decision-making for adequate treatment.

**Keywords:** Prostatic carcinoma, nursing care.

## **11. REFERENCAT**

- 1. Keith L. Moore, Arthur F. Dalley, Anne M.R. Agur. *Anatomia me orientim klinik*, Shkup.**
- 2. Totozani D, Qamirani S. Anatomia normale e njeriut, (Pjesa e II) Tiranë, 2001.**
- 3. E.Saraqini, H.Zherka-Anatomia dhe fiziologjia e njeriut, Prishtinë 2001.**
- 4. R.Carola, J.Harly, Ch. Noback, Human anatomy and physiology, London 2000.**
- 5. P.Bitri: Patologjia, Kapitulli XIII- Tiranë 2010.**
- 6. Anthony S. Fauci, Dennis L. Kasper, Dan L. Longo: Parimet e mjekësisë interne Harrison, Shkup 2013.**
- 7. Armitag A, Drazen C, La Russo G: *Traktat Mjekësor i CECIL-IT* , Shkup, 2013.**
- 8. R.Daniel Beauchamp, Mark Evers, Kenneth Mattox: *Traktati i Kirurgjisë*, Shkup, 2013.**
- 9. Neziri A, Tartari F, Xhani M, Fetahu A, Selmani L, Miftari I. Relationship between Age, Prostate Volume, Prostate Specific Antigen (PSA) and Lower Urinary Tract Symptoms in Kosova 2015.**
- 10. Neziri A, Tartari F, Xhani M, Fetahu A, Selmani L, Miftari I, Raporti në mes të moshës, vëllimit të prostatës, antigenit specifik të prostates të simptomet e infeksionit të traktit të poshtëm urinar në Kosovë- Urology Clinic, University Clinical Center of Kosovo, Kosovo Service of Urology- Medicus 2015.**
- 11. Hajdari D, Shaqiri S. Hiperplazia beninje e prostatës te të moshuarit. Gjakovë 2018.**



## 12. CV E STUDENTËVE

**Marigona Gjokaj-Luli** e lindur me 02.01.1996 në Gjakovë. Me kombësi Shqipëtare dhe nënshtetësi Kosovare, jeton në Dujakë. Shkollën fillore dhe të mesme të ulët e kreu në Sh.F.M.U në Dujakë. Pastaj shkollën e mesme të lartë e kreu në Sh.M.L.M. " Hysni Zajmi " dhe diplomoi në drejtimin "Asistente e Infermierisë së përgjithshme". Më pas studimet universitare i ndjeku në Universitetin e Gjakovës "Fehmi Agani", në Fakultetin e Mjekësisë drejtimi i Infermierisë së përgjithshme dhe në vitin 2019 mori titullin Bachelor i Infermierisë së Përgjithshme.

**Nderim Elezaj** i lindur me 29.09.1994 në Gjakovë. Me kombësi Shqipëtar dhe nënshtetësi Kosovare, jeton në Qafë-Morinë Gjakovë. Shkollën fillore dhe të mesme të ulët e kreu në Sh.F.M.U "Ganimete Terbeshi" në Ponohec. Pastaj shkollën e mesme të lartë e kreu në Sh.M.L.M. Hysni Zajmi " dhe diplomoi në vitin 2014 në drejtimin "Asistent i Infermierisë së përgjithshme". Më pas studimet universitare i ndjeku në Universitetin e Gjakovës "Fehmi Agani", në Fakultetin e Mjekësisë drejtimi i Infermierisë së përgjithshme dhe mori titullin Bachelor i Infermierisë së Përgjithshme në vitin 2019.