

UNIVERSITETI “FEHMI AGANI” GJAKOVË

FAKULTETI I MJEKËSISË

PROGRAMI: MAMI



PUNIM DIPLOME

KANCERI I QAFËS SË MITRËS

Kandidatja:

Maida Hajrullahi

Mentor:

Prof. Asist. Selami Sylejmani, MD, PhD

Gjakovë, Tetor 2017

Punimi i temës së diplomës: “**KANCERI I QAFËS SË MITRËS**”, i kandidates: **Maida Hajrullahi**, u punua në Fakultetin e Mjekësisë të Universitetit “Fehmi Agani” Gjakovë.

MENTOR I PUNIMIT:

Prof. Asist. Selami Sylejmani, MD, PhD

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

Punimi përmban: 27façe

8 figura

DEKLARATA E KANDIDATES

Unë **Maida Hajrullahi**, deklaroj se kjo temë e Diplomës, “**KANCERI I QAFËS SË MITRËS**”, e llojit të studimit: **Rishikim i literaturës**, është punim i im origjinal.

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

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

FALËNDERIMET

Falënderim të posaçëm i shpreh udhëheqësit të këtij punimi:

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

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

Profesorëve, asistenteve, stafit udhëheqës dhe gjithë personelit të Universitetit “Fehmi Agani”, të cilët në mënyrën më të mirë të mundshme u munduan që dijen e tyre ta transmetojnë edhe tek ne studentët.

Shpresoj që përpjekjet dhe përkushtimi i tyre për të na edukuar si student dhe mami të ardhshme do të kthehet në të mirën e vendit tonë.

Në fund, por jo edhe në vendin e fundit, falënderime të pafundme për familjen time, të cilët më mbështetën drejt rrugëtimit tim dhe përfundimit të këtij synimi.

Pa ndihmën dhe përkrahjen e tyre, nuk do të mund të realizoja synimet e mia, për çka për jetë u jamë mirënjohëse dhe falenderuese.

PËRMBAJTJA

PËRMBAJTJA.....	4
ABSTRAKT	5
ABSTRACT.....	6
1.ANATOMIA E SISTEMIT RIPODHUES FEMËROR.....	7
1.1 MITRA-QAFA E MITRËS(CERVIXUTERI).....	7
1.2 KANCERI CERVIKAL.....	8
2 EPIDEMIOLOGJIA DHE FAKTORËT E RISKUT.....	8
2.1 VLERËSIMI.....	9
3. STADIFIKIMI.....	11
3.1 STADIFIKIMI SIPAS FIGO.....	11
4. PATOLOGJIA.....	13
4.1 KARCINOMA ME QELIZA SKUAMOZE.....	13
4.2 ADENOKARCINOMA.....	14
5. MODELET E PËRHAPJES.....	14
5.1 MUNDËSIT E TRAJTIMIT.....	15
5.2 TRAJTIMI KIRURGJIKAL.....	16
5.3 NDËRLIKIMET E HISTEREKTOMIS RADIKALE.....	17
5.4 BIOPSIA ME KONIZIM E CERVIKSIT TË UTERUSIT.....	17
5.5 HISTEREKTOMIA E THJESHTË.....	18
6. MENAXHIMI POSTOPERATOR.....	20
6.1 FAKTORËR PROGNOSTIK TË KANCERIT CERVIKAL NË STAD TË HERSHËM.....	20
7.TERAPIA RREZATUESE PARËSORE.....	21
7.1 NDËRLIKIMET E TERAPISË RREZATUESE.....	21
7.1.1 SËMUNDËSHMERIA AKUTE.....	21
7.1.2 SËMUNDËSHMERIA KRONIKE.....	22
7.1.3 PROTOSIGMODITI.....	22
7.1.4 NDËRLIKIMET NË ZORRËN E HOLLË.....	22
7.1.5 TRAKTI URINAR.....	22

8.KIMIOTERAPIA.....	22
8.1 KIMIOTERAPIA PËR SËMUNDJET E AVANCUARA.....	22
9. EGZAMINIMI.....	23
9.1 PAP-testi.....	23
10. REFERENCAT.....	25
BIOGRAFI E SHKURTËR E KANDIDATES-CV.....	27

Abstrakt

Hyrje: Qafa e mitrës - *cervix uteri*, ndodhet në pjesën e poshtme të mitrës dhe është pjesa më e ulët dhe më e ngushtë e mitrës, që ka formë cilindrike me gjatësi rreth 2-3 cm. Në qafën e mitrës dallohen këto pjesë: pjesa e qafës së mitrës, e cila del në vagjinë (*pars vaginalis*), pjesa e ndërmjetme (*pars intermedia*) dhe pjesa mbi vagjinë (*pars supra vaginalis*). Nga pjesa vagjinale e qafës së mitrës fillon kanali cervikal, i cili e lidh hapësirën e mitrës me vagjinën.

Qëllimi i punimit: është të paraqesim të dhënat mbi patofiziologjinë, shkaqet, pasojat, mundësit e diagnostikimit të hershëm dhe mjekimin e kancerit të qafës së mitrës, duke bërë rishikimin e literaturës.

Të dhëna të përgjithshme: Kanceri i qafës së mitrës ndodh kur qelizat e qafës së mitrës fillojnë të rriten në mënyrë jo normale dhe të pakontrolluar. Kanceri i qafës së mitrës është një nga format më të shpeshta të kancerit të gratë dhe quhet kështu sepse zhvillohet në atë pjesë të organeve gjentile femërore që në mjekësi njihet si “qafa e mitrës”. Qafa e mitrës është një struktur anatomike në formën e një kanali me mure të trashë dhe të fortë që lidh pjesën fundore të vagjinës me hapësirën e mitrës, apo vendin ku zhvillohet fëmija. Nepërmjet këtij kanali realizohet dalja periodike e menstruacioneve, si dhe kalimi i fëmijës gjatë lindjes.

Përfundim: Diagnostikimi i hershëm - me kohë i kancerit të qafës së mitrës, mundëson menaxhim dhe trajtim adekuat, dhe në këtë mënyrë parandalon zhvillimin e gjendjeve të rënda shëndetësore.

Fjalët kyçe: Kanceri i qafës së mitrës, diagnostikimi, trajtimi.

Abstract

Introduction: The neck of the uterus (*cervix uteri*) is located at the bottom of the uterus and is the lower and narrowest part of the uterus, which has a cylindrical shape about 2-3cm long. In the neck of the uterus are distinguished these parts : the part of the cervical neck, which comes out of the vagina (*pars vaginalis*), the intermediate part (*pars intermedia*) and the part on the vagina (*pars supra vaginalis*). From the vaginal part of the cervix begins the cervical canal, which connects the womb space with the vagina.

The purpose of this paper: Is to present data on pathophysiology, causes, consequences, possibilities of the early diagnostication and treatment of cervical cancer, by reviewing the literature.

General information: Cervical cancer occurs when cervical cells begin to grow in an abnormal and uncontrolled way. Cervical cancer is one the most common forms of cancer in women and is thus called because it develops in that part of the female genitalia that is known in medicine “cervix”. The cervix is an anatomical structure in the form of a thick and strong canal that connects the lower part of the vagina to the utrine, or the place where the child develops. Through this canal the periodic emergence of menstruation is realized, as well as the passage of the child at birth.

Conclusion: The early diagnostication, in time, of cervical cancer, enables appropriate management and treatment, thus preventing the development of several medical conditions.

Keywords:Cervical cancer, diagnostication, treatment.

1 Anatomia e sistemit riprodhues femëror

Organet gjenitale të femrës, për nga prejardhja embrionale, vendosja topografike dhe funksionale ndahen në: *organet gjenitale të brendshme* dhe *organet gjenitale të jashtme*.

Organet e jashtme gjenitale të femrës (*organa genitalia feminia externa*), janë:

- Vulva dhe
- Gjinjët –*mammae*

Në organet e brendshme të femrës bëjnë pjesë :

- Vagjina (*colpes*)
- Mitra (*uterus*)
- Tubat e mitrës (*tubae uterinae-salpinges*) dhe
- Vezoret

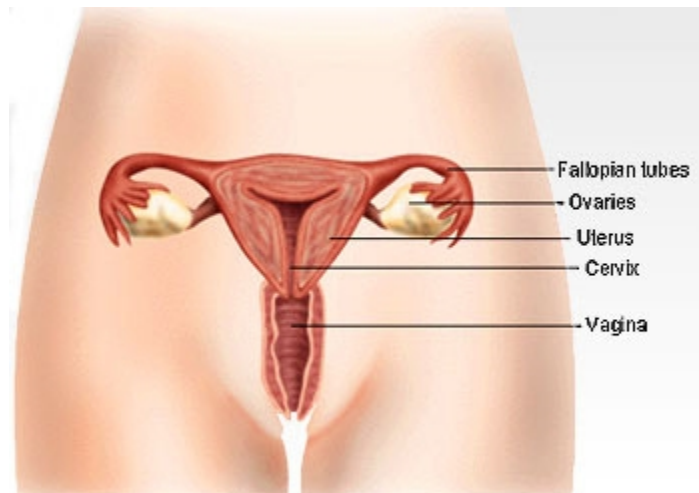


Fig:1 Anatomia e sistemit riprodhues femëror

1.1 Mitra – qafa e mitrës (*cervix uteri*)

Ndodhet në pjesën e poshtme të mitrës dhe është pjesa më e ulët dhe më e ngushtë e mitrës, që ka formën cilindrike me gjatësi rreth 2-3cm. Në qafën e mitrës dallohen këto pjesë:

- Pjesa e qafës së mitrës, e cila del në vagjinë (*pars vaginalis*),
- Pjesa e ndërmjetme (*pars intermedia*) dhe
- Pjesa mbi vagjinë (*pars supra vaginalis*).

Nga pjesa vagjinale e qafës së mitrës fillon kanali cervikal, i cili e lidh hapsirën e mitrës me vagjinën, ky kanal është i ngushtë dhe është i veshur me epitel që përmban gjëndra.

Kanali cervikal ka dy qelje-orificiume : i jashtmi ka formën ovale te gratë që nuk kanë lindur, ndërsa te gratë që kanë lindur, ka formën gjatësore. Në qafën e mitrës ka gjëndra, të cilat nën veprimin e hormoneve prodhojnë tajitje, që formojnë mukusin e qafës së mitrës, ky mukus ndryshon nga sasia dhe cilësia gjatë fazave të ndryshme të ciklit menstrual, sasia e tij shtohet në mesin e ciklit, dhe në kohën e ovulacionit, gjë e cila ndihmon kalimin e spermatozoideve nga vagjina në mitër.

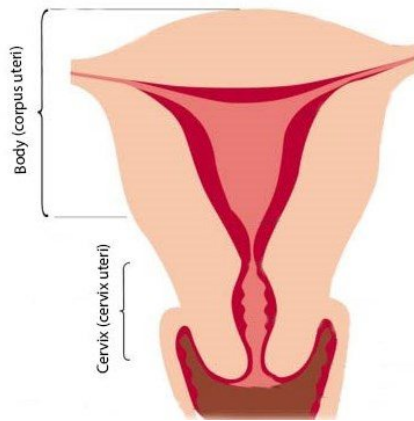


Fig:2 Qafa dhe trupi i mitrës

1.2 Kanceri cervikal

Infeksioni nga *papilomavirusi human* (HPV) është faktori shkaktar i kancerit të cerviksit uterin. Programet e depistimit janë efektive në zvogëlimin e incidencës së kancerit cervikal.

Megjithëse tipi histologjik më i zakonshëm i kancerit cervikal është ai skuamoz, incidenca relative dhe absolute e adenokarcinomës është duke u rritur. Kanceri cervikal është stadifikuar klinikisht, megjithëse modalitetet moderne të radiografisë, të tilla si tomografia e kompjuterizuar (CT), imazheria me rezonancë magnetike (MRI), ultratingujt, ose tomografia me emetim pozitronesh (PET) mund të jetë dobiprurëse për të planifikuar trajtimin individual.

Trajtimi i kancerit cervikal bazohet në stadin e sëmundjes. Në përgjithësi sëmundja në stad të hershem (I,IIA) mund të trajtohet ose me kirurgji radikale ose me terapi rrezatuese. Sëmundja në stad të avancuar (IIB-IV) trajtohet në mënyrë më të përshtatshme me kimoterapi të kombinuar me rrezatim.

2 Epidemiologjia dhe faktorët e riskut

Kanceri invaziv i cerviksit uterin konsiderohet një patologji e parandalueshme, sepse ka një gjendje të gjatë preinvazive, programet e depistimit me citologji cervikale janë aktualisht të disponueshme, dhe trajtimi i lezioneve preinvazive është efektiv(1).

Egzistojnë shumë faktorë rrisht të lidhur me kancerin cervikal: kryerja e marrëdhënies së parë seksuale në moshë të re (<16 vjeç), partnerët e shumtë seksual, duhanpirja, raca, multipariteti, dhe gjendja e keqe socialekonomike. Marrëdhënia me përdorimin e kontraceptivëve oralë është e diskutueshme. Disa studiues kanë sugjeruar se përdorimi i kontraceptivëve oralë mund të rrisë incidencën e anomalive glandulare cervikale(2, 3), gjithsesi, kjo hipotezë nuk është mbështetur mjaftueshëm. Shumë nga faktorët e riskut janë të lidhur me aktivitetin seksual dhe me ekspozimin ndaj sëmundjeve seksualisht të transmetueshme. Infeksioni nga viruset herpes u mendua më parë që të ishte ngjarja fillestare e kancerit cervikal, gjithsesi infeksioni me papilomavirusin human (HPV) tashmë është përcaktuar si faktori shkaktar i zhvillimit të kancerit cervikal, ndërkohë që herpesviruset e tjerë dhe *Chlamydia trachomatis* ka më shumë mundësi të veprojnë si faktorë të përbashkët.

Episodi fillestar i dispazisë cervikale dhe i karcinogenezës është infektimi me HIV. Infeksioni nga HPV është zbuluar në 99% të grave me karcinomë skuamoze të cerviksit uterin(4). Egzistojnë më shumë se 100 tipa të ndryshëm të HPV, dhe më tepër se 30 nga këta mund të prekin traktin gjenital të poshtëm. Egzistojnë 14 nëntipa të HPV me risk të lartë: dy nga nëntipat me risk të lartë, 16 dhe 18, janë gjetur deri në 62% të karcinomave cervikale(5).

2.1 Vlerësimi

Hemorragjia vaginale është simptoma më e zakonshme që shfaqet te pacientet me kancer të cerviksit uterin. Më shpesh kjo është hemorragji postkoitale, por mund të shfaqet, gjithashtu, si hemorragji e çrregullt ose postmenopauzeale. Pacientet me patologji të avancuar mund të paraqiten me ankesa për sekrecione vaginale me erë të keqe, humbje në peshë, ose uropati obstruktive.

Fillimisht, te të gjitha gratë e dyshuara për praninë e kancerit cervikal duhet të kryhet një egzaminim fizik i përgjithshëm, i cili realizohet për të përfshirë egzaminimin e limfonodujve supraklavikular, aksilarë, dhe inguinofemoralë, me qëllim që të përjashtohet prania e

metastazave të sëmundjes. Në egzaminimin pelvik, futet një spekulum në vaginë, dhe më pas inspektohet cerviksi për zona të dyshimta (Fig:3).

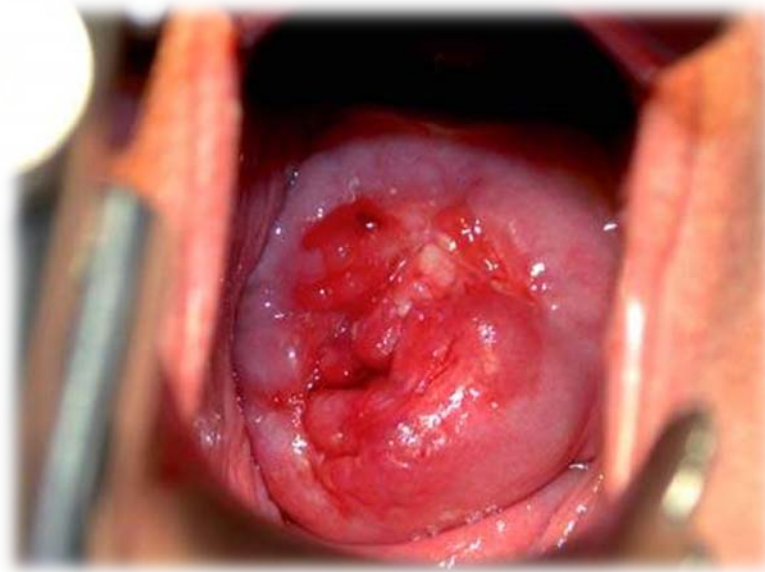


Fig 3 : Pamja e egzaminimit të masës tumorale të kancerit cervical

Fornikset vaginale duhet, gjithashtu, të inspektohen me kujdes. Në kancerin invaziv, cerviksi zakonisht është i fiksuar dhe i zmadhuar, dhe këto karakteristika duhet të konfirmohen me anë të egzaminimit digjital. Egzaminimi rektal është, gjithashtu i rëndësishëm për të ndihmuar në përcaktimin e konsistencës dhe të përmasave të cerviksit, veçanërisht te pacintet me karcinomë endocervikale. Përveç kësaj, ekzaminimi rektal është mënyra e vetme për të përcaktuar përmasat e cerviksit, nëse fornikset vaginale janë të pa dallueshme, për shkak të ndryshimeve të menopauzës ose të përhapjes së sëmundjes.

Kur është e pranishme një rritje e dukshme e tumorit, zakonisht për vendosjen e diagnozës është e mjaftueshme një biopsi cervikale. Nëse nuk është e pranishme masa tumorale, është i domosdoshëm një ekzaminim kolposkopik me biopsi cervikale dhe me kyretazh endocervikal. Nëse kolposkopia dhe biopsitë e drejtuara nuk mundë të përcaktojnë diagnozën përfundimtare, atëherë mund të nevojitet një konizim cervical.

3 Stadifikimi

Kanceri cervikal është një sëmundje me stadifikim klinik. Sistemi i stadifikimit FIGO është standardi aktual dhe është i aplikueshëm në të gjithë tipat histologjikë të kancerit cervikal. Sistemi aktual i stadifikimit sipas FIGO është paraqitur në(Fig:4). Kur ka dyshime në lidhje me stadin, në të cilin duhet të vendoset kanceri, duhet të zgjidhet stadi më i hershëm.Pasi është caktuar stadi klinik dhe pasi është filluar trajtimi, stadi nuk duhet të ndryshohet për shkak të rezultateve pasuese me anë të stadifikimit klinik të gjerë ose të stadifikimit kirurgjikal. “Mbistadifikimi” i pacienteve gjatë trajtimit do të shkaktojë një perceptim të gabuar të përmirësimit të rezultateve të trajtimit të sëmundjes në stad të ulët. Më pas vihet re një rënjë e incidencës së kancerit cervikal sipas stadit në kohën e përcaktimit të diagnozës: 38% -stadi I, 32% -stadi II, 26% -stadi III, dhe 4% -stadi IV(3, 6).

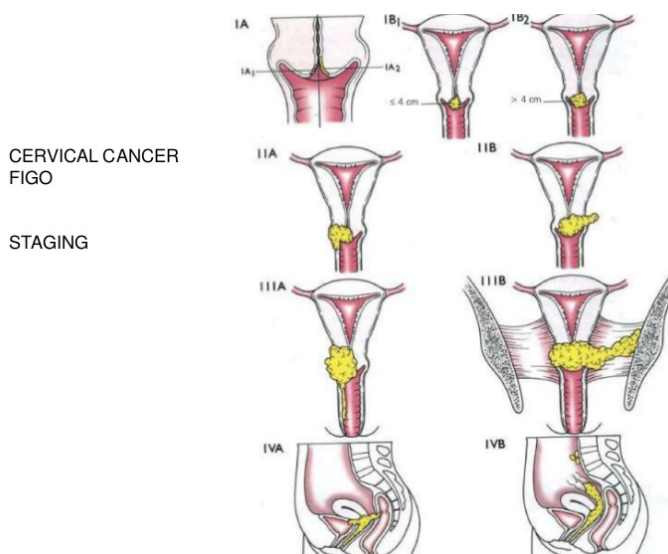


Fig 4: Karcinoma e cerviksit uterin: stadifikimi I kancerit cervikal (tumori parësor dhe metastazat)

3.1 Stadifikimi i kancerit të qafës së mitrës (sipas FIGO)

Stadi 0:

Karcinoma in situ, karcinoma intraepiteliale. Rastet me stad 0 nuk duhet të përfshihen në ndonjë të dhënë statistikore terapeutike për karcinomën invazive.

Stadi IA:

Karcinoma që është e kufizuar në cervix (shtrirja e neoplazisë në corpus uteri nuk duhet të merret parasysh). Ky stad quhet Ca cervix uteri preklinik dhe diagnostifikohet vetëm nëpërmjet egzaminimit mikroskopik.

Stadi IA1:

Lezione vetëm në cervix, diagnostifikohet vetëm me mikroskop me invadim më <3mm në stromë dhe përhapje laterale jo më gjerë se 7mm.

Stadi A2:

Lezion i kufizuar në cervix, diagnostifikohet me mikroskop me invadim më >3mm dhe më <5mm e me shtrirje laterale më >7mm.

Stadi IB1:

Lezione klinikisht të dukshme ose më të mëdha se A2, më të vogël se 4mm në dimension.

Stadi IB2:

Lezione klinikisht të dukshme me invazion më >4mm .

Stadi II:

Karcinoma shtrihet prej cervix uteri, por nuk arrin në paretin pelvik. Karcinoma infiltron mitrën por jo 1/3 inferiore te vaginës.

Stadi IIA1:

Prekja 2/3 e sipërme e vaginës pa invazion parametral, më pak se 4cm me dimension më të madhë.

Stadi IIA2:

Prekja e 2/3 e sipërme të vaginës pa invazion parametral, më shumë se 4 cm me dimension më të madhë.

Stadi IIB:

Prekja e parametrave pa prekje të paretit pelvik.

Stadi III:

Karcinoma shtrihët deri në paretin pelvik.

Stadi IIIA:

Nuk është shtrirje deri në paretin pelvik, por 1/3 inferiore e vaginës është infiltruar nga tumori.

Stadi IIIB:

Shtrirje deri në paretin pelvik dhe/ose hidronefrozë apo ren afunksionant.

Stadi IV:

Karcinoma shtrihët përtej pelvisit ose klinikisht ka infiltruar mukozën vaginale apo rektale. Prezenca e edemës buloze nuk është arsye për të klasifikuar tumorin në stadin IV.

Stadi IVA:

Karcinoma infiltron organet në afërsi.

Stadi IVB:

Karcinoma përhapet në distancë (7).

4 Patologjia

4.1 Karcinoma me qeliza skuamoze

Karcinoma invazive me qeliza skuamoze është tipi më i zakonshëm i kancerit invaziv të cerviksit uterin. Në aspektin histologjik, tipat e karcinomes me qeliza skuamoze përfshijnë: karatinizimin e qelizave të mëdha, moskeratinizimin e qelizave të mëdha, dhe tipat me qeliza të vogla (8). Tumoret keratinizues me qeliza të mëdha përbëhen me qeliza tumorale që formojnë vatra të çrregullta infiltruese me perla keratine të petëzuara në qendër. Karcinomat jokeratinizuese me qeliza të mëdha tregojnë keratinizim të qelizave të veqanta, por nuk formojnë perla keratine. Kategoria e karcinomës me qeliza të vogla përfshinë karcinomën me qeliza skuamoze pak të diferencuara dhe karcinomën anaplazike me qeliza të vogla. Nëse është e mundur, këto dy tumore mund të diferencohen. I pari përmban qeliza që kanë nukleuse me përmasa të vogla ose mesatare dhe citoplazmën më të bollshme se ato të tumorit pasues.

Imunohistektomia ose mikroskopia me elektrone mund të diferencojnë tumoret neuroendokrine me qeliza të vogla. Pacientet me karcinomë me qeliza të mëdha, me ose pa keratinizim, kanë një prognozë më të mirë se ato me karcinomë me qeliza të vogla.

Tipat e tjer më pak të zakonshëm të karcinomës skuamoze përfshijnë **karcinomën verrukoze** dhe **karcinomën pupilare (kalimtare)**. Karcinomat verrukoze mund të ngjajnë me *candyloma acuminatum* gjigante, infiltrojnë lokalisht, dhe metastazojnë rrallë. Karcinomat pupilare në aspektin histologjik ngjajnë me qelizat kalimtare të vezikës urinare dhe mund të kenë infiltrim më tipik të qelizave skuamoze në bazë të lezionit.

4.2 Adenokarcinoma

Adenokarcinoma *in situ* (AIS) besohet se është pararendësi i adenokarcinomes invazive, dhe nuk është për t'u habitur që te dyja këto shpesh bashkë egzistojn (9). Përveç AIS në 30% deri në 50% të rasteve me adenokarcinom cervikale shfaqet neoplazia intraepiteliale ose neoplazia skuamoze invazive(10). Një lezion skuamoz intraepitelial mund të vrojtohet me anë të kolposkopis ne cerviksin ektopik dhe adenokarcinoma bashkëgzistuese shpesh ndodhet më lart në kanal cervikal.

Adenokarcinoma invazive mund të jet e thjeshtë ose e përzier me karcinomën me qeliza skuamoze. Në kategorinë e adenokarcinomes së thjeshtë, tumoret janë pothuajse heterogjene(8), me një variacion të gjerë tipash, modele rritje, dhe diferencimi i qelizave. Afërsisht 80% e adenokarcinomave cervikale janë të përbëra kryesisht nga qeliza të tipit endocervikal me prodhim mucine. Tumoret që mbeten janë populluar nga qeliza endometrioide, qeliza të qarta, qeliza intestinale, ose një përzierje e më shumë se një tipi qelizash. Vetëm me egzaminimin histologjik, disa nga këto tumore janë të dallueshme nga ato që rriten diku tjetër në endometër ose në ovare.

Egzistojnë disa variante të veqanta të adenokarcinomës. Adenokarcinoma me devijim minimal (adenoma malinje) është një formë veçanërisht e mirëdiferencuar e adenokarcinomës, në të cilën modeli glandular i degëzimit imiton në mënyrë të theksuar atë të gjëndrrave endocervikale normale(11).

5 Modelet e përhapjes

Kanceri cervikal përhapet nëpërmjet katër rrugëve:

1. infiltrim i drejtpërdrejtë në stromën cervikale, në trupin uterin, në vaginë dhe në parametra
2. metastazimi nëpërmjet rrugëve limfatike
3. metastazimi nëpërmjet rrugëve hematogjene
4. implantimi intraperitoneal. Incidenca e metastazave në limfonodujt pelvikë dhe paraaortalë.

Cerviksi është një lokalizim i zakonshëm i metastazave të kancerit të endometrit dhe të kancerit vaginal. Ky i fundit është i rrall dhe pjesa më e madhe e lezioneve që prekincerviksin dhe vaginën janë emërtuar si tumore cervikale parësore.

5.1 Faktorët e rrezikut

Shkaktar kryesor i kancerit të qafës së mitrës është *Human papilloma virus (HPV)*. Ka më shumë se 100 tipe të virusit HPV (Fig 5), por vetëm një pjesë prej tyre janë viruse me rrezik të lartë dhe shkaktarë të kancerit të qafës së mitrës.

HPV është një virus i cili pasi hynë në organizëm mund të mbetet aty i fshehur me vite pa dhënë asnjë shenjë sëmundjeje. *Fig: 5 Human papilloma virus*

Human Papilloma Virus



Ai përhapet nëpërmjet kontakteve seksuale dhe rreziku i infektimit rritet me shtimin e numrit të partnerëve seksual.

Kontracetivët oral –përdorimi afatgjatë i kontracetivëve oral rrit rrezikun e zhvillimit të kancerit të qafës së mitrës. Hulumtimet sugjerojnë se rreziku ulet pas ndalimit.

Chlamydia infeksion– disa studime kanë gjetu një rrezik më të lartë të kancerit të qafës së mitrës te gratë me infeksione të Chlamydiae e kaluar apo aktuale.

Dobësimi i sistemit imunitar – gratë me sistem imunitar të dobësuar kanë rrezik të lartë për infeksionet HPV, por edhe për kancerin e qafës së mitrës.

Pirja e duhanit – rreziku i kancerit të qafës së mitrës është dyfishuar për gratë që pijnë duhan. Pirja e duhanit jo vetëm e ekspozon trupin për të shkaktuar kancer kimik por edhe dobëson sistemin imunitarë.

Multipariteti – femrat me 3 ose më shumë shtatëzani mund të kenë një rrezik më të lartë për zhvillimin e kancerit të qafës së mitrës.

Ushqimi dhe pesha – disa studime kanë treguar se dietat e ulëta në fruta dhe perime, si dhe të jesh mbipeshë, mund të vendosin gratë në rrezik më të lartë për zhvillimin e kancerit të qafës së mitrës.

5.2 Mundësitë e trajtimit

Trajtimi i kancerit cervikal është i ngjashëm me trajtimin e çdo tipi tjetër të patologjive malinje në aspektin që duhet të vlerësohen dhe të trajtohen si leziona parësore, ashtu dhe vendet e mundshme të përhapjes. Modalitete terapeutike për të arritur këtë qëllim përfshijnë trajtimin parësor me ndërhyrje kirurgjikale, radioterapi, kimioterapi, ose kimiorrezatim. Ndërkohë që terapia rrezatuese mund të përdoret për të arritur këtë qëllim në të gjitha stadiet e sëmundjes, trajtimi kirurgjikal është i kufizuar vetëm te pacientet në stadin I deri në stadin II të sëmundjes. Shkalla e mbijetesës 5-vjeçare për kancerin cervikal në stadin I është afërsisht 85% si me terapi rrezatuese ashtu edhe me histerektomi radikale.

Në përgjithësi, terapia optimale përbëhet nga trajtimi vetëm me rrezatim ose kirurgji, me qëllim që të kufizohet sëmundshmëria e lartë, e cila shfaqet kur kombinohen këto dy metoda të trajtimit. Kohët e fundit janë hedhur hapa të mëdhenj në trajtimin e karcinomës së cerviksit uterin, duke përfshirë këtu kimiorrezaimin ndihmës te pacientet të cilat është zbuluar prania e karcinomës cervikale me risk të lartë pas histerektomisë radikale, si edhe te pacientet me karcinomë cervikale me avancim lokal(12).

5.3 Trajtimi kirurgjikal

Trajtimi me ndërhyrje kirurgjikale ka disa avantazhe ndaj trajtimit me radioterapi, veçanërisht te gratë në moshë më të re, për të cilat është e rëndësishme ruajtja e ovareve(13).

Histerektomia radikale (Fig:6) është e rezervuar për ato gra, të cilat janë në gjendje të mirë fizike. Me përmirësimet e bëra në anestezi, pacientet më të moshuara e tolerojnë kirurgjin radikale po aq mirë sa pacientet e reja (14). Në përgjithësi është e këshillueshme të mos ndërhyhet me rrugë kirurgjikale në lezionet me diametër më të madh se 4cm, sepse këto paciente do të kenë nevojë për terapi rrezatuese postoperatorë.

Nëse nevojitet terapia rrezatuese, funksioni i ovareve mund të ruhet nëpërmjet lënies së ovareve jashtë fushës së planifikuar të rrezatimit. Ndërkohë që përjashtimi nga fusha e rrezatimit mund të sigurojë një farë mbrojtje, disa studime sugjerojnë që funksioni normal i ovareve është ruajtur në më pak se 50% të pacienteve (15, 16).

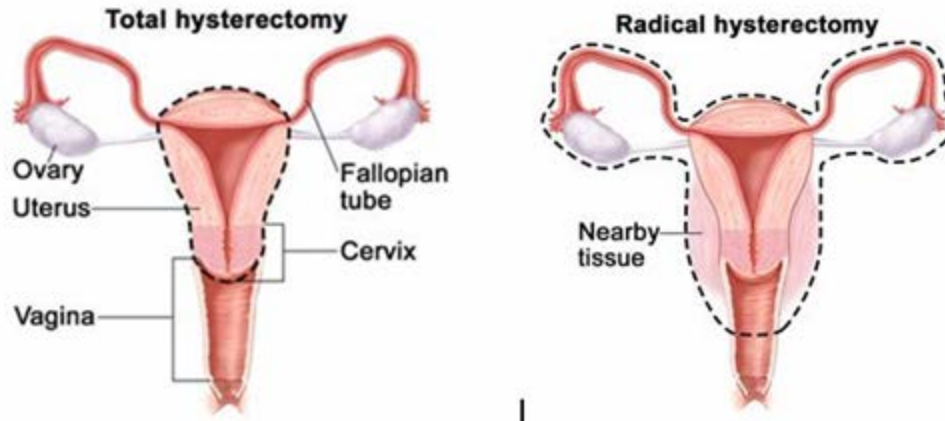


Fig: 6 Histerektomia radikale

5.3.1 Ndërlikimet e histerektomisë radikale

Ndërlikimet akute- të histerektomisë radikale përfshijnë:(17).

- Humbjet e gjakut (mesatarisht 0.8 litra)
- Fistulat uretrovaginale (1%-2%)
- Fistulat vezikovaginale (1%)
- Embolinë pulmonare (1%-2%)
- Obstruksioni i zorrëve të holla (1%)
- Sëmundshmëria febrile (23%-50%).

5.4 Biopsia me konizim e cerviksit të uterusit

Biopsia me konizim e cerviksit të uterusit ka njëkohësisht rol diagnostik dhe terapeutik në kancerin cervical. Procedura është e indikuar për të konfirmuar diagnozën e kancerit, si dhe për të trajtuar në mënyrë përfundimtare stadin Ia1 të sëmundjes në rastet kur dëshirohet ruajtja e fertilitetit. Për një trajtim efektiv nuk duhet të ketë të dhëna të infiltrimit në hapësirën limfovaskulare dhe, si kufinjët endocervikal ashtu edhe rezultatet e kyretazhit duhet të jenë negativë për kancerin ose displazinë. Duke qenë se kanceret në stadin Ia1 kanë një risk prej më pak se 1% për të dhënë metastaza në limfonoduj, limfadenektomia nuk është e nevojshme. Nëse kufinjët endocervikalë ose kyretazhi janë pozitivë për displazi ose për malinjitet, është i nevojshëm trajtimi i menjëhershëm, meqenëse këto rezultate janë parashikues të rëndësishëm për shfaqjen e recidivave të sëmundjes (18).

5.5 Histerektomia e thjeshtë (ekstrafasciale)

Tipi 1 i histerektomisë është një terapi e përshtatshme për pacientet me tumore në stadin Ia1 pa infiltrim në hapësirën limfovaskulare, të cilat nuk dëshirojnë ruajtjen e fertilitetit. Në të tilla raste, limfadenektomia nuk është e rekomanduar. Nëse gjendet infiltrim në hapësirën limfovaskulare, terapia e përshtatshme dhe efektive do të ishte një histerektomi radikale e modifikuar e shoqëruar me limadenektomi pelvike.

5.6 Trakelektomia radikale

Trakelektomia radikale është një procedurë që po fiton popullaritet si një mundësi e trajtimit kirurgjikal për gratë në stadin Ia2 dhe në stadin Ib1 të sëmundjes, të cilat dëshirojnë ruajtjen e uterusit dhe të fertilitetit. Kjo procedurë nuk mund të realizohet me rrugë vaginale ose abdominale (Fig:7) dhe zakonisht është e shoqëruar me limadenektominë pelvike dhe me vendosjen e serklazhit cervical. Pacientet, të cilët janë kandidatë ideale për këtë procedurë kanë tumor me diametër më të vogël se 2 cm, limfonoduj negativ, dhe nuk kanë prekje të hapësirës limfovaskulare (19).

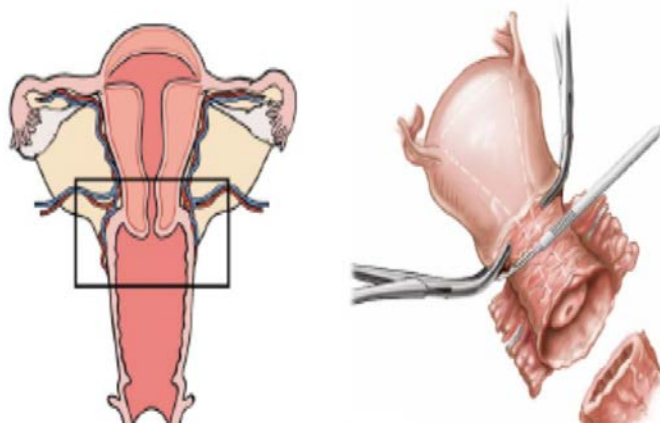


Fig:7 Trakelektomia radikale

6 Menaxhimi postopareator

6.1 Faktorët prognostikë për kancerin cervikal në stad të hershëm (Ia2 – Iia)

Mbijetesa e pacienteve me kancer cervikal në stad të hershëm pas histerektomis radikale dhe limfadenektomisë pelvike varet nga prania ose mungesa e faktorëve patologjikë të ndryshëm me risk mesatar ose të lartë (17, 20, 21).

Faktorët e riskut mesatar për shfaqjen e recidivave të sëmundjes:

1. Përmasat e mëdha të tumorit
2. Infiltrimi i stromës cervikale në një të tretën e mesme ose të thellë
3. Infiltrimi në hapësirat limfovaskulare

Faktorët me risk të lartë për shfaqjen e recidivave të sëmundjes:

1. Kufinjë pozitiv ose të mbyllur
2. Limfonoduj pozitivë
3. Prekje mikroskopike e parametrave

Përmasat e lezionit – përmasat e lezionit përbëjnë një parashikues të pavarur të mbijetesës. Pacientet me lezion më të vogël se 2 cm kanë një shkallë mbijetese prej afërsisht 90% dhe pacientet me lezione më të mëdha se 2 cm kanë një shkallë mbijetese prej 60%. Kur tumori parësor është më i madh se 4 cm, shkalla e mbijetesës bie në 40% (22).

Thellësia e infiltrimit – pacientet të cilat thellësia e infiltrimit është më e vogël se 1 cm kanë një shkallë mbijetese 5-vjeçare prej afërsisht 90%, por shkalla e mbijetesës bie në 60% deri 78% nëse thellësia e infiltrimit është më e madhe se 1 cm (17.23).

Përhapja në parametra – pacientet me përhapje të tumorit në parametra kanë një shkallë mbijetese 5-vjeçare prej 69%, në krahasim me 95% që është kur parametrat janë negativë (24).

Prekja e hapësirës limfovaskulare – rendësia e gjetjes së hapësirës limfovaskulare është disi e diskutueshme. Raporte të ndryshëm kanë treguar një shkallë mbijetese 5-vjeçare prej 50% deri në 70% në rastet kur është i pranishëm infiltrimi në hapësirën limfovaskulare dhe një shkallë mbijetese 5-vjeçare prej 90% kur infiltrimi mungon (17).

Limfonodujt – faktori më i varur i lidhur me mbijetesën është gjëndja e limfonodujve. Pacientet me limfonoduj negativ kanë një shkallë mbijetese 5-vjeçare prej 85% deri në 90%, ndërsa shkalla e mbijetesës për ato me limfonoduj pozitiv rënditet nga 20% deri në 74%, në

varësi të numrit të limfonodujve të prekur dhe të vendosjes dhe të përmasave të metastazave (23).

7 Terapia rrezatuese parësore

Radioterapia mund të përdoret për të trajtuar të gjitha stadet e kancerit cervikal, me shkallë kurimi prej afërsisht 70% për stadin I, 60% për stadin II, 45% për stadin III, dhe 18% për stadin IV(24).

Rradha e trajtimit varet nga vëllimi i tumorit. Lezionet në stadin Ib më të vegjël se 2 cm mund të trajtohen si fillim me një burim intrakavitar, me qëllim që të trajtohet lezioni parësor, të ndjekur nga terapia e jashtme për të trajtuar limfonodujt pelvikë. Lezionet më të mëdha kërkojnë si fillim radioterapi të jashtme për të zvogëluar tumorin dhe për të reduktuar deformimin anatomik të shkaktuar nga kanceri. Një skemë e tillë trajtimi i jep mundësi mjekut të arrijë një dozimetri më të mirë intrakavitare.

7.1 Ndërlikimet e terapisë rrezatuese

Përformimi i uterusit mund të ndodhë gjatë inserimit të paisjes uterine. Ky është një problem veçanërisht për pacientet më të moshuara dhe për ato, të cilat është realizuar një procedurë diagnostike e mëparshme me konizim. Kur identifikohet performimi, pajisja duhet të hiqet, dhe pacientja duhet të mbahet nën vëzhgim për hemorragji ose për shenja të peritonitit. Mbijetesja mund të reduktohet te pacientet, të cilat ka ndodhur performimi i uterusit (26), ndoshta sepse këto paciente kanë sëmundje uterine më të përhapur. Pas insertimit të paisjes uterine dhe ovoideve mund të shfaqet temperatura e lartë.

7.1.1 Sëmundshmëria akute

Efektet akute të radioterapisë janë shkaktuar nga rrezatimi i jonizuar në epitelin e intestinit dhe të vezikës dhe shfaqen pas administrimit të 2000 deri 3000 cGy. Simptomat përfshijnë diarrenë, krampet abdominale, nauzenë, urinimin e shpeshtë, dhe në disa raste hemorragjinë nga mukoza e vezikës ose e zorrëve.

7.1.2 Sëmundshmëria kronike

Efektet kronike të radioterapisë vijnë si pasojë e vaskulitit dhe e fibrozës, të cilat induktohen nga rrezatimi, dhe janë më serioze se efektet akute. Këto ndërlikime shfaqen disa muaj deri në disa vjet pas përfundimit të radioterapisë. Shkalla e shfaqjes së fistulave në zorrë dhe në vezikën urinare pas terapisë rrezatuese për kancer cervical është 1.4% deri në 5,3% (13).

7.1.3 Protosigmoiditi

Hemorragjia nga protosigmoiditi duhet të trajtohet me një dietë të varfër në radikale, me preparate antidiarretike, dhe me klizma me steroide.

7.1.4 Ndërlikimet në zorrën e hollë

Pacientet që i janë nënshtruar më parë ndërhyrjeve kirurgjikale në abdomen kanë më shumë mundësi për të pasur adezione pelvike dhe, në këtë mënyrë, shfaqin më shumë ndërlikime nga radioterapia në zorrën e hollë.

7.1.5 Trakti urinar

Ndërlikimet kronike të traktit urinar shfaqen në 1% deri në 5% të pacienteve dhe varen nga doza e rrezatimit që administrohet në bazën e vezikës. Fistulat vezikovaginale përbëjnë ndërlikimin më të zakonshëm dhe zakonisht kërkojnë devijim urinar supravezikal.

8 Kimioterapia

8.1 Kimioterapia për sëmundjet e avancuara

Kimioterapia është studiuar për trajtimin e kancerit cervical të avancuar duke dhënë rezultate të përziera. Kimioterapia me një preparat të vetëm ka qenë trajtimi standard për sëmundjen rekurente të avancuar. Preparatet aktive përfshijnë *cisplatinan*, *karboplatinën*, *paklitakselin*, dhe *ifosfamidin*, por shkallët e përgjigjes janë vetëm 10% deri në 20% me një kohëzgjatje mesatare prej vetëm 4 deri në 6 muaj. Kimioterapia mund të merret si një medikament apo disa të kombinuar, jepet vetëm ose e shoqëruar me rrezatim në varësi të stadiit dhe llojit të tumorit.

9 Egzaminimi

9.1 PAP-testi

Testi i Papanikollaut (PAP) është metodë e thjeshtë dhe e padhëmbshme, me të cilën merret material nga qafa e mitrës dhe kanali vaginal, i njëjti vendoset në qelq citologjik, fiksohet dhe pastaj ngjyroset(Fig:8)

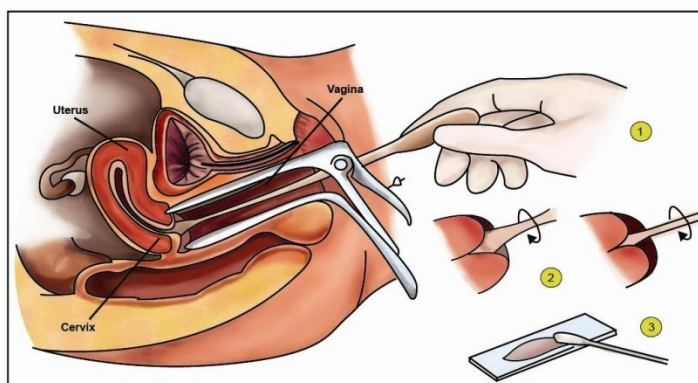


Fig:8 Procedura e marrjes së PAP testit

Me zbulimin e qelizave atipike të qafës së mitrës mundësohet diagnoza e hershme dhe mjekimi në kohë i ndryshimeve para malinje, të cilat në të kundërtën do ta rrezikonin shëndetin dhe jetën e gruas.

Me anë të këtij testi mund të zbulohen shënjat e hershme të karcinomës të qafës së mitrës, ndërsa nëse zbulohet me kohë trajtimi është më i thjeshtë dhe i mundshëm. Po ashtu zbulohen edhe infeksione të cilat shkaktojnë diskomfort te gruaja dhe ndonjëher imitojnë ndryshime të shkallës së parë. Pas mjekimit të infeksionit shpesh PAP testi kontrollues është në rregull. Shumë e rëndësishme është që të gjitha gratë të bëjnë PAP test si pjesë e kontrollit të tyre rutinor gjinekologjik.

Vizita te gjinekologu duhet të bëhet rreth 10-20 ditë pas ditës së parë të ciklit. Së paku dy ditë para vizitës te gjinekologu nuk duhet përdorur kremra vaginale, ilaqe, tamponë, pudra ose dezodorant, e as të ketë marrëdhënje seksuale. Gjinekologu me furcë ose me shpatull i mbledhë qelizat e qëruara nga qafa e mitrës dhe i lyen në qelqin e vendosur, qelqi vendoset ne fiksativ dhe kështu i përgatitur dërgohet në laboratorin citopatologjik.

Gjatë PAP testit pozitiv (CIN 1, CIN 2, CIN 3, CIS, ASC-US, AGUS) rekomandohën egzaminimet që vijojnë:

- Kolposkopia
- Kiretazh endocervikal
- Biopsi e qafës së mitrës (25).

10 Referencat

1. **Jemal A, Tiwari RC, Murray T, et al.** Cancer statistics, 2006. *CA Cancer J Clin* 2006;56:106-130.
2. **Meland MR, Flehinger BJ,** Early incidence rates of precancerous cervical lesions in women using contraceptives. *Gynecol Oncol* 1973;1:290-294.
3. **Ursin G, Peters RK, Henderson BE, et al.** Oral contraceptive use and adenocarcinoma of the cervix. *Lancet* 1994;344:1390-1394.
4. **Walboomers JM, Jacobs MV, Manos MM, et.al.** Human papillomavirs is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide. *J Pathol* 1999;189:12-19.
5. **Munger K, Scheffner M, Huibregste JM, et.al.** Internactions of HPV E6 and E7 oncuproteins with tumor suppressor gene products. *Cancer surv* 1992;12:197-217.
6. **Creasman W.** New gynecologic cancer staging. *Gynecol oncol* 1995;58:157-158.
7. **Avertte HE, Ford JH Jr, Dudan RC, et al.** Staging of cervical cancer. *Clin obstet gynecol* 1975;18:215-232.
8. **Robert ME, Fu YS.** Squamos cell carcinoma of the cervix: a review with emphasis on prognostic factors and unusal variants. *Semin Diagn Pathol* 1990;7:173-189.
9. **Fu YS, Berek JS, Hilborne LH.** Diagnostic problem of cervical in situ and invasive adenocarcionoma. *Appl Pathol* 1987;5:47-56.
10. **Maier RC, Norris HJ.** Coexistence of cervical intraepithelila noepsasia with primary adenocarcinoma of the endocervix. *Obstet Gynecol* 1980;56:361-364.
11. **Kaku T, Enjoji M.** Extremely well-differentiated adenocarcinoma (adenoma malignum). *Int Gynecol Pathol* 1983;2:28-41.
12. **Brewster WR, Monk BJ, Ziagos A, et al.** Intent-to-treat analysis of stage Ib and IIa cervical cancer in the United states: radiotherapy or surgery 1988-1995.
13. **Van Nagell JR Jr, Parker JC Jr, Maruyama Y, et al.** Bladder or rectal injury following radiation therapy for cervical cancer. *Am J Obstet Gynecol* 1974;119:727-732.
14. **Lawton FG, Hacker NF.** Surgery for invasive gynecologic cancer in the elderly female population. *Obstet Gynecol* 1990;76:287-289.
15. **Fenny DD, Moore DH, Look KY, et al.** The fate of the ovaries after radical hysterectomy and ovarian transposition. *Gynecol Oncol* 1995;56:3
16. **Anderson B, La Polla J, Turner D, et al.** Ovarian transposition in cervical cancer. *Gynecol Oncol* 1993;49:206.
17. **Boyce J, Fruchter R, Nicastrri A.** Prognostic factors in stage I carcinoma of the cervix. *Gynecol Oncol* 1981;12:154-165.

18. **Roman LD, Felix JC, Muderspach LI, et al.** Risk of residual invasive disease in women with microinvasive squamous cancer in a conization specimen. *Obstet Gynecol* 1997;90:759.
19. **Covens A.** Preserving fertility in early cervical cancer with radical trachelectomy. *Contemp Ob/Gyn* 2003:48-46.
20. **Morley GW, Seski JC.** Radical pelvic surgery versus radiation therapy for stage I carcinoma of the cervix (exclusive of microinvasion). *Am J Obstet Gynecol* 1976;126:785-798.
21. **Inoue T.** Prognostic significance of the depth of invasion relating to nodal metastases, parametrial extension, and cell types. *Cancer* 1984;54:3035-3042.
22. **Baltzer J, Lohe K, Kopke W, et al.** Histologic criteria for the prognosis of patients with operated squamous cell carcinoma of the cervix. *Am J Obstet Gynecol* 1982;13:184-194.
23. **Fuller AF, Elliott N, Kosloff C, et al.** Determinants of increased risk for recurrence in patients undergoing radical hysterectomy for stage Ib and IIa carcinoma of the cervix. *Gynecol Oncol* 1989;33:34-39.
24. **Pettersson F.** *Annual report on the results of treatment in gynecological cancer.* Radiumhemmet, Stockholm, Sweden: International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO), 1994: 132-168.
25. <http://www.gazetaexpress.com/shneta/cfare-te-beni-nese-pap-testi-juaj-eshte-pozitiv-135869/?archive=1>

Biografi e shkurtër e kandidatës – CV (Curriculum Vitae)

Informatat personale:	
Emri dhe Mbiemri	Maida Hajrullahi
Datëlindja	05.06.1995
Gjinia	Femër
Nr. Personal	1232610081
Të dhënat kontaktuese	
Telefoni	045/646/366
Adresa	Bresanë/Dragash
Emaili	Maidahajrullahi95@gmail.com
Të dhënat e kualifikimit	
Shkolla e mesme e lartë	Shkolla e Mesme e Mjekësisë “Luciano Motroni” Prizren Dega: Mjekësi e përgjithëshme
Universiteti	Universiteti “Fehmi Agani” Gjakovë
Fakulteti	Fakulteti i Mjekësisë
Programi	Mami
Statusi	E rregullt
Nr. ID	140305012