

UNIVERSITETI I GJAKOVËS
FAKULTETI I MJEKËSISË

PROGRAMI MAMI



PUNIM DIPLOME

TEMA:Kanceri i ovareve

Kandidatja:

Besmire SHALA

Mentor:

Prof. Ass. Dr. **Idriz BERISHA**

Gjakovë 2017

ABSTRAKT

Ky punim është realizuar me qëllim të zgjerimit të njohurive të infermierëve të ardhshëm në fushën e gjinekologjisë. Lexuesit mund të informohen rreth sëmundjes së kancerit të vezoreve. Punimi është bërë në universitetin e Gjakovës “Fehmi Agani”, Fakulteti i Mjekësisë , Programi Mami.

Përmes këtij punimi kemi arritur të hulumtojmë, sëmundjen e kancerit të vezorëve, simptomat, mënyren e përhapjes, diagnostifikimin dhe mjekimin e kësaj sëmundje.

Mentori im është: Prof. Ass. Dr. Idriz Berisha

Punimi përfshin: faqe:26, tab:1, foto:4, fig:1

ABSTRACT

This project (work) is conducted with the aim of expanding the knowledge for future’s nurses in the branch of gynecology. Readers can be informed about the disease of ovarian cancer. The work is done in the university of Gjakova “Fehmi Agani”, Faculty of Medicine, Midwife Program.

Through this work we have arrived to explore the deasese of ovarian cancer, symptoms, the way of propagation,diagnostics and the treatment of this desease.

My mentor is: Prof. Ass. Dr. Idriz Berisha

This work includes: pages 26, tab:1, photo:4, fig:1

Deklaratë studentore

Unë, kandidatja; Besmire Shala studente e Universitetit të Gjakovës - Fakultetit të Mjeksisë e zgjodha këtë temë me një përgjegjësi të madhe, andaj në përgatitjen e punimit te diplomës nuk kam lejuar qe punimi im të devijoj nga origjinaliteti. Me këtë dëshiroj të theksojë që i gjithë materiali i përfshirë në punim është i cituar dhe i listuar në referenca.

Falendërimet

Për rezultatet e arritura deri më tani:

Falendëroj familjen time për mbështetjen që më dhanë në çdo aspekt.

Falendëroj profesorët dhe stafin udhëheqës të Universitetit të Gjakovës “Fehmi Agani”. Shpresoj që përpjektet dhe përkushtimi i tyre për të na edukuar si student dhe Mami të ardhshëm do të kthehet në të mirën e vendit tonë.

Në fund, falendëroj edhe mentorin tim Prof. Ass. Dr. Idriz Berisha, i cili gjithmonë gjeti kohë për të më ndihmuar në realizimin e këtij punimi, andaj e falendëroj përzemërsisht për durimin, korrektësinë dhe këshillat e tij gjatë gjithë kësaj periudhe.

Përmbajtja:

1.Hyrja.....	6
2.Metodologja.....	6
3.Qëllimi i punimit.....	6
Kapitulli I :Rishikimi I literaturës.....	7
1.1 Anatomia e aparatit riprodhues të femres.....	7
1.2 Fiziologjia e organeve të mbrendshme të femres.....	8
Kapitulli II :Përkufizimi I kancerit ovarian.....	9
2.1 Sëmundja e kancerit.....	9
2.2 Kanceri epitelial i vezoreve.....	9
2.3 Tumoret e qelizave embrionale.....	11
2.4 Tumoret stromale.....	11
2.5 Mënyrat e përhapjes së kancerit epitelial të vezoreve.....	12
2.6 Incidenca / Epidemiologjia / Etiologjia.....	13
2.7 Kanceri familjar i vezoreve.....	15
Kapitulli III :Shenjat / Simptomat si dhe përpjekjet për zbulimin e hershëm....	16
Kapitulli IV:Diagnoza dhe Parandalimi.....	18
4.1 Teknikat diagnostikuese dhe stadifikimi.....	18
4.2 Parandalimi.....	20
Kapitulli V :Mjekimi.....	22
5.1 Trajtimi kirurgjikal.....	22
5.2 Kimioterapia.....	22
5.3 Radioterapia.....	23
5.4 Rekomadimet.....	24
5.5 Referencat.....	25
5.6 Biografi e shkurtë e kandidatës (CV).....	26

1.Hyrja

Kanceri i vezoreve (ovareve), është sëmundje malinje, e cila fillimisht është e vështirë për t'u diagnostikuar për shkak të mungesës së shenjave të dukshme që në stadet e para të shfaqjes së sëmundjes. Ovarët janë organet femërore që mbajnë vezët dhe sekretojnë hormone përgjegjëse për ciklin e riprodhimit (estrogjenet dhe progesteroni që qarkullojnë në organizmin e femrës).Ky lloj kanceri e merr origjinën nga vezoret, por edhe nga tubat e Fallopit (tubat qe lidhin vezoret me mitrën).

2.Metodologjia

Për realizimin e këtij punimi është përdorur metoda e rishikimit të literaturës, krahas kësaj kemi paraqitur edhe informacione mbi sëmundjen e Kancerit te ovareve.

3. Qëllimi dhe objektivat

Qëllimi i këtij punimi është të zgjerojmë njohurit për sëmundjen e kancerit të vezoreve që kohët e fundit ka një incidenc të lartë. Kemi arritur të sqarojmë:

1. Etiologjinë e kancerit të vezorëve
2. Incidencen
3. Mënyren e përhapjes
4. Diagnostifikimin
5. Mjekimin

Kapitulli I – Rishikim i literaturës

1.1 Anatomia e aparatit riprodhues të femrës

Aparati riprodhues i femrës përbëhet prej organeve të jashtme dhe të mbredshme gjenitale.

Organet e jashtme janë: Vulva dhe Gjinjtë.

Vulva: përfshin të gjitha organet gjenitale eksterne (të jashtme) të femrës:

- Labiet major /buzët e mëdha (ose eksterne / të jashtme).
- Gjëndrat e Bartolinit.
- Labiet minor/buzët e vogla (ose interne / të brendshme).
- Klitorisi.
- Uretra.
- Gjëndrat Skene.
- Hapja e vaginës.
- Himeni.

Organet e brendshme janë:

- Vagina.
- Qafa e mitrës (cerviks).
- Mitra (uterus).
- Tubat e Fallopit.
- Fimbriet.
- Vezoret (ovaret).¹

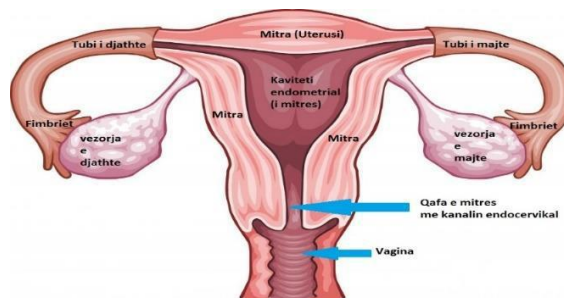


Foto: 1. Organet e brendshme riprodhuese te femres.

¹ Keith L. Moore, Arthur F. Dalley, Anne M. R. Agur: “ Anatomia me orientim klinik ”.

1.2 Fiziologjia e organeve të brendshme riprodhuese të femrës

Në organet e brendshme gjenitale të femrës bëjnë pjesë: vagjina, mitra, tubat e mitrës dhe vezoret. Janë të vendosura në komblikun e vogël (pelvis minor) në hapsiren peritoneale (cavum peritoneae). Zhvillohen nga kanalet e Muller –it dhe kanë zanafillë mezodermale. Mitra si organi kryesor i riprodhimit ka funksionin menstrual, sekretor, dhe gjenerativ, tubat uterine janë organe nëpër të cilat kalojnë spermatozoidet pas mardhënjeve seksuale dhe ku bëhet pllenimi i qelizës vezë në pjesën ampulare të tubit.

Vezoret janë organe të brendshme gjenitale çifte, që në të vërtetë janë organe gjëndërore seksuale të femrës. Janë të vendosura nën tubat uterine me formë dhe madhësinë e një bajameje deri në madhësin e vezës së pëllumbit. Vezorët kanë funksion të dyfishtë: Në vezore rriten dhe zhvillohen deri në pjekje qelizat vezë, vezorët veprojnë edhe si gjëndra me tajitje të brendshëm, duke prodhuar e tajit hormone të caktuara.²

² www.ginekos.com

Kapitulli II – Perkufizimi i kancerit ovarian

2.1 Sëmundja e kancerit

Kanceri është një grup prej rreth 100 sëmundjeve që karakterizohen nga rritja anormale dhe e pakontrolluar e qelizave. Në një organizëm të shëndetshëm qelizat rriten, vdesin dhe zëvendësohen në një mënyrë shumë të kontrolluar. Dëmtimet ose ndryshimet në materialin gjenetik të qelizave, qoftë nga faktorë ambiental (të jashtëm) ose të brendshëm, ndonjëherë rezultojnë në qeliza të cilat nuk vdesin dhe vazhdojnë të shtohen derisa zhvillohet në masë të qelizave kanceroze ose tumorit. Shumica e vdekjeve nga kanceri vijnë si rezultat metastazës. Qelizat malinje (kanceroze) të cilat depërtojnë në qarkullimin e gjakut, krijojnë koloni edhe në pjesë të tjera të trupit. Edhe pse janë bërë avancime të shumta në trajtimin e tij, kanceri sërisht është shkaktari kryesor i vdekjeve për gratë nën moshën 85 vjeqare. Një ndër kanceret që prekin më së shumti femrat përveç kancerit të gjirit është edhe kanceri ovarian.

Egzistojnë katër lloje kryesore të tumorit ovarian:

- Tumori epitelial, që janë llojet më të zakonshme dhe kryesisht prekin gratë e moshuara;
- Tumoret e qelizave embrional-e , që janë më të zakonshme te gratë e reja;
- Tumoret stromale, që janë të rralla dhe mund të ndodhin çfardo lloj moshe;
- Tumoret borderline, që nuk përhapen aq shpesh sa format e tjera të kancerit ovarian.

2.2 Kanceri epitelial i vezoreve

Tumoret epitelial mendohet të kenë origjinë nga epiteli sipërfaqësor i ovarit, i cili është në kontakt me epitelin celomik që veshë peritoneumin. Tumoret klasifikohen nga tipi qelizor dhe dekursi klinik në beninje, të kufirit potencial i ulët malinjë (PUM), ose malinjë. Tumoret e kufirit shoqërohen me rrezik të ulët riakutizimi, mund të kenë tendencë invazive, dhe mund të ulin mbijetushmërinë. Tumoret malinjë rishfaqen, metastazojnë dhe ulin mbijetushmërinë.

- Tumoret seroze. Nëntipi histologjik seroz është më i shpeshti, që takohet në 46% të të gjithë tumoreve ovarialë epitelial. Moshë mesatare për diagnozën është 56 vjeq. Epiteli i ngjanë pamjes normale të tubit. Prej tumoreve serozë 17% janë të kufirit, dhe 33% janë malinjë. Midis tumoreve të kufirit, 33% janë bilaterale, dhe karcinomat janë bilaterale në 33% deri 67% të rasteve.

- Tumoret mucinozë vishen nga qeliza që u ngjasin atyre të gjëndrave endocervikale. Nga tumoret mucinozë ovariale 80% janë beninje; tumoret mucinozë ovariale rrallë janë malinjë. Më pak se 5% e tumoreve mucinozë janë malinjë, dhe 16% janë të kufirit. Moshë mesatare për diagnozën e tumoreve mucinozë malinjë është 52 vjeq. Tumoret mucinozë mund të zmadhohen shumë, duke mbushur kavitetin abdominal. Tumoret malinjë zakonisht janë bilateralë (ndonse tumoret mucinozë të kufirit janë bilateralë në vetëm 8% të rasteve).
- Tumoret endometroidë përbëjnë rreth 6% deri 8% te tumoreve epiteliale. Shumica e tumoreve endometroidë janë malinjë. 20% mund të jenë të kufirit. Moshë mesatare për diagnozën e tumoreve mucinozë malinjë është 57 vjeq. Një numër i madh rastesh shoqërohen me adenokarcinomë endometriale, dhe 10% e rasteve shoqërohen me endometriozë.
- Karcinomat me qeliza të pastra përbëjnë 3% të kancereve ovariale. Këto tumore janë neoplazi ovariale të cilat më shpesh shoqërohen me hiperkalçemi dhe hiperpireksi. Histologjikisht, qelizat në formë gozhde janë karakteristike për karcinomat me qeliza të pastra. Moshë mesatare e diagnozës për karcinomat me qeliza të pastra është 53 vjeq. Adenokarcinoma me qeliza të pastra është bilaterale në 13% të rasteve. Karcinomat me qeliza të pastra shoqërohen gjithashtu me kancer endometrial dhe endometriozë.
- Tumoret malinjë Brenner janë shumë të rrallë dhe përkufizohen si tumore beninje Brenner me komponent invaziv të një tipi tjetër karcinome.³



Foto: 2 Kanceri epiteliale i vezoreve

Burimi: http://ëëë.drkozeta.com/index.php?go=kanceri_vezore

³ Maksim Gjoni: “ Manual, Obstetrikë- gjinekologji “ , Fq: 463.

2.3 Tumoret e qelizave embrionale

Karcinoma embrionale është një nga kanceret më malinj të ovarit. Kjo neoplazi i ngjan shumë karcinomës embrionale të testikujve, një tumor ky relativisht i shpeshtë. Sidoqoftë, ai përfaqëson vetëm 4 % të tumoreve malinje me qeliza embrionale të ovarit dhe ngatërrimi i tij me kariokarcinomën dhe tumoret e sinusit endodermal në të shkuarën, shpjegon identifikimin e tij të vonshëm si një tumor i veçantë. Ai zakonisht manifestohet si një masë abdominale që shfaqet mesatarisht në moshën 15 vjeqare. Më shumë se gjysma e pacienteve kanë anomali hormonale, ku hyjnë puberteti i parakoshëm, dismenorreja, amenorreja dhe hirsutizimi. Tumori përbëhet nga qeliza primitive të mëdha me formacione papilare ose si gjëndra të rastësishme. Vërehen shumë qeliza, shumë prej të cilave janë atipike: nëpër tumor vërhen edhe qeliza gjigante me shumë bërthama që u ngjajnë qelizave sinciale. Ky tumor ndoshta e ka zanafillen nga qelizat terminale primordiale, por ai zhvillohet shumë para diferencimit në ind embrional ose jashtëembrional. Kurman-i dhe Norris-i raportuan një mbijetesë prej 30% për të gjithë grupin, për ata që kishin tumor të stadit I mbijetesë ishte 50%.

2.4 Tumoret stromale

Tumoret me qeliza stromale të granulozës përfshijnë tumoret e qelizave të granulozës, tumoret e qelizave të tekës dhe fibrozat. Ato shfaqen pothuajse aq shpesh tek gratë në moshë riprodhuese sa edhe te gratë pas menopauzës, me një incidencë maksimale te gratë para menopauzës. Vetëm rreth 10% e tumoreve të qelizave të granulozës shfaqen para pubertetit. Pjesa më e madhe e qelizave të tekës dhe granulozës prodhojnë estrogen, por disa prodhojnë androgjen. Raporti i saktë i këtyre neoplazive funksionale nuk dihet, sepse shpesh endometri nuk ekzaminohet mikroskopikisht dhe nuk bëhen testet e duhura laboratorike para operacionit. Rreth 85% e neoplazive të qelizave të tekës dhe granulozës janë të palpueshme në ekzaminimin abdominal ose pelvik, por ndonjëherë kur bëhet histerektomia gjendet ndonjë tumor i papritur te pacientet që kanë hemorragji jonormale, si rezultat i hiperplazisë ose karcinomës endometriale.⁴

⁴ DeVita , Hellman dhe Rosenberg: “ Kanceri- Parime dhe praktika të onkologjisë”. Vëllimi dy.

2.5 Mënyrat e përhapjes së kancerit epitelial të vezoreve

Kanceret epiteliale të ovareve përhapen kryesisht me anë të shpërlarjes së qelizave në kavitetin peritoneal, me anë të diseminimit limfatik dhe me anë të përhapjes hematogjene.

Transcelomike: Mënyra më e zakonshme dhe më e hershme e përhapjes së kancerit të ovareve është ajo me anë të shpërndarjes së qelizave, të cilat implantohen në sipërfaqen e kavitetit peritoneal. Qelizat priren të ndjekin rrugën e qarkullimit të likidit peritoneal. Likidi nga ana e tij, priret që të lëvizë me anë të forcave të frymëmarrjes nga pelvisi, sipër deri tek ansat parakolike, veçanërisht në të djathtë, së bashku me mezenterin intestinal, deri në të djathtë të hemidiafragmës. Si rrjedhim metastazat vihen në dukje në mënyrë tipike, ansat parakolike, hemidiafragmën e djathtë, kapsulën e heparit, sipërfaqet peritoneale të intestinit dhe të mezenterit të tyre si edhe në omentum. Sëmundja invadon shpeshherë lumenin intestinal, por bashkon në mënyrë progresive ansat e zorrës, duke çuar në një obstruksion intestinal funksional. Sëmundja njihet si ileusi karcinomatöz.

Limfatike: Përhapja limfatike në pelvis dhe në limfonodujt paraaortale është e zakonshme, veçanërisht në sëmundjen në stad të përparuar. Përhapja me anë të kanaleve limfatike të diafragmës dhe me anë të limfonodujve retroperitonealë mund të çojë drejtë përhapjes sipër diafragmës, veçanërisht në limfonodujt supraklavikularë.

Hematogjene: Përhapja hematogjene në momentin e vendosjes së diagnozës nuk është e zakonshme. Përhapja në parenkimën e organeve jetësore, siç janë pulmonet dhe hepari, vihet në dukje vetëm te 2-3% e pacienteve. Shumica e pacienteve me sëmundje sipër diafragmës në momentin e vendosjes së diagnozës, kanë një efuzion pleural të djathtë. Metastazat sistemike vihen në dukje më shpesh te pacientet që kanë mbijetuar për disa vjet. Dauplat dhe të tjerë kanë raportuar se metastazat e largëta të qëndrueshme me sëmundjen e stadi IV ndodhin te 38% e pacienteve, sëmundja e të cilëve ishin fillimisht intraperitoneale.⁵

⁵ Jotiathan S. Berek: " Gjinekologjia e Berek dhe Novak ", fq: 1475.

2.6 Incidenca / Epidemiologjia/ Etiologjia

Rreth 27% e kancereve gjinekologjike kanë origjinë ovariane, por 53% e të gjitha vdekjeve nga kanceri i aparatit gjenital femëror ndodhin te gratë që kanë kancer gjinekologjik me origjinë ovariane. Te gratë në SHBA, kanceri i vezoreve radhitet si kanceri fatal i katërt për nga shpeshtësia. Ai ndodhet në pozicionet e para si shkak i vdekjeve të grave në Kanada, në Zelandën e Re, në Izrael, si dhe në shtetet veriore të Evropës. Në SHBA kanceri i vezores shfaqet te rreth 14 ndër 1000 gra me moshë mbi 40-vjeqare, por shërohen vetëm 4 nga 14 gra. Pjesa tjetër manifeston periudha të përsëritura me obstruksion intestinal duke qenë se tumori përhapet mbi sipërfaqen e zorrës, kanë dobësi dhe kequshqyerje dhe vdesin nga uria , në kuptimin e plotë të fjalës. Në një rishqyrtim të tendencës së vdekshmërisë në SHBA në vitet 1975-2002, vlerat e vdekshmërisë nga kanceri ovarian,të përshtatura sipas moshës (duke u mbështetur mbi popullsin standarde të vitit 2000 të Shteteve të Bashkuara të Amerikes), treguan që numri i vdekjeve ishte rritur , duke pasqyruar një popullsi në rritje dhe me moshë më të madhe. Gjatë 30 viteve të fundit janë ulur vlerat e vdekshmërisë së grave nën moshën 65-vjeqare, ndërkohë që janë rritur vlerat e vdekshmërisë së grave mbi moshën 65-vjeqare. Gjatë 10 viteve të fundit ka njëfarë palëvizshmëri të vlerave. Kjo mund të jetë rrjedhojë e rritjes së përdorimit të kontraceptivëve te pacientet më të reja, si edhe e zhvendosjes djathtas të kubës së mbijetesës. Mbijetesa ishte më e ulët për gratë më të moshuara, edhe atëherë kur faza e sëmundjes ishte e njëjtë me fazën e sëmundjes së grave më të reja. Disa kanë sygjëruar që kjo mund të jetë rrjedhojë e një trajtimi kirurgjikal dhe kimioterapik më pakë agresiv te gratë më në moshë. Vlerat e vdekjes sipas moshës ishin më të larta te gratë e racës së bardhë në krahasim me ato të racës së zezë. Neoplazitë malinje të vezoreve shfaqen në të gjitha moshat duke përfshirë dhe foshnjërinë dhe fëmijërinë. Në SHBA numri i vdekjeve për shkak të neoplazive të vezoreve, gjatë fëmijërisë dhe adoleshencës, tejkalohen vetëm nga leukemia, limfomat si dhe neoplazitë e sistemit nervor qëndror, të veshkës, të indit lidhor dhe të kockave. Tumoret malinje të qelizave germinale vihen re më shpesh te vajzat nën moshën 20-vjeqare, ndërkohë që karcinomat epiteliale të vezores vihen re kryesisht te gratë mbi moshën 50-vjeqare. Vlerat e incidencës rriten shumë me kalimin e moshës, duke filluar me grupmoshën 45-49-vjeqare e cila ka një incidencë prej 16.4 rastesh çdo 100.000. Te grupmosha 65-85- vjeqare janë vërejtur shifrat më të larta të incidencës, ku shifra më e lartë, prej 61 rastesh cdo 100.000, i përket grupmoshës 80-84-vjeqare. Numri më i madh i pacienteve me kancer të vezores i përket

grupmoshës 60-64-vjeqare. Gratë më të moshuara kanë më shumë gjasa se gratë më të reja që të jenë në fazat e përparuara të kancerit ovarian në momentin e vendosjes së diagnozës fillestare, dhe vlera e mbijetesës 5-vjeqare të grave më të moshuara është rreth gjysma (28.4%) e vlerës së mbijetesës 5-vjeqare që vërehet se gratë nën moshën 65-vjeqare (56.6%). Në SHBA më 1 janar 2002, prevalenca e kancerit të vezorës u përlllogarit të ishte pothuajse 170.000 paciente. Kjo vlerë u përlllogarit duke u mbështetur mbi konceptin “Vetëm Formacioni Malinj Parësor i Parë”, dhe si rrjedhim ka mundësi që të jetë një nënvlerësim, pasi kanceri i vezores diagnostikohet shpeshherë te gratë me kancere të mëparshme, veçanërisht me kancer të gjirit.⁶



Fig.1 Paraqet incidencen e kancerit të ovarëve sipas moshës.

⁶ Philip J. DiSaia MD, William T. Creasman MD: “ Onkologjia Gjinekologjike Klinike “ , fq: 314.

2.7 Kanceri familjar i vezoreve

Kanceri familjar me lokalizim specifik i vezores në 94 gra (30%) në të cilat 59 nga 117 (50%) ishin pjesë në familje me kancer të vezores dhe 35 ndër 121 të cilat bënë pjesë në familjet pa kancer të vezores. Te gratë me kancer të gjirit, mutacionet e BRCA1 dhe BRCA2 ishin të lidhura me një risk 10 herë më të madh për zhvillimin e mëpasshëm të kancerit të vezores. Mutacionet u vunë re në 24 nga 38 gra të cilat kishin kancer të vezores. Faktorë risku për mutacionin e BRCA1 dhe BRCA2 janë: anamneza familjare për kancerin e gjirit ose të vezores, veçanarisht tek të afërmit e ngushtë përpara moshës 50-vjeqare. Duhet të merret anamneza familjare, si nga ana nënës ashtu edhe nga ana babait (dëshirohet anamneza e tre brezave). Nëse tek një familjar zbulohet një mutacion i dyshueshëm, për zbulimin e këtij mutacioni mund të analizohen edhe të afërmit. Në një studim u vu re që gratë kërkonin që të bënin analizat e AND-së kryesisht për shkak të shqetësimit rreth riskut të mundshëm të kancerit të fëmijëve të tyre, dhe në mënyrë dytësore për mbikëqyrjen dhe parandalimin e kancerit të tyre. Në një deklaratë me marrëveshje Konsorciumit të studimeve Gjenetike të Kancerit, për bartëset e mutacionit BRCA1 këshillohen që duke filluar nga mosha 25-35-vjeqare, të kryhen çdo vit ose çdo gjashtë muaj kontrollet me ekografi vaginale dhe përcaktimi i niveleve të CA-125. Duke u bazuar mbi të dhëna u sygjëruan që mund të ishte e arsyeshme që t'i ofrohet këshillim gjenetik çdo gruaje me kancer epitelial, invaziv, si dhe jomucinoz të vezores. Ashtu si edhe në kanceret epiteliale prevalente të tjera, të dhënat epidemiologjike sygjerojnë fuqishëm që faktorët mjedisorë janë faktorët kryesorë etiologjik të kancerit të vezores së njeriut. Ëhittermore dhe të tjerë kanë treguar që mundësit e zhvillimit të kancerit epitelial invaziv të vezores ndryshojnë me numrin e shtatëzanive që ka secila grua. Përfundimi i tyre ishte që përdorimi i kontraktivëve oralë është mbrojtës kundër kancerit epitelial të vezores. Teoria e

“ovulacionit të pandërprerë” sygjeron që veshja epiteliale e vezores mund të jetë e ndjeshme ndaj ndodhive të ovulacionit, të cilat nga ana e tyre, mund të sillen si faktorë nxitës në procesin karcinogjenetik te gratë që nuk kishin përdorur kontraktiv oralë. Përdorueset e kontraktivëve oralë, me rritjen e periudhës së përdorimit, kishin ulje të numrit të përgjithshëm të rasteve me kancer epitelial të vezores. Këshillohet që pacientet me anamnezë familjare për kancer të vezores ta marrin në konsideratë serioze përdorimin e kontraktivëve oralë, nëse nuk dëshirohet shtatëzania.⁷

⁷ Harrison : “ Parimet e mjekësis interne “

Kapitulli III - Shenjat, Simptomat, si dhe përpjekjet për zbulimin e hershëm (Depistimi)

Megjithëse tumoret e ndryshme të vezores manifestohen zakonisht në mënyrë të ngjajshme, diagnoza e hershme e kancerit të vezores është më shumë një çështje fati se sa një sukses i metodikave shkencore. Ndërkohë që zmadhohet tumori ka një shtypje progresive të strukturave pelvike rrethuese, duke shkaktuar kështu shqetësim abdominal të lehtë, dispepsi, dhe “presion pelvik”. Fillimi klinikisht pa bujë kancerit të vezores i bën të panevojshme përpjekjet saktësuese. Formacioni neoplazik fillon të rritet jashtë pelvisit, kur ai arrin diametrin 15 cm, dhe mund të shkaktojë zmadhim abdominal. Mendimi që zhvillimi i kancerit të vezores është “I heshtur”, dhe që nuk ka simptoma të hershme të kancerit të vezores, është një pikë kryesore e përpjekjeve edukativo mbrojtëse “prit sinjalin” të pacientit. Shpeshherë, simptomat janë shqetësimi i lehtë abdominal, dispepsia, si dhe shqetësime të tjera të lehta digjестive, të cilat mund të jenë të pranishme disa muaj përpara diagnostikimit. Ankesat e këtilla zakonisht nuk indentifikohen si ndonjë gjë më shumë se sa “indigestioni i moshës së mesme”. Tek të gjitha gratë ndërmjet moshave

40 dhe 69-vjeqare, të cilat kanë simptoma gastrointestinale që nuk mund të diagnostikohen, duhet të ketë një nivel të lartë dyshueshmërie. Fatkeqësisht, në origjinë, shumica e këtyre ankesave jospecifike janë shpesh herë funksionale, gjë që e bën mjekun e kujdesit parësor që të mos e marrë parasysh mundësinë e kancerit të vezores. Në fakt, shpeshherë, vlersimi diagnostik i përshtatshëm ndërmerret vetem kur pacientja ka një zmadhim të madh të abdomenit që flet për shfaqjen e ascitit dhe për shtrirjen e procesit neoplazik. Në një numër të kufizuar studimesh janë hulumtuar metoda për diagnozën e hershme, duke përdorur aspirimin e cul-de-sac për vlerësimin citologjik peritoneal dhe egzaminime pelvike të shpeshta. Të gjitha këto përpjekje kanë dështuar në demonstrimin e impaktit të rëndësishëm në diagnozën e hershme të kësaj sëmundje. Këto neoplazi ovariane rriten me shpejtësi dhe pa dhëmbje. Çdo zmadhim ovarian i qëndrueshëm duhet të jetë një indikim i menjëhershëm për vlerësim kirurgjikal. Diagnoza vendoset nga patologu. Përmasa e tumorit nuk tregon shkallën e rëndesës së sëmundjes. Në të vërtetë, disa prej neoplazive më të mëdha janë beninje nga pikëpamja histologjike, më shpesh janë cistadenoma mucinoze. Veç kësaj, shumë masa të mëdha të adnekseve mund të kenë etiologji joovariane. Shkaqet joovariane të masave të dukshme të adnekseve janë divertikuliti, abscesi tubo-ovarian, karcinoma e cekumit dhe e zorrës sigmoide, veshka pelvike, dhe miomat uterine ose intraligamentoze. Në momentin e ndërhyrjes

kirurgjikale, mund të jetë e vështirë që të dallohet qartë potenciali malinj i një neoplazie ovariane të veçantë. Ende nuk është bërë e mundur vendosja e diagnozës imunologjike të kancerit ovarian subklinik nëpërmjet identifikimit në serum të antigjeneve specifike të lidhura me tumorin. Është sygjëruar që, për t'u siguruar që një grua nuk ka një kancer ovarian akull, çdo grua duhet të kryejë një egzaminim pelvik periodik, një egzaminim ekografik të pelvisit, si dhe një analizë për CA-125. Megjithatë është përlogaritur që, në një popullatë pacientesh josimptomatike, do të nevojiteshin 10.000 egzaminime pelvike rutine për të zbuluar një kancer ovarian të hershëm. Në një studim të madh mbi 22.000 gra që u depistuan për të përcaktuar CA-125, Jacobs dhe kolegët e tij kryen një ndjekje në vazhdimësi të popullatës së studiuar për një periudhë mesatare prej 6.76 vitesh. Të gjitha gratë ishin mbi moshën 45-vjeqare dhe ishin në postmenopauzë. Kishte një total prej 49 kanceresh (të vezores dhe të tubave të Fallopit), ndër të cilët në momentin e diagnostikimit, 16 (32%) ishin në stadin I, 4 në stadin II, 22 në stadin III, dhe 7 në stadin IV. Pas një ndjekjeje në vazhdimësi prej 1 viti dhe prej 7 vitesh ndjeshmëria ishte përkatësisht 75% dhe 57%. Vetëm 49(6.3%) gra me vlera të rritura të CA-125 (16%) kishin kancer. Një grup u depistua çdo vit për 3 vjet, ndërsa grupi tjetër u ndoq vetem me vëzhgim. Në grupin e depistimit vjetor u identifikuan gjashtë kancere ovariane. Gjatë ndjekjes së mëparshme pas depistimit u identifikuan 10 kancere të tjera. Ndërmjet gjashtë kancereve origjinale, tre ishin të stadi I, ndërsa tre të tjerat ishin të stadi III. Tetë ndër kanceret e mëparshme ishin në stadin III ose në stadin IV. Megjithëse kanceret e depistuar kanë një mundësi më të madhe që të jenë të hershëm, numri total i tyre mbetet i ulët, gjë që flet për vlerën e prevalencës.

Deri më sot, nuk ka të dhëna në dispozicion që të vërtetojnë që, metodat depistuese aktuale, të matjes së CA-125 dhe të kryerjes së ekografisë transvaginale, mund të përdoren me efikasitet për depistimin e gjërë, me qëllim që të ulen vdekshmëria nga kanceri i vezores dhe nuk ka as të dhëna që përdorimi i tyre do të çonte në ulje dhe jo rritje të sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë. Është e rëndësishme marrja parasysh e administrimit të terapisë hormonale zëvendësuese nëse gruaja është në premenopauzë, pasi te disa gra më të reja, nëse nuk përdoret zëvendësimi estrogenik, risku i menopauzës përpara kohës dhe mundësia për zhvillimin e sëmundjeve kardiovaskulare dhe të osteoporozës mund ta tejkalojë riskun e ruajtjes së vezoreve dhe riskun e zhvillimit të kancerit të vezores.⁸

⁸ DeVita, Hellman dhe Rosenberg: "Kanceri – parime dhe praktika të onkologjisë ". Vëllimi një

Kapitulli IV- Diagnoza dhe parandalimi

4.1 Teknikat Diagnostikuese dhe Stadifikimi

Ekzaminimi pelvik rutinë zbulon vetëm 1 kancer ovarian në 10.000 gra josimptomatike. Megjithatë, ekzaminimi pelvik mbetet metoda më praktike e zbulimit të hershëm të sëmundjes. Dhimbja zakonisht është një ndërlikim i vonshëm. Ajo vihet re në periudhëm e hershme vetëm kur është e lidhur me ndonjë ndërlikim, si për shëmbull ruptura ose rrallëherë infeksioni. Mjeku duhet të dyshojë për një neoplazi të hershme të vezores, në çdo rast që arrin të palpojë një vezore tek një paciente e cila është në menopauzë që prej 3 ose më shumë vitesh. Kryerja rutinë e analizave laboratorike nuk ka ndonjë vlerë të madhe përse i përket diagnostikimit të tumoreve të vezoreve. Ekzaminimi ekografik i pelvisit ose radiografia e abdomenit mund të zbulojë kalcifikime të cilat flasin për mioma ose kalcifikime të dhëmbëzuara që flasin për teratoma beninje. Prognoza e kancerit të vezores varen aq shumë nga diagnoza e hershme, saqë zvarritja në kohë për kryerjen e procedurave diagnostike të shumta është deri diku e rrezikshme. Laparatomia është e nevojshme për heqjen e neoplazive të mëdha beninje ose për të përcaktuar shtrirjen e procesit malinj, pavarësisht nga fakti që likidi mund të përmbajë qeliza neoplazike. Stadifikimi i kancerit të vezores është kirurgjikal dhe mbështetet mbi zbulimet kirurgjikale në fillim të procedurës. Sëmundja përhapet më shpesh brenda peritoneumit, megjithëse përhapja e kancerit të vezores në limfonodujt retroperitonealë është e zakonshme. Qelizat e lira që ndahen nga tumori parësor, janë në gjendje të implatohen në çdo sipërfaqe peritoneale. Kur hapet kaviteti peritoneal duhet të aspirohet likidi peritoneal që mund të zbulohet, i cili më pas duhet t'i nënshtrohet ekzaminimit citologjik. Këto mostra përfitoen duke i shpërlarë këto zona me 50-75 ml tretësirë kripore dhe duke e rikapur lëngun për të kryer analizat e bllokut të qelizave. Duhet t'i kushtohet kujdes këqyrjen dhe palpimit të të tëra sipërfaqeve peritoneale, veçanërisht të faqes së poshtme të diafragmës, të sipërfaqes së mëlçisë, të zonave abdominale laterale, si dhe të zorrës së hollë dhe të trashë. Nëse sëmundja është e kufizuar në pelvis, duhet kushtohet një kujdes i madh, në mënyrë që të evitohet çarja e neoplazisë gjatë heqjes së saj. Duhet të hiqen të gjitha sipërfaqet e ashpërsuara ose të dyshueshme të kavitetit peritoneal, të cilat më pas do të shërbejnë si mostra për biopsinë. Janë duke u kryer disa studime të ndryshme të cilat po hulumtojnë efektshmërinë e indentifikimit të stadifikimit të saktë të kancerit të hershëm epitelial të vezores, nëpërmjet kryerjes së biopsive peritoneale. Çdo sipërfaqe që nuk

duket normale duhet të trajtohet gjithmonë si e dyshueshme dhe duhet të kryhen menjëherë biopsitë.

Tab.1 Karcinoma e vezores: klasifikimi i stadeve sipas nomenklatures figo.

Stadi FIGO	Përshkrimi
I.	Tumori është i kufizuar në vezore
Ia	Tumori është i kufizuar në një vezore,nuk ka prani asciti që përmban qeliza malinje,nuk ka tumor në sipërfaqet e jashtme,kapsula është e paprekur.
Ib	Tumori është i kufizuar në të dy vezoret,nuk ka prani asciti që përmban qeliza malinje,nuk ka tumor në sipërfaqet e jashtme,kapsula është e paprekur.
Ic	Tumori i stadi I a ose I b,por me tumor në sipërfaqen e njërës ose të të dyja vezoreve,ose me kapsulë të qarë,ose me prani asciti qe përmban qeliza malinje,ose me shpërlarje peritoneale positive.
II.	Tumori përfshin një ose të dy vezoret me shtrirje në pelvis.
Ila	Shtrirja dhe/ose metastaza në uterus dhe/ose në tuba.
Iib	Shtrirje në indet e tjera pelvike
Iic	Tumori i stadi I la ose I lb,por me tumor në sipërfaqen e njërës ose të dyja vezoreve,ose me kapsulë të qarë ose me prani asciti që përmban qeliza malinje,ose me shpërlarje peritoneale positive.
III.	Tumori përfshin njëren ose të dyja vezoret me implantime peritoneale jashtë pelvisit ose limfonodujt retroperitoneale ose inguinale pozitive,metastazat në sipërfaqen e mëlqisë e stadifikojnë tumorin në stadin III,tumori është i kufizuar në pelvisin e vërtetë,por ka shtrirje në zorrën e hollë ose në omentum,të cilat janë të vërtetueshme nëpërmjet histologjisë

IIIa	Tumori makroskopik është i kufizuar në pelvisin e vërtetë me limfonodujt negativë dhe më përhapje mikroskopike mbi sipërfaqet peritoneale abdominale,gjë që është e vërtetueshme nëpërmjet Histologjisë
IIIb	Tumor në një ose në të dy vezoret:implante mbi sipërfaqet peritoneale abdominale të cilat mund të vërtetohen nëpërmjet histologjisë,asnjë nga këto impantime nuk e tejkalon diametrin 2 cm limfonodujt janë negative
IIIc	Implante negative me diametër 2 cm dhe/ose limfonodujt retroperitoneale ose inguinalë positive
IV	Tumori përfshin njëren ose të dy vezoret me metastaza të largëta:nëse ka prani efuzioni pleural,analizat citologjike mund të kenë rezultate pozitive të cilat mund ta vendosin rastin në stadin IV,metastazat në parenkimën e mëlqisë e stadifikojnë tumorin në stadin IV.

4.2 Parandalimi

Për arsye se pariteti lidhet në mënyrë të zhdrejtë me riskun për të zhvilluar kancer të ovarëve, të pasurit e të paktën një fëmijë ka një rol mbrojtës, me një reduktim të riskut prej 0.3-0.4. Përdorimi i kontraktivëve oral redukton riskun e kancerit epitelial të ovarëve. Femrat që përdorin kontraktivëve oralë për 5 vjet ose më shumë reduktojnë riskun e tyre relative deri në 0.5 (domethënë, egziston një redukim prej 50 % në mundësitë për të zhvilluar kancer të ovarëve). Gratë që kanë lindur dy fëmijë dhe që kanë përdorur kontraktivëve oralë për pesë vjet ose më shumë kanë një risk relativ për kancer ovarit deri në 0.3 ose një redukim prej 70%. Si rrjedhim, tableta e kontraktivit oralë është metoda e vetme e dokumentuar si kimioparandaluese për kancerin e ovarëve dhe duhet t'u rekomandohet femrave për këtë qëllim. Ky përfitim i rëndësishëm i kontraktivëve oralë duhet të theksohet kur këshillohen pacientet për sa i përket mundësive të kontrollit të shtatëzanisë. Ata janë gjithashtu të rëndësishëm për femrat me një anamnezë për kancer të ovarëve. Fenretinidi një derivat i vitaminës A, i është dhënë femrave me kancer unilateral të gjirit, për të reduktuar riskun e kancerit të gjirit tjetër. Gjatë një prove klinike prospektive të

randomizuar dhe të kontrolluar me placebo, e cila u realizua në Itali, femrave me kancer bilateral të gjirit iu dha fenretinidi për gjashtë muaj, me rrugë orale. Në grupin e trajtimit nuk u zhvilluan kancere të ovarëve, ndërkohë që vunë re gjashtë raste të kancerit të ovarëve në grupin e kontrollit. Salpingooferektomia bilaterale profilaktike redukton riskun për kancere të ovarëve dhe të tubave të fallopit, por nuk e eliminon atë.

Heqja profilaktike e ovarëve mund t'u këshillohet pacienteve që i nënshtrohen kirurgjisë abdominale për arsye të tjera, kjo për të eliminuar totalisht rreziqet për kancer ovarial në të ardhmen (ndonse rreziku i kancerit peritoneal mbetet pas heqjes të të dy ovarëve). Rreziku që shoqëron menopauzën e parakoshme, me potencialin për sëmundje kockore dhe kardiake, duhet të vihet në ballancë me rrezikun për kancer. Kontraceptivët këshillohen nga shumë studiues duke ditur efektin mbrojtës të tyre. Kandidatet më të mira për përdorimin profilaktik të kontraceptivëve janë ato me risk të lartë për kancer ovarial. Mënyra të tjera: Deri më sot nuk ka medikamente kimioterapeutike për kancerin ovarial. Për arsye të vështërisë të diagnozës të hershme të kancerit ovarial, përcaktimi i një skeme terapie mbetet i vështirë. Pacientet me risk të lartë sikurse janë gratë infertile që trajtohen me stimulus ovarial mund të jenë kandidatë për trajtimin kimioprofilaktik. Preparati i zgjedhur janë retinoid-et, duke patur parasysh efektin e tyre antiproliferativ.

Një grup i masave parandaluese të kancerit ovarian është fare e thjeshtë: shmangur shprehitë e dëmshme, alkooli, duhani, përdorimi i drogës, trajtimi menjëhershëm i çdo infeksioni gjenital, ushqimin e duhur, shmangia e ndikimeve të dëmshme nga jashtë: kimikateve agresive, rrezatimi etj.⁹

⁹ <http://www.dreltonpeci.al/pages/94/>

Kapitulli V- Mjekimi

5.1 Trajtimi kirurgjikal

Trajtimi i kancerit të vezoreve zakonisht bëhet në mënyrë kirurgjikale. Nëse te pacientja është diagnostikuar në fazë të hershme, atëherë nuk ka nevojë për terapi të tjera përveç trajtimit kirurgjikal. Në raste të tjera, trajtimi postoperativ ndiqet nga kimioterapia, dhe në rast se bëhet fjalë për sëmundje lokale të avancuar, atëherë trajtimi mund të nisë me kimioterapi dhe më pas vijon trajtimi kirurgjikal. Terapia fillestare kirurgjikale është e nevojshme për diagnozën histologjike dhe stadin e sëmundjes. Procedura e plotë e klasifikimit është mjaft e rëndësishme për pacientet me sëmundje që duket të jetë përhapur vetëm në pelvis. Rreth një e treta e këtyre pacienteve klasifikohen në bazë të rezultateve kirurgjikale. Pacientet që duken në stadin e parë të sëmundjes mund të kërkojnë ruajtjen e uterusit dhe ovareve për shtatëzani të ardhshme. Pas kësaj procedure, pacientja mund të ndiqet me egzaminime pelvike dhe matje të CA-125. Histerektomia totale dhe salpingooforektomia bilaterale duhet të realizohen pasi të jetë mbyllur riprodhimi.¹⁰

5.2 Kimioterapia

Kimioterapia mund të eliminojë qelizat kanceroze në distancë nga vendi ku kanceri është diagnostikuar prandaj kimioterapia konsiderohet trajtim sistematik. Në shumicën e rasteve, si një serum, medikamentet e kimioterapisë i injektohen pacientit në rrugë intravenoze. Për pacientet me sëmundje në fazën fillestare dhe me faktorë prognostikë të favorshëm, nuk indikohet kimioterapia. Pacientet me faktorë prognostikë të disfavourshëm duhet të bëjnë kimioterapi pas operacionit. Kimioterapia për pacientet me sëmundje në fazën fillestare është në studim e sipër.



Foto.3 Trajtimi me kimioterapi

¹⁰ http://drkozeta.com/index.php?go=kanceri_vezores

5.3 Radioterapia

Pacientet me sëmundje në fazën fillestare trajtohen me radioterapi për gjithë barkun ose me anë të radiokoloidëve intraperitonealë, që çon në shkurtrim të fazave kur pacientja është në gjëndje të qetë por me mbijetushmërinë 5 vjeqare të njëjtë, krahasuar me kirurgjinë. Sidoqoft radioterapia deri më sot përdoret vetëm për qëllim studimor.¹¹



Foto. 4. Trajtimi me Radioterapi

Burimi: https://en.ëikipedia.org/ëiki/Radiation_therapy

¹¹ Maksim Gjoni: "Manual Opstetrikë- gjinekologji ", fq: 468.

5.4 REKOMANDIMET


Rekomandimet aktuale rreth menaxhimit të kancerit të ovareve me risk të lartë janë:

- ❖ Femrat me një risk të lartë për kancer të ovareve dhe për kancer gjiri duhet ti nënshtrohen këshillimit gjenetik dhe, në qoftë se risku duket i konsiderueshëm, mund të ofrohet një testim gjenetik për BRCA1 dhe BRCA2.
- ❖ Femrat që dëshirojnë ta ruajnë aftësinë e tyre riprodhuese, mund t'i nënshtrohen depistimit me anë të ekografisë transvaginale, çdo 6 muaj, megjithëse efektshmëria e kësaj metode nuk është vërtetuar plotësisht.
- ❖ Kontraceptivët oralë duhet të rekomadohen për femrat e reja, përpara se të nisin përpjekjet për të krijuar një familje.
- ❖ Femrat që nuk duan ta ruajnë aftësinë e tyre riprodhuese, ose që kanë formuar familjen e tyre, duhet të rekomandohen për t'u nënshtroar një salpingooferektomia bilaterale profilaktike. Risku duhet të dokumentohet në mënyrë të saktë, duke parapëlqyer që të vërtetohet me anë të testimit të BRCA1 dhe BRCA2, përpara se të realizohet oforektomia. Këto femra duhet që të informohen se ky operacion nuk ofron mbrojtje absolute, sepse karcinomat peritoneale mund të ndodhin në disa raste pas oforektomisë bilaterale.
- ❖ Te femrat që kanë gjithashtu një anamnezë familjare për kancer gjiri dhe të ovareve, duhet të realizohet një depistim mamografik në fillim të moshës 30-vjeqare.
- ❖ Femrat me sindromë të dokumentuar HNPCC duhet të trajtohen si më sipër, por përveç kësaj, duhet t'i nënshtrohen depistimit periodik me anë të mamografisë, kolonoskopisë dhe biopsisë së endometrit.

Referencat

1. Keith L. Moore, Arthur F. Dalley, Anne M.R. Agur “Anatomia me orientim klinik”
2. Maksim Gjoni: “Manual , Opstetrikë-Gjinekologji”
3. DeVita, Hellman dhe Rosenberg: “Kanceri-Parime dhe praktika të onkologjisë”.
Vëllimi dy.
4. Jotiathan S. Berek: “Gjinekologjia e Berek dhe Novak”
5. Philip J. DiSaia MD , William T . Creasman MD: “Onkologjia Gjinekologjike klinike”
6. Harrison: “Parimet e mjekësisë interne”
7. DeVita , Hellman dhe Rosenberg: “Kanceri- Parime dhe praktika të onkologjisë”
vëllimi një
8. <http://ww.dreltonpeci.al/pages/94>
9. <http://drkozeta.com//index.php>
10. www.ginekos.com

5.5 Biografi e shkurtë e kandidatës (CV)

Informatat personale:	
Emri dhe mbiemri	Besmire Shala
Datëlindja	17.09.1992
Gjinia	Femër
Nr. Personal	1233355956
Të dhënat kontaktuese	
Nr. Tel:	+377 45 699 392
Adresa	Gjakovë: Rr. “Rrustem Berisha”
Emaili	bessaaa.sh@outlook.com
Të dhënat e kualifikimit	
Shkolla e mesme e lartë	SH.M.Ekonomike “Kadri Kusari”
Universiteti	Universiteti i Gjakovës “Fehmi Agani”
Fakulteti	Fakulteti i Mjekësisë
Programi	Mami
Statusi	E rregullt
Nr. ID	130305017